

# ENTWICKLUNG UND ERGEBNISSE EINES FRAGEBOGENS ZUR PATIENTENZUFRIEDENHEIT IN DER AMBULANTEN ALKHOLENTWÖHNUNGSTHERAPIE

## DEVELOPMENT AND RESULTS OF A QUESTIONNAIRE ON THE CONTENTMENT OF ALCOHOLIC OUTPATIENTS

Peter Ruster

### Zusammenfassung

Die Entwicklung eines Zufriedenheits-Fragebogens ist als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung anzusehen, und seine Konzeption basiert auf vergleichbaren Patientenbefragungen in Kliniken. Die Ergebnisse sind als Rückmeldungprozesse über einzelne Elemente der Therapie von Interesse und sollen in die weitere Therapiegestaltung einfließen. Generell ergab sich eine hohe Zufriedenheit mit der Therapie. Insbesondere die ambulante Form wurde von den Patienten sehr positiv bewertet. Möglicherweise ist die Übereinstimmung mit der Therapieform auch ein Indikator für die guten Therapieerfolge (s. Soyka, 2003). Bei der Bewertung der Angebote für Angehörige ergaben sich Differenzierungen. In Zukunft sollte eine bessere Aufklärung über die Notwendigkeit, auch die Systeme Partnerschaft und Familie zu behandeln, erfolgen. Eine Schwelle für die Aufnahme und Durchführung der Therapie stellt der Anfahrtsweg zur KPB-Fachambulanz und der Zeitaufwand aufgrund der hohen Intensität des Therapiesettings dar. Dieser Selektionseffekt führt dazu, dass Patienten mit größerer Behandlungsbereitschaft und mehr Therapiemotivation eher in der Therapie bleiben.

### Schlüsselwörter

Alkoholabhängigkeit - ambulante Entwöhnungstherapie - Fragebogenkonstruktion - Patientenzufriedenheit

### Summary

The development of a questionnaire on outpatient contentment serves the improvement in quality. The author selected information from comparable clinical inquiries to construct the questionnaire. The results provided feed-back on different aspects of outpatient treatment and enabled to improve the present structures of therapy. There was a high contentment with the therapy in general. In detail the patients rated the outpatient treatment very positive. Agreement with this treatment-form is an indicator for a good therapy effect. Contentment with the therapy offers for relatives was difficult in a way. In future there should be more education about family systems and addiction. Some patients had problems concerning the distance of the facility and the time get to therapy. But this selection revealed, that patients with a higher motivation remained more often in therapy.

### Keywords

alcohol addiction - outpatient therapy - questionnaire construction - patients contentment

## 1 Der Entstehungszusammenhang

Ausgangspunkte für die Entwicklung eines Zufriedenheits-Fragebogens waren einerseits die aktuelle Diskussion über Qualitätssicherung bei ambulanten Sucht-Behandlungsstellen und andererseits die Erfahrungssituation in der Therapieeinrichtung, dass die Abbrecherquote in der dreimonatigen Motivationszeit bei ca. 40 % liegt. Insofern wurde es sinnvoll, Informationen über die Zufriedenheit der Patienten mit den verschiedenen Elementen der Therapie und den äußeren Bedingungen der Therapie zu sammeln. Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte durch eine Arbeitsgruppe, bestehend aus dem damaligen Leitungsteam der KPB-Fachambulanz (T Dietzfelbinger, B Löhnert, P Ruster) und Mitarbeitern der Suchtabteilung der Universitätsklinik München (M Soyka, M Horak).

Es wurde Literatur zu diesem Thema recherchiert (Gruyters und Priebe, 1994; Leimkühler und Müller, 1996; Rentrop et al., 1999) und von den Teilnehmern der Diskussionsrunde Erfahrungen mit bereits existierenden Fragebögen aus Kliniken und Praxen (z. B. Fachklinik Bad Tönisstein; BKH Landshut; Praxis Dr. Kolitzus) beigesteuert. Der Aufbau und die einzelnen Items des Fragebogens sind am Konzept und den Besonderheiten der Behandlungsstelle orientiert. Deshalb möchte ich kurz das Therapiekonzept und den Therapieablauf in der KPB-Fachambulanz vorstellen (s. Soyka und Ruster, 2000; Soyka et al., 2003):

## 2 Das Therapiekonzept

Voraussetzungen für eine ambulante Entwöhnungstherapie in der KPB-Fachambulanz sind eine diagnostizierte Alkohol-

und/oder Medikamentenabhängigkeit oder Polytoxikomanie. Es werden ausschließlich erwachsene Männer und Frauen in die Therapie aufgenommen. Patienten mit akutem Konsum von „harten“ Drogen (z.B. Heroin) werden an andere Einrichtungen überwiesen. Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Aufnahme in die ambulante Entwöhnungstherapie sind an der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ (2001) der Kosten- und Leistungsträger orientiert.

Der Therapieablauf gliedert sich in zwei oder drei Phasen: Ambulante Entgiftung (bei Indikation) – Motivationsbehandlung – Rehabilitations(REHA)-Maßnahme. Bei entsprechender Indikation kann vor Beginn der Motivationsphase in der KPB-Fachambulanz ein ambulanter qualifizierter Entzug vom Alkohol erfolgen (Soyka et al., 1999; Horak et al., 2003). Im Anschluss an einen ambulanten oder stationären Entzug oder ggf. ohne vorherigen Entzug vom Suchtmittel kommt ein Patient in die Motivationsphase. Die gesamte Therapie soll suchtmittelabstinent durchgeführt werden. Zur Kontrolle wird bei jedem Therapietermin ein Alkometer-Test (AAK) gemacht, und regelmäßig werden die Leberwerte und in Zweifelsfällen der CDT-Wert kontrolliert. Bei Verstößen gegen das Abstinenzgebot erhält der Patient besondere Auflagen (14 Tage tägl. AAK und Führen eines Tagebuchs zum Craving), nach schweren Rückfällen wird ein erneuter, meist stationärer Entzug erforderlich.

Der Kostenträger während der Motivationsphase ist im Regelfall die gesetzliche Krankenkasse und für die anschließende Rehabilitationsphase (REHA) der Rentenversicherungsträger (BfA oder LVA).

Die Motivationsphase dauert im Allgemeinen drei Monate. Ein Patient hat währenddessen wöchentlich zwei verschiedene Gruppen: eine Motivierungsgruppe, in der die Besprechung der Krankheitseinsicht und Abstinenzmotivation und aktuelle Konflikterlebnisse im Vordergrund stehen. Vor der Motivationsgruppe wird eine Entspannungsübung gemacht, im Regelfall das Jacobsen-Training (PMR) (Bernstein und Berkovec, 1978). Als weitere wöchentliche Gruppe wird eine Stabilisierungs-(STABI)-Gruppe durchgeführt, in der mit Bewegungs- und Vorstellungsbungen die Körperwahrnehmung der Patienten verbessert werden soll und eine Affektmobilisierung stattfindet. Für die Nicht-Erwerbstätigen gibt es eine zusätzliche Gruppe. Diese Initiativ(INI)-Gruppe hat als Therapieziel, die soziale Beweglichkeit der Patienten zu verbessern und bei Bedarf Bewerbungstrainings durchzuführen, um die Chancen am Arbeitsmarkt zu verbessern.

Außer den Gruppen hat ein Patient in der Motivationsphase wöchentlich drei halbstündige Einzelgespräche und ärztliche Check-ups. Die Einzelgespräche werden nach dem Prinzip einer Therapeutenrotation (Krampe et al., 2001; Caceres, 2002) arrangiert. Weiterhin können sowohl in den Einzelgesprächen als auch in speziellen Gruppen Angehörigen-gespräche geführt werden.

Nach der Bewilligung der ambulanten REHA-Maßnahme durch den zuständigen Kostenträger durchläuft ein Patient die Rehabilitations(REHA)-Phase. Damit ändert sich das Therapiesetting. Ein Patient hat nun wöchentlich zwei Gruppen und ein Einzelgespräch bei einem konstanten Bezugstherapeuten. Eine der Gruppen ist eine Bezugsgruppe, d. h.

eine Gesprächsgruppe, die als wesentliche Therapieziele Kruppenkohäsion, Kooperation und Selbstoffenbarung bewirken soll. Es können darin auch Rollenspiele und Vorstellungsbungen oder Familienaufstellungen integriert werden. Die andere wöchentliche Gruppe ist thematisch: In einem ersten Zyklus von 12 Therapiesitzungen wird über Suchterkrankungen informiert (INFO-Gruppe), z. B. über körperliche Folgen der Sucht, Suchtentwicklungen, Co-Abhängigkeit und Selbsthilfegruppen. Die nachfolgende Zyklus (ebenfalls über 12 Abende) ist logotherapeutisch (Frankl, 1979; Kern, 1992) orientiert. In dieser Gruppe (SINN-Gruppe) werden Fragen des Lebenssinns und Fragen nach Lebenszielen thematisiert und anhand von kurzen Texten oder anderen Materialien in der Gruppe interaktiv bearbeitet. Beispielsweise wird über folgende Themen gearbeitet: Trauer und Tod, Freundschaft, Gewissen, Schuld und Scham, Werte und Träume und Schicksal und Freiheit.

Das wöchentliche Einzelgespräch dauert 50 Minuten und wird von einem konstanten Bezugstherapeuten durchgeführt.

Die spezifischen Merkmale dieses Modells einer ambulanten Alkoholentwöhnungstherapie wurden an anderer Stelle herausgearbeitet (s. Rüter et al., 2003).

Tabelle 1: Therapiekonzept

Bei Indikation: qualifizierte ambulante Entgiftung Dauer: 8 Tage, täglich ärztliche Kontakte/ 3 bis 4 therapeutische Kontakte
Motivationsphase: Dauer ca. 3 Monate. Pro Woche: 1x Motivationsgruppe, 1x Stabilisierungs- Gruppe, Entspannungsübungen 3-4 therapeutische oder ärztliche Gespräche Indikativ: Initiativgruppe, Angehörigenseminar
REHA-Phase: Dauer ca. 8 Monate. Pro Woche: 1x Themengruppe (Info-Gruppe, Sinn-Gruppe) 1x Bezugsgruppe, 1x Einzeltherapie Indikativ: Angehörigengruppe, Angehörigengespräche
Zusatzangebote nach Abschluss der Therapie: Selbsthilfegruppen im Haus, Kriseninterventionen

### 3 Aufbau des Fragebogens

Im ersten Abschnitt enthält der Fragebogen einen kurzen erläuternden und zur Mitarbeit motivierenden Text, insbesondere mit dem Hinweis, dass mit Hilfe des Fragebogens die Arbeit und Atmosphäre in der Behandlungsstelle verbessert werden kann und der Fragebogen anonym abgegeben wird. Übergeordnet sind die Angaben zum Geschlecht des Patienten und zur Art der Therapiebeendigung zu beantworten.

Im weiteren Befragungsverfahren wird die Zufriedenheit der Patienten erfragt, orientiert an den Therapieabläufen und Inhalten. Beispielsweise die Zufriedenheit mit den verschiedenen Gruppen, Einzeltherapeuten, der therapeutischen und ärztlichen Versorgung und dem Service der Rezeption. Zusätzlich wurden einzelne, spezifische Aspekte zum äußeren Setting erfragt, beispielsweise zum Anfahrtsweg, den Räum-

lichkeiten und Kontaktmöglichkeiten. Weitere drei Fragen erfassen global den subjektiv erlebten Behandlungserfolg. Insgesamt beinhaltet der Fragebogen 46 Variablen, wobei 42 Variablen nach der Zufriedenheit mit einzelnen Therapieelementen fragen.

Als Response-Set für alle Fragen zur Patientenzufriedenheit wurde eine 5-stufige Rating-Skala gewählt und gelabelt von „sehr zufrieden „(= 5) bis „nicht zufrieden“ (= 1).

#### Beispiel für ein Response-Set:

Haben Sie die Ihrer Ansicht nach passende Behandlungsform bekommen?

Zufriedenheit:				
sehr	weitgehend	mittel	wenig	nicht
5	4	3	2	1

Die 5-stufige Skala wurde gewählt, um einerseits dem Benutzer eine Variationsbreite und damit eine Abstufung bei seiner Beurteilung zu ermöglichen. Andererseits beinhaltet die ungeradzahlige Rating-Skala eine neutrale Mittelkategorie und erleichtert so bei unsicheren Urteilen ein Ausweichen auf diese Neutralkategorie (Bortz, 1984).

### 4 Stichprobenbeschreibung

Es wurden im Zeitraum von März 2001 bis Mai 2003 alle Patienten erfasst, die nach einem Erstgespräch und weiteren Terminen in die Motivations-Phase der Therapie integriert wurden. Das waren 401 Patienten. Der Zufriedenheits-Fragebogen wurde später den Patienten beim Abschluss oder Abbruch der Therapie (egal, zu welchem Zeitpunkt dies war) ausgehändigt. Falls ein Abschlussgespräch nicht mehr zustande kam, wurde der Zufriedenheits-Fragebogen zugeschickt.

#### 4.1 Die Stichprobe mit ausgefüllten Fragebögen

Insgesamt liegen die Daten von 203 Fragebögen vor. Damit beträgt die Ausschöpfungsquote 50,6 %. Diese Daten gehen in die nachfolgenden Hochrechnungen ein. Es waren 119 (58,6 %) Männer und 84 (41,4) % Frauen. In der Motivationsphase waren 43 (21,2 %) der erfassten Patienten und in der REHA-Phase 160 (78,8 %). Von den gesamten Patienten hatten 143 (70,4 %) die Therapie regulär abgeschlossen und 60 (29,6 %) die Therapie abgebrochen. Von den Abbrechern waren 38 (18,8 %) von der Behandlungsstelle entlassen worden, und 22 (10,8 %) hatten von sich aus beendet.

#### 4.2 Die Fragebogen-Verweigerer

Insgesamt haben im Erhebungszeitraum 198 Patienten den Zufriedenheits-Fragebogen nicht ausgefüllt, obwohl ihnen einer zugestellt oder ausgehändigt wurde, oder diese Patienten waren nicht erreichbar.

Die genauere Analyse einer Teilstichprobe (n = 110) der Verweigerer ergab, dass 70,9 % (n = 78) Patienten in der Motivationsphase waren und nur 29,1 % Patienten in der Rehabilitationsphase. Von diesen hatte wiederum mehr als die Hälfte (53,1 %) die Therapie vorzeitig abgebrochen. Zusammengefasst bedeutet dies, dass die Fragebogenverweigerer im Wesentlichen Patienten waren, die in der Motivationszeit die

Therapie abgebrochen haben oder im Verlauf der REHA-Phase. Nur 13,6 % der Verweigerer haben die gesamte Therapie auch abgeschlossen. Bei den Fragebogenbeantwortern zeigt sich dagegen ein völlig anderes Bild, z. B. 70,4 % Abschießer (vgl. 4.1).

Die erhebliche Anzahl der Fragebogenverweigerer ist sicherlich auch dadurch begründet, dass gerade in den ersten Wochen der Motivationsphase eine hohe Abbrecherquote besteht (ca. 40 %). Viele dieser Patienten sind in ihrer Absicht, eine Langzeit-Entwöhnungstherapie zu machen, noch sehr unsicher und „wollten nur mal ausprobieren“, wie es für sie ist, eine Therapie zu machen, und bleiben dann einfach weg (s. Ruster und Horak, 2002). Diese Patientensubgruppe hat noch wenig Bezug zu der Therapie und den Therapeuten bekommen und kann sicherlich auch mit einigen Fragen des vorliegenden Zufriedenheits-Fragebogens nichts anfangen. Möglicherweise wäre für diese Teilstichprobe ein verkürzter Rückmeldefragebogen sinnvoller gewesen. Eine andere Subgruppe der Fragebogenverweigerer sind die rückfälligen Abbrecher. Diese Patienten sind auch aufgrund ihres nicht abstinenter Zustandes häufig nicht in der Lage, adäquat auf einen Fragebogen zu reagieren, und deren Aussagen wären wohl auch wenig valide.

### 5 Auswertungen

#### 5.1 Häufigkeitsverteilungen bei einzelnen Antworten

Bei der Vielzahl der Fragen können die Auswertungen nur fokussiert auf bestimmte, interessante Antwortverteilungen dargestellt werden. Dabei stehen die Ergebnisse zum subjektiv erlebten Therapieerfolg und zu den speziellen Fragen der Behandlungsform und des Anfahrtsweges im Vordergrund, da die Behandlungsstelle in Dachau liegt und ca. 45 % der Patienten aus München kommen.

Tabelle 2: Generelle Zufriedenheit mit der Therapie

Rating	Häufigkeit	Prozent
1 (nicht)	3	1,6
2	1	0,5
3 (mittel)	10	5,2
4	63	32,6
5 (sehr)	116	60,1

Zusammengefasst gesehen sind immerhin 92,7 % der Patienten mit der Therapie insgesamt zufrieden. In Anbetracht dessen, dass 29,5 % (n = 60) der erfassten Patienten die Therapie nicht regulär abgeschlossen haben, war offensichtlich ein erheblicher Teil der Abbrecher mit der Therapie zufrieden. Vermutlich handelt es sich dabei z. T. um sich selbst überschätzende Patienten, die bereits nach kurzer Therapiedauer und Abstinenz meinen, es nun „allein schaffen zu können“, da sie bereits genug in der Therapie gelernt hätten, oder um Patienten, die von der KPB-Fachambulanz an andere Behandlungseinrichtungen (z. B. Kliniken) überwiesen wurden und dort erfolgreich weiterbehandelt werden konnten. Von besonderem Interesse war der erlebte Behandlungserfolg, da damit auch eine Aussage über die Zufriedenheit mit den Inhalten der Therapie und den erzielten Veränderungen gemacht wurde.

Tabelle 3: Subjektiver Behandlungserfolg

Rating	Häufigkeit	Prozent
1 (nicht)	1	0,5
2	3	1,5
3(mittel)	8	4,1
4	45	23,0
5 (sehr)	139	70,9

Als ein besonderes Phänomen zeigte sich, dass 184 Patienten den Behandlungserfolg als zufrieden stellend einstufen, obwohl von diesen 41 die Therapie abbrachen. Eine Erklärung dafür wäre neben der häufig anzutreffenden Selbstüberschätzung der Patienten (s. o.), für die bereits eine mehrwöchige Abstinenz ein „Behandlungserfolg“ wäre, eine positive Selbsterfahrung dieser Patienten, die bei sich und/oder in ihrem Lebenskontext brauchbare Veränderungen wahrnehmen, auch wenn sie eine Weiterführung der Therapie nicht schaffen oder gar rückfällig werden.

Angesichts der Diskussion um die Indikationskriterien für die eine oder andere der Behandlungsformen, ambulant oder stationär, (Soyka et al., 2003) wurde die Frage nach der Zufriedenheit mit der Behandlungsform wichtig.

Tabelle 4: Zufriedenheit mit der Behandlungsform

Rating	Häufigkeit	Prozent
1 (nicht)	1	0,5
2	4	2,0
3 (mittel)	13	6,4
4	69	34,0
5 (sehr)	112	55,2

Die Ergebnistabelle zeigt, dass 89,2 % der Patienten mit der Behandlungsform zufrieden waren. Dies spricht für die „Mündigkeit der Patienten“, die bei der Wahl der Behandlungsform mitentscheiden möchten und dann in der Therapie dafür mehr Compliance und mehr Eigenmotivation zeigen, als es bei der Zuweisung zu einer Behandlungsform (ambulant oder stationär) vorstellbar wäre.

Von Seiten der Münchner Beratungsstellen wird problematisiert, dass die Behandlungsstelle in Dachau für ihre Patienten schlecht erreichbar wäre. Trotz dieser höheren Schwelle zur Therapieaufnahme betrug der Anteil Münchner Patienten im Jahr 2002 45 %. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Zufriedenheit mit dem Anfahrtsweg.

Tabelle 5: Zufriedenheit mit dem Anfahrtsweg

Rating	Häufigkeit	Prozent
1 (nicht)	12	5,9
2	35	17,2
3(mittel)	48	23,6
4	43	21,2
5 (sehr)	58	28,6

Von den befragten Patienten war fast die Hälfte (49,8 %) mit der Anfahrt zufrieden. Mit Blick auf die relativ hohe Abbrecherquote von 40 bis 50 % während der Motivationszeit

ist aus inhaltlichen Überlegungen heraus der Anfahrtsweg als ein Prädiktor für Therapieabbrüche zu vermuten. Dies konnte jedoch mit einer durchgeführten Diskriminanzanalyse nicht bestätigt werden. Die Analyse der Mittelwerte ergab jedoch eine deutlich geringere Zufriedenheit mit dem Anfahrtsweg bei den Abbrechern ( $M = 2,86$ ) im Vergleich mit den Abschließern ( $M = 3,71$ ).

Von therapeutischem Interesse ist weiterhin die Nutzung der angebotenen Angehörigengespräche, sowohl mit dem Bezugstherapeuten, als auch in den Angehörigengruppen.

Tabelle 6: Zufriedenheit mit den Paargesprächen beim Einzeltherapeuten

Rating	Häufigkeit	Prozent
1 (nicht)	1	1,1
2	0	0,0
3 (mittel)	5	5,7
4	38	43,7
5 (sehr)	43	49,4

Die Tabelle zeigt eine Zufriedenheit mit Paargesprächen bei 93,1 % der Patienten, die solche Gespräche geführt haben. Von den 203 befragten Patienten haben allerdings 116 (57,1%) keine Paar- oder Angehörigengespräche geführt. Möglicherweise haben nur Patienten mit akuten Partnerproblem ein Interesse daran entwickelt, oder es kamen besonders häufig Patienten, deren Angehörige zur Entwöhnungstherapie gedrängt hatten, mit in die Angehörigengespräche.

Die Zufriedenheit mit der Angehörigengruppe (Patienten mit Angehörigen) war um einiges geringer. Zusammengefasst waren von den Teilnehmenden 71,4 % zufrieden (Rating 4 oder 5). An den Angehörigengruppen nicht teilgenommen haben 72,4 % der befragten Patienten. Möglicherweise fiel es den Patienten schwerer, sich in einer Gruppe mit ihrer Partnerproblematik zu offenbaren als beim Einzeltherapeuten, oder die vorher bekannt gegebenen, meist auf Konflikte fokussierten Themenstellungen in der Gruppe lösten Vermeidungen und Widerstände aus.

Da der Information der Patienten über die Therapieabläufe und ihr Krankheitsbild zunehmend wichtig geworden ist, soll die Zufriedenheit mit diesen Therapieelementen genauer betrachtet werden.

Tabelle 7: Zufriedenheit mit der Informationsgruppe

Rating	Häufigkeit	Prozent
1 (nicht)	1	0,6
2	5	3,1
3 (mittel)	12	7,5
4	70	44,0
5 (sehr)	71	44,7

Die restlichen 44 Patienten aus der Befragung sind noch nicht für die REHA-Phase vom Kostenträger bewilligt gewesen und haben in unserem Setting deshalb noch nicht an der Informationsgruppe teilgenommen.

Wie die Tabelle zeigt, sind immerhin 88,7 Prozent mit der Informations(INFO)-Gruppe (s. 2) zufrieden. Dies deckt sich auch

mit den geäußerten Wünschen von Patienten, die z. T. einige Themen (z. B. über körperliche Folgeschäden der Sucht) wiederholt hören möchten. In einer weitergehenden statistischen Auswertung wurden die Unterschiede in der Zufriedenheit für die Therapieabschließer im Vergleich mit den Abbrechern genauer analysiert. Dazu wurden zunächst die Mittelwerte der einzelnen Zufriedenheits-Variablen für die beiden o. g. Gruppen berechnet und die Variablen mit den größten Mittelwertdifferenzen zwischen beiden Gruppen (Abschließer versus Abbrecher) in einer Diskriminanzanalyse auf ihren Vorhersagewert für ihre Zuordnung zu einer der beiden Gruppen untersucht. Die Analyse ergab folgende Struktur-Matrix:

Tabelle 8: Diskriminanzvariablen für das Kriterium „Abschluss der Therapie“

Variable	Funktion
subjektiver Behandlungserfolg	.863
zufrieden mit der Therapie	.709
zufrieden mit der Behandlungsform	.680
zufrieden mit dem Anfahrtsweg	.440

Es ist zunächst plausibel, dass der subjektiv erlebte Behandlungserfolg und die Zufriedenheit mit der Therapie gute Prädiktoren für einen Therapieabschluss sind. Weiterhin ergab der Vergleich der Gruppenmittelwerte und die Diskriminanzfunktionen, dass auch die Zufriedenheit mit der Behandlungsform und die Dauer des Anfahrtsweges Prädiktoren für den Therapieabschluss darstellen.

Die in der Tabelle 8 aufgelisteten Prädiktoren ergaben mit einer zusätzlich durchgeführten ANOVA signifikante Unterschiede auf dem 1%-Niveau zwischen den Abbrechern versus Abschließern. Darüber hinaus ergaben sich signifikante Unterschiede für die Variablen: Zufriedenheit mit dem Zeitaufwand (1 %), Schnelligkeit des Behandlungserfolges (1 %), Angehörigengespräche (5 %) und Wartezeit (5 %). Besonders interessant ist, dass bei den Patienten mit Zufriedenheit mit Paar- oder Angehörigengesprächen signifikant mehr Abschließer zu finden sind. Eine Erklärung dafür wäre ein größeres Interesse dieser Patienten an der Therapie und die günstigere Unterstützung durch Partner/Angehörige bei ihrer Entwöhnungstherapie.

## Diskussion der Ergebnisse

Insgesamt gesehen wurde der Zufriedenheits-Fragebogen von den Suchtpatienten akzeptiert. Möglicherweise hätten die Konzeption von verkürzten Subformen für spezielle Patientengruppen und mehr Aufwand bei fehlender Rückgabe der Patienten die Ausschöpfungsquote erhöht. Die auswertbaren Daten sprechen für eine hohe Zufriedenheit mit der Therapie. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit den neuesten Katamneseergebnissen (Soyka et al., 2003), die 24 Monate nach Ende der Therapie eine Abstinenzquote von 51 % berechneten.

Von Interesse ist weiterhin, dass einzelne Elemente der Therapie unterschiedliche Zufriedenheit erzeugten. Die An-

gehörigenberatung wurde insgesamt wertschätzend von den Patienten angenommen, jedoch wird die Gruppenbehandlung von Patienten zusammen mit ihren Angehörigen weniger zufrieden stellend erlebt. In diesem Fall sollte das Fragebogenergebnis als Anregung zu Veränderungen in der Gruppengestaltung dienen. Möglicherweise müsste die Aufklärung der Patienten über Veränderungen im System ihrer Partnerschaften oder Familien, die im Verlauf der Entwöhnungstherapie stattfinden können, verbessert werden, oder die Gruppen müssten thematisch näher an den Bedürfnissen der Patienten orientiert sein.

Eine hohe Zufriedenheit ergab sich für die ambulante Behandlungsform. Angesichts der kontroversen Diskussion über die Indikationen zu ambulanter oder stationärer Behandlung ist dieses Ergebnis von besonderem Interesse. Die ambulante Therapie wird von vielen Patienten offensichtlich als Vorteil erlebt. Da eine Übereinstimmung der Patienten mit einer Behandlung auch die Motivation zur Behandlung verbessert, sollte dies bei der Zuweisungspraxis der Kostenträger auch verstärkt berücksichtigt werden.

Für einige der weiter entfernt wohnenden Patienten ist der längere Anfahrtsweg eine Schwelle zur Durchführung der angebotenen Therapie. Dadurch könnte ein Teil der erhöhten Abbrecherquote in der Anfangsphase der Therapie erklärt werden. Andererseits entsteht dadurch auch eine sinnvolle Selektion, wobei Patienten mit mehr Motivation, etwas gegen ihre Sucht zu unternehmen, sich auch mit einer längeren Anfahrt abfinden.

Weiterhin ergab die Berechnung von Prädiktoren, dass die Zufriedenheit mit dem Therapieangebot insgesamt, die Zufriedenheit mit der Behandlungsform und Toleranz für den nötigen Zeitaufwand und den Anfahrtsweg für einen regulären Abschluss der Therapie günstig sind. Aufgrund dieses Ergebnisses lassen sich erste Hypothesen aufstellen, welche Indikatoren für einen erfolgreichen Therapieabschluss in der ambulanten Behandlung relevant sein können. Auf diese Fragestellung wird auch im gleichen Heft im Beitrag von Bottlender/Soyka eingegangen.

Schließlich ist der vorliegende Zufriedenheits-Fragebogen auch ein Instrument zur Evaluierung der Qualität der in der KPB-Fachambulanz geleisteten Arbeit und damit als ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung anzusehen.

## Literatur

- Bernstein D, Berkovec T (1978): Entspannungstraining. Handbuch der progressiven Muskelentspannung. Reihe Leben lernen. Band 16. 2. Aufl., München: Verlag J. Pfeiffer
- Bortz J (1984): Lehrbuch der empirischen Forschung. Berlin: Springer, S. 123
- Caceres D (2002): Therapeutenrotation in der Psychotherapie. SuchtReport(Extra) 3:29-36
- Frankl VE (1979): Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. München: Piper
- Gruyters T, Priebe S (1994): Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten. Psychiatrische Praxis 21:88-95
- Horak M, Morhat-Klute V, Soyka M (2003): Die „Qualifizierte Ambulante Alkohol-Entgiftung“ (QAE) – Ergebnisse einer fünfjährigen Studie. Soyka M, Backmund M (Hrsg.): Suchtmedizin in Forschung und Praxis. Bd. 5 Nr. 2. Landsberg: ecomed

- Kern P (1992): Eine „Sinn-Gruppe“ als Zusatzangebot bei der stationären Behandlung von Suchtkranken. Sucht 38:173-179
- Krampe H, Kufner H, Wagner T, Ehrenreich H (2001): Die Therapeutenrotation. Ein neues Element in der ambulanten Behandlung alkoholkranker Menschen. Psychotherapeut 46:232-242
- Leimkühler AM, Müller U (1996): Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache. Nervenarzt 67:765-73
- Rentrop M, Böhm A, Kissling W (1999): Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. Fortschr Neurol Psychiatr 67:456-65
- Rüster P, Horak M (2002): Der Prozess der weitergehenden Motivierung und Beziehungsgestaltung in ambulanter Entgiftung. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht. Bd. 25. Geesthacht: Neuland
- Rüster P, Löhnert B, Soyka M, Hasemann S, Bottlender M: Die spezifischen Merkmale einer ambulanten Langzeitentwöhnungstherapie. Soyka M, Backmund M (Hrsg.): Suchtmedizin in Forschung und Praxis. Bd. 5 Nr. 2. Landsberg: ecomed
- Soyka M, Horak M, Löhnert B, Rüster P, Möller HJ (1999): Ambulante Entgiftung Alkoholabhängiger. Nervenheilkunde 18:147-52
- Soyka M, Rüster P (2000): Modell einer ambulanten Betreuungs- und Nachsorgeeinrichtung für Alkoholranke In: Möller HJ (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart: Thieme, S. 632
- Soyka M, Löhnert B, Bottlender M, Rüster P, Hohendorf G (2004): Ambulante Entziehung und Entwöhnung Alkoholkranker – Neue Konzepte und Ergebnisse der Therapieforschung. Bayerisches Ärzteblatt; 59. Jahrgang, Februar 2004, München
- Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und dem VDR vom 04.05.2001. Anlage 3; erhältlich z. B. bei der BfA-Berlin, 10704 Berlin

**Dr. Peter Rüster**

Klientenzentrierte Problemlberatung  
Fachambulanz für Suchterkrankungen  
Landshuter Allee 45  
80637 München  
Tel. 089-189 51 69-0  
Fax: 089-189 51 69-9  
Email: ruester@fachambulanz-cip.de