

Ökonomische Aspekte einer effektiven und effizienten alkoholtherapeutischen Versorgung

Teil 1:

Internationale Versorgungsmodelle und Ansätze für Ergebnismessung

Teil 2:

Ausgewählte models of good practice/ Praxisbeispiele integrierter Versorgungsmodelle und deren Evaluationen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

HTA-Projektbericht Nr.: 10
ISSN 1992-0488
ISSN online 1992-0496

Ökonomische Aspekte einer effektiven und effizienten alkoholtherapeutischen Versorgung

Teil 1:

Internationale Versorgungsmodelle und Ansätze für Ergebnismessung

Teil 2:

Ausgewählte models of good practice/ Praxisbeispiele integrierter Versorgungsmodelle und deren Evaluationen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, Jänner 2009

Projektleitung und Bearbeitung:	Mag. rer. soc. oec. Philipp Radlberger, LBI-HTA
Projektmitarbeit:	Mag. phil. Tim Johansson, MSc., LBI-HTA
Beratung:	Dr. phil. Claudia Wild, LBI-HTA
System. Literaturrecherche:	Mag. phil. Walter Geiger
Begutachtung:	Dr. Oliver Scheibenbogen, Anton Proksch Institut, Wien HR MR Prim. Dr. Felix Fischer, Landes-Nerven-Klinik Wagner-Jauregg, Linz / Traun

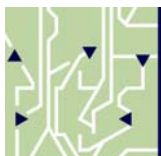
Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/ This report should be referenced as follows:

Radlberger P., Johansson T., Wild C.: Ökonomische Aspekte einer effektiven und effizienten alkoholtherapeutischen Versorgung, Teil1: Internationale Versorgungsmodelle und Ansätze für Ergebnismessung; Teil 2: ausgewählte models of good practice/Praxisbeispiele integrierter Versorgungsmodelle und deren Evaluation. HTA-Projektbericht 2009, Nr. 10.

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:
Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Operngasse 6/5, Stock, A-1010 Wien
<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

Für den Inhalt verantwortlich:



Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
Garnisongasse 7/20, A-1090 Wien
<http://hta.lbg.ac.at/>

Die HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die HTA-Projektberichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über den Dokumentenserver „<http://eprints.hta.lbg.ac.at>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

HTA-Projektbericht Nr.: 10

ISSN 1992-0488

ISSN online 1992-0496

© 2009 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Inhalt	3
Zusammenfassung	7
Executive Summary	9
1 Einleitung, Aufriss und Abgrenzung des Themas	11
1.1 Einleitung.....	11
1.1.1 Fragestellungen	12
1.2 Methode: systematische Literaturrecherche- und Auswahl.....	13
1.2.1 Literatursuche.....	13
1.2.2 Einschlusskriterien.....	14
1.2.3 Literaturauswahl	15
1.3 Beschreibung des Problems	16
1.3.1 Definitionen	17
1.3.2 Übersicht Größenordnungen international	19
2 Ergebnisse - Teil I: Länderanalysen	21
2.1 Österreich.....	21
2.1.1 Größenordnungen	21
2.1.2 Versorgungsmodelle.....	21
2.2 Deutschland.....	24
2.2.1 Größenordnungen	24
2.2.2 Versorgungsmodelle.....	24
2.3 Niederlande.....	25
2.3.1 Größenordnungen	25
2.3.2 Versorgungsmodelle.....	26
2.4 Schweden.....	29
2.4.1 Größenordnungen	29
2.4.2 Versorgungsmodelle.....	29
2.5 Großbritannien	37
2.5.1 Größenordnungen	37
2.5.2 Versorgungsmodelle.....	37
2.6 USA	39
2.6.1 Größenordnungen	39
2.6.2 Versorgungsmodelle.....	39
2.7 Kanada.....	40
2.7.1 Größenordnungen	40
2.7.2 Versorgungsmodelle.....	41
2.8 Australien.....	42
2.8.1 Größenordnungen	42
2.8.2 Versorgungsmodelle.....	42
2.9 Dänemark.....	46
2.9.1 Größenordnungen	46
2.9.2 Versorgungsmodelle.....	46
3 Ergebnisse - Teil II: Modellprojekte	49
3.1 Deutschland: (Alkohol-) Entwöhnung im Verbundsystem/EVS.....	49
3.1.1 Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit (1996-1999)	49
3.1.2 Evaluation von EVS/ (Alkohol)Entwöhnung im Verbundsystem EVS (2000-2003).....	50
3.1.3 Gesundheitsökonomische Evaluation von EVS.....	63
3.2 Niederlande: Jellinek Center Amsterdam	65
3.3 Großbritannien: United Kingdom Alcohol Treatment Trial/UKATT	73

4	Diskussion und Schlussfolgerung	77
4.1	Teil I – Diskussion der Länderanalysen	77
4.2	Teil II - Vergleichbarkeit der Modellprojekte	84
5	Literatur	89

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.2-1	Quorum Tree	15
Abbildung 2.1-1	Case Management	22
Abbildung 2.1-2	Behandlung nach Behandlungspfad	23
Abbildung 2.3-1	Principles of Stepped Care (Ablaufschema Jellinek Centre Amsterdam) [20]	28
Abbildung 2.3-2	Stepped Care Matching Criteria (Jellinek Centre Amsterdam)	28
Abbildung 2.8-1	Ablaufschema Screening (Australian National Drug and Alcohol Research Center NDARC)	44
Abbildung 2.8-2	Ablaufschema Intensive Treatment (Australian National Drug and Alcohol Research Center NDARC)	45
Abbildung 3.1-1:	Behandlungsverläufe im EVS [41]	51
Abbildung 3.1-2:	Eckpunkte der EVS	52
Abbildung 3.1-3:	Strukturskizze Alkoholentwöhnung im Verbundsystem/EVS	53
Abbildung 3.2-1:	Jellinek Amsterdam Trajectory Model	66
Abbildung 3.2-2:	Das EFQM/ European Foundation for Quality Management Evaluationsmodell	67
Abbildung 3.2-3 :	Entwicklung der Evaluationsergebnisse nach EFQM zwischen 1994 und 2004	68
Abbildung 3.3-1:	Behandlungskosten Motivationstherapie vs. soziale Netzwerktherapie	75
Abbildung 3.3-2:	Alternativ zu tragende Kosten des öffentlichen Sektors	76

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.3-1	Typologie nach Jellinek	18
Tabelle 1.3-2	Auszug aus ICD 10- Kodifizierung	18
Tabelle 1.3-3	Übersichtstabelle Prävalenzen Alkoholabhängigkeit international	20
Tabelle 2.1-1	4-Stufen Therapieplan nach Lesch	22
Tabelle 2.4-1	Empfehlungen für Behandlungen bei Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol (Socialstyrelsen)	33
Tabelle 2.8-1	Zuordnung der Evidenzlevels nach NDARC	43
Tabelle 2.9-1	Behandlungszahlen Dänemark	46
Tabelle 3.1-1:	Struktur der Interviewleitfäden nach Gruppen von Befragten	54
Tabelle 3.1-2:	EVS- Kooperationsmatrix - Leistungsanbieter	55
Tabelle 3.1-3:	EVS- Kooperationsmatrix – PatientI/KlientInnen	60
Tabelle 3.1-4:	EVS- Kooperationsmatrix – Kostenträger	61

Tabelle 3.1-5: Kostenstellen in EVS (Tielking, Ratzke; 2007)	64
Tabelle 3.2-1: EFQM Kriterium Nr. 5: Ablaufprotokolle 2004.....	71
Tabelle 3.2-2: EFQM Kriterium Nr. 9, klin. Outcome Abstinenzrate 2004.....	72
Tabelle 4.1-1 Übersichtstabelle Interventionsspektrum.....	79
Tabelle 4.1-2 Übersichtstabelle Stand der nationalen Modelle	80
Tabelle 4.1-3 Übersichtstabelle Internationale Evaluationsbeispiele	81
Tabelle 4.2-1: Gegenüberstellung Modellprojekte integrierte alkoholtherapeutische Versorgung	87

Zusammenfassung

Hintergrund: Alkoholismus ist in den meisten Ländern der Welt neben Nikotin die Suchterkrankung mit der größten Verbreitung. In Österreich wird die Prävalenz auf etwa 5% der über 16jährigen Bevölkerung geschätzt. Im Detail ist jedoch die Quantifizierung oft schwierig, zumal bereits der Begriff ‚Alkoholismus‘ unterschiedlich oder mitunter auch gar nicht definiert ist. ‚Sucht‘, ‚Abhängigkeit‘ oder ‚kritischer Konsum‘ sind keine Termini, die international immer einheitlich verwendet werden.

Im Zuge der Zunahme der Qualitätssicherung und des Controllings im Gesundheitswesen gewinnen jedoch auch im Bereich der psychischen Erkrankungen die Frage der Evaluierung von Versorgungseinrichtungen, und damit die Frage der Beurteilung von Outcomes, an Relevanz. Dieser Bereich ist aus unterschiedlichen Gründen schwieriger in Form von quantitativen Parametern zu erfassen, als es in anderen Teilen der medizinischen Leistungserbringung der Fall ist. Zu diesen Gründen zählen beispielsweise die hohe Dunkelziffer, die geringe Therapieadhärenz und die hohe Rückfallquote.

Ein weiteres Spezifikum ist das Zusammenspiel zwischen Screening, stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsalternativen. Qualitätssicherungsverfahren von integrativen Versorgungsmodellen müssen auf Wirksamkeit, Sicherheit, Erreichbarkeit und Kosteneffektivität der Gesamtheit der Einrichtungen abzielen. Die individuelle Optimierung einzelner Therapiekomponenten kann diese Ziele nur zum Teil sicherstellen.

Fragestellung: Welche international üblichen alkoholtherapeutischen Versorgungsstrukturen sind anhand von Fallstudien (Österreich, Deutschland, Niederlande, Großbritannien, USA, Kanada, Australien, Schweden und Dänemark) zu identifizieren?

Methode: Systematische Literatursuche und -auswertung von Publikationen sowie grauer Literatur.

Ergebnis: Zum Einen sind die Typologisierungen für Diagnose und Behandlungsplanung international nicht einheitlich, und zum Anderen ist die Systematisierung der Versorgung sehr unterschiedlich weit fortgeschritten. Das Spektrum der Behandlungsalternativen reicht von medikamentösen Interventionen im Rahmen des akuten Entzugs über Kurzinterventionen, psychotherapeutische Interventionen, Gruppen-, Familien-, Verhaltenstherapien, bis hin zu Maßnahmen der Rückfallprävention und sogar Eingliederungshilfen in den Arbeitsmarkt. Das Setting kann, je nach Versorgungsmodell, ein stationäres, ambulantes oder teilstationäres sein.

Case Management Ansätze, bei denen flexible Behandlungsverläufe mit Hilfe individueller BetreuerInnen festgelegt, und auch im organisatorischen Detail koordiniert werden, stehen solchen gegenüber, bei denen nach der Diagnose ein strikt festgelegter Therapieplan erstellt wird.

Neben der Evidenz zur klinischen Effektivität beeinflussen auch ökonomische Argumente die Struktur der Versorgung. Dass in der Mehrzahl der untersuchten Länder bereits Screenings initiiert werden, verdeutlicht jedoch, dass die wichtige Rolle, die der Prävention auch aus ökonomischer Sicht zukommt, bereits mehr und mehr erkannt wird. Aus organisatorischer

Suche nach Outcome-Parametern aufgrund von steigendem Evaluationsbedarf

Probleme der Quantifizierung

Koordiniertes Zusammenwirken der Strukturen

International gebräuchliche Versorgungsstrukturen

Systematische Literaturanalyse

Heterogenität der Terminologien und Strukturen

Case management vs. Behandlungspfade

Screenings verbreitet

Sicht haben dabei die praktischen ÄrztInnen eine Schlüsselfunktion als zentrale Schnittstelle einer niederschweligen Versorgung.

Versorgungsstrukturen in einzelnen Ländern:

- | | |
|--|---|
| <p>Österreich und Deutschland: sehr wenig Leitlinien in</p> | <p>☞ In Österreich und Deutschland existieren beispielsweise so gut wie keine überregionalen Versorgungsleitlinien oder Qualitätssicherungsinstrumente. Gängig ist hier ein etwa 2-7tägiger Entzug mit primärem Fokus auf neurologischer Symptomatik und Entgiftung, dem eine 6-8achtwöchige komplexe Entwöhnungsbehandlung folgen kann.</p> |
| <p>Niederlande: Jellinek-Zentren mit Evaluationserfahrung
Public Health-Ansätze in Schweden und Dänemark</p> | <p>☞ In den Niederlanden existiert mit den Jellinek-Kliniken ein dichtes Netz an Einrichtungen, das zwar nicht in jedem Detail konsistent ist, welches jedoch bereits längere Phasen der systematischen (Re-)Strukturierung und Evaluierung hinter sich hat. In Dänemark und Schweden wird aktuell versucht, ein subsidiär angelegtes Versorgungssystem auf Basis eines Public Health-Ansatzes zu implementieren.</p> |
| <p>Erste Schritte einer national koordinierten Politik in Kanada</p> | <p>☞ In Kanada hingegen hat der Prozess einer Koordinierung der Versorgungspolitik erst begonnen. Grund dafür ist die dortige Tradition der territorialen Autonomie in gesundheitspolitischen Belangen. Dieses Hindernis soll nun im Rahmen einer gemeinsamen, überregionalen Arbeitsgruppe überwunden werden.</p> |
| <p>Große RCTs mit ökonomischen Aspekten in USA und UK</p> | <p>☞ In den USA und in Großbritannien wurden groß angelegte, randomisierte kontrollierte Studien initiiert, die neben klinischen Ergebnissen auch Aufschlüsse über ökonomische Effizienz von Versorgungsmaßnahmen bringen sollen.</p> |
| <p>Australische Mini-HTA's zur klinischen Effektivität von Einzelinterventionen</p> | <p>☞ In Australien beschränkt man sich auf nationaler Ebene vornehmlich darauf, mögliche Einzelinterventionen und deren klinische Effektivität evidenzbasiert zu beurteilen und überlässt deren koordinierte Implementierung regionalen Initiativen.</p> |
| <p>Einzelinterventionen ausführlich, Versorgungsmodelle mangelhaft evaluiert
Analyse von Pilotprojekten in Teil 2</p> | <p>Diskussion: Insgesamt lässt sich sagen, dass es eine Fülle an ausführlich evaluierten Einzelinterventionen gibt. Demgegenüber sind koordinierte Modelle einer integrierten alkoholtherapeutischen Versorgung sehr selten. Wenn überhaupt, existieren sie meist erst seit Kurzem, weshalb wenig Evidenz auf dem Gebiet der Qualitätsmessung existiert. Die Analyse von wenigen regionalen Pilotprojekten soll diesbezüglich im zweiten Teil des Berichts nähere Aufschlüsse bringen.</p> |

Executive Summary

Background: In most countries, alcoholism is, aside from smoking, the predominant type of substance use disorder. Its prevalence among under-16 years-olds in Austria is estimated to about 5%. However, the exact quantification of this rate is complicated: Terms such as ‘alcoholism’, ‘addiction’, ‘dependence’ or ‘critical consumption’ are not always coherently used in different countries.

The increasing interest in quality assurance and ‘controlling’ in health services has also caused a growing demand for evaluation in the field of mental health. This issue is directly connected to the estimation of outcomes. For several reasons it is more difficult to quantify outcomes in the field of mental health than elsewhere. The high estimated number of unreported cases, the low level of therapy adherence and the high relapse rate are only some of the problems that are encountered.

Another issue is the interdependence of screening, (partly) inpatient and outpatient treatment alternatives. In a setting of integrated care, quality assurance tools for clinical effectiveness, safety, accessibility and cost-effectiveness have to consider the model as a whole, but not as a construction of equal institutions. The individual optimisation of single therapy components can only partly ensure the reaching of these goals.

Research question: Which models of health service in alcohol addiction treatment and evaluation are common at an international level? Which sources of information can be used to analyse the situations in Austria, Germany, the Netherlands, UK, the USA, Canada, Australia, Sweden and Denmark?

Methods: Systematic literature research and evaluation of publications and gray literature.

Results: Typologies for diagnosis and treatment planning and levels of systematisation in mental health care differ significantly between the countries. There is a wide spectrum of treatment alternatives that contains e.g. medical interventions during acute withdrawal, group-, family-, behavioural therapy, short interventions, but also relapse prevention or even assistance for reintegration into employment.

On one hand there are examples of approaches where individual case managers help to design a flexible treatment and organise attendance and other important items. On the other hand, there are some cases where therapy is strictly defined just after detailed diagnosis and throughout the treatment.

Aside from evidence concerning clinical effectiveness, economic arguments also influence structures of health service. The fact that screenings are carried out in most of the nine countries indicates that their economic impact is also recognised. From an organisational perspective, general practitioners play a key role in screenings since they are the ones who can ensure accessibility at the lowest level.

Health service structures in several countries:

- ✳ In Austria and Germany there are very few relevant guidelines of health service organisation or quality assurance above the-regional level. In Austria 2-7days withdrawal therapy, followed by any kind of

Need of outcome parameters because of more Evaluations

Problems of quantification

Coordination of services

Internationally usual structures of services

Systematic literature analysis

Heterogeneity of terminology and service structures

Case management vs. pathways

Screenings more and more common

Austria and Germany: very few guidelines

- a 6-8weeks complex therapeutic treatment is common. During the first part, the focus has to be on acute detoxification and the medication assisted controlling of neurologic symptoms.
- ✿ Netherlands: Jellinek-Centres with experience in evaluation
 - ✿ PH- approaches in Sweden and Denmark
 - ✿ Very first nationwide coordinated steps
 - ✿ Large RCTs with economic aspects in USA and UK
 - ✿ Australian mini-HTA's on clinical effectiveness of single interventions
- Good evidence on single interventions, little evidence on service quality
- Analysis of pilot projects in part 2
- ✿ Though the Dutch Jellinek centres' treatments are not consistent in every aspect, they build a well-established network throughout the whole country which has already been re-organised and evaluated for longer periods. The governments of Denmark and Sweden are currently trying to implement an alcohol addiction treatment system with a subsidiary design.
 - ✿ In Canada, the strongly territory-focused health care system has hindered coordination in alcoholism treatment for a long time. Nowadays, a working group tries to overcome this barrier and search for synergies in an aligned policy.
 - ✿ In the USA as well as in the UK, big randomised controlled trials have been initiated with the goal not only to measure clinical outcomes and safety of single interventions in alcohol addiction therapy, but also to gain evidence on economic efficiency in the field.
 - ✿ On a national level, Australian policy is to assess single interventions both broadly and in detail, but not to formulate mandatory guidelines for the implementation of regional programs.
- Discussion:** To summarise, it can be said that there is much evidence on the effectiveness of single interventions. On the other hand there are very few examples of models of integrated care in alcohol addiction therapy, and even less evidence in the field of quality measurement. An analysis of some regional examples in the second part of the report shall bring further findings on this subject.

1 Einleitung, Aufriss und Abgrenzung des Themas

1.1 Einleitung

Vor dem Hintergrund, dass auch psychiatrische und sozialmedizinische Therapieeinrichtungen sich zunehmend einer Ergebnisdiskussion und –messung stellen müssen, hat die vorliegende Arbeit die Synthese publizierten Wissens und dessen Analyse für eine Umsetzung in konkrete Evaluationen von Therapieeinrichtungen zur Aufgabe. Im speziellen Fall stehen die Evaluation alkoholtherapeutischer Betreuung und die Begleitung einer Reorganisation im Zentrum der Aufmerksamkeit.

Im Bereich der Therapie von suchtkranken Menschen ist es häufig problematisch, einheitliche Behandlungsabläufe festzulegen, zumal sich die PatientInnen in Ausmaß und Art der Sucht sowie in Bezug auf Motivation, Therapieadhärenz, soziales Umfeld stark voneinander unterscheiden. Hinzu kommt, dass auch eine Gruppenzuordnung nach den jeweiligen Charakteristika nicht immer eindeutig möglich ist.

Verschiedene Länder und deren Einrichtungen versuchen auf unterschiedliche Art und Weise mit dieser Problematik umzugehen. Noch scheint nicht klar, ob und wie weit Versuche regionaler oder nationaler Vereinheitlichung der Therapieansätze möglich bzw. zielführend sind. Als weitgehend etabliert gelten eine kleine Anzahl von medikamentösen Therapiealternativen sowie psychotherapeutische Betreuung in unterschiedlichem Ausmaß. Darüber hinaus existiert eine Vielzahl an Therapieansätzen, die sowohl im Hinblick auf ihre Wirksamkeit als auch auf ihre Kosteneffektivität noch Unklarheiten beinhalten. Die Konzeption einer konsistenten Behandlungsstrategie im Sinne einheitlicher nationaler und/oder regionaler Versorgungsstrategien stellt daher aus medizinischer und ökonomischer Sicht eine enorme Herausforderung dar.

Im Folgenden wird versucht, anhand von neun „models of practice“ ein Bild vom aktuellen Stand der alkoholtherapeutischen Versorgung in westlichen Gesundheitssystemen zu zeichnen. Als Beispielländer wurden ausgewählt: Österreich, Deutschland, Schweden, Dänemark, Kanada, Großbritannien, Australien, die Niederlande, und die USA. Es sollen Parallelen in den Grundzügen der Versorgungsstrukturen gefunden werden, unabhängig davon, ob sie bereits bestehen, oder ob sie sich erst in einem Planungsstadium befinden.

Der Fokus in dieser Arbeit liegt auf „allgemeiner“ alkoholtherapeutischer Versorgung. Spezielle Probleme wie Unterschiede nach Geschlechtern, Alkoholismus unter Jugendlichen oder die Frage von Alkoholismus und Sicherheit im Straßenverkehr werden im Rahmen dieses Berichts nicht behandelt.

Der erste Teil des Projektberichts dient zum Einen als Überblicksarbeit, und zum Anderen als Grundlage für Analysen von anderen bestehenden Versorgungsstrukturen oder potentiellen Szenarien.

Synthese und Analyse von Versorgungsstrukturen und Evaluationen

Nationale Ansätze der Vereinheitlichung von Therapiemodellen unterscheiden sich stark voneinander

Beispielländer

Teil 1 Überblicksarbeit und Basis für ökonomische Fragestellungen in Teil 2 und Teil 3

Teil 2 Evaluationen von Prozessen und Ergebnissen anhand 3er Modellprojekte	Im zweiten Teil werden drei konkrete, sehr unterschiedliche Modelle der Organisationsevaluation alkoholtherapeutischer Versorgung dargestellt. Ziel dieses Abschnitts der Arbeit ist es, nicht nur eine Übersicht über diese spezifischen Versorgungsmodelle zu geben, sondern insbesondere deren Prozess- und Ergebnisevaluationen zu beleuchten. Auf Basis dieser Referenzmodelle werden Erkenntnisse über die Möglichkeiten, Alkoholtherapie zu evaluieren gewonnen, die letztendlich die Umsetzung von Evaluationen österreichischer alkoholtherapeutischer Versorgungsmodelle unterstützen.
Modelle mit stationärer und ambulanter Therapie gemeinsam evaluiert	Das Hauptaugenmerk bei der Auswahl der Projekte und deren Analyse lag darauf, Modelle zu finden, in denen nicht nur eine integrierte Alkoholtherapie durchgeführt wird, sondern in der auch die wechselseitigen Abhängigkeiten auf administrativer, klinischer und planerischer Ebene berücksichtigt werden. Insbesondere die beiden Projekte in Deutschland bzw. den Niederlanden werden diesem Anspruch in hohem Maße gerecht.
EVS Bremen koordiniert unterschiedliche Anbieter	Das Modell der Entwöhnung im Verbundsystem/EVS ist ein Projekt, das ambulante und stationäre Dienstleistungen unterschiedlicher Anbieter koordiniert, weiterentwickelt und laufend evaluiert. Durch die koordinierende Funktion der Projektleitung bzw. der sogenannten <i>Qualitätszirkel</i> wird in diesem Modell Kommunikationsabläufen eine sehr wichtige Rolle eingeräumt. Das Jellinek Zentrum Amsterdam hingegen ist ein institutionell zentralisierter Leistungsanbieter, der umfassend und unabhängig planen kann und diesen Vorteil auch nützt. Es hat sich diversen unternehmerischen Qualitätszertifizierungen unterzogen und weist mittlerweile hoch entwickelte Strukturen und Abläufe auf.
Jellinek Amsterdam hat Versorgungsmonopol	
UKATT ergänzt primär klinisch orientierte Studie mit Kosteneffektivitätsanalyse	Beim United Kingdom Alcohol Treatment Trial/UKATT handelt es sich um eine kontrollierte randomisierte Studie, die die klinische Effektivität sowie die Kosteneffektivität zweier alternativer Therapiekonzepte prüft, und bei dieser Gelegenheit auch versucht, die Kosten, die Alkoholsucht der Gesellschaft verursacht, für den Einzelfall möglichst gut und umfassend zu quantifizieren. Der UKATT erhebt als primär klinische Studie nicht den Anspruch eines regionalen Versorgungskonzepts, ist jedoch insbesondere in Bezug auf seine gesamtgesellschaftliche Perspektive eine interessante Ergänzung zu den beiden anderen Konzepten.

1.1.1 Fragestellungen

Gesamtanalyse der Versorgungssituation verlangt Identifikation von Detail-Fragestellungen

Um die gesundheitspolitische Fragestellung nach der Effektivität und Effizienz psychiatrischer und sozialmedizinischer Therapieeinrichtungen in bearbeitbare Fragestellungen herunterzubrechen, sind wissenschaftlich zu beantwortende Einzelfragestellungen zu Teilaspekten notwendig. Die vorliegende Analyse umfasst mehrere Teilaspekte, mithilfe derer ein umfassendes Bild unterschiedlicher Modelle gezeichnet werden soll. Die aus den einzelnen Beispielen gewonnenen Informationen sollen dazu verwendet werden, geeignete Ergebnis-Parameter und Indikatoren für eine Evaluation der Organisation der Alkoholtherapie (mit speziellem Fokus Salzburg) zu identifizieren.

Dazu sind insbesondere folgende Aspekte relevant:

☞ **Therapiemodelle** (internationale Beispiele der Organisation von Alkoholtherapie)

Wie ist die Therapie von (chronischen) AlkoholikerInnen in unterschiedlichen Ländern organisiert?

Gibt es festgelegte Strukturen, Leitlinien oder Behandlungspfade, gemäß derer die Behandlung der PatientInnen ablaufen?

✿ **Messbarkeit** der Qualität (Indikatoren)

Wie lässt sich die Alkoholtherapie (systematisch und standardisiert) einrichten, sodass sie anhand festgelegter Parameter beurteilt werden kann?

Wie können Therapiemodelle evaluiert werden, bzw. welcher Voraussetzungen bedarf es dafür?

✿ **Klinische Effektivität** (Ergebnismessung)

Wie wird die klinische Effektivität einer Alkoholbehandlung beurteilt?

Über welchen Zeitraum werden die PatientInnen begleitet/„überwacht“? Wie lange muss die Dauer der Abstinenz sein, damit die Behandlung als „erfolgreich abgeschlossen“ gilt?

✿ **Kosten-Nutzenevaluation** (Effizienzmessung)

Welcher Kostendefinitions-Ansatz wird gewählt?

Wie werden die direkten und indirekten Kosten definiert?

Werden die Kosten „nur“ im Verhältnis zu natürlichen Outcome-Parametern (z.B. Anzahl der Behandlungstage oder Verbrauch von Medikamenten) analysiert, oder kann auch eine monetäre Bewertung dieser natürlichen Einheiten vorgenommen werden?

✿ **Therapiestandardisierung**

Wie viele „Freiheitsgrade“ gibt es im Rahmen der Standardisierung?

Wie viele unterschiedliche Schemata laufen für unterschiedliche klinische/soziale Symptome parallel?

Wie viele definierte Zwischenziele gibt es im Verlauf einer Behandlung?

Wie streng ist die Zuteilung zu Therapieschienen?

Können PatientInnen auch zwischen Therapieschienen wechseln?

1.2 Methode: systematische Literaturrecherche- und Auswahl

1.2.1 Literatursuche

Die systematische Literatursuche wurde in folgenden Datenbanken durchgeführt:

- ✿ CCRCT
- ✿ MEDLINE
- ✿ Embase
- ✿ CDSR
- ✿ Psycindex Plus
- ✿ PsychInfo
- ✿ DARE
- ✿ HTA-DB
- ✿ NHS-EED
- ✿ Business Source Premier

Systematische Suche in 14 Datenbanken

- ✿ ECONLIT
- ✿ SOCINDEX
- ✿ WISO Wirtschaftswissenschaften (englisch, deutsch)
- ✿ WISO Sozialwissenschaften (deutsch);

Die genaue Suchstrategie ist am LBI-HTA zu erfragen.

1.2.2 Einschlusskriterien

Für die systematische Literatursuche wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt:

- ✿ Übersichtsarbeiten
- ✿ Beschreibung nationaler oder regionaler Konzepte/Projekte
- ✿ Evaluierungsberichte
- ✿ HTAs
- ✿ internationale System-Vergleiche
- ✿ ökonomische Analysen konkreter Fälle/klar definierter Szenarien
- ✿ Ausnahme: einzelne ausgewählte Übersichten zu Detailfragestellungen
- ✿ Alternativen in der Behandlung – neue Methoden abseits von Standardmedikation und Psychotherapie
- ✿ allgemeine Literatur zu Organisationsformen therapeutischer Einrichtungen – Erfolge/Folgen

1.2.3 Literatursuche

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wurden zunächst 713 Dokumente identifiziert. Durch eine zusätzliche Handsuche in *Scopus* wurden 113 Dokumente gefunden. Nach Deduplikation ergab sich eine Anzahl von 810 Dokumenten. Die Literatursuche erfolgte auf Basis der oben angeführten Kriterien mittels einer doppelten Beurteilung durch 2 unabhängige WissenschaftlerInnen. Im Falle von unterschiedlicher Einschätzung wurde durch Diskussion ein Konsens erzielt. Im Laufe der Arbeit wurde die Literaturliste noch um 47 Dokumente erweitert, die im Rahmen einer umfassenden Handsuche unter anderem durch Webrecherchen identifiziert werden konnten. Letztendlich wurden 140 Dokumente eingeschlossen, von denen eines jedoch in englischer Sprache nur als Abstract publiziert wurde.

801 Dokumente nach systematischer Suche, davon 140 eingeschlossen

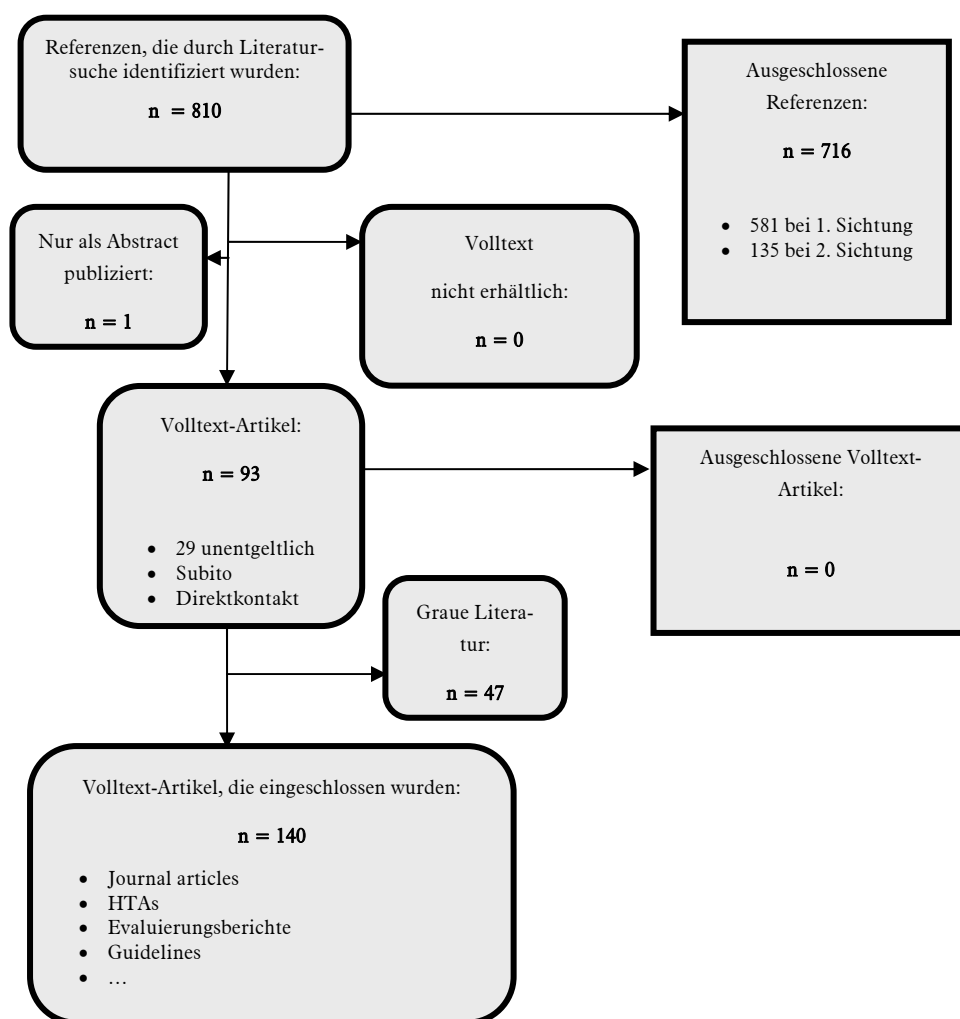


Abbildung 1.2-1 Quorum Tree

Die Webrecherchen bzw. die Expertenkontakte ergaben mitunter wertvolle Hinweise auf graue oder bis dato nicht identifizierte Literatur, nicht selten verdeutlichten sie jedoch auch weiter die Grenzen der verfügbaren Evidenz.

1.3 Beschreibung des Problems

Ökonomische Effizienzpotenziale	Ziel der Arbeit ist es, unterschiedliche alkoholtherapeutische Versorgungsmodelle in Hinblick auf ihre Kosteneffektivität zu analysieren. Durch die bis dato verhältnismäßig mangelhafte Dokumentierung und Standardisierung in Therapie und Versorgung, und der Aufsplitterung der versorgungspolitischen Verantwortlichkeiten liegt die Vermutung nahe, dass auch noch bedeutende ökonomische Effizienzpotenziale existieren.
Berichtsstruktur	Den Beginn der vorliegenden Arbeit stellt ein systematischer Aufriss des Phänomens Alkoholismus in gesellschaftlicher, ökonomischer und epidemiologischer Hinsicht das Ausmaß der Problematik dar. Im Rahmen dessen werden auf Basis internationaler „models of practice“ Evaluationsparameter für die Beurteilung der Kosteneffektivität alkoholtherapeutischer Versorgung identifiziert. Darauf aufbauend soll mithilfe regionaler epidemiologischer und ökonomischer Daten im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse die Situation im Bundesland Salzburg analysiert werden.
Abhängigkeiten in den Versorgungsstrukturen	<p>Das Gebiet der Alkohol- und Suchttherapie ist auf klinischer und sozialmedizinischer Ebene ein sehr weitläufiges, und im Vergleich zu vielen anderen ein sehr heterogenes. Daraus folgt, dass auch auf versorgungspolitischer und ökonomischer Ebene, die Forschung dazu wenig fortgeschritten ist. Die Organisation der alkoholtherapeutischen Einrichtungen ist dementsprechend von diversen Faktoren abhängig. Unter anderem sind dies:</p> <ul style="list-style-type: none">✿ Grad der kulturellen und gesellschaftlichen Anerkennung von Alkoholismus als Krankheit✿ Zur Verfügung Stellung von Mitteln✿ Quellen, aus denen die finanziellen und sonstigen Ressourcen bezogen werden und die damit einhergehenden rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen✿ Vorherrschende klinische Praktiken und Schulen✿ Gesetzliche Verankerung von Alkoholismus als Krankheit✿ Koordinierung zwischen der Verantwortlichkeit der Mittelverteilung auf diverse Institutionen und der Kompetenz der Auswahl der dort angewandten Therapien (politische vs. wirtschaftliche vs. klinisch-medizinisch-therapeutische Kompetenz)✿ ...
Klinische Forschung der letzten 15 Jahre punktuell sehr erfolgreich	In der klinischen Alkoholismusforschung wurden während der letzten 15 Jahre in Einzelfragen große Fortschritte erzielt: So gilt etwa das Gebiet der medikamentösen Behandlung von AlkoholikerInnen als weit entwickelt. Die ökonomische Seite dieses Teilaspekts birgt demnach im Wesentlichen nur mehr die Frage der Preisentwicklung, also in erster Linie der Entwicklung von Generika.
Ökonomische und Fragen der alkoholtherapeutischen Versorgungsforschung vernachlässigt	Durch die international sehr unterschiedliche Organisation von stationärer, ambulanter oder teilstationärer Behandlung, sowie durch die unterschiedlichen gesetzlichen und institutionellen Voraussetzungen (Gesundheitspolitik ist in der EU weitgehend nationalstaatliche Kompetenz) konzentriert sich die laufende Forschung in erster Linie auf die klinische und gesundheitsökonomische Evaluation einzelner Behandlungsmethoden, und die übergeordnete Fragestellung der Organisation und des effizienten, d.h. ökonomisch sinnvollen Einsatzes von klinisch effektiven Therapiemethoden in

kulturell bzw. politisch unterschiedlichen Kontexten bleibt verhältnismäßig unterentwickelt. Auch sind Evaluationen einzelner regionaler oder nationaler Versorgungssysteme, sofern vorhanden, häufig schwer zugänglich, da diese selten als wissenschaftliche Publikation, sondern meist in Form von grauer Literatur, und häufig nur in der jeweiligen Landessprache verfügbar sind.

Insgesamt ist auf Basis der aktuellen Vorarbeit abzusehen, dass die ökonomische Evaluation von alkoholtherapeutischer Versorgung ein Thema ist, das bislang „dünn“ beforscht ist. Eine Zusammenstellung von Evaluationsansätzen sowie von Parametern zur Ergebnismessung der alkoholtherapeutischen Versorgung soll einen Beitrag zur besseren Aufbereitung dieses Feldes leisten.

Wenig Evidenz zu Evaluationen

1.3.1 Definitionen

Definitionen der Sucht

Das Phänomen der Abhängigkeit nach der Substanz Alkohol ist von unterschiedlichsten Ausprägungen und Schweregraden gekennzeichnet. Dies mag ein Grund dafür sein, dass derart uneinheitliche Definitionen und diagnostische Kodierungen existieren. Generell ist zu beachten, dass durch die inhomogene Verwendung der Definitionen von Begriffen wie z.B. „Alkoholismus“, „chronischer Alkoholismus“, oder „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ auch jegliche empirische Daten, die unter diesen Begriffen erscheinen insbesondere bzgl. ihrer Vergleichbarkeit zu hinterfragen sind.

Uneinheitliche Definitionen

Alkoholismus

Die beiden gängigsten Definitionen stammen von *Jellinek* (1960) [1] bzw. von der *American Society of Addiction Medicine ASAM* (1990) [2]. An letzterer orientiert sich auch die *Weltgesundheitsorganisation WHO*.

„Die akute Mehrheitsmeinung, der ich mich anschließe und anschloss, ist, dass abnormale Formen der Aufnahme von Narkotika und Alkohol, wie z.B. der Kontrollverlust und die körperliche Abhängigkeit von einem physiopathologischen Prozess verursacht werden und eine Krankheit darstellen. ... Alkoholismus ist jegliches Trinken, das zu irgendwelchen Schäden führt.“
Jellinek 1960

Erster, sehr vager Definitionsansatz durch Jellinek 1960

„Alkoholismus ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entwicklung und Manifestation von genetischen, psychosozialen und Umweltfaktoren beeinflusst wird.“ *ASAM 1990*

Auch Definition nach ASAM 1990 sehr weit gefasst

Häufig wird „Alkoholismus“ als Synonym für „chronischen Alkoholismus“ verwendet. Deshalb sind mittlerweile sowohl die *WHO*[3], als auch die *ASAM* dazu übergegangen, diesen Begriff nicht mehr zu verwenden, sondern sich an der in der DSM-IV [4] Klassifikation formulierten Definition von „Alkoholabhängigkeit“ zu orientieren (s. unten).

WHO und ASAM verwenden „Alkoholismus“ nicht mehr

Typologien und Klassifikationen

Es existieren unterschiedliche Typologien zur Einteilung von PatientInnen, die Alkohol in irgendeiner Art und Weise missbräuchlich konsumieren. Sie sollen letztendlich alle dazu dienen, die PatientInnen systematisch unterschiedlichen Behandlungsoptionen zuweisen zu können.

Diverse Typologien zur einheitlichen Diagnose und Therapieplanung

Eine der klassischen Einteilungen ist jene nach *Jellinek* (1960), die 5 Typen unterscheidet:

Tabelle 1.3-1 Typologie nach Jellinek

Typologie nach Jellinek	Bezeichnung
Alpha-Typ	Problemtrinker, Erleichterungstrinker, Konflikttrinker
Beta-Typ	Gelegenheitstrinker
Gamma-Typ	Süchtiger Trinker
Delta-Typ	Spiegeltrinker, Gewohnheitstrinker
Epsilon-Typ	Quartalssäufer

(Uhl et al. 2008)[5]

**Österreich: Abrechnung
weitestgehend nach ICD
10 Klassifikation**

In Österreich ist die Kodierung von Diagnosen nach der „Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen – ICD 10“ gebräuchlich. Dort werden psychische Verhaltensstörungen allgemein unter den Codes F1x.0 – F1x.9 kodiert. Jene, die in erster Linie durch Alkoholkonsum verursacht sind, finden sich als erste Untergruppe:

Tabelle 1.3-2 Auszug aus ICD 10- Kodifizierung

ICD 10 Code	Bezeichnung
F10.0	Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F10.1	Schädlicher Gebrauch
F10.2	Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Entzugssyndrom
F10.4	Entzugssyndrom mit Delir
F10.5	Psychotische Störung
F10.6	Amnestisches Syndrom
F10.7	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F10.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F10.9	Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

(Med Austria – DIMDI 2008)[6]

Den Codes sind, für das jeweilige Krankheitsbild typische, Symptome zugewiesen. Die Zuweisung der individuellen Diagnosen zu den einzelnen Codes geschieht nach Häufigkeit des Auftretens dieser Symptome. Wenn beispielsweise innerhalb der letzten 12 Monate vor Diagnoseerstellung mindestens drei der sieben für „schädlichen Gebrauch“ definierten Krankheitsbilder aufgetreten sind, so wird der „schädliche Gebrauch nach F10.1“ diagnostiziert.

**DSM-IV Klassifikation
als Alternative zu ICD 10**

Die *American Psychiatric Association (APA)* hat alternativ zu den ICD-Codes die Kodifizierung nach dem “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM-IV” entwickelt.

Darin ist eine mehrstufige Gliederung vorgenommen, in der in Bezug auf Alkoholerkrankungen vor allem folgende drei Klassen relevant sind:

- ✿ Alkoholintoxikation 303.00 (entspricht F10.0 „Akute Intoxikation“)
- ✿ Alkoholmissbrauch 305.00 (entspricht F1x.1 „Schädlicher Gebrauch“)
- ✿ Alkoholabhängigkeit 303.90 (entspricht F10.2 „Abhängigkeitssyndrom“)

Darüber hinaus sind in der Klassifikation nach DSM-IV auch noch Zusatzkodierungen vorgesehen, die den Krankheitsverlauf und die Situation im Falle eines stationären Aufenthalts beschreiben.

Abseits von diesen drei, international weit verbreiteten Typologien, gibt es noch eine Vielzahl anderer, wie z.B. jene nach Cloninger (1996) [7], oder jene nach Lesch (1990; 1997) [8] (s. 2.1.2).

Definitionen der Therapie

Die suchttherapeutische Versorgung gliedert sich in den Entzug und die darauf folgende Therapie. Im alltäglichen Sprachgebrauch wird unter dem Begriff *Alkoholtherapie* auch mitunter der Entzug subsumiert. Die beiden sind jedoch von einander zu trennen.

Definition Entzug (akut)

Der Entzug bezeichnet die Akutbehandlung, und ist als solcher Voraussetzung für eine wirksame Therapie. Er erfolgt stationär oder ambulant und erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von 1-5 Tagen, je nach Schweregrad der Abhängigkeit und der damit verbundenen Symptome. Primäre Ziele des Entzugs sind:

- ✿ Entgiftung
- ✿ Behandlung von somatischen Störungen bzw. Entzugssyndromen
- ✿ Sicherstellung der Abstinenz

[9]

Definition Alkoholtherapie (postakut)

Alkoholismus wird mithilfe unterschiedlichster Therapievarianten der Postakutbehandlung therapiert, was zum Teil auch darin begründet ist, dass er sehr häufig gemeinsam mit anderen psychische Erkrankungen auftritt, und deshalb eine isolierte Therapie nicht möglich bzw. zielführend ist.

Für unterschiedliche Arten des Trinkens gibt es außerdem unterschiedliche Therapieformen. Dies gilt sowohl für den medikamentösen, als auch für den psychotherapeutischen Bereich oder andere Bereiche.

1.3.2 Übersicht Größenordnungen international

Es ist problematisch, die Größenordnungen der diversen Prävalenzen und Inzidenzen in verschiedenen Ländern miteinander zu vergleichen. Zum Einen sind die einzelnen Zahlen bereits innerhalb der Länder oft heftig diskutiert, zum Anderen variieren die Definitionen zwischen den Ländern nach der Definition von „Alkoholabhängigkeit“ bzw. „chronischem Alkoholismus“, aber auch nach der Definition der Altersgruppen (in Österreich >16 Jahre).

DSM-IV berücksichtigt Krankheitsverlauf und Behandlungssettings

Diverse andere Typologien

Therapie vs. Entzug

3-stufige Akutbehandlung

Längerfristige Behandlung mit unterschiedlichen Interventionen und in unterschiedlichen Settings

Daten zu Prävalenz und Inzidenz sind international meist nicht einheitlich definiert

Um trotz allem ein rudimentäres Bild von den Größenordnungen einzelner
Ländern zu bekommen, hilft ein (kritischer) Blick in Tabelle 1-3.

Tabelle 1.3-3 Übersichtstabelle Prävalenzen Alkoholabhängigkeit international

Land	Prävalenz*
Österreich	♂ 7,5%
	♀ 2,5%
Niederlande	♂ 10%-15%
	♀ 5%
UK	♂ 9%
	♀ 6%
Schweden	♂ 12,7%
	♀ 4,7%
USA	♂ 7%
	♀ 4,5%
Deutschland	♂ 6,8%
	♀ 1,3%
Kanada	♂ 14,0%
	♀ 4,5%
Australien	♂ 5,2%
	♀ 1,8%
Dänemark	3,6%-4,5%**

* „chronischer Alkoholismus“ bzw. „Alkoholabhängigkeit“ nicht immer exakt identisch definiert (s. o.)

**gesamt

2 Ergebnisse - Teil I: Länderanalysen

2.1 Österreich

2.1.1 Größenordnungen

In Österreich wird die Prävalenz von chronischem Alkoholismus ab dem 15. Geburtstag auf durchschnittlich 5% geschätzt. Die Inzidenz beziffern Uhl et al. mit 0,13% (*Uhl et al.2008*) [5].

Prävalenz 5%

Jährl. Inzidenz 0,13%

Die therapeutische Versorgung geschieht sowohl stationär als auch ambulant und tagesklinisch in spezialisierten Kliniken. Im Jahr 2003 wurde eine Anzahl von 861 stationären Betten für das gesamte Bundesgebiet erhoben. Der zahlenmäßige Umfang hat sich in den Jahren davor (1993: 840 Betten) nicht erheblich geändert. Im Vergleich zu vielen anderen Ländern stellt die stationäre Versorgung in Österreich einen verhältnismäßig hohen Anteil an den gesamten Leistungen dar.

2.1.2 Versorgungsmodelle

In Österreich ist die alkoholtherapeutische Versorgung nicht einheitlich geregelt. Das Gesundheitswesen ist in der Kompetenz der Bundesländer und die therapeutischen Einrichtungen orientieren sich nicht an identischen Standards. Diese Situation wird anhand der folgenden drei Beispiele wichtiger Behandlungseinrichtungen deutlich:

Keine einheitliche Versorgungsstruktur

An der Christian Doppler Klinik des Bundeslandes Salzburg orientiert man sich in der Therapieplanung beispielsweise an den gemeinsamen Leitlinien der *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)*. Diese wurden von der *Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)* und der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)* gemeinsam verfasst, und gliedern sich in 15 Teilbereiche. Für die Behandlung von Alkoholkranken sind folgende drei Bereiche besonders relevant:

CDK Salzburg: Entzug, ambulante und stationäre Therapie nach DSM-IV

- ✿ Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen
- ✿ Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen
- ✿ Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention

[4]

Das Allgemeine Krankenhaus/AKH Wien erstellt für seine PatientInnen einen Therapieplan nach einem EDV-basierten Algorithmus, der an dem 4-Stufen Therapieplan nach Lesch orientiert ist (s. Tab. 2-1). Die einzelne Therapie kann darüber hinaus noch individuell angepasst werden.

AKH Wien: Therapieplan nach Algorithmus gemäß Typologie nach Lesch

In der offenen Therapieklinik/Anton Proksch Institut API Kalksburg werden möglichst individuelle Therapiepläne erstellt, die auch je nach aktuellem Bedarf und Krankheitsverlauf angepasst werden. Grundsätzlich ist hier der 3-4wöchige Therapieplan in folgenden 4 Stufen üblich:

Kalksburg/API: Entzug und case management, Kodierung nach ICD 10

Tabelle 2.1-1 4-Stufen Therapieplan nach Lesch

Stufe	Definition	Dauer
1.	Entgiftung, Behandlung somatischen Störungen, Sicherstellung der Abstinenz	5 Tage
2.	kein Konsum, Motivation, Erfassung von Konfliktbereichen und Verstärkung der Möglichkeiten der PatientInnen, (Steigerung des Selbstwertgefühls)	10 Tage
3.	Aktivierung der PatientInnen, soziale Unterstützung, Definition von Therapiezielen und therapeutischen Strategien	10 Tage
4.	Planung der ambulanten Langzeitbehandlung, Definition von therapielevanten Untergruppen; Spezifische Pharmakologie (Anticraving) und Psychotherapie, Selbsthilfegruppen wie z.B. die A.A.	1-2 Jahre

(Lesch 1985) [10]

Feuerlein et al. entwickelten ein Schema, das im Wesentlichen beinahe identisch wie jenes von Lesch ist, jedoch die Stufen 2 und 3 als eine einzige Phase von „Entzug, Entwöhnung und Weiterbehandlung“ definiert (Feuerlein, Kűfner, Soyka 1998).

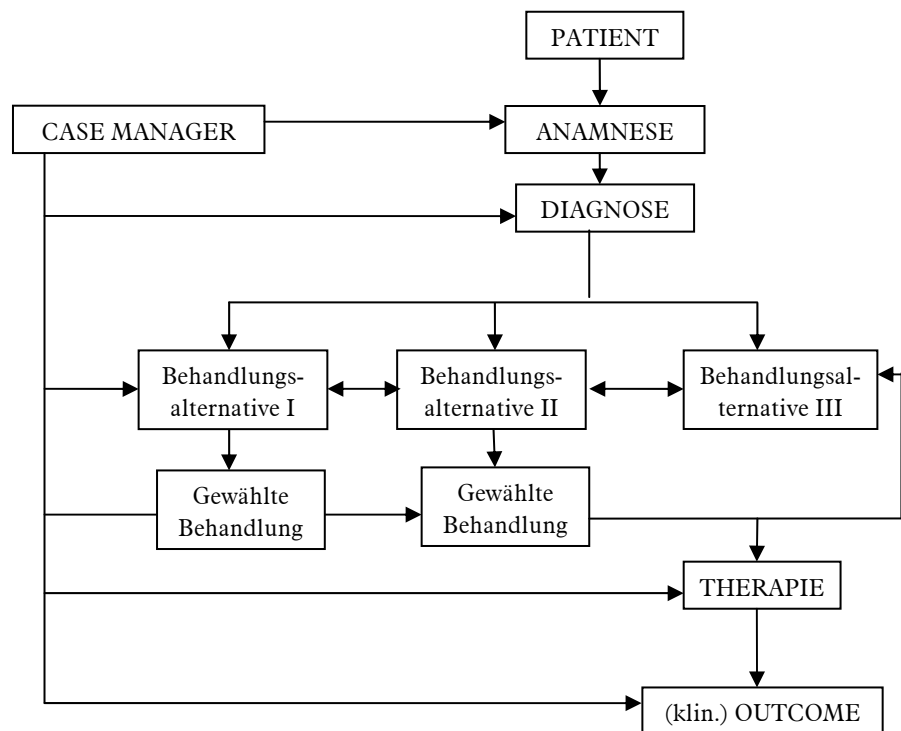


Abbildung 2.1-1 Case Management

An der Therapieklinik in Kalksburg wird versucht, dem Konzept des sog. „Case Managements“ zu entsprechen. Als „Case ManagerInnen“ können den PatientInnen ärztliche, oder klinische/psychologische MitarbeiterInnen zur Seite gestellt werden. Ihre Aufgabe ist es, den PatientInnen bei der Erstellung des Therapieprogramms, und bei Planung und Koordinierung der Hilfeangebote zu unterstützen. Das Therapieangebot ist sehr breit und gliedert sich in 3 Gruppen [11]:

- ✿ Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Aktivitäten
- ✿ Gesundheitspsychologische Aktivitäten
- ✿ Ergotherapeutische Aktivitäten

Dem Modell des *Case Managements* stehen jene Konzepte gegenüber, in denen unmittelbar im Anschluss an die Diagnose ein Behandlungsplan erstellt wird, der danach strikt eingehalten wird.

Case ManagerInnen begleiten Therapie und Organisation der Behandlung

Starre Pfad-Modelle definieren gesamten den Therapieplan unmittelbar nach der Diagnose

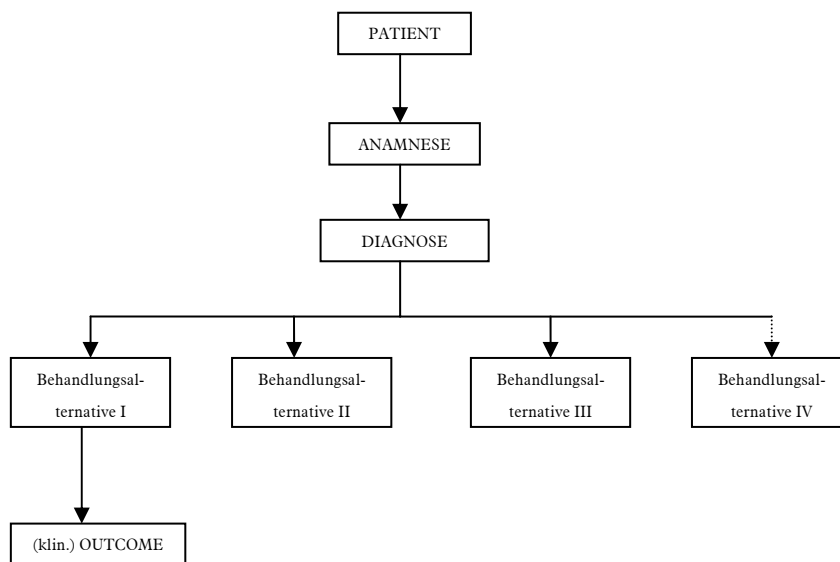


Abbildung 2.1-2 Behandlung nach Behandlungspfad

Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich in Österreich zwar einige Parallelen in der alkoholtherapeutischen Versorgung finden, dass jedoch keine national gültigen Leitlinien, weder freiwilliger noch verpflichtender Natur, existieren.

Im Gegensatz dazu werden die Diagnosen verpflichtend immer auf Basis der ICD 10 Codes erstellt, da diese Kodifizierung die Basis für den im österreichischen Abrechnungskatalog der *Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung LKF* ist. Ambulante Leistungen werden pauschal abgerechnet.

Keine national gültigen Leitlinien

Stationäre Leistungsabrechnung nach LKF orientiert sich an ICD 10

2.2 Deutschland

2.2.1 Größenordnungen

**2004 etwa 28.000
stationäre Behand-
lungen öffentlich
refundiert**

Insgesamt wurden in Deutschland im Jahr 2003 durchschnittlich 10,3l/Person an reinem Alkohol konsumiert [12]. Die staatliche deutsche Rentenversicherung finanzierte 2004 28.088 stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlungen (nach ICD10 F10.x) [13]. Die Quote der tatsächlich behandelten PatientInnen an allen alkoholabhängigen Menschen wird auf 12% geschätzt. Aus den Daten des Statistischen Bundesamtes für 2004 geht hervor, dass in diesem Jahr insgesamt 327.377 Menschen aufgrund von übermäßigem Alkoholkonsum (ICD10: T51, K70, F10) behandelt wurden. Davon verstarben in Krankenhäusern insgesamt 6.579 Personen. Bei 95% dieser Personen wurde „Alkoholische Leberkrankheit“ als Hauptdiagnose festgestellt.

2.2.2 Versorgungsmodelle

**Zunehmende
Koordination**

In Deutschland wird in den letzten Jahren versucht, die Politik der alkoholtherapeutischen Versorgung stärker aus einer Public Health Perspektive in Angriff zu nehmen. Die einzelnen Einrichtungen wurden ausgebaut, und sollen nun zunehmend aufeinander abgestimmt werden, um eine übergreifende Behandlungsplanung zu erleichtern [13].

**Klinische Behandlungs-
leitlinien der AWMF**

Die Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) und die DG-Sucht richten in ihren Evaluierungen den Blick nicht in erster Linie auf Behandlungserfolge, sondern vor allem auf die Reduzierung des Gesamt- bzw. Durchschnittskonsums der gesamten Gesellschaft bzw. von Subgruppen [14].

**Verstärkte systemati-
sche hausärztliche
Einbindung**

Hintz et al. (2005) [15] treten für eine enge Kooperation zwischen HausärztInnen und psychosozialen Beratungsstellen ein. Im Rahmen des ersten integrierten ambulanten Kurzzeitbehandlungsprogramms/IAK versuchten im Jahr 2001 100 HausärztInnen ihre PatientInnen aktiv auf deren Alkoholprobleme anzusprechen und an eine Behandlung heranzuführen. Das Programm wurde ebenso nach den Leitlinien der AWMF aufgebaut und erzielte in den ersten Evaluationsstudien nach 12-monatigem Follow-up Abstinenzwerte von 33% all jener anfänglichen TeilnehmerInnen, die zu Beginn „Abstinenz“ als ihr Veränderungsziel angaben.

**Getrennte Finanzierung
von Entzug und
Entwöhnung**

Die Finanzierung des Programms ist insofern problematisch, als in Deutschland die Entgiftung von den Krankenkassen bezahlt wird, die Entwöhnung jedoch von den Rentenversicherungsträgern. Bei derartigen, kombinierten Kostenträgerschaften kann das dauerhafte Verfolgen von Versorgungsstrategien in Gefahr geraten, wenn sich eine der beiden Organisationen zurückzieht. 2004 wurden von den Versicherungen 36.961 stationäre Entwöhnungstherapien bewilligt, wobei etwa 20% von Frauen in Anspruch genommen wurden, und 77% der Therapien von Rentenversicherungsträgern finanziert wurden [16].

**Vereinheitlichung zur
Erleichterung der
Abrechnung**

Eine ambulante Entgiftung und Therapie stellt jedoch im Vergleich zu einer stationären Betreuung höhere Anforderungen. Aus diesem Grund sind für das IAK folgende Einschlusskriterien festgelegt:

- ✿ Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 bzw. –missbrauch nach DSM-IV Kriterien
- ✿ Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit
- ✿ Bereitschaft zur Abstinenz und Einhaltung des Therapieplans
- ✿ Unterstützende Bezugsperson im häuslichen bzw. näheren sozialen Umfeld

(Hintz 2005)

Sicherheit und Effektivität des Programms wurden evaluiert und auf den Entzugsverlauf, die Haltequote und den Erfolg der Motivationsbehandlung hin überprüft. In diese Evaluierung flossen nicht nur Daten von PatientInnen bzw. Therapieeinrichtungen ein, sondern auch die Beurteilungen der betroffenen HausärztInnen.

Auf Ebene der patientenrelevanten Outcomes brachte die Evaluation einer Stichprobe von 93 mehrjährig alkoholabhängigen PatientInnen sowohl signifikante Verbesserungen im Bereich des Konsumverhaltens, als auch eine erstaunlich hohe Adhärenz von 93,5%, als auch Erleichterungen von typischen Entzugssymptomen (Schwitzen, Schlafstörungen, Halluzinationen).

Die von den HausärztInnen „rekrutierten“ PatientInnen, waren durchschnittlich 48,8 Jahre alt, und hatten eine durchschnittlich 11,7 jährige Krankengeschichte. Eine für das Gesamtprogramm äußerst relevante Erkenntnis ist, dass sich 55% dieser AlkoholikerInnen im Rahmen der IAK zum ersten Mal einer Therapie unterzogen. Diese Tatsache lässt den Schluss zu, dass ein Kurzinterventionsprogramm, das die HausärztInnen stärker in die Therapiestrukturen mit einbezieht, deutliche Erfolge in Bezug auf die Erreichbarkeit der Betroffenen mit sich bringen kann.

Zur Wirksamkeit unterschiedlicher Therapien läuft derzeit in Deutschland ein große randomisierte, klinische Studie mit dem Namen PREDICT, die jedoch nicht alleine die Messung klinische Effektivität einzelner Maßnahmen zum Ziel hat, sondern insbesondere auf die Frage abzielt, wie möglichst bald eine möglichst geeignete Therapie ausgewählt werden kann. Dazu stehen vor allem Fragen der Klassifikation von PatientInnen im Vordergrund. Ein anderer Aspekt ist beispielsweise die Unterschiede in Bezug auf die Therapieadhärenz. Die Studie läuft derzeit noch, eine vergleichende Ergebnisanalyse mit Combine [17] oder dem UKATT [18] könnte durchaus aufschlussreich sein.

Evaluation integrierter ambulanter Kurzzeitbehandlung zeigt deutliche klinische Erfolge

PREDICT: aktueller großer RCT ähnlich UKATT in UK oder COMBINE in den USA

2.3 Niederlande

2.3.1 Größenordnungen

Die Niederlande haben mit 5% (Frauen) bzw. 10%-15% (Männer) eine im europäischen Vergleich sehr hohe Prävalenz bzgl. Alkoholabhängigkeit. Die Gesetzgebung ist traditionell sehr liberal, was auch für den Konsum von sogenannten ‚weichen‘ Drogen gilt. Im Jahr 2001 lag der jährliche Durchschnittskonsum von NiederländerInnen über 14 Jahren bei etwa 9,7l [19]. Nach Angaben von *Statistics Netherlands (2004)* sind 14,2% (23,3% der Männer, 5,6% der Frauen) als „heavy drinker“ einzustufen. Diese Bezeichnung wird in diesem Fall für Menschen gebraucht, die „zumindest einmal pro Woche sechs oder mehr Gläser mit alkoholischen Getränken an einem

Sehr hohe Prävalenzdaten im internationalen Vergleich

Tag“ zu sich nehmen. Es handelt sich bei dieser Definition also vornehmlich um starke Abhängigkeit und Rauschtrinken.

2.3.2 Versorgungsmodelle

**Integrierter
Versorgungsansatz mit
Erfahrung in
Management und
Evaluation**

Die alkoholtherapeutische Versorgung in den Niederlanden hat lange Tradition und ist von einem großen Schwerpunkt im Bereich der Prävention geprägt. Darüber hinaus wird im Gegensatz zu vielen anderen Ländern ein umfassender integrativer Behandlungsansatz verfolgt. Konkret bedeutet dies, dass es in den Therapieeinrichtungen auch Beratungsstellen für andere typische Problembereiche gibt, mit denen sich SuchtpatientInnen konfrontiert sehen (Lebensunterhalt, Arbeitslosigkeit, soziale Integration, Ausbildung,...) (Walburg 1998).

Im Jahr 1998 wurde mit einer grundlegenden Überarbeitung des Systems begonnen, die einen pragmatischen Ansatz von standardisierter Behandlung einbrachte, der unter anderem von einer weiten Überschneidung alkoholtherapeutischer Maßnahmen mit Behandlungen anderer Arten von Sucht gekennzeichnet ist [20]. Die Reform sollte die unterschiedlichen Behandlungsangebote auf der Basis von klinischer Evidenz und unter gesellschaftlichen, ethischen, ökonomischen Gesichtspunkten noch weiter zusammenführen. Ziel dabei war auch eine erhöhte Transparenz, nicht zuletzt, um die Abrechnung von Leistungen und die empirische Verwertbarkeit der Daten zu erleichtern.

Die Eckdaten der Analyse des Ist-Zustandes waren:

1. die Erhebung des vorhandenen Bedarfs,
2. die Orientierung an best evidence,
3. PatientInnen und
4. Gesellschaft, sowie
5. Kosteneffektivität und
6. ethische Gesichtspunkte.

**Evaluation mit Blick auf
klinische, ökonomische,
gesellschaftliche und
ethische Gesichtspunkte**

Vor dem Hintergrund der erhobenen und analysierten Eckdaten zur alkoholtherapeutischen Versorgung wurden potentielle Veränderungsfelder identifiziert, priorisiert, und auf ihre jeweilige Umsetzbarkeit in der Praxis hin geprüft. Es wurden acht unterschiedliche Behandlungsszenarien angewandt. Als gängige Szenarien wurden festgelegt:

1. Kurze individuelle therapeutische Interventionen
2. Psychosoziale verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungsangebote
3. Entgiftungs-Strategien für klinische und ambulante PatientInnen
4. Behandlung von sogenannten Doppeldiagnose-PatientInnen mit psychiatrischer Komorbidität
5. Krisenintervention als Gruppentherapie
6. Case Management
7. Selbsthilfeprogramme
8. Methadon-Behandlung

**Szenarienbildung im
Rahmen der Evaluation**

Jedes dieser existierenden Szenarien wurde systematisch in einem 7-stufigen Evaluierungsprozess analysiert:

1. Inventarisierung der Kenntnisse und Prüfung auf Evidenz und best practice
2. Entwurf eines neuen Behandlungsprotokolls
3. Evaluierung des neuen Konzeptprotokolls
4. Pilotversuch
5. Implementierung in bestehenden Behandlungseinrichtungen und Formulierung einer Endversion
6. Verteilung und Anwendung durch nationales Koordinations-Komitee
7. Publikation

Die Evaluierung des Programms dauerte bis ins Jahr 2003 und brachte das Ergebnis, dass von den 8 oben genannten Szenarien lediglich die „kurzen individuelle therapeutische Interventionen“ und die „psychosoziale verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsangebote“ als effektiv eingestuft wurden. Für letztere wurde konkret folgendes Therapieangebot als klinisch effektiv festgestellt [20]:

- ✿ Motivationsförderung
- ✿ Training sozialer Fertigkeiten
- ✿ Behandlungsvertrag
- ✿ Rückfallprävention
- ✿ Pharmakotherapie (GABA-Antagonist, Opiat-Antagonist, Disulfiram)
- ✿ Psychosoziale Interventionen

Die Autoren der Evaluation stellten fest, dass „sich kein Behandlungseffekt abhängig vom Setting stationär oder ambulant“ ergab [20]. Diagnose, Erstbehandlung und Evaluation werden über ein zentrales Dokumentationssystem abgewickelt. Auf diese Art und Weise können PatientInnenverwaltung und Abrechnung sehr effizient organisiert werden.

Um die Auswahl der Therapie(-kombinationen) für die einzelnen PatientInnen zu treffen wurde unter Berücksichtigung von andernorts ausgearbeiteter Zuordnungskriterien (u. a. Patient Placement Criteria der American Society of Addiction Medicine 2001 [2]; siehe dazu Kap. 2.6.2) ein 4-stufiges Konzept erarbeitet, das auf möglichst moderaten Interventionen ansetzt, und die PatientInnen erst im weiteren Verlauf je nach Notwendigkeit bzw. Rückfälligkeit einer intensiveren Behandlung zuweist.

Evaluation 2003: kurze, individuelle Interventionen und psychosoziale, verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungsangebote effektiv

Frage des Settings aus klinischer Sicht sekundär

4-stufiges Modell zur Therapiezuweisung

Principles of Stepped-Care

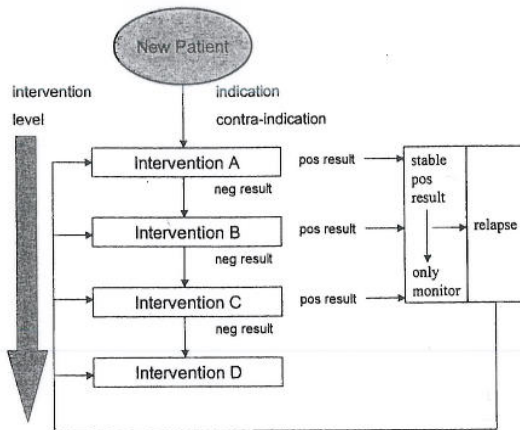


Abbildung 2.3-1 Principles of Stepped Care (Ablaufschema Jellinek Centre Amsterdam) [20]

Das Jellinek Center Amsterdam war das erste der niederländischen Zentren, das auch in Bezug auf die Frage einer ambulanten vs. stationären Behandlung ein pragmatisches Schema entwickelte. Dieses Schema basiert auf einer Studie von Schippers (2002) [21], in der die Zuteilung von 4 Patientenmerkmalen abhängig zu machen ist:

- ✿ Schwere der Abhängigkeit
- ✿ Komorbiditäten
- ✿ Soziale Integration
- ✿ Behandlungsgeschichte

Matching criteria				Treatment modality
N treatment episodes	ASI scores			
1	Addiction severity	Severity co-morbid psychopathology	Social integration	Outpatient short
	low	low	good	
2	Either or both high		Good or bad	Outpatient long
	High or low		Good	
			Bad	
3-5			Good	Day care
			Bad	
>5			Good or bad	Continuous care

Abbildung 2.3-2 Stepped Care Matching Criteria (Jellinek Centre Amsterdam) (Krappel 2008) [22]

(In der Zwischenzeit wurde der ASI bei Jellinek Amsterdam durch den weiterentwickelten MATE-Index ersetzt.) Die Auswertung der Ergebnisse der umfassenden Gesamtreform, die sich über etwa ein Jahrzehnt erstreckt hat, beschränkt sich in der Messung der Outcomes auf einige wenige Bereiche. Primär sind dies:

- ✿ Zufriedenheit der PatientInnen
- ✿ Klinische Verbesserung
- ✿ Lebensqualität
- ✿ Kosten

Jede dieser Dimensionen wird noch anhand von differenzierteren Indikatoren gemessen, die Einschränkung der Parameter auf die genannten 4 Themenbereiche stellt jedoch eine deutliche und für internationale Vergleiche hilfreiche Fokussierung dar.

Insgesamt kann das Niederländische Therapiesystem als sehr pragmatisch und transparent betrachtet werden. Es bietet aufgrund der Dokumentationen und Datensammlung eine gute Basis für zusätzliche Evaluierungen, mithilfe derer klinische Qualität auf aktuellem Stand gehalten werden kann. Kritiker merken aber mitunter an, dass die strenge Einhaltung der zu Beginn getroffenen Diagnose nach den Schemata der Zuweisung bzw. Behandlungsstufen zu wenig Spielraum für das Eingehen auf atypische individuelle Behandlungsverläufe lässt.

2.4 Schweden

2.4.1 Größenordnungen

Im April 2003 gab das *National Board of Health and Welfare* einen Überblick über Eckpunkte vorhandener Versorgungseinrichtungen und deren KlientInnen und PatientInnen: Damals galten 3,8% der etwa 5,5 Millionen EinwohnerInnen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren als alkoholabhängig, 4,7% gaben regelmäßigen missbräuchlichen Umgang an [23].

Vier Dimensionen der Outcome-Messung

3,8% „alkoholabhängig“

4,7% „regelmäßiger kritischer Konsum“

2.4.2 Versorgungsmodelle

Ein Überblick über das Leistungsangebot von 611 Einrichtungen zur Behandlung von Alkohol- und Drogenproblemen mit etwa 23.500 Personen zeichnet folgendes Bild:

- ✿ 84% der Einrichtungen behandeln sowohl Drogen-, als auch Alkoholprobleme, 7% ausschließlich Alkohol- die übrigen 9% ausschließlich Drogenprobleme.
- ✿ Nur etwa 1/5 der Einrichtungen betreibt eigene Informationskampagnen, jedoch unterhält etwa die Hälfte lokale Kooperationen mit Serviceinformationsstellen.
- ✿ Die wichtigsten Interventionen sind die „allgemeine psychosoziale Beratung“, „Rückfallprävention“, „Alkohol- und Drogeninformation“. 40% der Einheiten arbeiten mit einer Form der „strukturierten psychosozialen Behandlung“, mehr als ein Drittel bietet ärztliche Behandlung an, ein Viertel psychiatrische Behandlung.

Evaluation der Versorgung mit Fokus auf ambulantem Setting

Meist Alkohol- und Drogenbehandlung am selben Ort

Fokus auf Prävention

**Gruppenspezifische
Behandlungen nehmen
ab**

- ✿ 94% aller Institutionen bieten individuelle Behandlungen an, knapp 2/3 auch Gruppentherapien. 1/3 bietet Paar- oder Familientherapien an.
- ✿ Maßgeschneiderte Behandlungen für bestimmte Gruppen haben in den Jahren vor 2003 abgenommen. In 30% der Institutionen gibt es ein spezielles Angebot für Frauen, weniger als 1/3 bietet auch Hilfe für Erwachsene Verwandte oder Freunde an (28%), deutlich weniger noch für Abhängige mit schweren psychischen Störungen. Etwa ein Viertel der Einrichtungen kümmert sich speziell um junge Menschen, 15% um Immigranten-Familien. Nur in 7% der Institutionen gibt es ein spezielles Angebot für minderjährige Kinder von AlkoholikerInnen.

**Nachsorgeplan inkl. re-
integrative Maßnahmen
dominant**

- ✿ 85% der untersuchten Einrichtungen erarbeiten für/mit ihren PatientInnen und KlientInnen auch eine Planung für die Zeit nach dem Abschluss der Behandlung.
- ✿ Die wichtigsten Behandlungsmethoden sind das Erlernen sog. „social skills“, kognitive Verhaltenstherapie und die Stärkung des Selbstwertgefühls. Darüber hinaus sind auch Strategien zum Umgang mit Stress, lösungsorientierte Therapien und das *Minnesota-Model Treatment*¹ weit verbreitet [24].

Der Großteil der KlientInnen und PatientInnen, die im Rahmen der Untersuchung von *Pedersen et al.* erhoben wurden (82%), befand sich in ambulanter Behandlung, lediglich 12% in 24h-Betreuung. Hinzu kamen 2% stationäre PatientInnen aus Krankenhäusern und 4% Gefängnisinsassen. Es handelte sich um knapp 80% öffentliche Einrichtungen, die Anzahl der PatientInnen in Tageskliniken (2.012 Personen) war beinahe so hoch wie jener in stationärer Behandlung (2.697 Personen). Knapp ein Drittel der erhobenen Personen waren weiblich, knapp die Hälfte aller unterzogen sich ausschließlich alkoholtherapeutischen Behandlungen, 22% ausschließlich Drogenbehandlungen, der Rest sowohl als auch. Mehr als die Hälfte (55%) aller Personen gaben an, bereits kurz zuvor in Behandlung gewesen zu sein.

**Subsidiärer Ansatz soll
Implementierung der
Public Health-Perspektive erleichtern**

Basierend auf einem Public Health Ansatz wurden die wesentlichen Verantwortlichkeiten im Bereich der alkoholtherapeutischen Versorgung auf der Ebene der Kommunen verankert. Dies soll die Einbeziehung der HausärztInnen und die Maßnahmen der öffentlichen Bewusstseinsbildung verstärken. Nationale Verantwortlichkeiten beschränken sich auf Gesetzgebungen, Unterstützungen und Überwachung der einzuhaltenden Vorschriften. Nach dem Leitbild des schwedischen Gesundheitsministeriums soll der Zugang zu Alkoholika beschränkt und die Nachfrage reduziert werden, das Wissen über Konsequenzen von Alkoholkonsum soll gefördert werden, sowie kosteneffektive Behandlungen und Therapien für alle zugänglich sein [25].

¹ Die Behandlung nach dem Minnesota Model ist durch einen individualtherapeutischen Ansatz geprägt, der auf die Philosophie der Anonymen Alkoholiker/ AA zurück geht. Im Rahmen der Behandlung führen Experten aus unterschiedlichen Disziplinen Einzelgespräche mit den PatientInnen und besprechen die Ergebnisse danach ohne sie im Team. Die Abstinenz wird nur als Zwischenziel definiert. Das eigentliche Ziel der Methode ist es, dass die PatientInnen dauerhafte Lebensformen ohne Alkohol- oder Drogenabhängigkeit erlernen. Das Interventionsspektrum ist grundsätzlich offen, medikamentöse Therapien sind, ebenso wie Familien- und individuelle Psychotherapien sehr üblich.

Im schwedischen Gesundheitswesen sind die Gebietskrankenkassen (försäkringskassan) die wichtigsten Kostenträger. Ca. 70 Prozent der Kosten werden durch regionale Steuern finanziert [26].

Gebietskrankenkassen als wichtigste Kostenträger

Die alkohol- und narkotikatherapeutische Versorgung im Sozial- und Gesundheitswesen werden gemeinsam strukturiert und geplant. Die dominierende Therapieform ist die Tagesbehandlung. Ca. 12% der PatientInnen werden bei Tagesinstitutionen behandelt, 82% werden ambulant behandelt, 2% in Krankenhausabteilungen und 4% im Strafvollzug [23].

Mehr als 80% ambulante Behandlung

In der aktuellen Nationalen Schwedischen Versorgungsstrategie zu Alkoholisierung [27] spielen Kurzinterventionen in Form von ambulanten Behandlungen noch immer eine wichtige Rolle. Der im Strategiepapier formulierte Zielkatalog bis 2010 enthält die Optimierung der Bereiche

Schwerpunktsetzung auf Kurzinterventionen

- ✿ Qualität: die laufende, koordinierte Mitbestimmung der PatientInnen bei der Auswahl der Therapien,
- ✿ äquivalenter Versorgungszugang: regional unabhängige Versorgung mit vergleichbaren Leistungen,
- ✿ adäquate Versorgung benachteiligter PatientInnengruppen: spezielle Leistungen für Gruppen mit sozialer Benachteiligung oder erhöhten Risiken aufgrund von Komorbiditäten.

(Ministry of Health and Social Affairs Organisation, 2008b)

Der *National Board of Health and Welfare* ist eine der wenigen Organisationen, die den Begriff „treatment“ im Kontext von Sucht explizit definieren: „...’treatment’ is defined as ‚services which are focused on initiating a break in the cycle of misuse and ensuring that this break is maintained and that individuals do not return to substance misuse, including medically supervised detoxification“ [26]. Im Rahmen von (gesetzlich nicht verbindlichen) Richtlinien für Missbrauchs- und Abhängigkeitsversorgung (Alkohol und Narkotika) für das Gesundheits- und Sozialwesen wurden 53 Empfehlungen entwickelt. Diese sind in folgende Bereiche unterteilt:

Öffentliche Versorgungsleitlinien enthalten 53 Empfehlungen in 5 Themenbereichen

1. Empfehlungen für Messinstrumente und Dokumentation (Alkotests, Biomarker,..).
2. Erkennung und Beratung (Zugang zu PatientInnen, Senkung der Dunkelziffer).
3. Behandlung bei Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol (Therapiemaßnahmen).
4. Behandlung bei Missbrauch und Abhängigkeit von Narkotika. Missbrauch und Abhängigkeit während der Schwangerschaft.
5. Doppeldiagnose, Missbrauch und Abhängigkeit von psychische und somatische Krankheiten.

Jede der empfohlenen Maßnahmen ist nach „Zielgruppe und Intervention“, „Effekt“, „Evidenz für Effektivität“ und „Kosten“ genauer beschrieben. Unter Punkt 3. finden sich folgende Therapieoptionen:

Jede Empfehlung enthält Effektivitäts- und Kostendimension

- ✿ Abstinenz-Behandlung bei PatientInnen mit schweren Entzugerscheinungen
- ✿ Medikamentöse Behandlung mit Benzodiazepinen bei PatientInnen in Abstinenzbehandlung
- ✿ Medikamentöse Behandlung mit Klometiazol (Heminevrin) bei PatientInnen in Abstinenzbehandlung mit Entzugssyndromsrisiko

- ✿ Psychosozial Therapie für PatientInnen mit Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit
 - ✿ - 12 Schritte Stufenprogramm
 - ✿ - Kognitive Verhaltenstherapie mit einem Fokus an Missbrauch
 - ✿ - Motivationstherapie
 - ✿ - CRA- Behandlung (Community Reinforcement Approach)
 - ✿ - Kurzintervention
 - ✿ - Interaktionstherapie
 - ✿ - Bewegungstherapie
 - ✿ - Familientherapie mit Fokus an Missbrauch und Abhängigkeit
- ✿ Tiamin (Vitamin B1) für PatientInnen mit langem und kräftigem Alkoholkonsum
- ✿ Behandlung mit Acamprosat (Campral®) bei PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit
- ✿ Behandlung mit Naltrexon (Revia®) bei PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit
- ✿ Disulfiram (Antabus®) bei PatientInnen mit Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit
- ✿ Intensitätsabhängige Behandlungsstrategien je nach Grad des Missbrauchs bzw. der Abhängigkeit bei PatientInnen mit Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit
- ✿ PatientInnen-orientierte Ansätze/verhaltenstherapeutische Techniken in Kombination mit individuellen sozialen Integrationsmaßnahmen bei PatientInnen mit Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit und sozialen Schwierigkeiten

Im Detail beschreiben die schwedischen Nationalen Richtlinien für alkohol- und narkotikatherapeutische Versorgung die einzelnen Therapiealternativen wie folgt:

Tabelle 2.4-1 Empfehlungen für Behandlungen bei Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol (Socialstyrelsen)

Zielgruppe und Intervention	Effekt	Evidenz für Effekt	Kosten Beurteilung	Kommentare
<p><i>PatientInnen mit schweren Entzugerscheinungen</i></p> <p>Abstinenz-Behandlung</p>	Reduziert die Abstinenzsymptome	Gute Erfahrungen aus der Praxis	Beurteilung nicht eindeutig möglich	Nach akuter Abstinenzbehandlung sollten PatientInnen weitere Therapien bekommen, s. Tabelle unten.
<p><i>PatientInnen in Abstinenz-Behandlung</i></p> <p>Medikamentöse Behandlung, Benzodiazepine</p>	Verhindern unspezifische und spezifische Abstinenzsymptome (z.B. Delirium tremens)	Evidenzgrad 1	Beurteilung nicht eindeutig möglich	Abhängigkeitsgefahr bei Behandlung mit Benzodiazepinen muss beachtet werden.
<p><i>PatientInnen in Abstinenz-Behandlung, aus Risikogruppen bzgl. der Entwicklung von Entzugerscheinungen</i></p> <p>Medikamentöse Behandlung, Klometiazol (Heminevrin)</p>	Verhindern unspezifische und spezifische Abstinenzsymptomen (z.B. Delirium tremens)	Gute Erfahrungen aus der Praxis und beschränkte wissenschaftliche Evidenz	Beurteilung nicht eindeutig möglich	Aufgrund der Nebenwirkungen und des Abhängigkeitsrisikos soll Klometiazol nur kontrolliert, in geschlossenen Institutionen eingesetzt werden.
<p><i>KlientInnen und PatientInnen mit Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit</i></p> <p>Psychozial Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 Schritte Stufenprogramm - Kognitive Verhaltenstherapie mit Fokus auf Missbrauch - Motivationstherapie - CRA- Behandlung - Kurzinterventionen - Interaktionstherapie - Bewegungstherapie - Familientherapie mit Fokus auf Missbrauch und Abhängigkeit 	Nüchternheit, niedriger Konsum und weniger Missbrauchstage; verbesserte Lebensqualität	Evidenzgrad 1	Beurteilung nicht eindeutig möglich	Effektive Methoden sollten immer eine gute Struktur, einen Fokus auf Missbrauch und Abhängigkeit, definierte Maßnahmen, und detaillierte Richtlinien/Manuale haben.

Zielgruppe und Intervention	Effekt	Evidenz für Effekt	Kosten Beurteilung	Kommentare
<p>PatientInnen mit langem und intensivem Alkoholkonsum</p> <p>Tiamin (Vitamin B1)</p>	Vermeiden des Wernicke Korsakoffs Syndroms	Evidenzgrad 1	Beurteilung nicht eindeutig möglich	Die Behandlung sollte vor Verabreichung einer Tropfinfusion, Essen und Trinken anfangen.
<p>PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit</p> <p>Behandlung mit Acamprosat (Campral®)</p>	Niedriges Risiko für Rückfall, wenig Verlangen nach Alkohol, mehrere ganze Tage nüchtern	Evidenzgrad 2	Beurteilung nicht eindeutig möglich	Das Medikament kann im Rahmen der öffentlichen Versorgung eingesetzt werden. Wichtig sind medizinische Beratung, Unterstützung, und sorgfällige Nachverfolgung.
<p><i>PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit</i></p> <p>Behandlung mit Naltrexon (Revia®)</p>	Niedriges Rückfallsrisiko, wenig Verlangen nach Alkohol, mehrere ganze Tage nüchtern	Evidenzgrad 2	Beurteilung nicht eindeutig möglich	Wie bei Campral.
<p><i>PatientInnen mit Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit</i></p> <p>Disulfiram (Antabus®)</p>	Nüchternheit, wenig Missbrauchstage	Evidenzgrad 1	Beurteilung nicht eindeutig möglich	Einnahme nur in Anwesenheit von Personal. Regelmäßige Kontrolle der Leberfunktion.
<p><i>KlientInnen und PatientInnen mit Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit</i></p> <p>Intensitätsabhängige Behandlungsstrategien je nach Grad des Missbrauchs bzw. der Abhängigkeit</p>	Erhöhte Nüchternheit und niedriger Missbrauch	Evidenzgrad 2	Beurteilung nicht eindeutig möglich	Unter „Intensität der Behandlung“ werden Dauer und Umfang verstanden. Wichtig ist, ob die Behandlung in offenem oder geschlossenem Setting stattfindet.

Zielgruppe und Intervention	Effekt	Evidenz für Effekt	Kosten Beurteilung	Kommentare
<p><i>KlientInnen und PatientInnen mit Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit und sozialen Schwierigkeiten</i></p> <p>PatientInnen-orientierte Ansätze/ verhaltenstherapeutische Techniken in Kombination mit individuellen sozialen Integrationsmaßnahmen</p>	Verbesserte soziale Situation und niedriges Rückfallrisiko	Evidenzgrad 2	Laut <i>National Board of Health and Welfare</i> niedrige Kosten für Sozial-, Gesundheits-, u. Rechtswesen.	Unter „PatientInnen-orientierten“ Ansätzen werden z.B. Wohnhilfe oder Arbeitstraining verstanden.

Länder und Gemeinden für Implementierung verantwortlich	Das <i>National Board of Health and Welfare</i> definiert die Qualitätsmaßstäbe: (Swedish National Board of Health and Welfare, 2007) [28]. Basierend auf einer schriftlichen Vereinbarung sind die nationalen Richtlinien des Bundes von den Landtagen und den Kommunen zu implementieren (Ministry of Health and Social Affairs Organisation, 2008a, Ministry of Health and Social Affairs Organisation, 2008b).
Verpflichtende Daten- erhebung für ökonomische Analysen	Zur Analyse der Kosteneffektivität sind die Leistungserbringer angehalten, Informationen zu folgenden Punkten zu erheben: <ul style="list-style-type: none">✿ Zielsetzung der Behandlung✿ Zielgruppe der Behandlung✿ Dauer der Behandlung✿ Behandlungsfrequenz✿ Art der Behandlung✿ Anzahl an Personal und Qualifikation✿ Kosten der Behandlung✿ Aufteilung der Kosten in direkte Behandlungskosten und Folgekosten✿ Kostenersparnisse der jeweiligen Behandlung (kurz- und langfristig)
ICD 10 und DSM-IV in Verwendung 10 definierte Dimensionen zur Qualitätsmessung	Als Definitionsgrundlagen von Missbrauch und Abhängigkeit werden im klinischen Rahmen die Schemata ICD-10 oder DSM-IV benutzt. Im Sozialwesen fehlen jedoch diagnostische Definitionen, es gibt keine objektiven Kriterien, um Missbrauch oder Abhängigkeit festzustellen [28]. Derzeit werden für das Gesundheits- und Sozialwesen in folgenden 10 Qualitätsbereichen Indikatoren für die Beurteilung der Missbrauchs- und Abhängigkeitsversorgung entwickelt [29]: <ul style="list-style-type: none">✿ Zugang zu Leistungen✿ Beratung✿ Kooperation/Zusammenarbeit✿ Prozessstruktur aus der Perspektive der PatientInnen✿ Datenerhebung und Dokumentation✿ Follow-up bzw. Nachverfolgung✿ Punktuelle Unterstützung und gezielte Therapien✿ Personalkompetenz✿ Sicherheit✿ Leitung und Verwaltung Ein nationales Qualitätsregister für Missbrauchs- und Abhängigkeitsversorgung im Gesundheits- und Sozialwesen ist in Planung.

2.5 Großbritannien

2.5.1 Größenordnungen

Das NHS berichtet, dass in England im Jahr 2006 bei 6.517 Todesfällen ein direkter kausaler Bezug zu überhöhtem Alkoholkonsum festgestellt werden konnte. Diese Zahl stieg seit 2001 um 19% an und enthält ein Geschlechterverhältnis von etwa zwei Drittel Männern zu einem Drittel Frauen. In den zehn Jahren zuvor hat sich auch die Anzahl der speziell alkoholbezogenen Spitalaufnahmen deutlich erhöht. 57.142 PatientInnen stellen eine 52%ige Steigerung gegenüber dem Wert von 1995/96 dar. Die Zahl der Aufnahmen, bei denen Alkohol eine Rolle bei Erst- oder Zweitdiagnose gespielt hat, verdoppelte sich im selben Zeitraum ebenfalls und betrug 2006/07 207.788 [30].

**6.517 dokumentierte
Todesfälle in direktem
kausalem Bezug zu
erhöhtem Alkoholkonsum (2006)**

2.5.2 Versorgungsmodelle

Das vom britischen Department of Health 2004 publizierte *National alcohol needs assessment* (der Report zum *Alcohol Needs Assessment Research Project ANARP*) [31] zeigt auf, wie sehr das britische Gesundheitswesen auch in der Frage der alkoholtherapeutischen Versorgung auf die Niederschwelligkeit des Leistungszugangs durch die HausärztInnen setzt. Es wird beschrieben, dass 26% der BritInnen an einem „alcohol use disorder“ leiden, wovon 23% schädlicher Gebrauch und lediglich 3% eine echte Alkoholabhängigkeit attestiert wird. Diese im internationalen Vergleich sehr niedrigen Zahlen deuten darauf hin, dass die Begriffsdefinitionen zwischen den Ländern nicht immer einheitlich sind, was jedoch für die Effektivität der nationalen therapeutischen Versorgung nicht relevant sein muss.

**Fokus auf
Niederschwelligkeit
über praktische Ärzte**

Im Jahr 2006 entwickelte das *Department of Health* die „Models of Care for Alcohol Misusers (MoCAM)“ [32]. Darin wird von Grund auf beschrieben, wie diverse Versorgungsleistungen implementiert werden sollten. Für die Einrichtung folgender Versorgungsleistungen wurden Definitionen, Interventionen, Settings und Kompetenzen festgelegt, die es zu beachten bzw. einzuhalten gilt:

**Models of Care for
Alcohol Misusers des
Department of Health**

- ✿ Alcohol-related information and advice
- ✿ Screening
- ✿ Simple brief interventions
- ✿ Referral
- ✿ Open access interventions
- ✿ Non-care-planned interventions
- ✿ Alcohol-specific interventions
- ✿ Community-based interventions
- ✿ Structured interventions
- ✿ Care-planned alcohol treatment
- ✿ Alcohol specialist inpatient treatment
- ✿ Residential rehabilitation

**Synchronisierung eines
breiten Versorgungsspektrums**

Auf diese Art und Weise wird in Großbritannien nun seit kurzem versucht, einerseits ein breites Spektrum an Versorgungsleistungen beizubehalten, es andererseits jedoch zu synchronisieren, indem man die Einrichtung neuer Institutionen reglementiert und dadurch auf der Basis von best practices eine Art „mainstream“ vorgibt.

**United Kingdom Alcohol
Treatment Trial/UKATT:
großer RCT erweitert
Blickfeld über klinische
Effektivität hinaus**

In Großbritannien wurde in den letzten Jahren der sogenannte „United Kingdom Alcohol Treatment Trial/UKATT“ durchgeführt. Diese randomisierte kontrollierte Studie ist Resultat einer Zusammenarbeit von ExpertInnen aus den Bereichen Psychiatrie, klinische Psychologie, Biostatistik und Gesundheitsökonomie, und hat die Besonderheit, dass er neben seiner großer Fallzahlen (576 PatientInnen) auch Wert auf unterschiedlichste Perspektiven der Evaluation legt [18].

Im Rahmen dieses Projekts werden als primäre Outcomes definiert:

- ✿ Alkoholkonsum (mithilfe des sog. ‚Form 90‘ –Fragebogens)
- ✿ γ -glutamyl transferase (GGT – Enzym zur Einschätzung der Leberfunktion)
- ✿ Alkoholabhängigkeit (mithilfe des Leeds Dependence Questionnaire/LDQ)

Als sekundäre Outcomes werden

- ✿ Lebensqualität (EQ5D)
- ✿ Allgemeiner Gesundheitszustand mittels SF36 Questionnaire
- ✿ Allgemeiner Gesundheitszustand mittels General Health Questionnaire (GHQ-28)
- ✿ Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Healthcare Utilization Questionnaire)
- ✿ Addiction Severity Index (s. dazu auch Kap. 2.9), sowie die
- ✿ Family Environment Scale definiert.

Es handelt sich hier einerseits um eine Messung klinischer Outcomes, jedoch sind beispielsweise mit dem Health Utilization Questionnaire ein ökonomischer Aspekte, und mit der Family Environment Scale eine Messgröße enthalten, die einen sozialen Parameter darstellt, als solcher im Kontext mit Sucht jedoch wiederum besondere klinische Relevanz birgt.

**Parallele Projekte in
USA und Deutschland**

In den USA und neuerdings auch in Deutschland existieren mit COMBINE (s. Kap. 2.6.2) bzw. PREDICT (s. Kap. 2.2.2) ähnliche Großprojekte, die primär klinisch orientiert sind, jedoch auch die Kosteneffektivität von einzelnen Interventionen im Auge haben.

**Derzeit keine
vollständige Vereinheitlichung in UK**

Generell ist auch in Großbritannien die Therapieversorgung in klinischen und ambulanten Institutionen nicht vereinheitlicht. Die Tendenzen zu einer breiteren Behandlung des Themas jenseits der alleinigen klinischen Versorgung und Wirksamkeitsbeurteilung sind zwar klar zu erkennen, es gibt jedoch kein einheitliches Modell, nach dem im ganzen Land behandelt wird. Ludbrook et al. [33] publizierten einen Literaturüberblick zu kosteneffektiven Maßnahmen zur Reduktion von Alkoholmissbrauch in Schottland und teilten die Untersuchungen in folgende Gruppen ein:

- ✿ Policy and Legislation
- ✿ Enforcement
- ✿ Prevention

- ✿ Screening and Detection
- ✿ Brief Interventions
- ✿ Detoxification
- ✿ Relapse Prevention

Bereits diese Aufzählung macht die breite Palette an Perspektiven und Politiken deutlich, von denen her die verantwortlichen Institutionen der Gesundheitsversorgung in Großbritannien sich dem Phänomen der Alkoholsucht nähern. Zum Einen sind in Großbritannien präventive Maßnahmen im Sinne von Aufklärung in Schulen oder öffentlichen Gesundheitskampagnen sehr populär, zum Anderen setzt man auch verstärkt auf Screenings. Unter Anderem wird dazu, ebenso wie zur Verbesserung von ambulanten Therapien, die Entwicklung zuverlässiger Biomarker voran getrieben.

Generell wird das Phänomen Alkoholismus eher entsprechend eines Public Health Ansatzes verfolgt, der auch politische Maßnahmen auf dem Gebiet der Verkehrspolitik, der Altersbeschränkung von Alkoholkonsum und anderer gesetzlicher Maßnahmen sowie Experimente mit mobilen Entgiftungsstationen beinhaltet.

Evaluationen werden grundsätzlich in solche unterteilt, die bestimmte Intervention bewerten, und jene, die Aussagen zur Implementierbarkeit von in anderen Settings erwiesenermaßen wirksamen Maßnahmen in den jeweiligen lokalen Kontext tätigen [31].

Strukturierte Vereinheitlichung in 7 Dimensionen öffentlich vorangetrieben

2.6 USA

2.6.1 Größenordnungen

Schätzungen des *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism/NIAAA* [34] zufolge leiden in den USA 7% der Männer und 4,5% der Frauen unter Alkoholabhängigkeit. Nach Angaben von Berglund et al. sind es sogar 10% aller Männer und etwa 5% aller Frauen [35]. Laut WHO traf 2003 die Diagnose Alkoholabhängigkeit oder schädlicher Gebrauch auf 18 Millionen AmerikanerInnen (8,3% der über 18jährigen) zu. Die Häufigste Art des Konsums ist das binge drinking (Rauschtrinken).

7% der Männer und 4,5% der Frauen (18+) alkoholabhängig (NIAAA 2008)

2.6.2 Versorgungsmodelle

Die in den USA entwickelten „Patient Placement Criteria PPC-2R“ der *American Society of Addiction Medicine/ASAM* [2] stellen ein umfassendes Kompendium dar, das Standards in der Therapiezuweisung bei unterschiedlichen Diagnosen in unterschiedlichen Behandlungssettings beinhaltet. Es ist ein internationales Standardwerk, an dem sich viele Staaten und Institutionen in der Festlegung ihrer Behandlungsabläufe orientieren. Die Zuordnungskriterien beziehen sich allgemein auf substanzbezogene Suchterkrankungen, für Alkohol gibt es, so wie für andere Suchtmittel, spezifische Detailangaben. An der Entwicklung der PPC-2R waren neben KlinikerInnen auch ExpertInnen aus den Bereichen Programmimplementierung, Leistungszugang und –vergütung, Revision, und Forschung beteiligt.

Patient Placement Criteria: Guidelindes für standardisierte Therapiezuweisung

**Grobe 5-stufige
Zuteilung auf oberster
Ebene**

Die oberste Einteilung bezüglich der Therapiesettings ist eine 5-stufige Zuordnung:

- ✿ Level 0,5: Early intervention
- ✿ Level I: Outpatient Treatment
- ✿ Level II: Intensive Outpatient / Partial Hospitalization Treatment
- ✿ Level III: Residential / Inpatient Treatment
- ✿ Level IV: Medically Managed Intensive Inpatient Treatment

Darunter existiert noch eine Differenzierung, die die nötige Behandlungsdensität innerhalb der einzelnen Stufen präzisiert. Bezüglich der Diagnose gilt es nach den Kriterien der ASAM folgende 6 Dimensionen zu beachten:

- ✿ Akute Intoxikation und/oder Entwöhnungspotential
- ✿ Biomedizinische Bedingungen und Komplikationen
- ✿ Emotionale, verhaltensbezogene oder kognitive Umstände und Komplikationen
- ✿ Veränderungsbereitschaft („Behandlungsakzeptanz/-resistenz“)
- ✿ Rückfall, dauerhafter Gebrauch oder andauerndes Problempotential
- ✿ Besserung/Lebensumfeld

**Zuteilung auch nach
2fach-Diagnosen
möglich**

In den PPC-2R wird besonderer Wert darauf gelegt, dass Versorgungssysteme sowohl auf klinischer Kompetenzebene, als auch in Bezug auf die Infrastruktur und Vernetzung mit anderen Einheiten immer imstande sein müssen, zumindest auch 2fach-Diagnosen im Sinne von psychischen Störungen und gleichzeitigen Substanzabhängigkeiten behandeln zu können.

**COMBINE: großer RCT
auf Basis DSM-IV
klinischer Fokus**

Auf der Ebene der klinischen Effektivitätsforschung wurden in den USA in den letzten Jahren enorme Anstrengungen unternommen. Die University of New Mexico startete im Jahr 2001 eine große randomisierte, kontrollierte Studie mit dem Titel *COMBINE*, im Rahmen derer sie 1383 abstinenten Freiwillige mit der Diagnose primäre Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV Klassifikation behandelte. Ziel war es, durch Gruppenvergleiche und ein 12monatiges Follow-up Aufschlüsse über die Effektivität von medikamentöser Behandlung (Naltrexon vs. Acamprosat) vs. kombinierter Verhaltenstherapie (CBI) vs. kombinierter Therapie zu gewinnen [17]. 2004 präsentierten Anton et al. ihre Studie, wonach die Kombination von Naltrexon und CBI keine klinische relevante Wirkung hat, jedoch die beiden Interventionen in Kombination mit anderen Therapieformen sehr wohl gut wirken. Acamprosat wird darin eine mangelhafte Effektivität bescheinigt.

2.7 Kanada

2.7.1 Größenordnungen

**9,9% Prävalenz (16+) in
Bezug auf Abhängigkeit**

Die WHO bezifferte für das Jahr 2002 die Prävalenz für Alkoholabhängigkeit mit 9,9% (14,0% Männer, 4,5% Frauen). Für die Provinz Alberta gibt die *Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission* an, dass 2004 79,5% der Bürger über 15 Jahren Alkohol konsumierten. 9,5% der Leute gaben an, sich durch Alkoholkonsum geschadet zu haben, und 38,0% gaben an, durch den Konsum anderer selbst zu Schaden gekommen zu sein [36].

2.7.2 Versorgungsmodele

Kanada hat traditionell ein bundesstaatlich organisiertes Gesundheitswesen, was eine einheitliche Analyse in allen Bereichen erschwert.

2001 publizierte das kanadische Gesundheitsministerium *Health Canada* einen Überblick über 37 der wichtigsten Suchttherapieeinrichtungen, in denen Forschungsprojekte laufen. Aus dieser Dokumentation geht hervor, dass das Spektrum der Versorgung grundsätzlich breit ist und mehr oder weniger (un-)abhängig von den Provinzen unterschiedlichste Angebote zur Verfügung stehen: sowohl stationäre als auch ambulante Einheiten, „case management“ Programme, Entzugskliniken, tagesklinische Institutionen, aber auch Einrichtungen für betreutes Wohnen und andere mehr (National Program Inventory - Health Canada 2001) [37].

Mittlerweile werden schon seit einigen Jahren sog. „Roundtables“ abgehalten, die unter dem Motto „Toward a National Framework for Action on Substance Use and Abuse“ stehen. In der Dokumentation dieser Roundtables wird einmal mehr deutlich, dass Themen wie „defining terms/ agreeing on common language“, oder die Frage nach den Ursachen von Alkoholismus nicht definiert sind. Deutlich wird jedoch ebenso der Wunsch aller Beteiligten, das System durch gemeinsame Forschung und Organisation kosteneffektiver zu gestalten, weiterhin Forschungsoptionen offen zu halten, evidenzbasiert, transparent, langfristig und mit Bedacht auf ethische Fragen zu arbeiten [38].

Zur Darstellung der landesweiten Versorgungssituation liegt derzeit kaum ausreichendes Wissen vor. Dem aktuellen Protokoll des *Canadian Centre on Substance Abuse* zum *Second Forum on the National Framework for Action to Reduce the Harms Associated with Alcohol and Other Drugs and Substances* vom Mai 2008 sind jedoch die 13 „priorities“ zu entnehmen, nach denen die nationale Versorgung ausgerichtet werden soll.

Diese „priorities“ stellen eine allgemein-politische Agenda über unterschiedliche Bereiche dar, in denen sich durch das Problem der Alkoholabhängigkeit besondere Anforderungen stellen:

- ✿ Increasing awareness and understanding of problematic substance use
- ✿ Reducing alcohol-related harms
- ✿ Preventing problematic use of pharmaceuticals
- ✿ Addressing enforcement issues
- ✿ Addressing fetal alcohol spectrum disorder (FASD)
- ✿ Sustaining Workforce Development
- ✿ Improving quality, accessibility and range of options to treat harmful substance use including substance use disorders
- ✿ Implementing a national research agenda and facilitating knowledge transfer
- ✿ Modernizing legislation, regulatory and policy frameworks
- ✿ Focusing on children and youth
- ✿ Reaching out to Canada’s North
- ✿ Supporting First nations, Inuit and Métis people in addressing their needs
- ✿ Responding to offender-related issues

(*Health Canada* 2008)

Territorial gegliedertes Gesundheitswesen

Breites Spektrum an Einrichtungen, insbes. überregional nicht abgestimmt

Erste Versuche eines „National Framework for Action on Substance Use and Abuse“

13 priorities auf der Ebene politischer Ziele im Sinne einer effektiven und reibungslosen Versorgung

**Koordinierung durch
Canadian Centre on
Substance Abuse**

Die Koordination der gemeinsamen Planung obliegt dem Canadian Centre on Substance Abuse, das bereits einen Draft für ein *National Framework for Action to Reduce the Harms Associated with Alcohol and Other Drugs and Substances* vorgelegt hat [37].

Das Beispiel Kanada ist eines, das im Laufe der nächsten Jahre insofern von hohem Interesse sein dürfte, weil hier versucht wird, auf nationaler Ebene bisherige regionale Konzepte zu reflektieren, und eine Gesamtstrategie zu entwickeln, die für unterschiedliche Provinzen anwendbar sein soll.

2.8 Australien

2.8.1 Größenordnungen

**Deutliche Verschärfung
der Problematik, speziell
bei Jugendlichen und
Frauen**

In den 2003 erschienenen *Australian Alcohol Guidelines* [39] wurde eine deutliche Steigerung im Alkoholkonsum im Zeitraum von 1995 – 1998 beschrieben. Unter anderem wurde erhoben, dass

- ✿ der Anteil der Personen, die angaben, regelmäßig Alkohol zu konsumieren an der Gesamtbevölkerung von 44% auf 49% deutlich gesteigert hatte: Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen von 59% : 39% liegt etwa im internationalen Durchschnitt.
- ✿ der Anteil der Personen, die seltener als einmal pro Woche Alkohol konsumierten im selben Zeitraum von 34% auf 32% zurück ging.
- ✿ der Anteil der ehemaligen Trinker blieb konstant bei 10%.
- ✿ der Anteil jener, die angaben, noch nie ein volles Glas Alkohol konsumiert zu haben sank von 12% auf 10%.

Weitere Analysen ergaben unter anderem, dass der Alkoholkonsum bei Jugendlichen sowie bei Frauen überproportional zunahm. Als eine Konsequenz dieser Entwicklungen verfasste das *National Health and Medical Research Council/ NHMRC* „Guidelines“ für die gesamte Bevölkerung, sowie für spezifische Gruppen, die als Orientierungshilfe zu mäßigem bzw. nicht gesundheitsschädlichem Konsum dienen sollten.

2.8.2 Versorgungsmodelle

**Keine verbindlichen
Richtlinien bzgl.
Versorgungsstrukturen**

**HTA-Sammlung zu des
National Drug and
Alcohol Research Center
als Entscheidungshilfe
für Versorgungsplanung**

Bezüglich der Versorgungssituation mit Therapieeinrichtungen existieren in Australien seit 2003 gesetzlich nicht verbindliche Guidelines, die einen starken Fokus auf Screening und Maßnahmen der öffentlichen Bewusstseinsbildung enthalten. Das *National Drug and Alcohol Research Center NDARC* versuchte einen Überblick über die Evidenz vorhandener Behandlungsstrategien zu geben. Die daraus resultierenden *Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems* [39] sollten jedoch nur als eine Art Nachschlagewerk für Institutionen und Entscheidungsträger dienen, die Ihre Versorgungsstrukturen auf der Basis ihrer Ressourcen und unter Einbeziehung individueller Bedürfnisse gestalten. Darin wird betont, dass manche Strategien, wie zum Beispiel Kurzinterventionen sehr effektiv sein können, insgesamt wird jedoch weniger eine Politik der Spezialisierung, sondern eher die Schaffung eines breiten Angebotspektrums gut evaluierter Instrumente empfohlen. Dies bezieht sich nicht nur auf den angewandten Therapiebereich, sondern in gleicher Weise auf das Feld der Primärprävention.

Die Empfehlungen sind in folgende gegliedert:

- ✿ Screening
- ✿ Assessment
- ✿ Patient-Treatment Matching
- ✿ Withdrawal Management
- ✿ Post-Withdrawal Treatment Setting
- ✿ Brief Interventions
- ✿ Psychosocial Interventions
- ✿ Relapse Prevention
- ✿ Extended Care
- ✿ Treatment for specific groups
 - ✿ Adolescents
 - ✿ Cognitively Impaired Clients
 - ✿ Comorbid Disorders
 - ✿ Gender
 - ✿ Indigenous Clients

Die beschriebenen Bereiche werden im Kontext ihrer klinischen, organisatorischen oder sonstigen Einflüsse dargestellt und in Einzelaussagen „zerlegt“. Diesen wird ein Evidenzlevel auf einer Skala von I - IV zugeordnet. Die unterschiedlichen „Level“ definieren sich nach der Qualität der Evidenz bzw. der Studiendesigns. In ihren Definitionen bedienen sie sich der diagnostischen Kriterien der DSM-IV Klassifizierung. Auf Basis der erstellten „Mikroassessments“ wird dann für einzelne Handlungsoptionen innerhalb eines Bereichs, beispielsweise des Screenings, eine Empfehlung mit der Stärke ‚strong‘, ‚moderate‘ oder ‚fair‘ abgegeben.

**Einzelinterventionen
detailliert beschrieben
und auf ihre Evidenz hin
beurteilt**

Tabelle 2.8-1 Zuordnung der Evidenzlevels nach NDARC

Evidenzlevel	Studiendesign
I	Systematischer Review auf der Basis von RCTs
II	Evidenz auf Basis von mindestens 1 RCT
III-1	Evidenz auf Basis gut designeter, pseudo-randomisierter Studien
III-2	Evidenz auf Basis vergleichender Studien (inkl. Systematische Reviews auf Basis solcher) mit Kontrollgruppe aber ohne Randomisierung, Kohortenstudien, Fallkontrollstudien oder unterbrochenen Zeitreihen mit Kontrollgruppen
III-3	Evidenz auf Basis vergleichender Studien mit historischen Kontrolldaten, zwei oder mehrere unkontrollierte Kohortenstudien oder unterbrochene Zeitreihen ohne parallele Kontrollgruppen
IV	Evidenz auf Basis von einfachen Fallserien

Um die „Guidelines“ auch in die Nähe einer praktischen Anwendung zu bringen, wurde je ein Ablaufdiagramm für ein Screening und eine Intensivtherapie verfasst, das die Zuordnung der Inhalte bei der Erstellung bzw. der Analyse eines Programms erleichtert. Insgesamt ist die australische Alko-

**Ablaufschemas für
Screening und
Intensivtherapie**

holversorgung also bewusst nicht zentralisiert. Selbst die Standardisierung der Maßnahmen wird bewusst weitgehend jenen ExpertInnen überlassen, die Versorgungsentscheidungen treffen. Es existiert jedoch ausführliche Information zur Evidenz der Einzelinterventionen.

Zur Organisation von Screenings bzw. Therapieprogrammen werden folgende Ablaufschemata vorgeschlagen:

Screening and Interventions for Alcohol Problems:

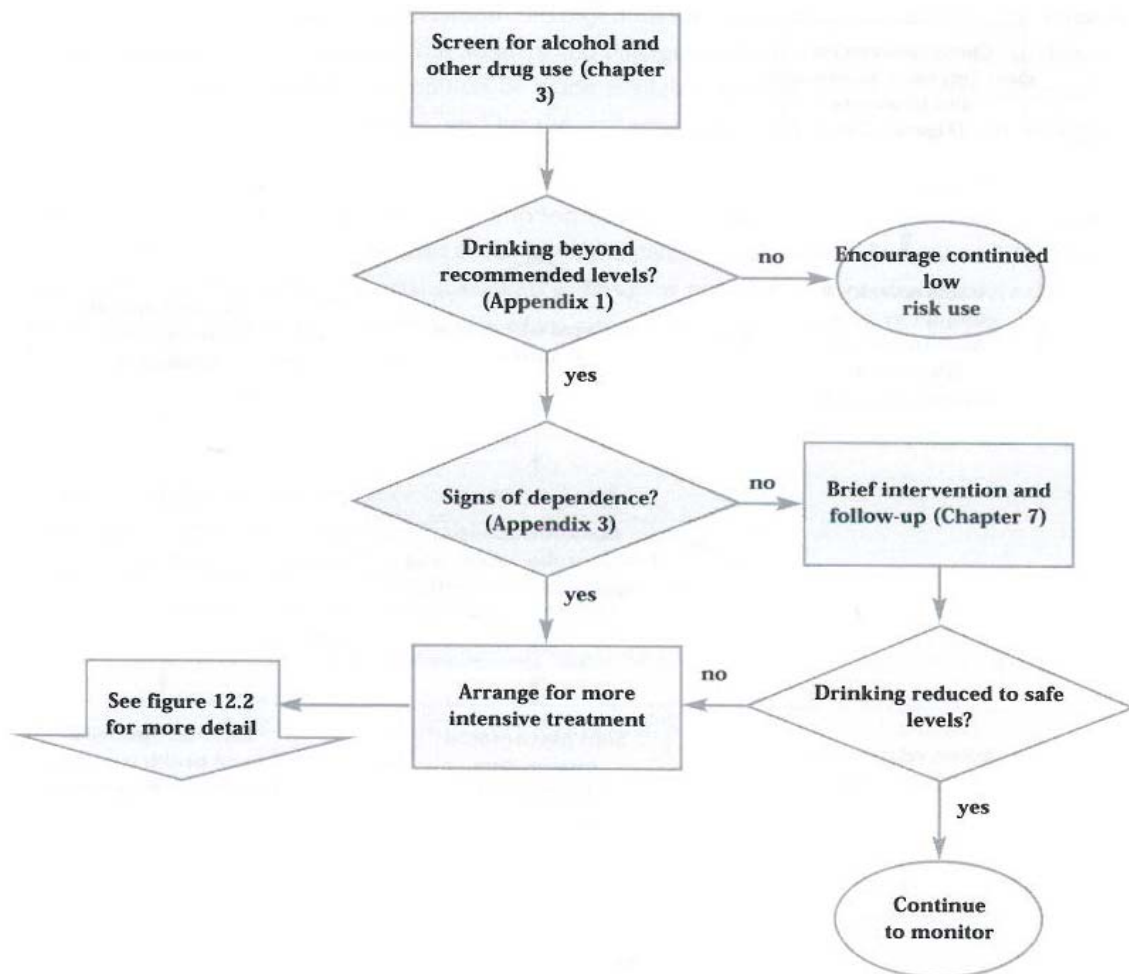


Abbildung 2.8-1 Ablaufschema Screening (Australian National Drug and Alcohol Research Center NDARC)

Intensive Treatment for Alcohol Dependence:

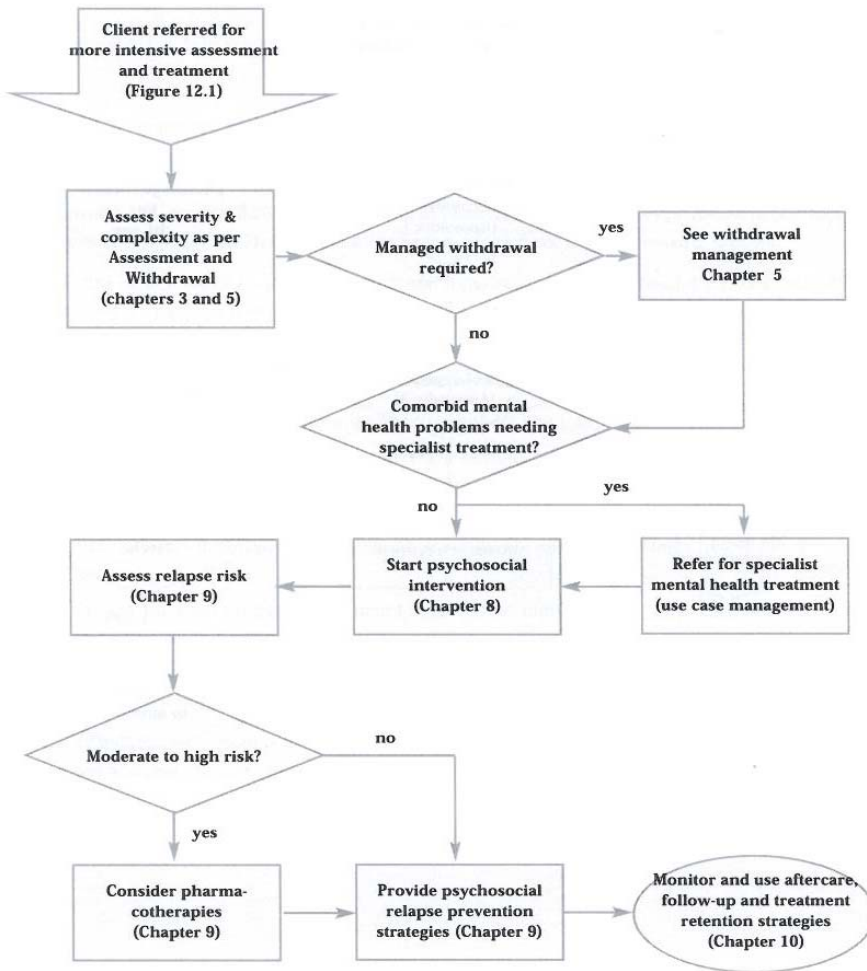


Abbildung 2.8-2 Ablaufschema Intensive Treatment (Australian National Drug and Alcohol Research Center NDARC)

Die einzige „harte“ Empfehlung betrifft die Bereitstellung eines breiten Angebotsspektrums. Insgesamt wird deutlich ausgedrückt, dass die australische Regierung versucht, der Diversität der Bedürfnisse in der alkoholtherapeutischen Versorgung Rechnung zu tragen.

**Breites
Angebotsspektrum
empfohlen**

2.9 Dänemark

2.9.1 Größenordnungen

9% der Bevölkerung
abhängig oder
konsumieren in
kritischem Ausmaß

Schätzungen zufolge sind etwa 3,6%-4,5% der etwa 5,5 Millionen Dänen alkoholabhängig. Ca. 9% konsumieren über die empfohlenen Risikogrenzen hinaus [23].

Tabelle 2.9-1 Behandlungszahlen Dänemark

Therapie- Optionen	Betroffene (500.000)	Konsum		
		1	150.000	Personen mit proble- matisch erhöhtem Alkohol- konsum
2	190.000	Abhängigkeit		
	80.000			Abhängigkeit <30 Jahre alt
3	65.000			Abhängigkeit >/=30 Jahre alt
4	15.000			Abhängigkeit obwohl in Pflege bzw. psychiatri- scher Behand- lung

2.9.2 Versorgungsmodelle

Versorgung auf
regionaler und lokaler
Ebene implementiert

Niederschwellige
Versorgung über
HausärztInnen

Breites
Behandlungsangebot
nach Schweregrad
abgestuft

In Dänemark wird die alkoholtherapeutische Versorgung zwischen Landtagen, Kommunen, ärztlichem und Pflegepersonal sowie freiwilligen Organisationen koordiniert. Politische Maßnahmen betreffen vor allem die präventive Arbeit, frühe Interventionen, therapeutische Behandlungen sowie die Nachbehandlung. Die HausärztInnen haben, ähnlich wie in Schweden, eine Schlüsselfunktion in der Aufdeckung bzw. Bewusstmachung von Alkoholismus, Beratung (Überweisung an alkoholtherapeutische Institutionen) und im Führen von motivierenden Gesprächen [23].

Für die in Abb. 2.9-1 beschriebenen Gruppen sind die folgenden Behandlungsoptionen vorgesehen:

1. Informationsgespräche durch HausärztInnen oder in Krankenhäusern
2. Komplementär:
 - a. Betreuung durch HausärztInnen
 - b. Spitalsversorgung
 - c. Kommunale Einrichtungen
 - d. Tagesklinische Einrichtungen
 - e. Pflegeeinrichtungen
 - f. Therapeutische Versorgung im Rahmen des Strafvollzugs
 - g. Psychiatrische Versorgung
 - h. Schulische Einrichtungen
 - i. Sonstige Einrichtungen

3. Intensive Therapien im Rahmen von Gruppen oder Einzelbehandlungen, kürzere, flexiblere Interventionen
4. Versorgung in Abhängigkeit der jeweiligen psychiatrischen (Primär-)Diagnose

Seit 1. Januar 2007 haben die Kommunen Prävention und Behandlung sowie die ökonomische Verantwortung von den Ländern übernommen [28]. Ebenso wurde ihnen gesetzlich die Verantwortung für Nachbehandlung und soziale Unterstützung übertragen. Im Jahr 2002 wurde ein alkoholpolitischer Handlungsleitfaden für die Kommunen publiziert, um die alkoholpolitischen Ziele zu implementieren.

Aufgrund des föderalen Ansatzes gibt es zwischen den Bundesländern noch Unterschiede in Bezug auf vorhandene oder zur Verfügung gestellte Ressourcen, Therapiemöglichkeiten und Standardisierung von Methoden [23]. Die klassischen Behandlungstherapien sind:

- ✿ medikamentöse Entwöhnungsbehandlung,
- ✿ individuelle Gesprächs- sowie
- ✿ Gruppentherapie,
- ✿ Tagesbehandlung, und
- ✿ rund um die Uhr Behandlung.

Die dominierende Therapieform ist die individuelle Gesprächstherapie. Während der intensivsten Behandlungsphase werden 2- bis 4-mal im Monat ca. 30-60minütige Gespräche geführt.

In Dänemark werden Personen mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblemen vornehmlich ambulant behandelt. Lediglich 4% bekommen Tagesbehandlungen, die hauptsächlich in privaten Institutionen stattfinden. Schwer alkoholabhängige und sozial benachteiligte Personen scheinen von der rund um die Uhr Behandlung gut zu profitieren. In den ambulanten Institutionen hat die Mehrheit der PatientInnen eine lange Krankengeschichte in Bezug auf Alkoholmissbrauch oder Abhängigkeit. Die frühe Erkennung von Alkoholproblemen und frühe Interventionen sind Bereiche, die in der dänischen Alkoholpolitik hohe Priorität genießen.

Um den Akteuren definitorische Hilfestellungen in der Erstellung ihres Angebots zu geben, definierte das *Ministry of Social Welfare (Socialstyrelsen)* im Jahr 2002 zunächst folgende Gruppen, die in der alkoholtherapeutischen Versorgung derzeit keine ausreichende Behandlung bekommen:

- ✿ Personen mit Medikamentenmissbrauch
- ✿ Personen mit Missbrauch und Abhängigkeit
- ✿ Personen mit Mehrfachdiagnosen im Sinne von Alkoholabhängigkeit und psychischer Erkrankung
- ✿ Schwangere mit Alkoholproblemen
- ✿ Jugendliche mit Alkohol- und Narkotikaproblemen
- ✿ Alkoholabhängige ohne gesellschaftlichen Anschluss (ImmigrantInnen, Obdachlose,..)
- ✿ Kinder und andere Familienangehörige.

Regionale Versorgungsunterschiede durch unterschiedliche Ressourcenaufwendung und -verteilung

Ambulante Behandlung und individuelle Gesprächstherapie dominieren

Klassifizierung der PatientInnen zur Einteilung der Versorgungsplanung

**Standardisierte
Diagnose- und
Therapiemethoden
nehmen zu**

In ein paar Regionen ist die alkoholtherapeutische Versorgung standardisiert oder teilweise standardisiert. Das „Motivational Interviewing/MI“ und der *Addiction Severity Index/ASI*² sowie die kognitive Therapie und die systemische Therapie werden oft als standardisierte Methoden verwendet. Der ASI ist die dominierende Diagnosemethode, um Probleme zu aufdecken und „festzumachen“. Ca. 75% aller Patienten werden derzeit mit standardisierten Methoden untersucht und behandelt.

**Nationales
Alkoholregister seit
2006**

Seit 1. Januar 2006 gibt es ein Nationales Alkoholbehandlungsregister/ NAB in Dänemark. Die Zielsetzung ist, auf Basis der Daten Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit zu erforschen, sowie die Behandlungen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen (Monitoring). Trinkgewohnheiten, Herkunft, sozioökonomischer Status sowie Information über die Behandlung und Behandlungsschritte werden analysiert. Ziel ist es auch, mithilfe des Registers zentrale und regionale Institutionen besser koordinieren zu können. Das Register sollte eine wichtige Informationsquelle sein um einen zukünftigen nationalen Handlungsplan zu entwickeln.

² Der ASI ist ein Index der, basierend auf einem etwa 40seitigen Fragebogen, Informationen zum Schweregrad der Substanzabhängigkeit von PatientInnen, zu einem quantitativen Score zusammenfasst. Er wurde erstmals Anfang der 1980er Jahre entwickelt und seither laufend ergänzt und angepasst. Neben den herkömmlichen emotionalen, physischen und psychischen Anamnesedaten beinhaltet er mittlerweile auch Aspekte wie ‚soziale Integration‘, ‚Familiengeschichte in Bezug auf Sucht und psychiatrische Probleme‘, sowie Daten zu Fragen des sexuellen Missbrauchs. Der ASI ist sehr weit verbreitet und dient sowohl zur individuellen Diagnose, als auch zum Monitoring oder zur Beobachtung gesamter Populationen.

3 Ergebnisse - Teil II: Modellprojekte

3.1 Deutschland: (Alkohol-) Entwöhnung im Verbundsystem/EVS

In Deutschland erfolgt die öffentliche Finanzierung von therapeutischen Leistungen für Alkoholkrankte nicht aus einer Hand. Entzugsbehandlungen werden von der öffentlichen GKV/ Gesetzliche Krankenversicherung finanziert, für die Refundierung von Entwöhnungsbehandlungen hingegen sind, unter dem Perspektive der Sicherung der Arbeitsfähigkeit, die Rentenversicherungen zuständig. Finanziert von der *Landesversicherungsanstalt/LVA Oldenburg-Bremen*, wurden seit 1996 in dieser Region mehrere aufeinander aufbauende Evaluationsprojekte integrierter Versorgung durchgeführt.

duale Finanzierung der Alkoholtherapie: integrierte Modellprojekte in der Region Oldenburg-Bremen seit 1997

3.1.1 Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit (1996-1999)

In den Jahren 1996-1999 führten Hedden et al. eine *Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit* durch [40]. Zentrale Fragestellung dieser Studie war die Verbesserung des Erhalts bzw. der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit Alkoholkranker und deren Reintegration ins Erwerbsleben mittels Alkoholentwöhnungsbehandlungen in ambulantem und/oder stationärem Kontext.

Ziel der Alkoholbehandlungen: Erhalt/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit

Auf freiwilliger Basis wurden insgesamt 161 PatientInnen aus 5 stationären Rehabilitationseinrichtungen und 13 ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen erfasst. Von diesen wurden einerseits klinische Merkmale, und andererseits Erwerbsaspekte untersucht. Um das Behandlungssystem qualitativ weiter zu entwickeln wurde die Studie außerdem durch eine Analyse der Kooperationen zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen ergänzt.

161 PatientInnen: Analyse von klinischen Daten, Daten zur Erwerbstätigkeit, sowie von bezogenen – stationären und/oder ambulanten - Leistungen

Zu den Daten, die zum Erwerbsstatus der PatientInnen erhoben wurden, zählten z.B. die Zufriedenheit mit Schule, Beruf oder Arbeitslosigkeit im letzten halben Jahr, die Frage nach einer ausreichenden Vorbereitung auf die Anforderungen des Berufslebens, die Thematisierung der beruflichen Integration im Rahmen vorangegangener Behandlungen, und konkrete Probleme am Arbeitsplatz.

Im Rahmen von ExpertInneninterviews wurden Vor- und Nachteile einer engeren Kooperation der Klinik mit den einweisenden und nachbetreuenden Stellen erörtert. Dabei kristallisierten sich insbesondere folgende Felder als für eine Qualitätsbeurteilung relevant heraus:

ExpertInneninterviews zu Problemfeldern in der Versorgung

- ✿ Therapiezeit, -dauer
- ✿ Kommunikation zwischen den Einrichtungen
- ✿ Daten- und Ablaufkontrolle
- ✿ Niederschwelligkeit stationärer Einrichtungen
- ✿ Umfang der stationären und ambulanten Akutversorgung
- ✿ Einbeziehung des sozialen Umfelds

- ✿ Abstimmung der Versorgungsstrukturen auf Behandlungsphasen (Erstkontakt bis Nachsorge oder Rückfallversorgung)
- ✿ Therapeutisch konzeptionelle Kooperation
- ✿ Verankerung vernetzter Versorgung im PatientInnen-Bewusstsein
- ✿ monetäre Kosten
- ✿ Zeit- und Arbeitsaufwand
- ✿ Qualifikation

**diese erste Studie legte
Grundlage für
integratives
Modellprojekt EVS/
Entwöhnung im
Verbundsystem**

Insgesamt stellt die Studie die Grundlage für das Projekt der Evaluation von Alkoholentwöhnung im Verbundsystem/EVS dar, das in den folgenden Jahren konzipiert, umgesetzt und evaluiert wurde. Sie bereitete sowohl auf theoretischer, als auch auf praktisch-organisatorischer Ebene die Weiterentwicklung des Versorgungssystems und die Formulierung von Standards für die Umsetzung des Modellprojekts vor.

Die Tatsache, dass vonseiten einer Rentenversicherungsanstalt die Frage nach der Effektivität eines Verbundsystems vorangetrieben wird, verdeutlicht Bedeutung der Thesen jener ExpertInnen, die betonten, dass „Therapieergebnisse von Patientenmerkmalen und deren Interaktion mit Behandlungsmerkmalen sowie den jeweils unterschiedlichen sozioökonomischen und soziokulturellen Rahmenbedingungen“ (Küfner 1997 S. 201 f.) abhängen

3.1.2 Evaluation von EVS/ (Alkohol)Entwöhnung im Verbundsystem EVS (2000-2003)

**Projektlaufzeit 3 Jahre,
Begleitevaluation
mitgeplant**

Finanziert von der *Landesversicherungsanstalt/LVA Oldenburg-Bremen* und angesetzt auf eine Projektlaufzeit von drei Jahren wurde im Jahr 2000 das Projekt der Entwöhnung im Verbundsystem/EVS gestartet, das wissenschaftlich begleitet und laufend evaluiert wurde [41]. Die Landesversicherungsanstalten sind in Deutschland mittlerweile mit den Bundesversicherungsanstalten zur „Deutschen Rentenversicherung“ verschmolzen. Diese Rentenversicherung refundiert im Regelfall nur die Rehabilitation, die Finanzierung der Versorgung ist also aus einer Perspektive heraus geregelt, die auf die Vermeidung von vorzeitigem Rentenantritt aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit abzielt. Der Entzug als Akutbehandlung wird in Deutschland von der gesetzlichen Krankenversicherung/GKV getragen. Die Verbindung dieser beiden Elemente geschieht in der Regel, wie auch in Österreich häufig, über ambulante Einrichtungen und Vereine wie zum Beispiel die sogenannten ‚sozialmedizinischen Dienste‘.

**Rentenversicherung als
Projektträger:
Vermeidung von
vorzeitigem
Rentenantritt**

**systematische Analyse
und Evaluierung der
Kooperationen zwischen
den Einrichtungen in
der Versorgungskette**

Betrachtet man diese geteilte „duale“ Struktur, so ist das Projekt der Entwöhnung im Verbundsystem/EVS kein integriertes Versorgungsprojekt im Sinne eines einheitlichen Behandlungssettings, eines Versorgers oder einer Einrichtung, über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg. Es handelt sich hier um eine genau strukturierte und detailliert evaluierte Kooperation, die sowohl stationäre, als auch ambulante Einrichtungen in der Versorgungskette beinhaltet und im Rahmen der Evaluierung die klinischen, strukturellen und prozessoralen Aspekte der gesamten Versorgung analysiert.

**zudem im Anschluss
gesundheitsökono-
mische Analyse**

Zudem wurde im Anschluss noch die Studie „Gesundheitsökonomische Aspekte der Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe“/GÖS [42] durchgeführt, in der Kostenstrukturen von Entwöhnungsmaßnahmen einrichtungs- und trägerübergreifend analysiert werden.

In diesem Sinne ist das Projekt der EVS für einen integrierten Versorgungsansatz von Relevanz, selbst wenn in diesem Fall der Entzug von einer anderen Kostenträgerorganisation finanziert wird und nur am Rande Teil der Evaluierung ist. Ein wesentlicher Aspekt, der das Projekt EVS auszeichnet, ist die Tatsache, dass die Evaluation des Projekts bereits begleitend stattfand, was für jedes Projekt dieser Art beispielhaft sein sollte.

beispielhaft:
Kostenträger-
übergreifend,
Begleitevaluation

In der Praxis des Projekts gliederte sich das Behandlungsangebot wie folgt:

- ✿ 52-wöchige ambulante Entwöhnung mit maximal 80 Therapieeinheiten
- ✿ Maximal 16-wöchige stationäre/tagesklinische Entwöhnung
- ✿ 52-wöchige ambulante Weiterbehandlung abzüglich der konsumierten stationären/tagesklinischen Entwöhnung.

typische
Behandlungsverläufe:
etwa 1 jährige
ambulante und/oder
max. 4 monatige
stationäre/
tagesklinische
Entwöhnung,
ambulante
Weiterbehandlung

Neben rein ambulanten bzw. stationären/ tagesklinischen Behandlungsverläufen besteht die Möglichkeit, kombiniert ambulant-stationäre/ tagesklinische Behandlungsphasen unterschiedlicher Länge zu nutzen. Der Leistungszeitraum umfasst einheitlich 52 Wochen (1 Jahr), und lässt hinsichtlich der Behandlungsformen und -maßnahmen allerdings unterschiedliche Varianten zu.

Behandlungsverläufe in EVS lassen sich idealtypisch wie folgt darstellen:

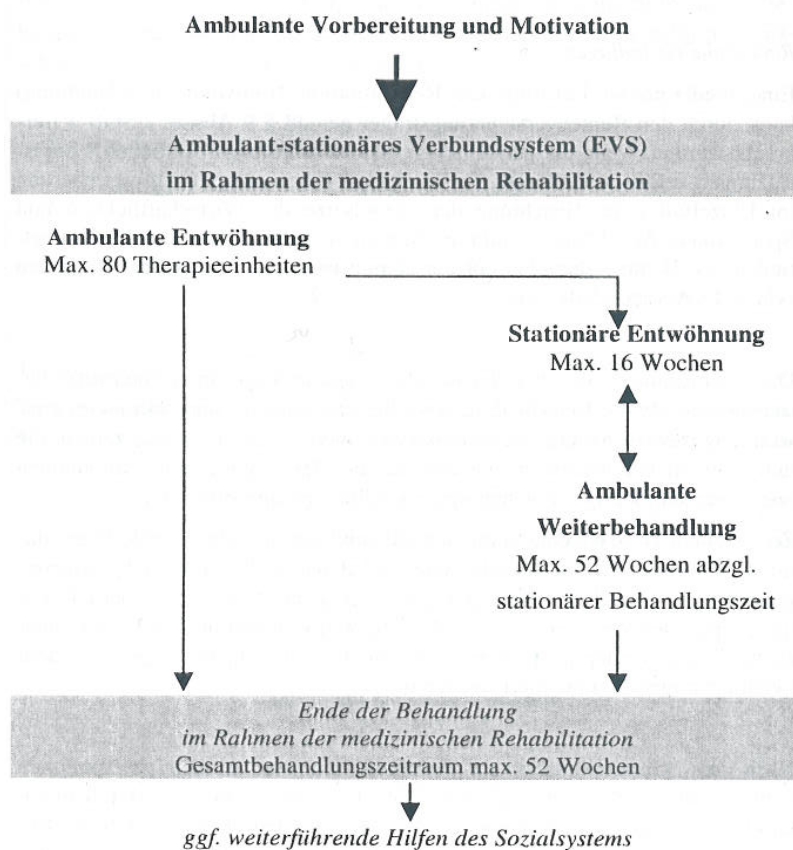


Abbildung 3.1-1: Behandlungsverläufe im EVS [41]

Gremium aus VertreterInnen von ambulanten wie stationären Einrichtungen, der LVS sowie der Universität

entwickelte Rahmenkonzept, therapeutisches Konzept und Kooperationsvereinbarung

Im Rahmen der EVS wurde für die fünf ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen und drei stationären Fachkliniken ein therapeutisches Gesamtkonzept entworfen. Organisatorisches und planerisches Herzstück des Projekts war ein sogenannter „Qualitätszirkel/QZ“. Im Wesentlichen wird darunter eine Arbeitsgruppe verstanden, die zum Einen die regelmäßige Einbindung aller Kooperationspartner garantiert, und zum Anderen durch die Verpflichtung zu regelmäßigen Arbeitstreffen die Kommunikation zwischen den Einrichtungen und das laufende theoretische und organisatorische „Projekt-Update“ sicherstellt. Das neunköpfige Gremium, das alle 4-6 Wochen zusammentraf, setzte sich aus VertreterInnen der ambulanten und stationären Einrichtungen, sowie der LVA Oldenburg-Bremen und der Universität Oldenburg zusammen. Basierend auf Kooperationsstandards entwickelte dieses Gremium ein Rahmenkonzept, ein therapeutisches Gesamtkonzept und eine Kooperationsvereinbarung, und war damit für die gesamte theoretische Konzeption, sowie auch für die laufende Qualitätssicherung verantwortlich.

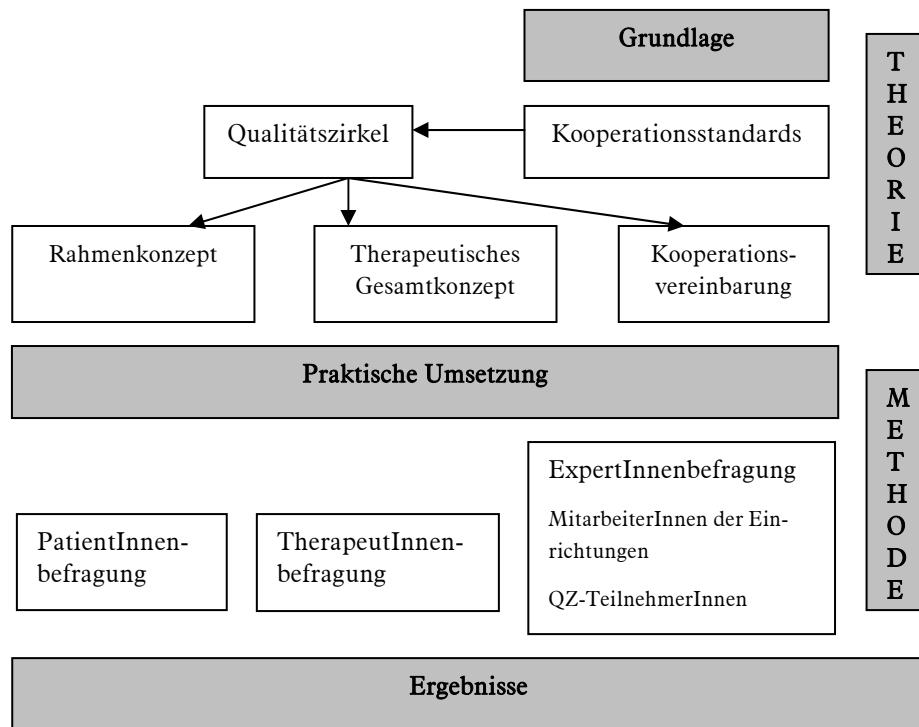


Abbildung 3.1-2: Eckpunkte der EVS

integrative Ausrichtung des Projekts: Übergangsmanagement, Wohnortnähe, Zugang

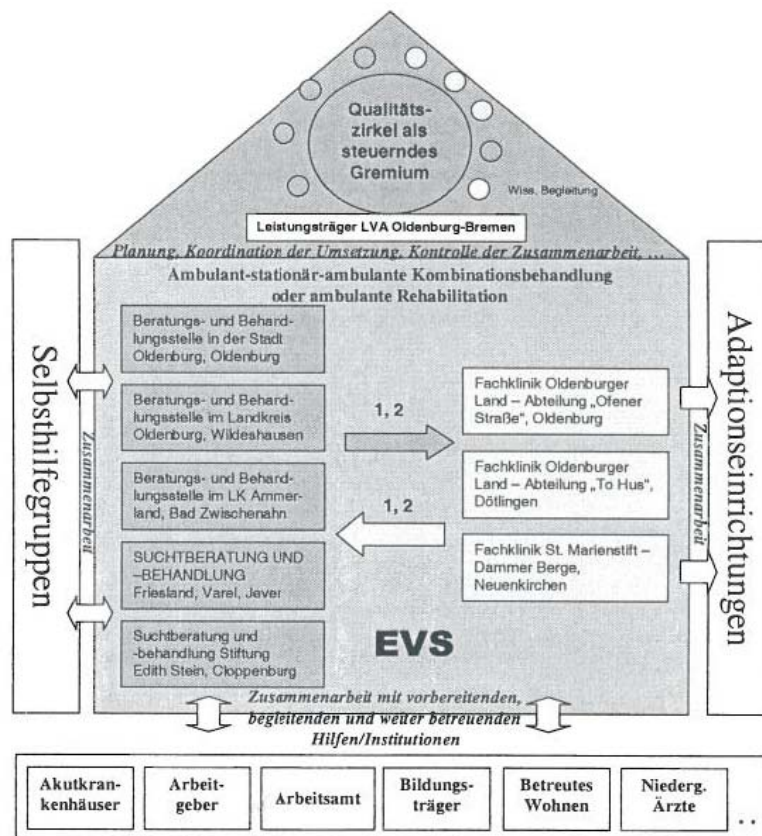
Tielking et al. skizzieren die integrative Ausrichtung des Projekts immer wieder durch den Hinweis auf den gelungenen Wechsel von einem Behandlungssetting in ein Anderes: „Das EVS-Projekt widmete speziell den Übergängen zwischen ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und dem Ausbau wie der Vernetzung ambulant-stationärer Behandlungsangebote besondere Aufmerksamkeit. Die Betroffenen wurden zum einen von den ambulanten, wohnortnahen Angeboten wesentlich besser erreicht; zum anderen gelangen die Wechsel der Behandlungsform sowohl von ambulant nach stationär wie auch zurück bedeutend häufiger als in herkömmlichen Behandlungsverläufen.“ (Tielking, Kuß; 2003S. 31 Abs.2 Satz 1 f.)

Für die Qualität des Programms bedeutete das, dass es gelungen ist, Schnittstellen zwischen Einrichtungen derart zu ebnen, dass sich die Anzahl jener PatientInnen, die die Behandlung typischerweise aufgrund von mangelhafter sozialer Integration, mangelnder Konsequenz im praktischen Alltag, oder wegen anderer Probleme abbrach, die an diesen Stellen der Behandlung häufig nur mit Hilfe Dritter überwunden werden können, reduzierte.

weniger
Behandlungsabbrecher

Abb. 3.1-3 versucht eine Vorstellung von der Einbettung der EVS in den praktischen Versorgungsalltag zu geben. In der Darstellung sind wichtige Akteursgruppen wie „praktische ÄrztInnen“, „Selbsthilfegruppen“ oder „Arbeitsamt“ angeführt, die zugleich Problembereiche wie Potentiale für die Weiterentwicklung einer koordinierten Kooperation andeuten [43].

Strukturanalyse zeigt
Problembereiche und
Potentiale auf



Legende: grau unterlegter Bereich = Leistungsanbieter, Leistungsträger und wissenschaftliche Begleitung der EVS
weiß unterlegter Bereich = KooperationspartnerInnen während, vor und nach der EVS-Maßnahme
1 = Persönliche Übergabegespräche zwischen BehandlerInnen und KlientIn beim Behandlungswechsel
2 = Weitergabe der modularen ambulanten-stationären Dokumentation

Abbildung 3.1-3: Strukturskizze Alkoholentwöhnung im Verbundsystem/EVS

Die EVS/Entwöhnung im Verbundsystem zeichnet sich – nach Eigenevaluation - im Vergleich zu anderen ähnlichen Ansätzen durch folgende Aspekte aus:

- ❖ Enge Zusammenarbeit zwischen Leistungsanbietern sowie mit Leistungsträgern (u. A. QZ, Fachtage)
- ❖ Flexibler Leistungsrahmen
- ❖ Vereinfachung des Antragsverfahrens
- ❖ Stärkere Nutzung ambulanter Angebote

- ✿ Verbesserte Ressourcennutzung durch therapeutisches Gesamtkonzept und Kooperationsvereinbarung
- ✿ Abstimmung von Diagnostik und Dokumentation
- ✿ Kostenminimierung

**verstärkte Nutzung von ambulanten Angeboten:
Zunahme um 43,5%**

Die verstärkte Nutzung der ambulanten Angebote zeigte sich in deren Zunahme im ersten Jahr des Modellprojekts um 43,5%, während ambulante Angebote im Vergleich in anderen Regionen nur 9,2% zunahmen. Dieser enorme Unterschied dürfte zum Einen mit dem Start der Initiative zu tun haben, wird zum Anderen aber auch als Ausdruck einer allgemeinen höheren Akzeptanz des ambulanten Angebots interpretiert.

**Evaluationsmethode:
Befragung von PatientInnen,
TherapeutInnen,
MitarbeiterInnen**

Methodisch basierte die Evaluation des Projekts durch den Qualitätszirkel auf Fragebögen, mit Hilfe derer die Meinung von

- ✿ PatientInnen,
- ✿ TherapeutInnen und
- ✿ MitarbeiterInnen der LV Oldenburg-Bremen und der übrigen am QZ Beteiligten

Qualität der Kommunikation zwischen den Einrichtungen

erhoben wurde. Für jede dieser drei Gruppen wurde ein eigener Leitfaden erstellt, auf Basis dessen teilstandardisierte ExpertInneninterviews durchgeführt wurden. Die folgende Gliederung der Fragebögen macht wiederum die Ausrichtung des Gesamtprojekts deutlich, das besonders auf die Qualität der Kommunikation innerhalb und zwischen den Institutionen achtet und versucht, den PatientInnen, unabhängig vom therapeutischen Setting, einen kontinuierlichen Behandlungsverlauf zu ermöglichen, bzw. dessen Notwendigkeit verständlich zu machen.

Tabelle 3.1-1: Struktur der Interviewleitfäden nach Gruppen von Befragten

PatientInnen	TherapeutInnen	ExpertInnen von LVA und QZ
Demographische Daten	-	-
Behandlungsantritt/ Informationen über die Behandlung	KooperationspartnerInnen	-
Behandlungsübergänge	Kommunikationsstruktur zw. den Einrichtungen	Kommunikationsstrukturen zw. LVA und Leistungsanbietern
-	Organisationskultur der Einrichtungen	Kommunikation Innerhalb der LVA
-	Ziele der Einrichtungen	-
Zufriedenheit/ Behandlungserfolg	Arbeitszufriedenheit	-
-	Gemeinsames Arbeitsfeld EVS	Gemeinsames Arbeitsfeld EVS
Anregungen/ Kritik	Ausblick/ Kritik	Ausblick/ Kritik

(Adaptiert nach Tielking, Kuß; 2003)

Das zentrale Merkmal für die Beurteilung der Qualität einer alkoholtherapeutischen Behandlung im Verbundsetting stellt der gelungene Übergang von einer Behandlungsform in eine andere dar [43]. So wurden in der Vorbereitungsphase des Projekts zwei Kriterienkataloge für das Übergabegespräch beim Wechsel von der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle in die Fachklinik, bzw. für den umgekehrten Fall erstellt. Basierend auf diesen beiden Kriterienkatalogen und den Rahmenbedingungen von EVS wurde eine Kooperationsmatrix erstellt, in der die realen Abläufe abgebildet werden.

**Übergangsmangement
Übergabegespräch
Kooperationsmatrix und
Kriterienkatalog**

**Matrix definiert Akteure
und deren Kooperation
auf struktureller,
prozessoraler und
ergebnismessender
Ebene**

Tabelle 3.1-2: EVS- Kooperationsmatrix - Leistungsanbieter

I EBENE GRUNDLAGEN INSTITUTIONEN (LEISTUNGSANBIETER)	
1 GRUNDLAGEN	
1.1 Art und Anzahl der beteiligten Institutionen (z.B. flexible vs. geschlossene Struktur)	<ul style="list-style-type: none"> - 3 Fachkliniken - 5 Beratungseinrichtungen - LVA Oldenburg-Bremen - Universität Oldenburg
1.2 Trägerschaft	Trägerübergreifende Kooperation: <ul style="list-style-type: none"> - Diakonie Oldenburg - Münsterländischer Volksheilstättenverein e.V. zu Vechta - Stiftung Edith Stein - Jugendberatung, -therapie und -weiterbildung e.V.
1.3 Kooperationsbereiche	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Rehabilitation Alkoholabhängiger - gegenseitige Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen
1.4 Kooperationsziele (Organisationsziele) => zu patientInnenorientierten Zielen siehe Gliederungspunkt I 2.4.5	<ul style="list-style-type: none"> - flexible, bedarfsorientierte Behandlungsangebote schaffen - Vernetzung von ambulanten und stationären Hilfeangeboten auf prozessualer und struktureller Ebene zur Gewährleistung nahtloser Behandlungsverläufe - stärkere Nutzung ambulanter Leistungen - Erarbeitung und Einsatz eines ambulant-stationären modularen Dokumentationssystems
1.5 Modalitäten der Kooperation	
1.5.1 Dauer und Stabilität (z.B. längerfristig, kontinuierlich, personelle Kontinuität)	<ul style="list-style-type: none"> - Mindestdauer des Modellprojekts (3 Jahre) - Aufrechterhaltung und Ausweitung der geschaffenen Strukturen ist nach Effizienznachweis anvisiert
1.5.2 Grad der Formalisiertheit (z.B. Vertrag)	<ul style="list-style-type: none"> - Kooperationsvertrag - gemeinsames Behandlungskonzept - regelmäßiger QZ
1.5.3 Räumliche Distanz (regional vs. überregional)	Regionale Kooperation
1.5.4 Unmittelbarkeit (direkte vs. indirekte Kontakte => siehe Informationsfluss)	<ul style="list-style-type: none"> - persönliches Übergabegespräch - Benutzung „schneller“ Kommunikationsmedien, wie z.B. Telefon, Fax
1.5.5 Klima der persönlichen Beziehung der Mitwirkenden => siehe Informationsfluss	<ul style="list-style-type: none"> - persönliche Übergabegespräche - EVS-Fachtage - gemeinsame Schulungen im Rahmen von Diagnostikfortbildungen - MitarbeiterInnen-QZ - MitarbeiterInnenbefragung

2 STRUKTURELLE EBENE	
2.1 Organisatorische Inhalte	
2.1.1 Organisationsplan (Strukturskizze der Verbundpartner)	- siehe Anhang D
2.1.2 Leitung/Koordinationsstelle der Kooperation (z.B. QZ)	- QZ alle 4-6 Wochen
2.1.3 Angaben zum Qualitätsmanagement	- Evaluation im QZ, Dokumentation durch Protokolle - wissenschaftliche Begleitung mit Datenerhebung per Fragebögen, Interviews und Struktur/Konzeptanalysen - Behandlungsdokumentation
2.1.4 Gemeinschaftlich genutzte Ressourcen (z.B. Räumlichkeiten, Fortbildungen, Supervision)	- Fortbildungen - Nutzung der Diagnostikbatterien in den FK für die BS In Planung: - Öffnung von ambulanten und stationären Angeboten
2.1.5 Umstrukturierung/ Neuerschließung von Ressourcen (z.B. Etablierung neuer Einrichtungen)	- die Fachkliniken bekommen ein zusätzliches Kontingent an Überhangbetten - die Regelbehandlung beginnt ambulant mit der Indikationsphase * Ziel: Einsparung der stationären Aufnahmegruppe bei hinreichender ambulanter Vorbereitung
2.2 Personelle Ausgestaltung	
2.2.1 Funktionsträger (z.B. Case-Manager, Koordinator, Qualitätsmanager)	- der/die ambulante Bezugstherapeut/in übernimmt im Allgemeinen die Behandlungsleitung
2.2.2 Tätigkeitsprofile/ Transparenz über die Arbeitsweise der MitarbeiterInnen	- Austausch in gemeinsamen Übergabegesprächen - gemeinsame EVS-Fachtage - Gesamtkonzept mit Profilen aller Einrichtungen im QZ (auf Leitungsebene) - Telefonverzeichnis der therapeutischen MitarbeiterInnen zur besseren Erreichbarkeit
2.2.3 Personelle Überschneidungen (z.B. Kontinuität des Therapeuten)	- ist nicht gegeben; Kontinuität wird aber durch die Übergabegespräche erzielt
2.3 Finanzielle Ausgestaltung (Probleme wie z.B. veränderte Patientenströme oder finanzielle Aufwendungen für Kooperationsaktivitäten)	- Die LVA finanziert zwei Übergabegespräche à €92,- plus Fahrtkosten. Weitere Fahrten können bei Bedarf von den ambulanten TherapeutInnen unter Anrechnung von 2 TE pro Fahrt vorgenommen werden.
2.4 Gemeinsames Konzept (z.B. Intervalltherapie)	- Das gemeinsame Behandlungskonzept EVS liegt im 2. Entwurf vor.
2.4.1 PatientInnenbild	- wird durch das Krankheitsverständnis der beteiligten Einrichtungen im Gesamtkonzept dargelegt
2.4.2 Einschluss-/Ausschlusskriterien	- werden im Gesamtkonzept genannt - richten sich nach Voraussetzungen der Einrichtungen (eine Fachklinik behandelt nur Männer, eine andere u. a. Gehörlose)
2.4.3 Indikationskriterien zu einer Behandlung (= > siehe auch Ebene PatientIn)	- werden für stationäre und ambulante Behandlung(sabschnitte) in Anlehnung an gemeine Leitlinien KVT und RVT im Gesamtkonzept genannt

<p>2.4.4 Angaben zum Behandlungsablauf (z.B. Intervalle)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - siehe Rahmenkonzept, Varianten 1-5, flexible Wechsel - Diagnose und Indikationsstellung in BS; Therapieplan mit Behandlungsschritten (nach Indikation) - ambulante Vorlaufphase (Diagnostik, Behandlungsplan), danach ambulante (1.Einstiegsphase/ 2. Durcharbeiten, Vertiefen) oder stationäre Entwöhnung. Abschließend ambulante Loslösungs-/Umsetzungsphase und Anschluss an SHG - Indikationsphase bis zu 4 Wochen - ein Behandlungsplatz in einer anderen Einrichtung (Wechsel) sollte innerhalb von 14 Tagen vorhanden sein.
<p>2.4.5 Angaben zu gemeinsamen Zielen/Inhalten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - berufliche und soziale Rehabilitation - Suchtmittelfreiheit - Übernahme und Fortschreibung von Therapiezielen - vertiefte rationale und emotionale Krankheitseinsicht - Stärkung des Verantwortungsbewusstseins, der Eigeninitiative und der Beziehungsfähigkeit - Verbesserung der körperlichen Verfassung - Hilfe zur Selbsthilfe - schriftliche Fixierung von Therapiezielen (z.B. Therapievertrag) - Persönlichkeitsentwicklung/Nachreifung - möglichst niedrigschwellige Angebote
<p>2.4.6 Angaben zu unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen in der Behandlung (= > siehe auch Aufgabenverteilung)</p>	<p>Ambulant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - v. A. Integration in soziales Umfeld als Aufgabe - Therapieziele erarbeiten - Indikationsphase u. A. mit Vorbereitung auf stationären Aufenthalt, Informationen über das Hilfesystem, Klärung der finanziellen Versorgungssituation (siehe Gesamtkonzept) - Nachsorge/Weiterbehandlung: Transfer der in der Klinik erarbeiteten Ziele in den Alltag <p>Stationär:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortführung und Weiterentwicklung von Therapiezielen - v. A. arbeitstherapeutische Maßnahmen
<p>2.4.7 Angaben zur Behandlungsform (z.B. offene Gruppe, Einzelgespräche)</p>	<p>Stationär:</p> <ul style="list-style-type: none"> - variable Behandlungen: 8 bis 16 Wochen, Auffang-/Ergänzungsbehandlung - Gruppen- und Einzeltherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie, indikative Gruppen <p>Ambulant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppen- und Einzeltherapie (1-2 TE pro Woche), Angehörigenarbeit, Sozialberatung, Schuldenregulierung, Krisenintervention - ambulante Reha als Erstmaßnahme, Anschlussbehandlung, Auffangbehandlung - halboffene Gruppen - spezifische Indikationsgruppen (geschlechtsspezifische, berufliche Angebote, Gesundheitsförderung), aufsuchender Dienst, sozialtherapeutische Maßnahmen vorhanden
<p>3 PROZESSEBENE</p>	
<p>3.1 Systematischer Informationsfluss</p>	
<p>3.1.1 Form (z.B. Arbeitstreffen, Telefonate)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - persönliche Übergabe bei jedem Behandlungswechsel (wird protokolliert) - mind. Zwei telefonische oder persönliche Fallbesprechungen während der stationären Phase - Kopien aller Dokumentationen an die jeweiligen KooperationspartnerInnen - Nutzung von Fax und E-Mail - kurzfristige schriftliche Kostenzusage der LVA

<p>3.1.2 Standards bezüglich Diagnostik und Dokumentation bzw. Informationsträger (= > siehe auch I 4.1)</p>	<p>Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Eingangsdiagnostik der BS wird in der FK durch Verlaufsdiagnostik fortgeschrieben. Dazu wurde ein Modulsystem erarbeitet, das den Sozialbericht und das Peer-Review-Verfahren des VDR integriert (Doppelungen in der Verschriftlichung von Informationen werden somit weitestgehend vermieden) - der Dokumentationsanteil am gemeinsamen Behandlungsbericht richtet sich nach der Dauer des ambulanten bzw. stationären Behandlungsintervalls - Abschlussbericht - die Klinik schreibt den Abschlussbericht zum Ende der stationären, die Ambulanz zum Ende der gesamten Behandlung
<p>3.1.3 Häufigkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zwei Übergabegespräche - mind. Zwei Fallbesprechungen - Kontakt/Information, sobald ein Behandlungswechsel angezeigt ist
<p>3.1.4 Rechtzeitigkeit/ Feedback</p>	<ul style="list-style-type: none"> - unverzügliche Information, sobald ein Behandlungswechsel vorgenommen werden soll - Abstimmung bei der Indikationsstellung - Absprachen bei veränderter Therapieplanung - Berichte/Befunde aus der ambulanten Phase werden beim Übergabegespräch übergeben - der stationäre Abschlussbericht muss zeitnah, d. h. in der Regel nach 14 Tagen in der Ambulanz vorliegen
<p>3.1.5 Inhalt (z.B. Organisatorisches, Fallbezogenes, Fachliches)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sowohl fallbezogener organisatorischer, als auch fachlicher Austausch
<p>3.2 Aufnahme-/Entlassverfahren</p>	
<p>3.2.1 Angaben zur Gewährleistung der Kontinuität des Therapieverlaufs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Weiterleitung von Behandlungsdokumentationen, Abstimmung bei veränderter Therapieplanung - persönliche Übergabegespräche - Absprache frühzeitiger und verbindlicher Termine zur Weiterbehandlung im jeweils anderen Setting - die Einrichtungen versuchen, eine Aufnahme innerhalb von zwei Wochen möglich zu machen
<p>3.2.2 Maßnahmen zur Vorbereitung auf die stationäre Phase</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indikationsphase - frühzeitige Terminabsprache - Übergabegespräche - Klinik ermöglicht Besuche der PatientInnen
<p>3.2.3 Maßnahmen zur Vorbereitung auf die ambulante Nachsorge</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen während der stationären Phase - verbindlicher Termin für die Weiterbehandlung - Übergabegespräche
<p>3.2.4 Möglichkeiten der Aufrechterhaltung des Kontaktes über das Therapieende hinaus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Selbsthilfegruppen (z. Z. an die BS angegliedert) - Ehemaligentreffen

3.3 Aufgabenverteilung	
3.3.1 Verbindliche Zuständigkeiten (= > siehe auch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen)	<ul style="list-style-type: none"> - Informationspflicht über Veränderungen liegt bei der/dem aktuellen BehandlerIn - der/die aktuelle BehandlerIn initiiert den Termin für die Weiterbehandlung/Übergabe - Übergabeprotokolle schreibt der/die „weiterbehandelnde TherapeutIn“ (wurde nach Abstimmung im QZ zum Ende des Modellprojekts wieder abgeschafft) - die zuletzt behandelnde Einrichtung erstellt den Entlassungsbericht - genaue Regelung bzgl. der Begleitung der KlientInnen beim Übergabegespräch, zum Einen beim Übergang in die Klinik, zum Anderen beim Wechsel in die BS Beratungsstelle - Indikationsstellung (in Abstimmung mit stationärem/stationärer Therapeuten/Therapeutin) - Antragsstellung - Eingangsdiagnostik - Behandlungsdiagnostik - Ambulanter Abschlussbericht - Information über Kostenzusage - Fahrt der Klientin/des Klienten zum Übergabegespräch beim Wechsel in die Fachklinik Fachklinik - Fortschreibung Diagnostik (Verlaufsdagnostik) - Fortschreibung Therapieziele - stationärer Abschlussbericht - Information über evtl. Abbruch - Fahrt der Klientin/des Klienten zum Übergabegespräch bei Übergang in die Beratungsstelle
3.3.2 Anteil organisatorischer Tätigkeiten	- wird durch die statistischen Erhebungen im Rahmen der TherapeutInnenfragebögen erfasst
4 ERGEBNISEBENE	
4.1 Dokumentation ambulant-stationärer Behandlungsverläufe (Haltequote, Rückfallquote, soziale Reintegration, Behandlungszufriedenheit) (= > siehe auch I 3.1.2)	<ul style="list-style-type: none"> - wissenschaftliche Erhebung (Prozessevaluation) mittels standardisierter Fragebögen: TherapeutInnen- und PatientInnenbefragung - Dokumentation von Therapievorgehen und –verlauf durch die jeweiligen Leistungserbringer - ärztlicher stationärer Entlassungsbericht für BS und LVA - ambulant: qualifizierte sozialmedizinische Stellungnahme zum Ende der Entwöhnung - Dokumentation durch den Leistungsträger
4.2 Dokumentation der Qualität der Kooperation (Akzeptanz bei den Kooperationspartnern und bei der Zielgruppe) (= > siehe auch I 2.1.3)	<ul style="list-style-type: none"> - wissenschaftliche Erhebung mittels standardisierter Fragebögen, offener Fragebögen, ExpertInnengespräche und PatientInneninterviews, Dokument- und Konzeptanalysen, Veröffentlichung von Berichten - Protokolle der Qualitätszirkelarbeit

(Tielking, Kuß; 2003)

Diese Matrix, an die auch die Interviewleitfäden angelehnt sind, definiert für die Versorgungseinrichtungen einen Grundlagen-Abschnitt, der vor Allem die Verankerung von Kooperationsbereichen und Akteuren im Projekt festlegt, und regelt danach,

- ☼ strukturelle Inhalte der Kooperationen (Leitung der Kooperation, gemeinsame Konzepte und Inhalte, gemeinsame Nutzung von Ressourcen, Organisationsplan, Personalprofile, etc.),
- ☼ Prozess-Inhalte der Kooperation (systematischer Informationsfluss und Dokumentation, Schnittstellen-Abläufe, Zuständigkeiten) und
- ☼ Ergebnisparameter (Behandlungsverläufe und Behandlungszufriedenheit).

Letztere drei Ebenen werden auch für die Schematisierung der Kooperationen auf Ebene der Kostenträger herangezogen. Auf Ebene der KlientInnen/PatientInnen werden die Kooperationen etwas weniger detailliert untergliedert.

Tabelle 3.1-3: EVS- Kooperationsmatrix – PatientI/KlientInnen

II EBENE PATIENTIN/KLIENTIN	
1. PERSÖNLICHKEITSPROFIL	- Beschreibung der theoretischen Behandlungsgrundlagen im Gesamtkonzept
2. KRANKHEITSBILD	- „biopsychosoziale Erkrankung“, Stichwort: „strukturelle Kopplung“ - tiefenpsychologisches, systemisches Verständnis von Suchterkrankung; multifaktoriell - psychoanalytisches, verhaltenstherapeutisches Persönlichkeits- und Krankheitsmodell und Menschenbild der humanistischen Psychologie - integrativer Behandlungsansatz (Gestalttherapie, Psychodrama, Psychoanalyse) mit psychoanalytischen, sozialisations- und lerntheoretischen Erklärungsmodellen
3. BEDÜRFNISLAGE	- die Bedürfnislage der PatientInnen steht in den Beratungsstellen zu Beginn der prozessualen Diagnostik (z. B. nach Petzold)
3.1 Originäre Bedürfnisse im Bereich Abhängigkeit	Siehe oben
3.2 Soziale Bedürfnisse	Siehe oben
3.3 Medizinische Bedürfnisse	Siehe oben
4. BETREUUNGSKONSTANZ (Berücksichtigung des Informationsbedarfs des Patienten)	- ausführliche Information in der Beratungsstelle über den Gesamtverlauf der Entwöhnung - Übergabegespräche unter Anwesenheit des/der Patienten/Patientin (und ggf. einer/ eines Angehörigen) - Aufrechterhaltung des Kontakts zum/zur ambulanten Therapeuten/Therapeutin während des stationären Aufenthalts (z.B. durch Reha-Tage) - Kenntnis über die Modellzugehörigkeit in den ambulanten/stationären Gruppen - schriftliche Information über die Befragung im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung

(Tielking, Kuß; 2003)

Diese Kooperationsmatrix kann als Qualitätssicherungswerkzeug im Sinne einer kooperations- und schnittstellenorientierten Projektzieldefinition verstanden werden. Insgesamt ist der Ausdruck „Matrix“ nicht im Sinne einer vollständigen Zuordnung zu verstehen, bei der sich die Kooperationsfelder der Akteursgruppen auf allen Ebenen kreuzen. Es handelt sich vielmehr um eine Auflistung von Aktivitätsfeldern in Form von drei Listen, deren Strukturierung nur mitunter ähnlich ist. Dies liegt jedoch in erster Linie an der Komplexität der Realität, welche durch die Kooperationsmatrix bereits zur Veranschaulichung vereinfacht wird.

Kooperationsmatrix ist auch Instrument zur Qualitätssicherung und Zielüberprüfung

Tabelle 3.1-4: EVS- Kooperationsmatrix – Kostenträger

III EBENE KOSTEN-/LEISTUNGSTRÄGER	
1 STRUKTURELLE EBENE	
1.1 Rahmenvereinbarung für Verbundsysteme	- siehe Rahmenkonzept
1.2 Forum zur Diskussion und Abstimmung von Veränderungen	- der QZ tagt alle 4 bis 6 Wochen
1.3 Modalitäten des Antragsverfahrens (u. A. Kostenzusage)	<ul style="list-style-type: none"> - Bewilligung für 52 Wochen Gesamtbehandlung in fünf möglichen Varianten. Bei Verkürzung stationärer Therapiezeiten erfolgt ein Bonus für die ambulante Weiterbehandlung (5 TE für eine Woche Verkürzung) - Antragstellung vor Aufnahme der Entwöhnungsbehandlung auf der Basis des Arzt- und Sozialberichts (ggf. Empfehlung der Verbundklinik) - bei begründetem Behandlungsbedarf können weitere Reha-Leistungen per Fax beantragt werden - im Rahmen des Modellprojekts gilt vorab die telefonische Kostenzusage als Behandlungsvoraussetzung - die ambulanten Therapieeinheiten im Rahmen der Indikationsphase können ab Antragsstellung (Eingangsdatum bei der LVA) abgerechnet werden - nach 1 Jahr rein ambulanter Entwöhnung können bei Bedarf weitere 40 TE beantragt werden
2 PROZESSEBENE	
2.1 Systematischer Informationsfluss	
2.1.1 Form (z.B. Arbeitstreffen, Telefonate)	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätszirkel - „kurze Wege“ zu den Einrichtungen per Telefon, Fax - bei Bedarf Besuch

2.1.2 Standards bezüglich Dokumentation bzw. Informationsträger	<ul style="list-style-type: none"> - Antrag in EVS nebst Berichten - einzelfallbezogene Dokumentation mit Abschlussberichten (stationär sowie ambulant) - LVA bekommt ärztlichen Entlassungsbericht - Wechsel der Behandlungsvariante, der Behandlungsform oder Veränderungen der Indikationsstellung werden dem RVT unverzüglich mitgeteilt - Jahresberichte der Einrichtungen - Entwicklung und Einsatz eines neuen modularen Dokumentationssystems gemäß Peer-Review-Verfahren
2.1.3 Häufigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - fallbezogener Kontakt: zu Beginn (Antrag), bei jedem Wechsel, zum Ende der Reha (Abschlussbericht) - alle 4 bis 6 Wochen Kontakt zu den Einrichtungsleitern (QZ)
2.1.4 Rechtzeitigkeit/ Feedback	<ul style="list-style-type: none"> - unverzügliche Information bei Wechsel des Behandlungssettings, der Behandlungsvariante oder Indikation - zügige Bearbeitung von Anträgen (bis zu 14 Tagen Laufzeit als Ziel)
2.1.5 Inhalt (z.B. Pflegesatzverhandlungen)	<ul style="list-style-type: none"> - die jeweilige Einrichtung informiert über Wechsel der Behandlungsform - Quartalsweise Abrechnung der Behandlungseinheiten - fall-/antragsbezogen - Organisatorisches in EVS (QZ)
2.2 Aufgabenverteilung	
2.2.1 Verbindliche Zuständigkeiten (z.B. Definition von Koordinierungsaufgaben im Reha-Prozess)	- zügige Bearbeitung der Anträge in EVS (Zielvorgabe ist eine Laufzeit von durchschnittlich 14 Tagen)
2.2.2 Anteil organisatorischer Tätigkeiten	Eine Differenzierung beim Leistungsträger ist nicht sinnvoll da es sich ausschließlich um organisatorische Tätigkeiten/Verwaltungsaufgaben handelt.
3 ERGEBNISEBENE	- Reha-Statistiken
3.1 Dokumentation ambulant-stationärer Behandlungsverläufe (Reha-Statistiken)	- siehe unter II 4.2
3.2 Dokumentation der Qualität der Kooperation (Akzeptanz bei den Kooperationspartnern und bei der Zielgruppe) (= > siehe auch I 2.1.3)	

(Tielking, Kuß; 2003)

Als Parameter zur Messung und Beurteilung des Behandlungsergebnisses werden folgende Indikatoren/Kenngrößen festgelegt:

- ❖ Haltequote
- ❖ Rückfallquote
- ❖ Soziale und berufliche Reintegration
- ❖ Behandlungszufriedenheit
- ❖ Akzeptanz der Leistungsanbieter und Leistungsträger bei Kooperationspartnern und KlientInnen
- ❖ Kommunikationsqualität durch Dokumentation von (Verlaufs)Diagnostik und Therapie, sowie der Durchführung von Übergabegesprächen
- ❖ Therapieadhärenz

Die Therapieadhärenz ist von besonderer Relevanz, da das Modellprojekt EVS stark darauf abzielt, die KlientInnen nicht zu „verlieren“, die reguläre Beendigung der Therapie also als prioritäres Ziel hat.

**prioritäres Ziel von EVS:
Beendigung der
Therapie**

3.1.3 Gesundheitsökonomische Evaluation von EVS

Aufbauend auf der Erfahrung einer mehrjährigen koordinierten Arbeit mit EVS, die eine Analyse der Versorgung vor Beginn und eine kontinuierlich laufende Evaluierung ab dem Start des Projekts unterstützte, erschienen 2007 zusätzlich die Ergebnisse einer einjährigen gesundheitsökonomischen Analyse [42]. Nachdem EVS in den Jahren 2004/05 flächendeckend auf den Zuständigkeitsbereich der LVA Oldenburg-Bremen ausgedehnt wurde, folgte die retrospektive Auswertung von Reha-Daten sowie der Verwaltungsverfahren der LVA Oldenburg-Bremen. Zudem wurden einzelne Kostenanalysen von Leistungsberichten sowie eine Expertinnenbefragung zum Kooperationsaufwand im Verbundsystem durchgeführt.

**nach EVS-Modell
2000-03,
„Roll-Out“ auf gesamten
LVS Zuständigkeits-
bereich ab 2004/05,
gesundheits-
ökonomische Analyse
2007**

Auf Ebene des EVS-Verwaltungsverfahrens bescheinigen Tielking et al. der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen „*ein optimal eingestelltes Verfahren bei vergleichsweise kurzen Bearbeitungszeiten bis zur Bescheiderteilung*“, und verweisen auch auf die Tatsache, dass sich die Praxis der EVS auch zunehmend in die Regelversorgung ausdehnt. Auf Ebene der Leistungserbringer wird eine uneinheitliche Berichtslegung bemängelt. Insgesamt weisen die Autoren der Studie darauf hin, dass „(...) erstmalig (...) die Kosten- und Leistungsstruktur von Entwöhnungsmaßnahmen allgemein bzw. der EVS im Besonderen einrichtungs- und trägerübergreifend, d.h. auf Ebene der Leistungsträger und Leistungserbringer, im Zentrum des Interesses“ steht [42].

**Verwaltungsverfahren:
kurze
Bearbeitungszeiten**

Bereits die EVS-Studie brachte einige Ergebnisse, deren ökonomische Auswirkungen unmittelbar kalkulierbar waren. So verkürzten sich etwa die tatsächlich in Anspruch genommenen stationären Therapiezeiten von durchschnittlich 13,3 auf 12,3 Wochen. Ambulante Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen von EVS nahmen 2000-2001 überdurchschnittlich stark zu. Auf Basis der 2002 bewilligten Rehabilitationsbehandlungen und eines stationären Pflegesatzes von €100,-/Tag ergibt sich ein jährliches Einsparungsvolumen von €17,5 Millionen im stationären Bereich. Dem stehen durchschnittlich 27 ambulante Behandlungswochen mit 23 Therapieeinheiten gegenüber. Bei einem Kostensatz von €46,- verursacht der/die ambulant behandelte PatientIn im Durchschnitt jährliche Kosten von € 1.058,-.

**direkte ökonomische
Auswirkungen:
Verkürzung der
stationären Aufenthalte,
Zunahme der
Inanspruchnahme
ambulanter Angebote**

**gesundheits-
ökonomische Evaluation
bedarf mess- und
bewertbare
Ergebnisindikatoren
zum Nutzen**

Die sog. *GÖ-Studie* ist eine Kosten-Nutzenrechnung dar, die die Input-Outcome-Relationen von traditionellen stationären und/oder ambulanten Therapien mit der Kombitherapie nach EVS vergleicht. Um einen Nutzen messen zu können, bedarf es jedoch in erster Linie Ergebnisparameter, die für alle untersuchten Behandlungssettings vergleichbar sind. Diese Indikatoren müssen insoweit quantifizierbar sein, dass ihnen im Rahmen einer ökonomischen Bewertung ein monetärer Wert zugeordnet werden kann.

Die Kostenstellen für EVS werden in den Kliniken, den Fachstellen Sucht, sowie in der DRV Oldenburg-Bremen identifiziert und zugeordnet.

Tabelle 3.1-5: Kostenstellen in EVS (Tielking, Ratzke; 2007)

EVS		
Gesamtkosten für Verbundarbeit und Kombi-Therapien		
Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen	Fachstellen Sucht	Kliniken
Ambulante, ganztägig ambulante + stationäre Reha	Ambulante Reha	Ganztägig ambulante/stationäre Reha
1. Personalkosten (Arbeitsanteile) + Sachkosten für	1. Personalkosten (Arbeitsanteile) + Sachkosten für	1. Personalkosten (Arbeitsanteile) + Sachkosten für
a) – (entfällt)	a) therapeutische Arbeiten	a) therapeutische Arbeiten
b) Verwaltung/ Organisation	b) Verwaltung/ Organisation	b) Verwaltung/ Organisation
c) Medizinische Arbeiten	c) Medizinische Arbeiten	c) Medizinische Arbeiten
2. Kosten für medizinische Reha der Versicherten durch Leistungsanbieter	2. Erträge aus Einnahmen für Pflegesätze	2. Erträge aus Einnahmen für Pflegesätze

**nur direkte, nicht aber
indirekte Kosten werden
erfasst**

Damit sind sowohl Kosten erfasst, die im Bereich der Leistungserbringung entstehen, als auch jene im Bereich der Leistungsträgerschaft. In diesem Kostenmodell nicht erfasst sind jene Kosten, die den KlientInnen durch die Behandlung entstehen (z.B. nicht vom Leistungsträger rückvergütete Fahrtkosten, oder Kosten für zusätzliche Kinderbetreuung), sowie jene Kosten, die kurzfristig durch Krankenstände verursacht werden. Volkswirtschaftlich sind aber die vermiedenen Kosten durch Krankenstände oder Minderung der Arbeitsproduktivität von großer Relevanz und sollten letztendlich das langfristige Ziel der gesundheitsökonomischen Analyse im Bereich der Therapieevaluation von Alkoholabhängigkeit sein.

**sozio-demografische
Daten der EVS-
KlientInnen:
jünger,
häufiger
Erstbehandelte.
häufiger therapie-
adhärent,
häufiger erwerbstätig**

Die einzelnen Auswertungen der Daten wurden mithilfe von Stichproben durchgeführt, die aus den Reha-Statistiken der Deutschen Rentenversicherung gezogen wurden. Sie sind vergleichbar und geben einige interessante Informationen in Bezug auf die soziodemografischen Daten der Versicherten. So enthält die EVS-Stichprobe etwa PatientInnen, die im Durchschnitt ca. zwei Jahre jünger sind, und zu einem weitaus höheren Teil in Partnerschaften leben. Gut 50% sind Erstbehandlungen, wohingegen die Nicht-EVS-Stichprobe lediglich 30% Erstbehandlungen enthält. Von großer Bedeutung für den Behandlungserfolg sind die Faktoren reguläre Behandlungsbeendigung und Anteil der Erwerbstätigen während der Behandlung.

In Bezug auf beide Kriterien sind die Ergebnisse der EVS-Stichprobe als „besser“ einzustufen, als jene der Vergleichsstichprobe.

Die Betrachtung und Auswertung der stationären Behandlung zeigt, dass im Rahmen von EVS kürzere Behandlungsdauern beantragt und bewilligt wurden. Zumal die bewilligten Therapiezeiten jedoch nicht immer zur Gänze ausgeschöpft werden, konnte der Fall eintreten, dass gegenüber den im Rahmen einer traditionellen Therapie tatsächlich in Anspruch genommenen 11 Wochen in der EVS-Stichprobe 13,2 Wochen, also eine längere Zeit in Anspruch genommen wurde. Dies mag auf den ersten Blick nicht kosteneffektiv erscheinen, detaillierte Daten zeigen jedoch, dass dafür der Prozentsatz jener KlientInnen, die die stationäre Behandlung regulär abgeschlossen haben mit 85% deutlich über der Quote von 58% aus der Nicht-EVS-Stichprobe liegt. Demnach verbessern sich die stationären Haltequoten in einem EVS-Setting insgesamt deutlich. Die Option eines koordinierten Übertritts in eine ambulante Behandlung ohne einen damit verbundenen Misserfolg eines kompletten Therapieabbruchs scheint also kein zusätzliches Risiko darzustellen.

Jene Versicherten, die die Therapie regulär beenden, tun dies im Rahmen der EVS durchschnittlich nach 13,4 Wochen, und damit um 7 Tage früher, als jene in herkömmlichen Behandlungsmodellen. Die dadurch eingesparten €700,- könnten die in der Regel bewilligten 20 Therapieeinheiten über 6 Monate in der Höhe von insgesamt €920,- zu großen Teilen decken.

Einen weiteren Unterschied in der Kostenbetrachtung der Stichproben machen die Übergangsgeldzahlungen aus, die während der stationären Aufenthalte an die KlientInnen ausbezahlt werden. Nicht-EVS-Klientinnen bekamen durchschnittlich €643.50, EVS-TeilnehmerInnen €783,00. Dieser Unterschied hat jedoch nichts mit der Behandlung zu tun, sondern mit dem beruflichen Status und den Gruppenunterschieden bezüglich der soziodemographischen Charakteristika, da sich die Höhe der Zahlungen am Einkommen der KlientInnen orientiert.

Insgesamt wird der ökonomische Gewinn durch die EVS-Behandlung vor allem an der um 27% verbesserten Haltequote sichtbar. Sie drückt einen erfolgreichen Abschluss der Behandlung und ist auch einer der wesentlichen Indikatoren für die Rückfallquote.

deutliche Verbesserung der stationären Haltequoten/ weniger Therapieabbrüche: 85% schließen Therapie ab

stationäre Therapiedauer kürzer

höherer sozialer Status von EVS-KlientInnen

erhöhte Haltequote ist Indikator für verringerte Rückfallquote

3.2 Niederlande: Jellinek Center Amsterdam

Die Niederlande sind weltweit eines jener Länder mit der meisten Erfahrung im Bereich der systematischen Erfassung von Suchtproblemen und ihrer Erforschung. Dies geht zu einem Teil auf die Jellinek Kliniken zurück, die bereits in den 60er Jahren begannen, sich über die Systematik von Suchtprävention und Therapie Gedanken zu machen und 1990 mit dem ersten Qualitätssicherungsprogramm begann [44].

Im Fall des Jellinek Centers Amsterdam handelt es sich um eine Einrichtung, die einen Monopol-ähnlichen Anbieterstatus in der Drogen- und Suchthilfe im Raum Amsterdam hat und eine breite Palette an Diensten anbietet [45]. Jährlich werden etwa 3.500 KlientInnen behandelt, weitere 5.000 durch Internetdienste unterstützt. 2006 war bei knapp der Hälfte (48%) der KlientInnen Alkoholabhängigkeit die dominante zu behandelnde Suchtform [20]. Der umfassende Versorgungsanspruch wird auch im “Mis-

erstes Qualitätssicherungsprogramm für Jellinek 1990

regionale Monopolversorgung jährlich etwa 1.700 Alkoholsuchtbehandlungen

Therapie, Prävention,
Rehabilitation,
Lebensstilberatung

1997-2003 EFQM-
Evaluation, sowie
Re-Design des
gesamten Programms:
Neuorganisation

Komponenten-basiertes
Versorgungsmodell
„trajectory model“

sion Statement“ klar formuliert: “The centre is a leading and innovative organization dedicated to the clients, the social network of the clients and the society, and delivers prevention, treatment, rehabilitation and care for persons with addiction problems and addiction related life-styles“ (Jellinek Centre Amsterdam, 2008).

Bereits in den 80er Jahren wurde erstmals eine Qualitätsstrategie erarbeitet, es folgten Evaluierungen, darunter eine über 7 Jahre (1997-2003), die sich des EFQM/ European Foundation for Quality Management-Modells bedienten. Im Laufe der 90er Jahre wurden die von Jellinek Amsterdam angewandten Therapieverfahren dahingehend überprüft, ob sie eine evidenzbasierte Grundlage hatten. Es wurde festgestellt, dass weitestgehend nicht evidenzbasierte Verfahren im Einsatz waren, und ein sogenanntes „treatment process redesign programme“ initiiert, im Rahmen dessen ein Lenkungsausschuss installiert wurde, der, ähnlich wie der Qualitätszirkel der EVS, 2-wöchentlich tagte, und sich um die gesamte Programmleitung, die (Weiter-)Entwicklung des Ablaufmodells, die Neuorganisation des Zentrums, sowie um Dinge wie eine elektronische PatientInnenakte kümmerte.

Das Versorgungsmodell beinhaltet acht unterschiedliche Behandlungsvarianten, die im sogenannten „trajectory model“ (Modell der Bewegung im Zeitverlauf) dargestellt sind [45]:

1. Internet support
2. Minimal treatment
3. Short outpatient treatment
4. Outpatient treatment
5. Day treatment
6. Inpatient treatment
7. Double diagnoses treatment
8. Long-term care
9. Crisis intervention

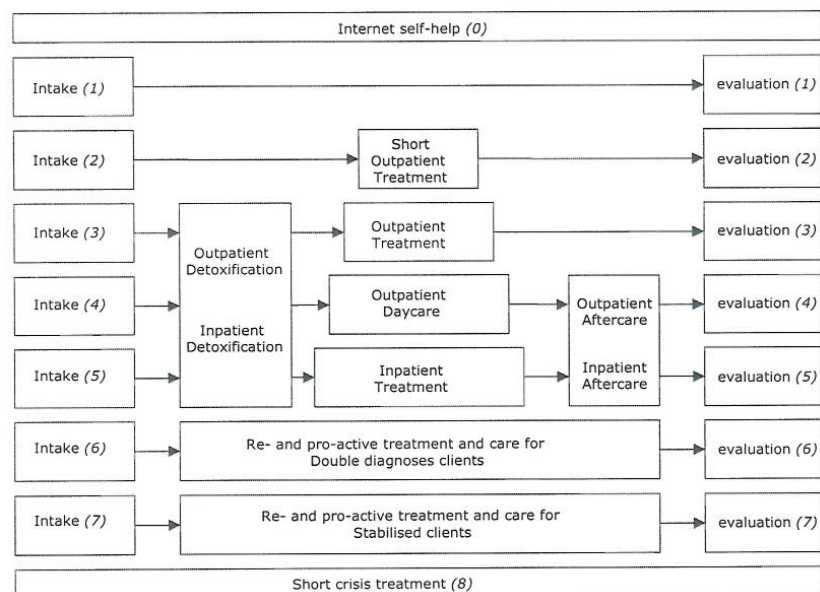


Abbildung 3.2-1: Jellinek Amsterdam Trajectory Model

All diese Komponenten und Leistungen werden von Jellinek Amsterdam angeboten, koordiniert, sowie laufend evaluiert und erneuert. Sie beziehen sich auf unterschiedlichste Arten von Suchterkrankungen und werden komplementär eingesetzt.

laufende Erneuerung
und Re-Evaluierung

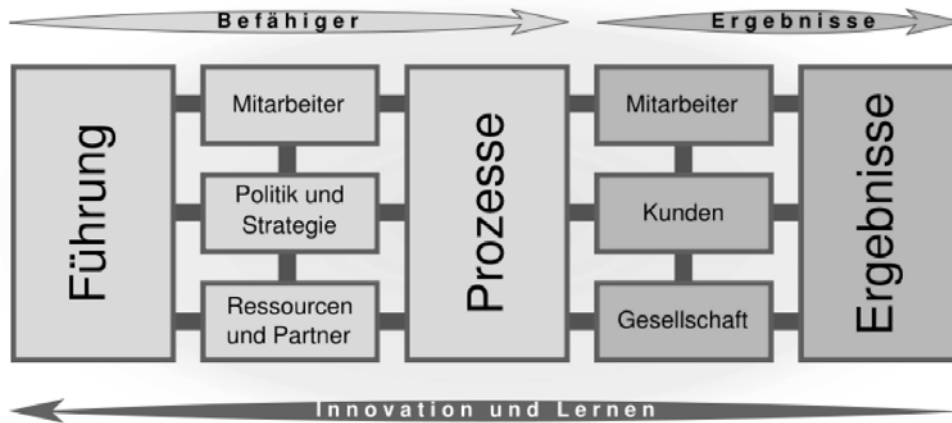


Abbildung 3.2-2: Das EFQM/ European Foundation for Quality Management Evaluationsmodell

Das „EFQM/ Evaluationstool der European Foundation for Quality Management“, mithilfe dessen insbesondere auf den ganzheitlichen Charakter von komplexen Organisationen eingegangen werden kann, wurde ursprünglich für Qualitätssicherung in Wirtschaftsunternehmen entwickelt. Ähnlich wie die Evaluation von EVS, bei der nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisparametern unterschieden wird, basiert auch das EFQM-Modell auf drei Säulen:

ursprünglich
Evaluationstool für
profitorientierte
Unternehmen in
gesättigten Märkten

- ✿ Menschen
- ✿ Prozesse
- ✿ Ergebnisse

Die Idee ist, dass Menschen in Prozessen/Abläufen arbeiten und Ergebnisse erwirtschaften, die wiederum Menschen zugute kommen. Durch die permanente Beachtung aller Prozesse werden Informationen über den aktuellen Stand, die kontinuierliche Verbesserung und künftige Trends abgelesen bzw. erarbeitet. Das EFQM-Modell ist ein Werkzeug, das Hilfestellung für den Aufbau und die kontinuierliche Weiterentwicklung eines umfassenden Managementsystems gibt. Es soll helfen, eigene Stärken, Schwächen und Verbesserungspotenziale zu erkennen und die Unternehmensstrategie darauf auszurichten [46].

Prozess- vs.
Ergebnisparameter

Abb. 3.2-2 stellt schematisch die wesentlichen Akteure, ihr Zusammenwirken und das Zustandekommen von Entscheidungen, Ergebnissen und neuen Erkenntnissen dar.

Das EFQM-Modell beinhaltet neun, unterschiedlich gewichtete Kriterien, die aus fünf Voraussetzungen (enablers) und vier Ergebniskriterien (results) bestehen. Die Voraussetzungen (für gute Ergebnisse) sind:

**9 gewichtete
Hauptindikatorgruppen**

1. Führung
2. Politik und Strategie
3. MitarbeiterInnen
4. Partnerschaften und Ressourcen
5. Prozesse

Hinzu kommen vier ergebnisorientierte Kriterien:

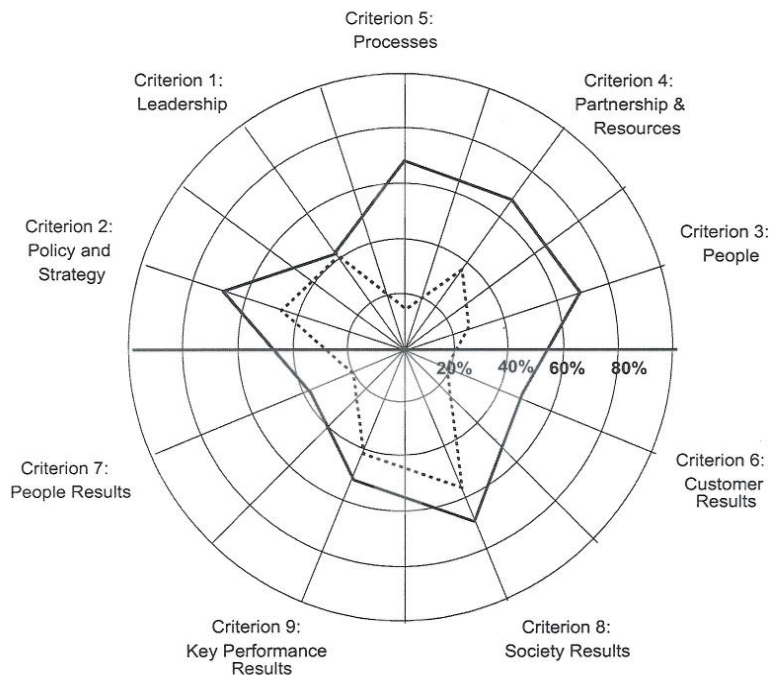
6. KlientInnenbezogene Ergebnisse (Zufriedenheit)
7. Mitarbeiterbezogene Ergebnisse (Motivation)
8. Gesellschaftsbezogene Ergebnisse (gesellschaftliche Verantwortung, Nachhaltigkeit)
9. Wichtige Ergebnisse der Organisation (Performanz, Behandlungserfolg)

**Kriterien: Zerlegung in
messbare Parameter**

Dieses Evaluationsmodell wurde für das Jellinek Zentrum entsprechend adaptiert und die Kriterien durch entsprechend messbare Parameter definiert. So stehen etwa hinter den „klientInnenbezogenen Ergebnissen“ vor allem Daten aus Befragungen zur subjektiven KlientInnenzufriedenheit, und hinter den „wichtigen Ergebnissen der Organisation“ die klinisch relevanten Indikatoren wie Haltequote oder Abstinenzmessung.

Wesentlich ist, dass die Beurteilung auf Basis von konkreten Daten erfolgt, und deshalb sowohl als Fremd-, als auch in Form einer Selbstbeurteilung durchgeführt werden kann [45].

**organisationsspezifische
Ergebnisparameter
besonders relevant**



----- Assessment 1994: The submission report 1994 was assessed by three Dutch assessors.
 ——— Assessment 2004: The submission report 2004 was assessed by the members of the EFQM Health Sector Group.

Abbildung 3.2-3 : Entwicklung der Evaluationsergebnisse nach EFQM zwischen 1994 und 2004

Das Jellinek Zentrum wurde zu 2 Zeitpunkten (1994 und 2004) evaluiert: Abb. 3.2-3 zeigt die Entwicklung der Evaluationsergebnisse in einem Abstand von 10 Jahren. Oberhalb der horizontalen Linie befinden sich die fünf zusammengefassten Prozesskriterien, unterhalb sind die vier zusammengefassten Ergebniskriterien abzulesen. Die neun Kriterien werden für die Gesamtevaluation unterschiedlich stark gewichtet. Den beiden oben beschriebenen Gruppen von Prozess- bzw. Ergebnisparametern wird in der Gesamtbewertung der Qualität insgesamt je 50% der zugeordnet. Besonders hohe Bedeutung kommt in der Gewichtung den Kriterien „Prozesse“ (14%), „KlientInnenbezogene Ergebnisse“ (20%) und „Wichtige Ergebnisse der Organisationen“ (15%) zu.

Durch ein quasi-experimentelles vorher-nachher-Design der Evaluationsstudie war es im Fall von Jellinek Amsterdam möglich, die Ergebnisse von 1994 mit jenen von 2004 zu vergleichen. Die einzelnen Kriterien wurden in Form einer (Selbst- und Fremd-) Einschätzung der prozentuellen Zielerreichung bewertet, jedem der neun Parameter wurde also ein Wert zwischen 0% und 100% zugewiesen. Die Gesamtbeurteilung verbesserte sich im Zeitraum von 10 Jahren.

Während die Evaluation 1994 eine relativ heterogene Beurteilung der einzelnen Leistungsdimensionen ergab, und sich mit Ausnahme des Kriteriums „gesellschaftsbezogene Ergebnisse“ kein Wert über 50% befand, zeigte sich 2004, dass die Werte nicht nur deutlich verbessert werden konnten, sondern auch die Schwankung der Zielerreichung zwischen den einzelnen Indikatoren niedriger gehalten werden konnte, und einige Schwächen sogar in Stärken verwandelt werden konnten: Letzteres trifft insbesondere auf „Prozessqualität“ zu.

Insgesamt zeigt die Graphik, dass im Bereich der formalen Weiterentwicklung auf der Prozessebene (Kriterien 1 bis 5) ein größerer Fortschritt verzeichnet werden konnte, als auf der Ergebnisebene. Vor 10 Jahren war das im Rahmen des EFQM-Modells überdurchschnittlich gewichtete Kriterium 5 „Prozesse“ mit unter 20% noch der größte Schwachpunkt, 2004 wurde es mit 65% Zielerreichung eingestuft und war damit deutlich verbessert. Diese Tatsache spricht in jedem Fall für die Arbeit des Lenkungsausschusses, zumal die Qualität von Prozessen nach EFQM wesentlich durch das Zusammenwirken von Menschen bestimmt wird. Einzig das durchschnittlich gewichtete Kriterium der „Führung“ liegt unterhalb der 50%-Marke.

Im Bereich der Ergebnisparameter hat sich, wie im gesamten System, jeder einzelne Wert deutlich verbessert. Den absolut besten Wert erreicht das Kriterium „gesellschaftsbezogene Ergebnisse“. Dieses wird im Rahmen des EFQM-Modells zwar am niedrigsten gewichtet, der Verdacht liegt jedoch nahe, dass es in diesem konkreten Fall der Evaluation alkoholtherapeutischer Versorgung tendenziell eher unterbewertet ist, d.h. der gesellschaftsbezogene Aspekt im Bereich der Suchtversorgung vermutlich höher einzustufen ist. Die größte relative Verbesserung verzeichnet das Kriterium der klientInnenbezogenen Outcomes: die Bedeutung ist in der Relevanz der KlientInnenzufriedenheit für das Qualitätsmanagement begründet. Es entspricht jedoch auch insbesondere der Perspektive einer Institution mit Interesse an öffentlicher Gesundheitsversorgung.

**waagrechte Linie teilt
Diagramm in Prozess-
und Ergebnisparameter**

**Kriterien anhand ihrer
prozentuellen
Zielerreichung
dargestellt**

**Evaluierung 2004
deutlich homogenere
und bessere als
Ergebnisse als 1994**

**Prozesse laut Evaluation
deutlich verbessert**

**Parallelen zu EVS/
Deutschland: Abläufe &
Prozesse als
Schlüsselfaktoren**

Eine deutliche Parallele zur EVS ist sichtbar: Im EVS-Projekt sind es die Schnittstellen und die Kommunikation, die als Schlüsselindikatoren dargestellt werden. Sowohl bei EVS wie bei Jellinek geht es um die Koordinierung von Abläufen, wenn Menschen angehalten sind, zusammen Änderungen in bestehenden Abläufen hervorzurufen. Die Tatsache, dass Jellinek Amsterdam im Prozessbereich derartig aufholen konnte, deutet darauf hin, dass hier in der Umstrukturierung der Abläufe im Zentrum ähnliche Schwerpunkte gesetzt wurden wie in Oldenburg-Bremen.

**EFQM ermöglicht
kontinuierliche
Evaluation bei
Umstrukturierung**

Jellinek Amsterdam konnte im Laufe der letzten 15 Jahre mehrere strukturelle Änderungen vornehmen, und trotzdem dieselbe Evaluationsmethodik anwenden.

**mehrere wesentliche
Umstrukturierungen
wurden durchgeführt**

Inhaltlich verweisen Nabit et al. darauf, dass bzgl. der Kriterien 1-4 folgende zwei Veränderungen von zentraler Bedeutung gewesen seien:

**Ergebnisse der
Evaluation**

- ✿ Die Umstrukturierung der Organisation in drei Behandlungsverläufe: Aufnahme, intensiver Pflege, und komplexer Behandlung
- ✿ Die Einführung einer zyklischen Jahresplanung, ein ausgedehntes Schulungsprogramm, das Verlaufsmanagement entlang der 9 unterschiedlichen Angebotsvarianten, neue architektonische Unterbringung aller Abteilungen und verbesserte technische Infrastruktur.

**Arbeitsgruppen für die
Weiterentwicklung von
Ablaufprotokollen**

Die Weiterentwicklung der Prozessqualität wurde in fünf Arbeitsgruppen betrieben: in den unten angeführten Gruppen wurden 29 Ablaufprotokolle erarbeitet, die auf der Idee beruhen, dass die acht Behandlungspfade, die neben der Internet-basierten Betreuung im „Trajectory Model“ definiert sind, aus Modulen bestehen, die sich ergänzen und unterschiedlich zu kombinieren sind.

1. Protokoll für Unterstützung und Behandlung via Internet
2. Protokoll für kognitive Verhaltenstherapie
3. Spezialisierte Interventionen
4. Medizinische Behandlungen
5. Case Management

Eine detaillierte Gliederung, sowie eine Auflistung welche Ablaufprotokolle entwickelt, implementiert bzw. evaluiert wurden, sind in Tab. 3.2-1 dargestellt.

**8 ExpertInnengruppen
zur Prozessentwicklung**

Zusätzlich wurden im Rahmen der Sicherung und Weiterentwicklung der Prozessqualität acht ExpertInnengruppen gebildet und nach folgenden Verantwortlichkeiten gegliedert:

- ✿ Prozessgruppe Strategieentwicklung und Regulierung
- ✿ Prozessgruppe Qualitätsmanagement
- ✿ Prozessgruppe Planung und Kontrolle
- ✿ Prozessgruppe Prävention und Projekt Management
- ✿ Prozessgruppe Unterstützung der Behandlungsmodule
- ✿ Prozessgruppe medizinische Verantwortlichkeiten und Behandlung
- ✿ Prozessgruppe Personal und Ressourcen
- ✿ Prozessgruppe Qualitätsbeurteilung und Verbesserung

Das Kriterium der „KlientInnenzufriedenheit“ als patientenrelevanter Outcome ist im Bereich der Suchttherapie insofern von Interesse, als diese nicht immer direkt proportional mit dem aktuellen Alkoholkonsum/ mit dem klinischen Behandlungserfolg verlaufen muss. Andere Einflussfaktoren können die psychische Konstitution der KlientInnen derart beeinflussen, dass die Zufriedenheit beispielsweise bei Abstinenz unter dem nicht gestillten Verlangen leidet, und der Erfolg des nicht-Trinkens dieses Gefühl nicht zum Verschwinden bringt. Die individuell abgefragte Zufriedenheit ist hier in EFQM-Kriterium 6 wiedergegeben, der klinische Behandlungserfolg muss dem nicht immer entsprechen. Der Behandlungserfolg wird unter anderem in Kriterium 9 „Wichtige Ergebnisse der Organisation“ in Form der Abstinenzrate wiedergegeben. Die Frage nach der KlientInnenzufriedenheit ergab, dass die Betreuung durch das Personal außerordentlich geschätzt wird, wohingegen, die Unterbringung und einzelne Behandlungsmethoden mitunter schlechter bewertet werden.

KlientInnenzufriedenheit und Behandlungserfolg müssen nicht unbedingt Hand in Hand gehen

Tabelle 3.2-1: EFQM Kriterium Nr. 5: Ablaufprotokolle 2004

Name of the treatment protocol	Developed	Implemented	Evaluated
A. Protocol for internet support and treatment			
1. Support for clients with substance misuse: 'Chat module'	√	√	√
2. Self-help protocol for substance abuse, smoking, and gambling	√	√	—
3. Structured treatment protocol for clients with alcohol problems	√	—	—
B. Protocol for cognitive behaviour therapy			
4. Life-style trainings for individuals and groups	√	√	√
5. Life-style trainings for partner and family	√	—	—
6. Life-style training for probation clients	√	√	—
C. Specialized interventions			
7. Crisis intervention	√	√	√
8. In- and outpatient detoxification	√	√	—
9. Guidelines In-patient Motivation Centre	√	—	—
10. Guidelines 12-step approach	√	√	—
11. Guidelines for partners and family of clients in clinical setting	√	—	—
12. Guidelines for families coping with addiction	√	√	—
13. Guidelines daily skills	√	—	—
14. Guidelines day routines	√	—	—
15. Addiction and schizophrenia	√	√	√
16. Addiction and borderline	√	√	—
17. Addiction and depression	√	√	√
18. Guidelines for chronic drug users: 'Spiral up'	√	√	√
19. Social skill training	√	√	—
20. Personal effectiveness	√	√	—
21. Cognitive and social skills: 'Brenner manual'	√	√	—
D. Medical treatments			
22. Medical treatment alcohol problems	√	√	√
23. Medical treatment opiate problems	√	√	—
24. Medical treatment nicotine problems	√	√	√
E. Case management			
25. Guidelines for indication and trajectory decision	√	√	√
26. Intensive case management	√	—	—
27. Guidelines after care	√	√	√
28. Guidelines trajectory evaluation	√	—	—
29. Telephone-based trajectory evaluation	√	√	√

Die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen ist ein Kriterium (EFQM 7), das sich in den letzten 10 Jahren stark verbessert hat. Insgesamt leiden die Befragten jedoch noch immer unter dem Gefühl, von mangelhaften Perspektiven der beruflichen Weiterentwicklung und dem mentalen und emotionalen

Druck, dem sie in ihrer Arbeit ausgesetzt sind. Umgekehrt wird die Möglichkeit etwas Sinnvolles und gesellschaftlich und individuell Nützliches zu leisten, als positiv angeführt.

**klinische, finanzielle und
Produktivitäts-
indikatoren als
Organisationsspezifische
Ergebnisparameter**

**Abstinenzrate und
kontrollierter Konsum
als klinische Maßzahlen
nach Addiction Severity
Index bzw. MATE-Index**

Bezüglich des gesellschaftlichen Nutzens (EFQM Kriterium 9) des Zentrums sieht sich Jellinek Amsterdam mit Daten konfrontiert, die eine hohe grundsätzliche Zustimmung signalisieren, auch wenn in Einzelbereichen wie Fragen nach Flexibilität, Innovation oder Kosten Vorbehalte bestehen.

Wie oben bereits angedeutet, ist die klinische Effektivität der Arbeit (Behandlungserfolg) in Kriterium Nr. 9 widergespiegelt. Unter „Wichtige Ergebnisse für die Organisation“ werden aber neben klinischen auch finanzielle und Produktivitätsindikatoren verstanden. Die Ergebnisse der klinischen Ergebnisse sind nach den einzelnen Behandlungsvarianten, dem Zustand der KlientInnen zum Zeitpunkt der Aufnahme, und der Ergebnisse zum Zeitpunkt der follow-up Analyse in Tab. 3.2-2 gegliedert. Zur Schweregradbestimmung wurde, wie in Kap. erwähnt, am der MATE-Index aus dem ASI weiterentwickelt.

Tabelle 3.2-2: EFQM Kriterium Nr. 9, klin. Outcome Abstinenzrate 2004

	Percentage abstinent at follow-up	Percentage consumption under control at follow-up	Percentage consumption not under control at follow-up	Total percentage at intake
Trajectory 1: Minimal intervention (n = 194)				
Percentage abstinent at intake	7	3	4	14
Percentage consumption under control at intake	8	2	3	13
Percentage consumption not under control at intake	25	13	35	73
Total percentage at follow-up	40	18	42	100
Trajectory 2: Short outpatient treatment (life-style training 1, n = 199)				
Percentage abstinent at intake	8	1	4	13
Percentage consumption under control at intake	6	2	1	9
Percentage consumption not under control at intake	20	19	39	78
Total percentage at follow-up	34	22	44	100
Trajectory 3: Outpatient treatment (life-style training 2, n = 292)				
Percentage abstinent at intake	7	1	1	9
Percentage consumption under control at intake	5	4	1	10
Percentage consumption not under control at intake	25	15	41	81
Total percentage at follow-up	37	20	43	100
Trajectory 3: Outpatient treatment (not otherwise specified, n = 124)				
Percentage abstinent at intake	9	1	0	10
Percentage consumption under control at intake	6	4	1	11
Percentage consumption not under control at intake	37	8	34	79
Total percentage at follow-up	52	13	35	100
Trajectory 4: Day treatment (n = 14)				
Percentage abstinent at intake	0	0	0	0
Percentage consumption under control at intake	7	7	0	14
Percentage consumption not under control at intake	43	7	36	86
Total percentage at follow-up	50	14	36	100
Trajectory 5: In-patient treatment (n = 40)				
Percentage abstinent at intake	8	0	0	8
Percentage consumption under control at intake	10	0	0	10
Percentage consumption not under control at intake	50	12	20	82
Total percentage at follow-up	68	12	20	100
Trajectory 6: Double diagnoses part-time treatment (n = 24)				
Percentage abstinent at intake	0	0	0	0
Percentage consumption under control at intake	4	4	0	8
Percentage consumption not under control at intake	29	9	54	92
Total percentage at follow-up	33	13	54	100
Trajectory 6: Double diagnoses clinical treatment (n = 48)				
Percentage abstinent at intake	2	0	0	2
Percentage consumption under control at intake	7	4	2	13
Percentage consumption not under control at intake	22	13	50	85
Total percentage at follow-up	31	17	52	100
Trajectory 7: Long-term care				
There are insufficient data available				

The criterion for abstinence is defined in Addiction Severity Index (ASI) norms as no consumption of alcohol or drugs in the last 30 days. Controlled consumption is defined as less than three glasses of alcohol a day and less than 21 days in the last months and less than 7 days of drugs use in the last month. There is a rest category for all remaining cases, which is called uncontrolled consumption.

[45]

In dieser Darstellung fällt auf, dass selbst in einem derart konzentrierten Zentrum, das über eine überdurchschnittlich weit entwickelte Administration und eine weitgehende regionale Monopolstellung verfügt, die verfügbaren Fallzahlen verhältnismäßig gering sind bzw. im Falle der Langzeitpflege überhaupt unzureichend sind.

Unter der Produktivität wird die Anzahl der geleisteten Behandlungen verstanden: im Jahr 2004 wurden 5489 Internet-Anfragen als Input verbucht, 3044 beendete Behandlungen als Durchlaufleistung. Die Zielvorgaben für den Output, also jene Auflage, die für die Kostenrückerstattung der Leistungen definiert wurden, konnten erfüllt werden. Gleichzeitig stieg die Anzahl an Behandlungen zwischen 1994 und 2004 kontinuierlich an. Das gesamte Zentrum wuchs in dieser Zeit in seinem finanziellen Umsatz von € 20 Mio. auf € 32 Mio. [45].

Insgesamt stellt Jellinek Amsterdam ein Beispiel für eine Organisation dar, die sich einer langfristigen Qualitätsanalyse unterzogen hat und dabei offensichtlich zu keinem Zeitpunkt einen Wechsel der internen Strukturen ausgeschlossen hat, sofern dies Ergebnis des Qualitätsmanagementprozesses gewesen ist. Der Fokus liegt auf der stetigen Weiterentwicklung des Systems, basierend auf transparenten und zertifizierten Prozessen. Als Qualitätsindikatoren werden sowohl klinische, als auch organisatorische und ökonomische Parameter angenommen, die evidenzbasierte Weiterentwicklung des Behandlungsmodells ist in den Qualitätssicherungsprozessen verankert, sodass die klinische Kompetenz im Wirkungsbereich der ExpertInnen bleibt, jedoch von operativer Seite auch stets nachgefragt wird.

Die Wahl des EFQM-Modells zur Qualitätssicherung ist insofern bemerkenswert, als dies ein zur Evaluierung profitorientierter Unternehmen anerkanntes Zertifikat ist, das von weitgehend gesättigten Wirtschaftsmärkten ausgeht, in denen die Kundenzufriedenheit ein zentraler Wettbewerbsfaktor darstellt. Im Bereich der suchttherapeutischen Versorgung, in der die Motivation der KlientInnen ein unabdingbarer Erfolgsfaktor für die Behandlung ist, scheint diese Herangehensweise demnach sicherlich adäquat. Zudem beinhaltet das Modell auch die Bewertung gesellschaftliche Aspekte, was für ein derartiges Qualitätssicherungswerkzeug nicht selbstverständlich ist. Der Schwerpunkt, den EFQM auf die Bewertung der Prozessqualität gelegt hat, verdeutlicht, dass es sich bei einer derartigen Methode um ein Instrument handelt, das speziell für Institutionen geeignet ist, die sich durch komplexe, heterogene Abläufen auszeichnen, und deren Qualität von einer gut koordinierten Kommunikationsstruktur abhängt.

**Anzahl der
Behandlungen stellt
Produktivität des
Systems dar**

**laufende Evaluation und
Reorganisation des
Systems**

**gezielte Auswahl des
EFQM-Tools**

3.3 Großbritannien: United Kingdom Alcohol Treatment Trial/UKATT

In Großbritannien hat sich in der Suchtbetreuung, wie auch in einigen anderen Ländern, in den letzten Jahren der Ansatz der „stepped care“ etabliert. Hierfür gibt es mehrerlei Gründe. Man versteht darunter ein stufenweises Angebot an therapeutischen Leistungen, das den KlientInnen eine erhöhte Eigeninitiative abverlangt, indem es wo möglich mit Hilfe zur Selbsthilfe beginnt, und nicht intensivere Leistungen anbietet, als nachgefragt werden. Einerseits steckt hinter der Idee, die Behandlung nur graduell an die Bedürfnisse der KlientInnen anzupassen, die Überzeugung, dass auf diese Art und Weise die Motivation zur aktiven Teilnahme hoch gehalten

**britische Tradition des
„stepped care models“**

	<p>werden kann. Zum Anderen stellt das „stepped care“-Konzept auch eine Versorgungsvariante dar, die den Einsatz der Ressourcen niedrig hält. So wird etwa argumentiert, dass mithilfe von Internet-basierter Betreuung auch Menschen eine erste Hilfestellung erhalten, die während dieser Zeit auf eine andere, kostenintensivere Therapieform warten müssen, und ansonsten gar nicht betreut wären.</p>
UKATT primär klinische Vergleichsstudie mit ökonomischer Analyse	<p>Vor diesem Hintergrund, und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die alkoholtherapeutische Versorgung in Großbritannien kaum einheitlichen institutionellen Regulierungen gehorcht, stellt der „United Kingdom Alcohol Treatment Trial“/UKATT einen interessanten Versuch dar, im Rahmen einer großen multizentrischen pragmatischen randomisierten Studie, primär klinische, aber auch ökonomische Daten zu erheben.</p>
multidisziplinäres Team	<p>Der UKATT wurde 1998 vom UK „Medical Research Council“/MRC gegründet und war in erster Linie eine Zusammenarbeit von PsychiaterInnen, klinischen PsychologInnen, BiostatistikerInnen und GesundheitsökonomInnen. Insgesamt wurden 742 KlientInnen von 7 Behandlungszentren eingeschlossen, nach drei Monaten follow-up konnten noch 689 (93%) befragt werden, nach 12 Monaten 617 (83%) von ihnen [18].</p>
Motivationstherapie vs. „soziale Netzwerktherapie“	<p>Bei den Interventionen handelte es sich zum Einen um die bekannte Methode der therapeutischen Stärkung der Motivation, zum Anderen um die soziale Verhaltenstherapie in Kombination mit der für Alkoholabhängigkeit neuen „Netzwerktherapie“. Im Rahmen dieser Therapie wird versucht, alle für die KlientInnen psychisch und/oder funktionell wichtigen Personen zu involvieren, um so auch das Umfeld zu „entwöhnen“, und eine nachhaltige Verhaltensänderung zu erreichen.</p>
klinische Endpunkte	<p>Folgende klinische und psycho-soziale Endpunkte, resp. Messinstrumente wurden von Copello et al. (2005) [47] festgelegt und eingesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none">✿ Tage abstinent (%)✿ Anzahl der Getränke pro Tag mit Konsum (1 Getränk : = 8 g Ethanol)✿ Log γ-GT (Leberfunktion)✿ Leeds dependence questionnaire✿ Alcohol problems questionnaire✿ EuroQoL (Lebensqualitätsindex)✿ General health questionnaire 28✿ SF-36 Mental component✿ SF-36 Physical component <p>Die Ergebnisse des UKATT ergaben, dass auf klinischer Ebene kein signifikanter Unterschied in der Wirksamkeit der beiden Behandlungsmethoden Motivationstherapie vs. Kombination aus sozialer Verhaltenstherapie und sozialer Netzwerktherapie besteht, mit der einen Ausnahme einer leichten Abweichung im Bereich der physischen Komponente im SF-36. Diese Abweichung nach drei Monaten wird von den AutorInnen Copello et al. als zufällig klassifiziert [18]. Sie verweisen auf die Nähe der Werte beider Gruppen zur Baseline, sowie auf die Tatsache, dass dies der einzige auffällige von 18 gemessenen Werten sei.</p>
ökonomische Outcomes	<p>Neben dem rein klinischen Interesse beinhaltet der UKATT noch die Erhebung und Evaluierung ökonomischer Daten. Im Rahmen des UKATT werden in erster Linie folgende drei Arten von Kosten erhoben:</p>

- ✿ Kosten, die den Institutionen für die beiden Varianten der Behandlung erwachsen
- ✿ Kosten für jegliches andere Service, das als direktes Resultat des UKATT konsumiert wurde
- ✿ Kosten, die den KlientInnen entstehen

Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass gesellschaftliche Kosten wie etwa solche für Kriminalität oder Kosten aufgrund von Produktivitätsverlusten am Arbeitsplatz soweit als möglich erfasst werden, um das gesamte finanzielle Ausmaß von Alkoholabhängigkeit, resp. deren Behandlung abschätzen zu können. Es wird dabei davon ausgegangen, dass im Falle der ersten Interventionsvariante ein breiteres Spektrum an gesellschaftlichen Kostenfaktoren zu beachten sein dürfte, zumal in der Definition der therapeutischen Maßnahmen bereits auf viele Zusammenhänge von Behandlung und Alltagseinflüssen Rücksicht genommen wird.

Der UKATT ist schon aufgrund seines eingeschränkten Versorgungsanspruchs mit dem Projekt der EVS oder dem Jellinek Zentrum Amsterdam nur bedingt vergleichbar. Es lohnt sich jedoch, seiner Outcome-Messung Beachtung zu schenken, zumal er, ebenso wie die anderen Modelle, auf Parameter aus unterschiedlichen Dimensionen eingeht.

Insbesondere im Bereich der sekundären Endpunkte weist der UKATT eine Besonderheit auf: neben dem „Addiction Severity Index“, der „Family Environment scale“ und der Lebensqualität mittels EQ-5D wird nämlich auch noch mittels SF-36 der allgemeine Gesundheitszustand mittels „General Health Questionnaire“ sowie der Grad einer eventuellen psychischen Störung erhoben. Diese Informationen sind insbesondere in Kombination mit dem „Healthcare Utilization Questionnaire“ von Interesse. Das umfassende Datenmaterial soll ein Bild darüber zeichnen, in welchem Ausmaß die Kosten für in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen in Relation zur psychischen Gesundheit stehen.

**gesamtgemeinschaftliche
Kostenschätzung über
Gesundheitswesen
hinaus**

**UKATT-Design
unterscheidet sich von
Jellinek Amsterdam und
EVS Oldenburg-Bremen**

**Kostenvergleich
Motivationstherapie vs.
soziale
Netzwerktherapie**

Table 3 Costs of public sector resources at 2000-1 prices by allocated treatment. Values are mean (standard deviation) costs of alcohol problems unless stated otherwise

Public sector resource costs	Motivational group (n=347)	Social network group (n=261)	Difference (95% CI)†
Six months before randomisation:			
Health care	1121 (1953)	1192 (1829)	71 (-219 to 389)
Criminal justice	519 (1524)	685 (1823)	166 (-104 to 466)
Other alcohol treatment	502 (1456)	621 (1071)	119 (-103 to 299)
Social care	50 (133)	87 (303)	37 (3 to 84)*
Total	2192 (3409)	2585 (3224)	393 (-118 to 918)
Six months before follow-up:			
Health care	900 (2693)	912 (2330)	13 (-419 to 379)
Criminal justice	351 (1851)	301 (1241)	-50 (-315 to 181)
Other alcohol treatment	186 (806)	290 (1037)	104 (-31 to 271)
Social care	34 (107)	63 (208)	29 (3 to 58)*
Total	1469 (3466)	1565 (3171)	96 (-435 to 602)
Reduction in public sector resources: 6 months before randomisation versus 6 months before follow-up	722 (4116)	1020 (3802)	298 (-353 to 909)
Cost of specialist alcohol treatment within trial	129 (58)	221 (178)	92 (69 to 113)**
Net reduction in public sector resource costs minus cost of trial treatments	593 (4114)	798 (3817)	206 (-454 to 818)

*Statistically significant difference between treatments at 5% level.

†Confidence interval corrected for bias.

**Statistically significant difference between treatments at 0.1% level.

Abbildung 3.3-1: Behandlungskosten Motivationstherapie vs. soziale Netzwerktherapie

Das Projekt liefert auch noch eine fundierte Grundlage für politische Entscheidungsträger, indem es aufzeigt, dass beide Therapien in etwa ein Fünftel jener Kosten verursachen, die sie an Gesundheits-, Sozial-, und Justizausgaben ersparen. Abb. 3.3-1 und Abb. 3.3-2 zeigen dazu die Ausgaben im Detail. Es wird davon ausgegangen, dass die durchschnittlich in Anspruch genommene „Motivational Therapy“ £129,- (~ €148,-) kostet, eine „Social Network Therapy“ hingegen £221,- (~ €253,-).

Table 2 Sensitivity analysis of treatment costs by allocated treatment. Values are mean (standard deviation) treatment costs (£) unless stated otherwise

Variable	Motivational group (n=347) (£)	Social network group (n=261) (£)	Difference (95% CI) (£)
Basic assumptions	129 (58)	221 (179)	92 (69 to 113)
Varying spread of training costs:			
Spread training costs over 736 treatment sessions that typical therapist delivers per year (16 sessions/weekx46 weeks) rather than sessions therapists delivered within UK alcohol treatment trial	63 (26)	87 (77)	24 (15 to 32)
Varying therapists' salaries:			
£20 893 (lower quartile)	127 (57)	208 (161)	80 (62 to 99)
£26 110 (higher quartile)	132 (59)	216 (169)	83 (65 to 103)
Varying compliance with treatment (mean No of sessions):			
Motivational sessions 1.89 (10th centile), social sessions 4.01 (90th centile)	123 (18)	241 (39)	117 (112 to 122)
Motivational sessions 2.12 (90th centile), social behaviour sessions 3.27 (10th centile)	135 (18)	200 (34)	64 (60 to 69)

Abbildung 3.3-2: Alternativ zu tragende Kosten des öffentlichen Sektors

**Nettokostensparnis
für öffentlichen Sektor
je Therapieform deutlich**

Die Kosten, die der öffentliche Sektor im Falle einer nicht erfolgten Behandlung einer/s Klientin/en zu tragen hat, werden als die Summe von Kosten für das öffentliche Gesundheitswesen, jenen für die Kriminaljustiz, Kosten für alternative Alkoholtherapien und Sozialhilfeleistungen berechnet. Es zeigt sich, dass die Ausgaben des öffentlichen Sektors nach 6monatigem follow-up durch den Einsatz von Motivationstherapie durchschnittlich £593,-, durch „Social Network Therapy“ sogar um £798,- je KlientIn gesenkt werden konnten.

Auch durch Variationen der TherapeutInnengehälter, sowie der Teilnahme rate der KlientInnen ergaben sich keine Verschiebungen, die die Größenordnungen dieser Nettokostenreduktionen wesentlich beeinträchtigten.

4 Diskussion und Schlussfolgerung

4.1 Teil I – Diskussion der Länderanalysen

Sogar in Ländern, die ein nationales Gesundheitssystem haben und/oder über eine sehr gute Dokumentation über Versorgungsstrukturen und Leistungsgeschehen verfügen, zeigt es sich schwierig, einheitliche Strukturen in der alkoholtherapeutischen Versorgung auszumachen. Im Gegensatz zu anderen, klinischen Feldern, konnte bis dato auf internationaler Ebene keine Therapiestrategie allgemeine Akzeptanz finden. Dafür gibt es im Wesentlichen vier Gründe:

- ❖ der unterschiedliche Umgang mit Alkohol und den Folgen von übermäßigem Konsum ist kulturell bedingt,
- ❖ die jeweilige Prioritätensetzung in der Frage der Relevanz von alkoholtherapeutischer Versorgung und der diesbezüglich vorhandenen Ressourcen,
- ❖ die uneinheitliche Ausgangslage im Sinne von Infrastruktur und Gesamtkonzeption des öffentlichen und privaten Gesundheitswesens, sowie
- ❖ die vorherrschende klinisch-therapeutische Überzeugung („Therapieschulen“) der entsprechenden Entscheidungsträger und der Einrichtungen der Prävention.

Im Gegensatz dazu sind in einzelnen Staaten dennoch Bemühungen bzgl. einer Evaluation von therapeutischen Versorgungsstrategien auszumachen. Diese Entwicklungen sind nicht in allen beschriebenen Ländern gleich weit fortgeschritten. Das Beispiel von Kanada zeigt jedoch, dass sich auch in Ländern, in denen das Gesundheitswesen traditionell regional sehr unterschiedlich geregelt ist, sich Gruppen von verantwortlichen ExpertInnen bilden, die Initiativen zur Koordinierung von Maßnahmen, zur Evaluation der Wirksamkeit von Interventionen und zur Kosteneffektivität von Versorgungsmaßnahmen gründen.

Im Zuge der Recherche stellte sich heraus, dass die Evidenz zu Empfehlungen vornehmlich auf der einen Seite aus klinischen Expertisen und deren Formulierung in Form von Behandlungsrichtlinien/-leitlinien besteht, und auf der anderen Seite aus, im weiteren Sinne, politischen Papieren, die sich mit der Implementierung von Programmen oder der strukturellen Ausrichtung von Systemen auseinander setzen.

Tabelle 3-1 listet die wichtigsten Formen der alkoholtherapeutischen Versorgung auf. In Abhängigkeit von Setting und System kommen diese Verfahren in unterschiedlichsten Kombinationen zum Einsatz. Die Übersichtstabelle ist als eine Sammlung möglichst vieler Interventionen zu verstehen, wobei sich diese weder ausschließen noch bedingen. Die Information zum Verbreitungsgrad der einzelnen Interventionen ist eine Einschätzung auf Basis der Literatur und dient der groben Orientierung. Der Verbreitungsgrad bezieht sich auf die Einschätzung der tatsächlichen Verbreitung. Das reale Behandlungsangebot ist in der Regel durch Ressourcenmangel beschränkt.

einheitliche alkoholtherapeutische Versorgungsstrukturen selten, supranational nicht vorhanden

kulturelle Gründe

unterschiedliche Prioritätensetzung

national individuelle Ausgangslage

national dominante medizinische Schulen

nationalstaatliche Bemühungen der Vereinheitlichung von Strukturen

Tab. 3-1 zeigt international übliche Therapieoptionen

Tab. 3-2 zeigt Stadium der nationalen Systematisierung von Versorgungssystemen	<p>Tabelle 3-2 versucht zu veranschaulichen, in welchem Stadium sich die untersuchten Länder bzgl. ihrer Bemühungen nach nationalen Strategien, die eine Vereinheitlichung ihrer hochwertigen Versorgungssysteme bedeuten können, oder auch eine Ergebnismessung unterschiedlicher Versorgungsmodelle, befinden.</p>
breites Behandlungsspektrum bei Koordination der Versorgung aufrecht erhalten	<p>Ziel ist es, sich in der Evaluation von Strategien nicht auf einzelne Interventionen zu beschränken, sondern eine breite Palette an möglichen Behandlungsalternativen zu prüfen. Unabhängig von der Schwerpunktsetzung der Länder sind Screenings, Kurzinterventionen, stationäre bzw. ambulante Behandlungsmodelle, psychotherapeutische sowie familientherapeutische Ansätze oder medikamentöse Therapien einander ergänzende Strategien. Die klinische Effektivität einzelner Maßnahmen wird bereits seit langem geprüft, die Kosten-Nutzen-Evaluierung sowie die Prozessqualität von kombinierten Versorgungsangeboten sind jedoch die Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt.</p>
Notwendigkeit von Kostendefinitionen, Prozess- und Outcome-Parametern	<p>Die Frage, ob Case Management Modelle effektiver sind als streng geplante Therapieverläufe, ist derzeit nicht zu beantworten, da Ergebnismessungen unterschiedlicher Therapiepläne rar sind, resp. nicht vorliegen. Auch Fragen zur Kosteneffektivität der Alternativen sind offen. Um letztere Frage zu klären ist es notwendig, die Kostenstrukturen der einzelnen Ansätze inklusive ihrer Folgekosten zu erfassen bzw. zumindest zu definieren und einzugrenzen. Um den Nutzen zu beurteilen, sind messbare PatientInnen-Outcomes zu definieren, mithilfe derer die einzelnen Interventionen beurteilt werden können. Um die systemische Komponente zu berücksichtigen ist es zusätzlich wichtig, Prozess-Parameter zu bestimmen, die das Versorgungs-Programm in seiner Gesamtheit beurteilen.</p> <p>Tabelle 3-3 gibt einen Überblick über internationale Evaluationen alkoholtherapeutischer Versorgung.</p>

Tabelle 4.1-1 Übersichtstabelle Interventionsspektrum

Intervention	Verbreitungsgrad
Screening	weit verbreitet
Information	sehr weit verbreitet
Medikamentöse Behandlung gegen Craving	sehr weit verbreitet
Medikamentöse Behandlung zur Entwöhnung	sehr weit verbreitet
Motivationstherapie	sehr weit verbreitet
Selbstbewusstseinsbildende Therapie	sehr weit verbreitet
Interaktionstherapie	weit verbreitet
Bewegungstherapie	nicht Standard
div. konstruktive Beschäftigungstherapien (Malttherapie, Hortotherapie,..)	weit verbreitet
Kurzinterventionen	weit verbreitet
Sozialintegrative Maßnahmen	sehr weit verbreitet
Familientherapie (näheres soziales Umfeld)	weit verbreitet
Geschlechterspezifische Gruppentherapie	weit verbreitet
Altersspezifische Gruppentherapie	weit verbreitet
Gruppentherapie nach Komorbiditäten	vereinzelt
Externe Gruppentherapie während stationärer Behandlung	vereinzelt
Betreuung durch Case ManagerIn	nicht Standard
Sozialhilfe zur Verbesserung des Lebensumfelds	nicht Standard
Hilfe zur Selbsthilfe	weit verbreitet
Rückfallprävention	weit verbreitet

Tabelle 4.1-2 Übersichtstabelle Stand der nationalen Modelle

	Österreich	Deutschland	Niederlande	Schweden	Großbritannien	USA	Kanada	Australien	Dänemark
Nationale Strategie: Inhalte, Ziele	nein	Prävention, Kurz- interventionen	k. I.	Wissen, Zugang zu effektiven Behandlungen & Qualität ver- bessern	bedarfsgerecht, niederschwellige Versorgung	Screening, Kurz- interventionen, adäquate Dia- gnostik inkl. Prädiktoren	Nationales „Frame- work“ mit Prioritäten	Wissen & Orientie- rungshilfen	Bewusst- seins- bildung, Screening, Beratung
Leitlinien	Orientierung an AWMF	AWMF	k. I.	k. I.	Definition von Strukturen (Inter- ventionen, Kompe- tenzen, Settings)	nein	nein	NDARC	k. I.
Standardisie- rungsmodelle	nein	Modell IAK/ Integrative Kurz- intervention	Stepped Care nach Jellinek	Stufenpro- gramm	MoCAM: Models of Care for Alcohol Misusers	nein	nein	Ablauf- schema	Therapie n. ASI-Index (Schwere- grad)
Evaluationen	nein	Hintz 2006	Krappel 2004	k. I.	UKATT/Copello 2001	COMBINE/ University of New Mexico	nein	nein	Register (NAB)

k. I.: Keine Informationen vorhanden

Tabelle 4.1-3 Übersichtstabelle Internationale Evaluationsbeispiele

Ergebnismes- sung	Hintz 2005	Krappel 2004	Swedish National Board	Schwedi- sches Regi- ster	ASAM	UKATT/Copell o 2001	COMBI- NE	NAB
PatientInnen- Outcomes & Instrumente zur Verlaufskontrol- le	Entzugsverlauf Erleichterung bei Entzugssym- ptomen Haltequote Erfolg der Moti- vationsbehand- lung	Zufriedenheit der PatientIn- nen Klinische Ver- besserung Lebensqualität	k. I.	In Planung	Akute Intoxikation und/oder Entwöh- nungspotential, Biome- dizinische Bedingungen und Komplikationen, Emotionale, verhaltens- bezogene oder kogniti- ve Umstände und Kom- plikationen, Verände- rungsbe-reitschaft („Be- handlungsakzeptanz/- resistenz“), Rückfall, dauerhafter Gebrauch oder andauerndes Pro- blempotential, Bes- serung/ Lebensumfeld	Konsum APQ- Alkoholproblem- Einstufung, Le- bensqualität, EQ- 5D, Mobilität, Selbstversorgung, Aktivitäten, Schmerz u. Un- wohlbefinden, Ängstlichkeit und Depression, SF-36 Health Status, ASI/Addiction Severity Index, Familien-Umfeld Scale	Klinische Verbesse- rung Lebensqua- lität	ASI/Addictio n Severity Index, MI/Motivati onal Inter- viewing
Programm- Evaluation	Erreichbarkeit	k. I.	Leistungszugang, Bera- tung, Kooperation, Prozessstrukturen Pati- entInnenperspektive, Datenerhebung & Do- kumentation, Follow- up, Punktuelle Unter- stützung & gezielte Therapien, Personal- kompetenz	In Planung	k. I.	k. I.	k. I.	k. I.

Kostenevaluati- on	k. I.	Therapiemodu- le	Dauer der Behandlung, Behandlungsfrequenz, Art der Behandlung, Anzahl an Personal und Qualifikation, Kosten der Behandlung, Auftei- lung der Kosten in di- rekte Behandlung- kosten und Folgeko- sten, Kostenersparnisse der jeweiligen Behand- lung (kurz- und langfri- stig)	In Planung	k. I.	Detaillierte Ko- stenaufstellung nach direkten Behandlungsko- sten und Kosten für öffentlichen Sektor nach Res- ourcenverbrauch (health utilization questionnaire)	k. I.	k. I.
-----------------------	-------	---------------------	--	------------	-------	---	-------	-------

Es ist auffallend, dass kaum ein Land die therapeutische Versorgung verpflichtend standardisiert, was zum Einen an mangelnder Evidenz, d.h. aussagekräftigen Studien, in diesem Gebiet liegen dürfte, zum anderen jedoch auch an der Problematik, dass psychische Erkrankungen wie Sucht schon in Bezug auf die Behandlungszuweisung nach jeweiliger klinischer Diagnose vergleichsweise schwierig zu standardisieren sind. Aus therapeutischer Sicht ist es evident, dass Versorgungspolitik nicht vom sozialen Kontext in dem sich die Betroffenen befinden, losgelöst werden kann. Als eine der wenigen Gemeinsamkeiten in den Versorgungsstrukturen findet sich überall die Eingliederung in soziale Netzwerke als notwendiger Bestandteil der Versorgung, um eine realistische Chance auf dauerhafte Abstinenz zu gewährleisten.

Mit wenigen Ausnahmen sind großflächige Erfassungen im Rahmen von Registern oder Ähnlichem nicht üblich. Dies mag zum Einen an datenschutztechnischen Gründen und der Stigmatisierung von Alkoholismus liegen, zum Anderen scheint aber auch die diagnostische Klassifizierung nicht ausreichend detailliert, um repräsentatives Datenmaterial zu sammeln. Um die Wirksamkeit und Kosteneffektivität alkoholtherapeutischer Versorgung auf Dauer wirklich vergleichbar machen zu können, bedarf es einer vermutlich doppelten Strategie:

- ✿ einerseits die Betrachtung von Einzelmaßnahmen, deren Zweck, Kontext und Zielgruppe gut abgrenzbar ist, und die so auch über Details Auskünfte geben kann, und
- ✿ andererseits der Vergleich von Ländern oder Regionen, die einen ähnlichen, breiten Fächer an Versorgungsleistungen anbieten, deren politische und epidemiologische Daten zusätzlich gut bekannt bzw. leicht zu erheben sind. Hier muss sich das Angebot nicht zu 100% überschneiden, solange grundsätzlich eine breite Versorgung im Sinne vieler verschiedener Maßnahmen gewährleistet ist.

Eine derartige doppelte Analysestrategie könnte Auskunft darüber geben, welche Instrumente spezifisch für einen bestimmten Kontext tauglich sind, und welche im gesamten Leistungsspektrum in der Regel dienlich sind, selbst wenn sie auch im Einzelfall nicht immer ganz treffsicher sein sollten.

In diesem Zusammenhang sind die Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems des australischen *National Drug and Alcohol Research Center* bemerkenswert, zumal sie mit ihren Assessments, wenngleich auf sehr unverbindlicher Ebene, eine Basis für die Konzeption von Versorgungssystemen leisten. Jedoch finden sich auch in einigen anderen systematischen Arbeiten Parameter, die über einen regionalen Kontext hinaus Gültigkeit haben und anhand derer ein System gemessen, bzw. neu konzipiert werden könnte. Für die konkrete Evaluation von Versorgungseinrichtungen können die Evaluation der niederländischen Jellinek-Klinik und die britische UKATT-Studie als Basis dienen.

Das gesamte Ausmaß der internationalen Evidenz ist derzeit noch als sehr uneinheitlich einzustufen, was sicherlich auch an der Tatsache liegt, dass viele wichtige Dokumente nicht veröffentlicht werden, und auch mit systematischer Suche nach grauer Literatur nicht zu finden sind. Es ist jedoch erkennbar, dass auch im Bereich der alkoholtherapeutischen Versorgungsmodelle Evaluierungen immer mehr Platz bekommen.

Klinische Versorgung vom sozialen Kontext abhängig

**Datenlage mangelhaft
doppelte
Analysestrategie:
Evaluation abgegrenzter
Einzelinterventionen
und Erkenntnisse aus
überregionalen
Versorgungskontexten**

Australische Guidelines als beschränkte aber konkrete und strukturell klare Hilfestellung

Evaluation der Jellinek-Kliniken und UKATT vielversprechend

Einschätzung der Entwicklung

4.2 Teil II - Vergleichbarkeit der Modellprojekte

**3 unterschiedliche
Versorgungsansätze,
jeweils Teilaspekte von
Interesse**

Die vorgestellten drei Referenzmodelle stellen sehr unterschiedliche Herangehensweisen an das Problem der Evaluation (Prozess- und Ergebnismessung) integrierter alkoholtherapeutischer Versorgung dar. In Tab. 4.2-1 werden die unterschiedlichen Dimensionen der Evaluationsansätze aller drei Modelle nebeneinander gestellt. Ziel sollte es sein, aus den einzelnen Elementen der drei Teilprojekte und ihrer unterschiedlichen Perspektiven jene Schlüsse zu ziehen, die für ein allfälliges Setting adäquat erscheinen.

**EVS an Akteuren und
funktionierender
Interaktion orientiert**

Die EVS/Entwöhnung im Verbundsystem orientiert ihre Evaluation im Wesentlichen nach den beteiligten Akteuren, zumal sie davon ausgeht, dass diese für das Funktionieren von Kommunikation und Veränderung an Schnittstellen verantwortlich sind. Auf Basis einer 3teiligen Gliederung nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisparametern werden diese befragt, und so Daten zu den Qualitätsindikatoren generiert. Die Parameter des Persönlichkeitsprofils und des Krankheitsbilds stellen den „Input“ der KlientInnen dar, der zu Beginn des Behandlungsprozesses abzuschätzen ist. Während des Prozesses sind die spontane Bedürfnislage bzw. die Betreuungskonstanz die Determinanten, die von Seiten der PatientInnen das Behandlungsergebnis beeinflussen.

**Behandlungsmatrix
formalisiert Abläufe**

Die Formalisierung und Zerlegung der Aktivitäten und Interaktionen zwischen den Akteuren in einzelne Vorgänge und administrative Schritte in Form der Behandlungsmatrix erlaubt die Einführung einer Qualitätssicherung. Zusätzlich führt die gesundheitsökonomische Studie des Modellprojekts EVS einen Vergleich zwischen den Kosten und Nutzen des Modellprojekts und jenen einer herkömmlichen Behandlung durch [42].

**Gesundheits-
ökonomische Studie
belegt hohe
Haltequoten bei
konstanten Kosten**

Kombinierte Leistungen entsprechen nicht immer genau der Summe der Einzelleistungen, es wird jedoch auf Basis von konkreten Daten anschaulich dargestellt, dass das Verbundsystem insgesamt auch aus ökonomischer Sicht von Vorteil ist, weil es insbesondere bei ähnlichen kurzfristigen Kosten deutlich bessere Haltequoten erreicht, und so langfristige Mehrkosten zu vermeiden imstande ist.

**Prozess- und
Ergebnisindikatoren in 9
Hauptgruppen**

Die von Jellinek Amsterdam unternommene Evaluation nach EFQM geht zwar von einem ähnlichen 3teiligen Grundschema aus, definiert die Qualitätsindikatoren jedoch an den Übergängen zwischen Strukturierung und Prozessen, bzw. zwischen Prozessen und Ergebnissen. Daraus ergibt sich, dass die neun Hauptindikatoren in nur zwei Gruppen unterteilt sind. Es handelt sich hier nicht um einen paarweisen Vergleich von Behandlungsoptionen, sondern um ein System aus unterschiedlichen Therapiemodulen, das sich im Laufe der Jahre weiterentwickelt hat und dies auch weiterhin tut. Eine spezifische Stärke dieses Modells stellt seine große Transparenz und Quantifizierbarkeit dar, die monetäre und klinische Nutzenbewertung der festgelegten Indikatoren und Zielwerte ist jedoch nicht immer möglich. Aufgrund des weitgehenden Versorgungsmonopols ist es Jellinek Amsterdam aber eher möglich, Daten schnell und effizient zu generieren und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen, ohne das komplette Behandlungskonzept neu definieren zu müssen.

**hohe Transparenz und
Quantifizierbarkeit,
klinische und finanzielle
Bewertung bleibt
dennoch oft aus**

**modulares
Therapiesystem
hohe Flexibilität im
System**

Der UKATT ist als solches kein Qualitätssicherungskonzept, sondern eine klinische Studie mit einer gesundheitsökonomischen Erweiterung. Im Wesentlichen beinhaltet er einzelne explizite klinische bzw. gesundheitsökonomische Hypothesen und deren Prüfung. Anders als in den anderen beiden Fällen steht hinter dem UKATT kein regionales Versorgungsinteresse. Die ökonomische Analyse zielt erst auf sehr hoher, nationaler Ebene auf die Effizienz eines geschlossenen Versorgungssystems ab, und lässt kleinere Faktoren unbehandelt, die in den anderen beiden regional ausgerichteten Modellen in Deutschland und den Niederlanden sehr wohl evaluiert werden.

Um die Prüfung der Hypothesen operationalisieren zu können, werden Outcomes definiert. Die Ebene der Prozesse ist bereits in der Formulierung der Hypothesen, also in der Fragestellung beinhaltet. Die Problematik der Regelung stellt sich insofern nicht, als diese durch die Auswahl der Zentren im Studiendesign als gegeben angenommen wird.

Zur Verwendung des „Healthcare Utilization Questionnaire“ ist anzumerken, dass sein sinnvoller Einsatz insofern abhängig von einer vorsichtigen und genauen Interpretation der Daten ist, als eine niedrige Inanspruchnahme von Diensten nicht automatisch auf einen nicht vorhandenen Bedarf schließen lässt. Im Bereich der psychischen Erkrankungen ist die Situation nicht gleichzusetzen mit jener in Krankheitsfeldern, die z.B. mit weniger gesellschaftlichen Tabus belastet sind. Zum Einen kann es vorkommen, dass KlientInnen, die längst ohne Psychopharmaka auskommen würden, sich diese aus Gewohnheit weiter verschreiben lassen und auch konsumieren, was einer künstlichen Übernachfrage entspricht. Zum Anderen gibt es jedoch eine Vielzahl von Fällen, in denen eine nicht in Anspruch genommene psychiatrische Hilfe dazu führt, dass beispielsweise tatsächlich notwendige Leistungen, wie eine Alkoholtherapie, nicht in Anspruch genommen werden.

Zur Diskussion dieser Problematik kann eine sensible Interpretation von Daten, wie sie im Rahmen des UKATT erhoben werden, mit Sicherheit einen wertvollen Beitrag leisten.

Um aus den vorgelegten Modellprojekten Schlüsse ziehen zu können, müssen die drei Konzepte ergänzend betrachtet werden. Als wesentlichste Indikatoren für den Behandlungserfolg sind sicherlich die Haltequote und Rückfallquote zu nennen, für den ökonomischen Erfolg eines kombinierten Behandlungsmodells ist neben den Einzelkosten primär die Verweildauer der stationären bzw. ambulanten Aufenthalte relevant. Dies sind sehr gängige Parameter, die aber, wie in den Beispielen dargestellt, auch durchaus im Rahmen eines integrierten Versorgungskonzepts angewendet werden können, solange auf die tatsächliche Vergleichbarkeit der Basisdaten geachtet wird. Alle drei Projekte verdeutlichen jedoch auch einmal mehr, dass der ökonomische Erfolg im Sinne der Kosten-Nutzen-Analyse im Falle von Suchttherapien umso stärker auch vom klinischen Erfolg abhängt, als Sucht an sich ein Phänomen ist, das mit zunehmender Dauer an Schwere zunimmt und abgesehen vom klinischen Verlauf auch noch wesentliche soziale und ökonomischen Folgewirkungen und Folgekosten nach sich zieht. Diesbezüglich ist speziell der UKATT eine sinnvolle Ergänzung zu den beiden anderen Ansätzen. Während diese eher auf regionale Versorgungsanforderungen fokussieren, widmet sich der UKATT umso mehr der Frage, welche der beiden untersuchten Therapieoptionen aus ökonomischer Sicht und unter Einbeziehung gesellschaftlicher Folgekosten auf nationaler Ebene die effektivere ist. Die deutlichste Aussage aus der ökonomischen Analy-

UKATT: klinische und Kosteneffektivitätsstudie ohne regionalem Versorgungsfokus

Definition von Outcomes

Healthcare Utilization Questionnaire umstritten

komplementäre Betrachtung der drei Modelle

Haltequote und Schnittstellenmanagement dominante Ergebnisparameter

UKATT weist ökonomisches Behandlungsinteresse nach

se des UKATT ist sicherlich die Tatsache, dass eine klinisch effektive Alkoholtherapie durch die Vermeidung anderer Kosten in der Regel auch deutliche ökonomische Vorteile für den öffentlichen Sektor mit sich bringt. Diese Aussage steht voll im Einklang mit der hohen Wichtigkeit, die Jellinek Amsterdam und EVS Oldenburg-Bremen in ihren Evaluierungen einer hohen Haltequote, also dem erfolgreichen Abschluss von Therapien beimessen.

Abschließend kann zusammengefasst werden, dass eine Evaluation alkoholtherapeutischer Versorgung resp. deren Reorganisation und entsprechender Begleitforschung von einigen Faktoren bestimmt wird:

- ❖ Von der sektoren-übergreifenden Betrachtung der Kosten und Folgekosten, d.h. von einer breiten gesellschaftlichen Perspektive,
- ❖ Von der besonderen Bedeutung der Schnittstellen-Kommunikation und Ablauforganisation der beteiligten Akteure, d.h. von einer besonderen Betonung der involvierten Menschen,
- ❖ Dementsprechend von dem Einbezug nicht nur klinischer und ökonomischer Endpunkte, sondern auch von Prozessindikatoren, d.h. auch „die Wege zum Ziel“ genauer zu betrachten,
- ❖ Von entsprechender sektoren-übergreifenden Dokumentation der klinischen und ökonomischen Daten der KlientInnen und der Inanspruchnahme von Leistungen, d.h. der Sammlung von Information und entsprechender EDV/IT-Strukturen
- ❖ Von verbindlichen Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für die Evaluation und/oder begleitende Reorganisation, d.h. einem deklarierten Evaluationswillen und entsprechenden Ressourcen dafür.

Tabelle 4.2-1: Gegenüberstellung Modellprojekte integrierte alkoholtherapeutische Versorgung

Messdimension/ Perspektive	EVS	Jellinek	UKATT
Struktur	<p>Grundlagen LeistungserbringerInnen</p> <p>Strukturindikatoren LeistungserbringerInnen KostenträgerInnen</p>	<p>Personen Führung Politik und Strategie Mitarbeiter Partnerschaften/ Ressourcen Prozesse</p>	künstlich komponiertes Setting (Studiendesign)
Prozesse	<p>Prozessindikatoren LeistungserbringerInnen KostenträgerInnen PatientInnen</p>	<p>Prozessindikatoren</p> <p>Führung: - Organisationsstruktur, - Qualitätsmanagement - KlientInnen-Orientierung</p> <p>Politik und Strategie: - Epidemiologische Forschung - Anforderungen der Stakeholder - Jahresplanung</p> <p>MitarbeiterInnen: - EDV-basiertes Personalmanagement- und Informationssystem - Schulungen - Sicherheit und Risikoprävention</p> <p>Partnerschaften und Ressourcen: - Wohnen und Arbeit - EDV-Strategie für Administration - Forschungs- und Wissensmanagement</p> <p>Prozesse: - Internetbasierte Unterstützung - Kognitive Verhaltenstherapie - Spezialisierte Interventionen - Medizinische Behandlungen - Case management</p>	künstlich komponiertes Setting (Studiendesign)

Ergebnisse	Ergebnisindikatoren	Ergebnisindikatoren	Klinische Outcomes
	<p>LeistungserbringerInnen</p> <p>KostenträgerInnen</p> <p>PatientInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haltequote - Rückfallquote - Soziale und berufliche Reintegration - Behandlungszufriedenheit - Akzeptanz der Leistungsanbieter und Leistungsträger bei Kooperationspartnern und KlientInnen - Kommunikationsqualität durch Dokumentation von (Verlaufs)Diagnostik und Therapie, sowie der Durchführung von Übergabegesprächen - Therapieadhärenz 	<p>KlientInnenbezogene Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlung - Professionelle Behandlung - Unterbringung <p>Mitarbeiterbezogene Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zufriedenheit mit Art der Tätigkeit - Karrieremöglichkeiten - Weiterbildung - Stress <p>Gesellschaftsbezogene Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Innovationskraft - Kosten - Flexibilität <p>Organisationsrelevante Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haltequote - kontrollierter Konsum - Rückfallquote - Follow-up – Teilnahme - Addiction Severity Index 	<p>Tage abstinent</p> <p>Anzahl der Getränke pro Tag mit Konsum</p> <p>Organische Gesundheit (Leber)</p> <p>Abhängigkeitsprobleme</p> <p>Probleme mit Alkoholumgang</p> <p>Lebensqualität</p> <p>Allgemeiner Gesundheitszustand</p> <p>Psychischer Gesundheitszustand</p> <p>Physischer Gesundheitszustand</p> <p>Ökonomische Outcomes</p> <p>Kosteneffektivität</p> <p>Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung</p> <p>Verhältnis Therapiekosten: Gesellschaftlichen Ersatzkosten</p> <p>Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis</p> <p>Kosten durch soziale, Gesundheits-, oder Kriminalitätsprobleme</p>

5 Literatur

- [1] Jellinek EM. The Disease Concept of Alcoholism. New Haven 1960.
- [2] American Society of Addiction Medicine I. ASAM PPC-2R Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders. 2. ed. Chevy Chase, Maryland: ASAM 2001.
- [3] World Health Organization WHO. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. 2008 [cited; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ (30.08.2008)]
- [4] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Leitlinien der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) für die Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. 2003.
- [5] Uhl A, et al. Handbuch Alkohol Österreich 2008 – Zahlen, Daten, Fakten, Trends 3., überarbeitete und ergänzte Auflage ed. Wien 2008.
- [6] Med Austria – DIMDI. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision Version 2.0 ed.
- [7] Cloninger RC, et al. Type I and Type II Alcoholism: an update. 1996.
- [8] Lesch OM, Bonte W, Walter H, Musalek M, Sprung R. Verlauforientierte Alkoholismusdiagnostik. Stuttgart 1990.
- [9] Hertling I, Ramskogler K, Riegler A, Zoghalmi A, Walter H, Lesch OM. Entzugsbehandlung von alkoholabhängigen Patienten. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. 2001;1:41-6.
- [10] Lesch OM. Chronischer Alkoholismus - Typen und ihr Verlauf - eine Langzeitstudie. 1985 [cited; Available from:]
- [11] Feselmayer S, Puchinger H, Andorfer U, Scheibenbogen O, Zadrojaeger S, Kerschbaumer I, et al. Abteilung für substanzabhängige (primär alkohol- und medikamentenabhängige) Frauen am Anton-Proksch-Institut/Kalksburg. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. 2003;3/4:15.
- [12] Merfert-Diete C, al. E. Zahlen und Fakten in Kürze. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen – Jahrbuch Sucht 2007 2007.
- [13] Hüllinghorst R. Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht 2007. Jahrbuch Sucht 2007 [cited; Available from:]
- [14] Küfner H. Therapieevaluation als Evidenzbasis der Suchttherapie. Psychotherapie im Dialog. 2003;2:8.
- [15] Hintz T, Schmidt G, Reuter-Merklein A, Nakovics H, Mann K. Qualifizierter ambulanter Alkoholentzug: Enge Kooperation zwischen/Hausarzt und Deutsches A?rzteblatt. 2005 05/01;102.
- [16] Hüllinghorst R. Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht 2006. Jahrbuch Sucht 2006 [cited; Available from:]
- [17] Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, et al. Combined Pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The COMBINE study: a RCT. JAMA. 2006;295:2003-17.
- [18] Copello A, Godfrey C, Heather N, Hodgson R, Orford J, Raistrick D, et al. United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT): Hypotheses, design and methods. Alcohol and Alcoholism. 2001;36(1):11-21.

- [19] World Health Organization WHO. WHO Global Status Report on Alcohol 2004 2004 [cited; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/netherlands.pdf (30.08.2008)]
- [20] Krappel C. Die Einführung Evidenz-orientierter Behandlung zum "Patient treatment matching". Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. 2004;1.
- [21] Schippers G, Schramade M, Walburg J. Reforming Dutch substance abuse treatment services. *addictive behaviours*. 2002;27:995-1007.
- [22] Krappel C. Suchtkrankenhilfe in Europa - Die Niederlande. 94. Wissenschaftliche Jahrestagung; 2008; Berlin 2008.
- [23] Pedersen MU, Milter M, Vind L, Grønbaek M. Alkoholbehandlungsdaten Dänemark Schweden Aarhus, Kopenhagen: Center for Rusmiddelforskning og Statens Institut for Folkesundhed, Center for Alkoholforskning, samt forfatterne 2004.
- [24] Owen P. Minnesota Model: Description of Counseling Approach. 2008 [cited; Available from: <http://www.nida.nih.gov/adac/ADAC11.html> (10.09.2008)]
- [25] Ministry of Health and Social Affairs organisation. Health and medical care in Sweden. 2005 [cited; Available from: <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/08/60/40/982480dd.pdf> (10.09.2008)]
- [26] Ministry of Health and Social Affairs organisation. Strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården - inriktningen till och med 2010 och insatser under 2008; (2008b). 2008 [cited; Available from: <http://www.regeringen.se/sb/d/10566/a/103607> (20.06.2008)]
- [27] Ministry of Health and Social Affairs organisation. Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner. 2005 [cited; Available from: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/05/33/44/c3f9abcd.pdf> (20.06.2008)]
- [28] Swedish National Board of Health and Welfare. Kvalitetsutveckling i missbruks- och beroendevård. En lägesbeskrivning av arbetet med kvalitet och vardöverenskommelser mellan stat och kommun. Stockholm 2007.
- [29] Swedish National Board of Health and Welfare. National guidelines for persons with misuse and dependency problem. Stockholm; 2007.
- [30] National Health Service NHS – The information service. Statistics on Alcohol 2008. . 2008 [cited; Available from: <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/alcoholeng2008/Statistics%20on%20Alcohol-%20England%202008%20final%20format%20v7.pdf> (10.09.2008)]
- [31] Department of Health. National alcohol needs assessment. 2004 [cited; Available from:]
- [32] Department of Health. Models of Care for Alcohol Misuse MoCAM. 2004 [cited; Available from:]
- [33] Ludbrook A, Godfrey C, Wyness L, Parrott S, Haw S, Napper M. Effective and Cost-Effective Measures to Reduce Alcohol Misuse in Scotland: A Literature Review. 2001.
- [34] American Society of Addiction Medicine I. Five years strategic plan. 2008 [cited; Available from: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/StrategicPlan/NIAAASTRATEGICPLAN.htm#Treatment_IV]

- [35] SBU - The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Treatment of Alcohol and Drug Abuse. An Evidence-Based Review. Stockholm 2001.
- [36] Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. Policy on Alcohol. 2006 [cited; Available from: http://www.aadac.com/documents/policy_alcohol.pdf
- [37] Health Canada. National Framework for Action to Reduce the Harms As-sociated with Alcohol and Other Drugs and Substances in Canada. 2008 [cited; Available from: http://www.nationalframework-cadrena-national.ca/~uploads/~files/TOOLS%20English/NatFra_1stEdition_chart_eng.pdf (20.08.2008)
- [38] Pigeon L, & associates. Toward a National Framework for action on Substance Use and Abuse; A Synthesis of the Roundtables held across Canada. Edmonton 2004.
- [39] National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC). Australian Alcohol Guidelines - Health Risks and Benefits. 2003 [cited; Available from: [http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/2C3FC9166082567DCA257260007F81F8/\\$File/alcprobguide.pdf](http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/2C3FC9166082567DCA257260007F81F8/$File/alcprobguide.pdf)
- [40] Hedden H, Tielking K, Weiss I. Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit. 1999 [cited; Available from: <http://www.devianz.uni-oldenburg.de/de/proj/alkohol/index.html>
- [41] Tielking K, Kuß G, eds. Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS), Eröffnungsbericht zu einem Modellprojekt in der Region Oldenburg-Bremen. Oldenburg 2001.
- [42] Tielking K, Ratzke K, eds. Gesundheitsökonomische Aspekte der Verbundarbeit in der Suchthilfe (GÖS). Oldenburg 2007.
- [43] Tielking K, Kuß G, eds. Vernetzung von Behandlungsangeboten in der Rehabilitation Alkoholabhängiger, Abschlussbericht zum Modellprojekt Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS). Oldenburg 2003.
- [44] Nabitiz U, Walburg J. Addicted to quality - winning the Dutch Quality Award based on the EFQM Model. International journal of health care quality assurance. 2000;13(6-7):259-65.
- [45] Nabitiz U, Schramade M, Schippers G. Evaluating treatment process redesign by applying the EFQM Excellence Model. International journal for quality in health care. 2006;18(5):336-45.
- [46] Wikipedia - Die freie Enzyklopädie. EFQM-Modell. 2009 23.12.2008 [cited; Available from: <http://de.wikipedia.org/wiki/EFQM-Modell>
- [47] Ukatt Research Team. Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). Bmj. 2005;331:544-8.
- [48] Anderson P, Baumberg B. Alkohol in Europa, Eine Public Health Perspektive. 2006 [cited; Available from:
- [49] Andréasson S, Öjehagen A. Psychosocial Treatment For Alcohol Dependence. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. 2004;4:5-7.
- [50] Bloomfield K, Kraus L, Soyka M. Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. . Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 40 2008 [cited; Available from:

- [51] Canadian Centre on Substance Abuse. Second Forum on the National Framework for Action to Reduce the Harms Associated with Alcohol and Other Drugs and Substances; ; Toronto May 29 and 30, 2008. 2008 [cited; Available from: <http://www.nationalframework-cadrenational.ca/~images/~uploads/~file/~ReportonNational~ForumMay~2008.~pdf> (12.08.2008)
- [52] Coulton S, Watson J, Bland M, Drummond C, Kaner E, Godfrey C, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care (AESOPS) - A randomised control trial protocol. *BioMed Central Health Services Research*. 2008;8:129.
- [53] Feuerlein W, ed. *Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage ed. Stuttgart 1979.
- [54] Lesch OM, Walter H. *Alkoholabhängigkeit: Wiener Gebietskrankenkasse* 2004.
- [55] Mayor S. Number of alcohol related admissions in England has doubled in 12 years. *British Medical Journal*. 2008;336:1211.
- [56] Ministry of Health and Social Affairs organisation. Överenskommelse mellan staten och SKL om implementering av Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården (2008a). 2008 [cited; Available from: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/36/26/ecae232b.pdf> (20.06.2008)
- [57] Murray E, McCambridge J, Khadjesari Z, White IR, Thompson S, Godfrey C, et al. The DYD-RCT protocol: an on-line randomised controlled trial of an interactive computer-based intervention compared with a standard information website to reduce alcohol consumption among hazardous drinkers. *BioMed Central Health Services Research*. 2007;7:306.
- [58] Nabitz U, van den Brink W, Walburg J. A quality framework for addiction treatment programs. *Addictive behaviours*. 2005;30:1254-60.
- [59] Nabitz U, Walburg J. Development and use of an indicator system for an addiction treatment. *International journal of health care quality assurance*. 2002;15:49-58.
- [60] Orford J. Effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal*. 2005;331(7516):541-4.
- [61] Österberg E. KTE. *Alcohol Policies in EU Member States and Norway - A Collection of Country Reports*. Brüssel 2001.
- [62] Parrott S, Godfrey C, Heather N, Clark J, Ryan T. Cost and outcome analysis of two detoxification services. *Alcohol and Alcoholism*. 2006;41(1):84-91.
- [63] Pittmann DJ. *Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologischen und nichtpathologischen Ursprungs - Eine internationale Übersicht*. Hamm 1964.
- [64] Shand F, Gates J, Fawcett J, Mattick R. *Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems* Canberra Australian National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC) 2003.