

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 41 (2015)

Heft: 6

Artikel: Wirksamkeit ambulanter Beratung bei Alkoholproblemen

Autor: Haug, Severin

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800826>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 13.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Wirksamkeit ambulanter Beratung bei Alkoholproblemen

Die Ergebnisse dieser multizentrischen Studie zur Wirksamkeit ambulanter Alkoholberatung zeigen bei 62% der KlientInnen ein Jahr nach Austritt aus der Beratung einen geringeren Alkoholkonsum als bei Eintritt. Unter den KlientInnen mit problematischem Alkoholkonsum bei Eintritt hatten 12 Monate nach Austritt 43% einen nicht problematischen Konsum. Ein höheres Lebensalter, eine bei Eintritt höhere Lebenszufriedenheit, ein geringerer Alkoholkonsum bei Eintritt und die erstmalige Behandlung in einer Institution konnten einen nicht problematischen Konsum 12 Monate nach Austritt vorhersagen.

Severin Haug

PD Dr. Dr., Dipl.-Psych., Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Konradstrasse 32, Postfach, CH-8031 Zürich, Tel. +41 (0)44 448 11 74, severin.haug@isgf.uzh.ch, www.isgf.uzh.ch

Schlagwörter: Alkohol | ambulante Beratung | Wirksamkeit |

Hintergrund

Die von vier Fachstellen für ambulante Alkoholberatung in den Kantonen Aargau, Bern und Zürich initiierte und vom Bundesamt für Gesundheit BAG mitfinanzierte Studie sollte erstmals nationale Daten zur mittelfristigen Wirksamkeit ambulanter Beratung bei Personen mit Alkoholproblemen liefern und Aussagen über deren differenzielle Wirksamkeit in Abhängigkeit von KlientInnen- und Behandlungscharakteristika ermöglichen. Hintergrund, Methodik und erste Ergebnisse dieser Studie wurden bereits im Heft 5/2014 des SuchtMagazin veröffentlicht.¹

In der vorliegenden Publikation werden die finalen Ergebnisse zur mittelfristigen und differenziellen Wirksamkeit ambulanter Alkoholberatung berichtet.

Methodik

Durchführung und Erhebungsinstrumente

KlientInnen mit der Hauptproblemsubstanz Alkohol, die eine Beratung von mind. drei Sitzungen in Anspruch nahmen, wurden in den beteiligten Institutionen² eingeladen, sich bei Eintritt, Austritt sowie 6 und 12 Monate nach Behandlungsaustritt an einer Fragebogenerhebung zu beteiligen.

Zentrales Ergebniskriterium bildete ein nicht problematischer Alkoholkonsum, erfasst anhand der Kurzversion des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C).³ Der AUDIT-C beinhaltet je eine Frage zu Konsumhäufigkeit, Konsummenge und Häufigkeit eines übermässigen Alkoholkonsums bei einer Gelegenheit (Rauschtrinken) und kann einen Wert zwischen 0 und 12 einnehmen, wobei höhere Werte auf einen höheren Konsum hinweisen. Auf Grundlage einer Validierung des AUDIT-C anhand der neuen DSM-5-Kriterien⁴ wurde für

Frauen ein Trennwert von 4 und für Männer ein Trennwert von 5 für riskanten Alkoholkonsum respektive eine Alkoholgebrauchsstörung verwendet. Der Einfachheit halber wird im Folgenden für ein Überschreiten des AUDIT-C-Trennwertes jeweils die Bezeichnung «Problematischer Alkoholkonsum» und für AUDIT-C-Werte unter dem Trennwert der Begriff «nicht problematischer Alkoholkonsum» verwendet.

Der Alkoholkonsum variiert sehr stark bei Eintritt in die ambulante Beratung, u.a. auch in Abhängigkeit davon, ob es sich um eine Nachsorge, z.B. nach stationärer Behandlung, oder eine Beratung nach einer vorhergehenden Entzugsbehandlung handelt. Um dies zu berücksichtigen, wurden die Verbesserungsdaten jeweils getrennt für KlientInnen mit Problemkonsum bei Eintritt und für KlientInnen ohne Problemkonsum bei Eintritt dargestellt. Bei KlientInnen mit initialem Problemkonsum wurden das Vorliegen nicht problematischen Konsums bei den Befragungen zu Austritt, sowie 6 und 12 Monate nach Beratungsaustritt als Verbesserungen definiert. Bei KlientInnen ohne Problemkonsum bei Eintritt diente das Beibehalten dieses Status als Erfolgskriterium. Ein weiteres hier dargestelltes Ergebniskriterium war die Veränderung im Alkoholkonsum, gemäss AUDIT-C-Summenwert. Ergebnisse zu weiteren Erfolgsindikatoren sind im ausführlichen Schlussbericht der Studie dargestellt.⁵

Auswertungen

Fehlende Werte bei der Befragung bei Austritt und den Nachbefragungen wurden mit Hilfe der Methode der multiplen Imputation ersetzt, welche die gesamte vorliegende Information in den verfügbaren Datensätzen nutzt, um fehlende Werte möglichst selektionskompensiert zu ersetzen.⁶

Zur Überprüfung differenzieller Behandlungserfolge wurden logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Die erste sollte die Frage beantworten, welche Personen eine erhöhte Chance für einen erfolgreichen Beratungsverlauf, d.h. das Vorliegen eines nicht problematischen Alkoholkonsums zum Zeitpunkt 12 Monate nach Austritt haben. Die zweite sollte Aufschluss

über Prädiktoren für reguläre (planmässig mit oder ohne Übertritt in eine andere Institution) vs. irreguläre Beratungsabschlüsse (Hospitalisierung, Inhaftierung, Kontaktverlust, Abbruch durch KlientIn oder Institution, Tod) geben, d.h. die Frage beantworten, welche KlientInnen-Charakteristika einen regulären Beratungsabschluss vorhersagen.

Ergebnisse

Studienteilnahme

Im Studienzeitraum (Beratungseintritt von März 2011 bis Februar 2013) erfolgten insgesamt 2'776 Neu- oder Wiederaufnahmen, bei denen der eigene Alkoholkonsum den Hauptberatungsgrund darstellte. Von diesen wurden aufgrund der Ausschlusskriterien (sprachliche oder kognitive Defizite, gesetzliche Vertretung durch Vormund, akute Krisensituation, ausschliessliche Paarberatung) 385 Personen (13.9%) aus der Studie ausgeschlossen, bei 1'047 Personen (37.7%) wurde eine Beratung mit einer Dauer von weniger als drei Sitzungen durchgeführt. Insgesamt erfüllten somit 1'344 Personen die Einschlusskriterien zur Studienteilnahme. Von diesen waren 1'075 (80.0%) teilnahmebereit. Eine explizite Teilnahmeverweigerung erfolgte durch 269 Personen (20.0%).

858 Personen, deren letzte ambulante Konsultation bis Ende 2013 erfolgte, bilden die Grundgesamtheit der nachfolgenden Auswertungen und werden im Folgenden als «Studienteilnehmende» bezeichnet. Dies sind (79.8%) der 1'075 teilnahmebereiten Personen und 63.8% der 1'344 Personen, welche die Einschlusskriterien zur Studienteilnahme erfüllten.

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

Studienteilnehmende

563 (65.6%) der 858 Studienteilnehmenden waren männlich. Das mittlere Alter lag bei 45.3 Jahren und der überwiegende Anteil war schweizerischer Nationalität (86.1%).

Ein problematischer Alkoholkonsum bei Eintritt gemäss AUDIT-C lag bei 564 KlientInnen vor (65.7%); 260 (30.3%) KlientInnen konsumierten bei Eintritt nicht problematisch. Als Alkoholkonsumziel bei Eintritt nannten 375 Personen (43.7%) eine Trinkmengenreduktion, 350 (40.8%) gaben Abstinenz als Konsumziel an und 72 (8.4%) hatten sich zu diesem Zeitpunkt noch nicht entschieden.

Beratungscharakteristika

Bei 135 KlientInnen (15.7%) stellte die Beratung eine Nachsorge nach einer Entzugsbehandlung dar, bei 708 KlientInnen (82.5%) war dies nicht der Fall. Die mittlere Behandlungsdauer lag bei 225.8 Tagen, die mittlere Anzahl durchgeführter Einzelsitzungen lag bei 9.7, die mittlere Anzahl durchgeführter Gruppensitzungen bei 0.8. Bei 433 KlientInnen (46.9%) erfolgte eine planmässige Beendigung der Beratung mit oder ohne Übertritt in eine andere Institution. Eine nicht planmässige Beendigung aufgrund von Hospitalisierung, Inhaftierung, Kontaktverlust, Beratungsabbruch oder Tod erfolgte in 355 Fällen (41.4%).

Nicht problematischer Alkoholkonsum

Unter den KlientInnen mit problematischem Alkoholkonsum bei Eintritt hatten 45% bei Austritt keinen problematischen Alkoholkonsum mehr. 6 Monate nach Austritt waren es 41% und 12 Monate nach Austritt 43%, d.h. der Anteil an Personen mit nicht problematischem Alkoholkonsum konnte auch nach Austritt im Wesentlichen aufrechterhalten werden. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Personen ohne Problemkonsum bei Eintritt, von denen 87% bei Austritt und jeweils 80% bei den Nachbefragungen 6 und 12 Monate später

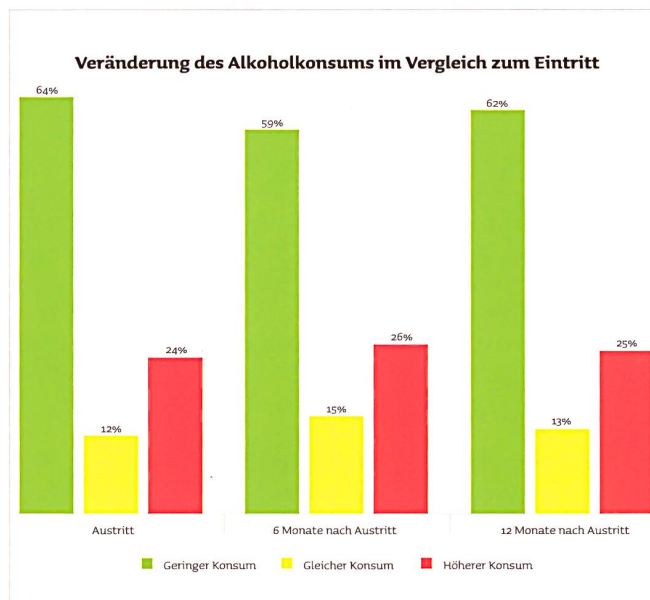


Abb. 1: Veränderung des Alkoholkonsums gemäss AUDIT-C im Vergleich zum Eintritt.

weiterhin einen nicht problematischen Alkoholkonsum aufwiesen.

Alkoholkonsum

Abbildung 1 zeigt den Prozentsatz der KlientInnen, die bei Austritt und den Nacherhebungen im Vergleich zur Erhebung bei Eintritt gemäss AUDIT-C weniger, gleich viel oder mehr Alkohol konsumiert haben. Insgesamt konnten 64% beim Austritt ihren Alkoholkonsum reduzieren, bei der Nachbefragung nach 6 Monaten waren es 59%, nach 12 Monaten 62%.

Prädiktoren für erfolgreichen Verlauf

Ein multivariates Regressionsmodell zur Vorhersage eines nicht problematischen Alkoholkonsums 12 Monate nach Austritt ergab, dass folgende Eintrittsvariablen unabhängig voneinander einen positiven Verlauf vorhersagten: höhere Lebenszufriedenheit, ein nicht problematischer Alkoholkonsum, das Alkoholkonsumziel «Abstinenz» und eine Neuaufnahme in die Beratungsinstitution.

Ein weiteres multivariates Regressionsmodell zur Vorhersage eines planmässigen Beratungsabschlusses ergab, dass folgende Eintrittsvariablen unabhängig voneinander einen planmässigen Beratungsabschluss vorhersagten: höheres Lebensalter, eigenes Erwerbseinkommen und höhere Lebenszufriedenheit.

Weiter zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen einem planmässigen Beratungsabschluss und einem nicht problematischen Alkoholkonsum 12 Monate nach Austritt. So hatten 198 (64.5%) der KlientInnen mit einem planmässigen Beratungsabschluss zum Zeitpunkt 12 Monate nach Austritt einen nicht problematischen Alkoholkonsum, wohingegen dies unter den KlientInnen ohne planmässigen Abschluss lediglich 82 (48.2%) waren.

Diskussion

Wirksamkeit ambulanter Beratung

Die vorliegende Studie liefert erstmals aussagekräftige Resultate zum mittel- und längerfristigen Erfolg ambulanter Alkoholberatung in der Schweiz. Ein Vergleich der Ergebnisse mit bestehenden Untersuchungen ist aufgrund unterschiedlicher Charakteristika der KlientInnen, unterschiedlicher Behandlungsintensität und -ziele und unterschiedlicher Berechnungsarten der Erfolgsrate nur schwer möglich.

Die Ergebnisse in diesem Beitrag zeigen, dass die KlientInnen in ambulanter Alkoholberatung hinsichtlich des Alkoholkonsums bei Eintritt und hinsichtlich des Alkoholkonsumziels sehr heterogen sind; 44% der KlientInnen verfolgen das Ziel «Trinkmengenreduktion», 41% verfolgen das Ziel «Abstinenz». Auch hinsichtlich der durchgeführten Beratungssitzungen ist die untersuchte Population nicht direkt vergleichbar mit derjenigen in ähnlichen Studien. So lag die mittlere Anzahl der Beratungssitzungen in der Studie des deutschen Fachverbandes Sucht bei 64,⁷ in der Studie der Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach bei 43,⁸ in vorliegender Studie jedoch lediglich bei ca. 10 Einzelsitzungen und 1 Gruppensitzung. Berücksichtigt man die geringe Beratungsintensität, sind die erzielten Besserungsraten vergleichsweise hoch.

Wer profitiert am meisten von ambulanter Beratung?

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zur Vorhersage eines nicht problematischen Alkoholkonsums bei den Nachbefragungen nach 6 und 12 Monaten ergaben, dass insbesondere ältere KlientInnen, KlientInnen mit höherer Lebenszufriedenheit, KlientInnen ohne initial problematischen Alkoholkonsum und KlientInnen mit dem Alkoholkonsumziel «Abstinenz» auch längerfristig die erzielten Erfolge beibehalten können. Neben einem eigenen Erwerbseinkommen sind ein höheres Lebensalter und eine höhere Lebenszufriedenheit auch mit einem planmäßigen Beratungsabschluss assoziiert, welcher wiederum ein guter Prädiktor für einen nicht problematischen Alkoholkonsum bei den Nachbefragungen darstellt. Diese Ergebnisse zur differenziellen Wirksamkeit sind weitestgehend in Übereinstimmung mit anderen Studien zu den kurz- und mittelfristigen Erfolgsraten ambulanter Alkoholbehandlung.⁹ In einer deutschen Studie bei 81 PatientInnen mit ambulanter Entwöhnungsbehandlung waren Personen mit regulärem Abschluss der Therapie und Personen ohne vorherige Entgiftung oder Entwöhnung bei den Nacherhebungen häufiger abstinent.¹⁰ In einer anderen deutschen Studie zur Wirksamkeit einer hochstrukturierten ambulanten Behandlung bei 103 Alkoholabhängigen waren ein höherer Grad der Alkoholabhängigkeit, eine höhere Anzahl an Vorbehandlungen, ein stärkeres Alkoholverlangen sowie höhere Depressivität mit einem höheren Rückfallrisiko verbunden.¹¹ Prädiktoren für einen Rückfall nach 3 Jahren waren ein weibliches Geschlecht, ein Behandlungsabbruch und wenig positive Lebensereignisse vor der Behandlung.¹²

Wie bereits erwähnt, sind diese meist intensiveren und strukturierteren Behandlungsansätze, die darauf zielen, Alkoholabstinenz zu erreichen, nicht direkt mit der in dieser Studie berichteten ambulanten Behandlung in der Schweiz vergleichbar. Dennoch scheinen unabhängig vom Behandlungsansatz und -ziel ein weniger stark problematischer Alkoholkonsum, eine höhere Lebenszufriedenheit bei Eintritt sowie ein regulärer Behandlungsabschluss entscheidend zu einem mittelfristig erfolgreichen Behandlungsverlauf beizutragen. Eine kausale Interpretation ist auf Grundlage der vorliegenden Zusammenhänge allerdings nicht möglich und weitere in vorliegender Studie nicht berücksichtigte Charakteristika wie z. B. die Komorbidität mit anderen psychischen und Substanzgebrauchsstörungen könnten sowohl den Behandlungsabschluss als auch den mittelfristigen Verlauf beeinflussen.

Schlussfolgerungen für die Praxis

Für die Beratung der KlientInnen lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass ein planmäßiger Beratungsabschluss angestrebt und Kontaktverluste und -abbrüche vermieden werden sollten. Insbesondere bei jüngeren KlientInnen, bei KlientInnen ohne eigenes Erwerbseinkommen und bei KlientInnen mit geringerer Lebenszufriedenheit sollte Wert auf den Aufbau einer stabilen Beziehung zwischen BeraterIn und KlientIn gelegt werden, wodurch Abbrüche möglicherweise vermieden werden können. Auch Massnahmen zur Reduktion nicht planmäßiger Beratungsabschlüsse, z. B. durch pro-aktive Telefonanrufe oder SMS-Reminder, sowie zur Rückfallprophylaxe nach Beratungsaustritt sind vielversprechend, um die längerfristige Wirksamkeit ambulanter Alkoholberatungen weiter zu erhöhen.¹³●

Literatur

- Bottlender, M./Soyka, M. (2005a): Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. *European Addiction Research* 11: 132-137.
- Bottlender, M./Soyka, M. (2005b): Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. *Drug and Alcohol Dependence* 80: 83-89.
- Bush, K./Kivlahan, D.R./McDonell, M.B./Fihn, S.D./Bradley, K.A. (1998): The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine* 158: 1789-1795.
- Dawson, D.A./Smith, S.M./Saha, T.D./Rubinsky, A.D./Grant, B.F. (2012): Comparative performance of the AUDIT-C in screening for DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 126: 384-388.
- Haug, S. (2014): Wirksamkeit ambulanter Behandlung bei Alkoholproblemen. *SuchtMagazin* 40:19-23.
- Haug, S. (2015): Wirksamkeit ambulanter Beratung bei Alkoholproblemen. ISGF-Bericht Nr. 356. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Haug, S./Lucht, M.J./John, U./Meyer, C./Schaub, M.P. (2015): A Pilot Study on the Feasibility and Acceptability of a Text Message-Based Aftercare Treatment Programme Among Alcohol Outpatients. *Alcohol and Alcoholism* 50: 188-194.
- Missel, P./Schneider, B./Funke, W./Janner-Schraml, A./Klein, T./Medenwaldt, J./Schneider, P./Steffen, D./Weissinger, V. (2010): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 17: 57-63.
- Mundle, G./Brügel, R./Urbaniak, H./Längle, G./Buchkremer, G./Mann, K. (2001): Kurz- und mittelfristige Erfolgsraten ambulanter Entwöhnungsbehandlungen für alkoholabhängige Patienten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 69:374-378.
- Royston, P. (2005): Multiple imputation of missing values: update of ICE. *The Stata Journal* 5: 527-536.
- Rumpf, H.J./Meyer, C./Bischof, G./Freyer-Adam, J./John, U. (2013): Sensitivität und Spezifität des Alcohol Use Disorders Identification Tests (AUDIT) bei DSM-V Alkoholgebrauchsstörungen. *Suchttherapie* 14: 50201.
- Sieber, M./Rüttimann, R./Schmid, R. (2011/2012): Behandlungserfolg nach 6 und 12 Monaten bei Personen mit Alkoholproblemen (ambulante Behandlung). *Abhängigkeiten* 17(18): 30-53.

Endnoten

- 1 Vgl. Haug 2014.
- 2 Beteiligte Institutionen: Aargauische Stiftung Suchthilfe ags, Berner Gesundheit, Beratungszentrum Bezirk Baden, Blaues Kreuz – Kantonalverband Bern und Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme.
- 3 Vgl. Dawson et al. 2012; Bush et al. 1998.
- 4 Vgl. Rumpf et al. 2013.
- 5 Vgl. Haug 2015.
- 6 Vgl. Royston 2005.
- 7 Vgl. Missel et al. 2010.
- 8 Vgl. Sieber et al. 2011.
- 9 Vgl. Bottlender/Soyka 2005a; Bottlender/Soyka 2005b; Mundle et al. 2001.
- 10 Vgl. Mundle et al. 2001.
- 11 Vgl. Bottlender/Soyka 2005a.
- 12 Vgl. Bottlender/Soyka 2005b.
- 13 Vgl. Haug et al. 2015.