

► Gerard M. Schippers¹, Udo W. Nabitz² & Wim Buisman³*Revamping Dutch addiction-treatment services*

Die Innovation der niederländischen Suchthilfe

Keywords*Addiction-treatment services, revamping programme, treatment approaches, outcome measurement, evaluation research***Schlüsselwörter**

Suchthilfesystem, Innovationsprogramm, Behandlungsansätze, Ergebnismessungen, Evaluationsforschung

Abstract

Background: During the last decade, the Dutch addiction-treatment services have undergone major changes and a reorganisation. The main goals were (a) to develop evidence-based prevention and treatment interventions and a system for feeding back results, and (b) to improve the education and training program. **Procedure and evaluation:** The national innovation programme called *Resultaten Scoren* was initiated by leading addiction services. A master protocol for developing guidelines and manuals was established, and 23 guidelines and manuals were developed and evaluated. In a majority of the services, a majority of the guidelines and manuals were implemented. The feedback system that was developed showed that almost half of the clients improved after the treatment protocols had been applied. **Analysis of the allocation process** showed that a majority of the clients received the treatment that the intake manual indicated. **Conclusion:** The revamping of the Dutch addiction-treatment services has progressed smoothly, but it is not yet finalized. The lessons learned in the Netherlands could be useful for the revamping of similar large addiction-treatment programmes.

Zusammenfassung

Ausgangslage: Das niederländische Suchthilfesystem wurde während der letzten zehn Jahre umfassend umgestaltet. Die drei Hauptziele waren die Entwicklung evidenzbasierter Präventions- und Behandlungsinterventionen, der Aufbau eines Feedbacksystems für die Ergebnismessung sowie die Erneuerung der Aus- und Weiterbildung. **Vorgehensweise und Evaluation:** Das nationale Innovationsprojekt *Resultaten Scoren* wurde von führenden Einrichtungen der Suchthilfe initiiert. Ein Masterprotokoll zur Leitlinien- und Manualentwicklung wurde erstellt. 23 Leitlinien- und Manuale wurden entwickelt und evaluiert. In mehr als der Hälfte aller Einrichtungen sind mehr als die Hälfte der Manuale und Protokolle implementiert. Das Feedbacksystem zeigt, dass beinahe die Hälfte der Klienten, die nach dem Manual *Lifestyle Training* behandelt wurden, ihren Konsum reduzierten. Die Evaluation des *Stepped Care* Ansatzes zeigt, dass 60 % der Klienten entsprechend der Indikationskriterien die indizierte Behandlung erhielten. Eine Reihe von fördernden und hemmenden Faktoren für die Innovation der Suchthilfe wurden identifiziert. **Schlussfolgerungen:** Die Innovation der niederländischen Suchthilfe ist bisher erfolgreich verlaufen, aber noch lange nicht abgeschlossen. Die Erfahrungen in den Niederlanden können bei der Durchführung ähnlicher umfangreicher Innovationsprogramme der Suchthilfe nützlich sein kann.

Einleitung

Die holländische Gesellschaft gilt als »tolerant« und »barmherzig« gegenüber Menschen in Not. Dementsprechend beruht die holländische Hilfe für Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen auf einem realistischen und pragmatischen Ansatz, bei dem die Verbesserung der Gesundheit von Personen mit substanzbezogenen Störungen im Vordergrund steht. Im Gegensatz zu repressiven Maßnahmen im Rahmen der Suchtbehandlung ist man eher für eine breite, differenzierte und problemgerichtete Suchthilfe von medizinischen, psychosozialen und stützenden Hilfeleistungen für Menschen mit Abhängigkeitsproblemen. In den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts befand sich die Suchthilfe jedoch in einer Krise. In den Medien und auch im Parlament wurde schwerwiegende Kritik an dem Hilfeangebot geübt. Die Suchthilfe reagierte darauf mit einem nationalen Innovationsprogramm, das in der Periode von 1998 bis 2010 umgesetzt wurde.

In diesem Artikel werden der Ansatz, die Umsetzung und die Erfahrungen mit dem Innovationsprogramm beschrieben. Der Schwerpunkt liegt auf

1 Amsterdam Institute for Addiction Research Academic Medical Center of the University of Amsterdam

2 Arkin Academy Amsterdam

3 GGZ Nederland Amersfoort

der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien und Manuale. Der Artikel stellt auch die Ergebnisse der Umsetzung der Leitlinien und Manuale, das neu eingeführte Feedbacksystem und die Indikationsstudie zum Stepped Care Ansatz vor. Mit den Faktoren, die ein solches Innovationsprogramm fördern oder hemmen können, wird der Artikel abgeschlossen.

Die fragmentierte niederländische Suchthilfe

In der historischen Analyse der niederländischen Suchthilfe von van der Stel (1995) wird ein heterogenes und fragmentiertes Bild der Suchthilfe gezeichnet, die im vergangenen Jahrhundert und vor allem in den Nachkriegsjahren entstanden ist. Kennzeichnend dafür waren die große Anzahl an Suchtberatungsstellen, die im Rahmen der sozialarbeiterischen Hilfe für Alkoholranke eingerichtet worden war, einige wenige stationäre Einrichtungen sowie eine spezialisierte Bewährungshilfe für straffällige Personen mit Suchtproblemen.

In den siebziger Jahren hatte sich die Suchthilfe auf die Herausforderung des Drogenproblems nur zögerlich eingestellt, so dass in den meisten großen Städten die Methadonvergabe nicht von der Suchthilfe sondern von Gesundheitsämtern übernommen wurde. Auf Grund der Unzulänglichkeit des Suchthilfesystems engagierten sich zunehmend kirchliche und private Initiativen für Randgruppen mit Suchtproblemen. Es entstanden Hilfestellen für niedrigschwellige Methadonvergabe, Street-Corner Arbeit, Tageszentren, betreutes Wohnen und Arbeitsprojekte. Ebenso wurde Ende der 80er Jahre der Hilfebedarf von Drogenabhängigen, die an HIV/AIDS erkrankten, vor allem von den Gesundheitsämtern gedeckt. Die Anzahl verschiedener Projekte für spezielle Gruppen von Abhängigen wuchs, zum Beispiel für obdachlose Klienten, ethnische Minderheiten, Prostituierte oder hirnganisch beeinträchtigte Patienten. Diese Projekte waren autonom, meist begründet auf einer moralischen oder ethischen Über-

zeugung und waren wenig untereinander abgestimmt.

Situation in den 90er Jahren

Anfang der 90er Jahre war die Suchthilfe in den Niederlanden deshalb sehr zersplittert. Sie war getrennt von der Psychiatrie, den regionalen psychosozialen ambulanten Versorgungsstrukturen (RIAGG's) und dem somatischen Hilfesystem organisiert. Die ambulanten Beratungsstellen entwickelten sich zwar weiter und umfassten ein breites Spektrum von Krisenhilfe über soziale Unterstützung, Sozial- und Verhaltenstraining, Psychotherapie und Bewährungshilfe. Die Behandlungsmaßnahmen waren jedoch unzureichend koordiniert, es gab kaum Zusammenarbeit und keine Verankerung in der akademischen Forschung und Lehre.

Die stationäre Behandlung war getrennt von der ambulanten Suchthilfe und abgestuft nach Dauer von der Entgiftungsbehandlung im Krankenhaus oder in Fachabteilungen der stationären Suchthilfe bis zur stationären Kurzzeitbehandlung (bis zu drei Monaten) und Langzeitbehandlung in therapeutischen Gemeinschaften (maximal ein Jahr). Dabei waren eher Erfahrung, Überzeugung und Dogmen der verschiedenen therapeutischen Einrichtungen wegweisend und nicht die empirische und wissenschaftliche Orientierung. Gut ausgebildete Fachkräfte fühlten sich dadurch von der Suchthilfe nicht angezogen und das Niveau der Ausbildung der Mitarbeiter in der Suchthilfe war niedriger als in anderen Sektoren des Gesundheitswesens.

Die Präventionsarbeit wurde meist getrennt von der Suchthilfe in kleinen eigenständigen Organisationen durchgeführt. Sie boten Information, initiierten Kampagnen und waren ausgerichtet auf intermediäre Zielgruppen, wie zum Beispiel Lehrer, Jugendhilfe und Hausärzte. Auch in diesem Bereich war die Integration und Kooperation der verschiedenen Angebote meist unzureichend.

Die Finanzierung der Suchthilfe war auf verschiedene Kostenträger verteilt. Die Beratungsstellen wurden direkt vom

Ministerium, später von den Gemeinden unterhalten, die stationäre Suchthilfe wurde über die regionalen Krankenkassen abgerechnet, die Gemeinden subventionierten Projekte, Innovationen und Präventionsprogramme. Das Justizministerium finanzierte die Bewährungshilfe. Einige Suchthilfeeinrichtungen erhielten auch Zuschüsse von den Kirchen oder aus anderen Quellen.

Die verschiedenen Einrichtungen gehörten zu Dachorganisationen, die jedoch relativ klein und schwach waren. Der Zusammenschluss der Interessenvertreter zu einem nationalen Dachverband war ein erster Schritt in Richtung einer neuen Strukturierung. Mehrere Suchthilfeeinrichtungen der Niederlande schlossen sich zusammen und reorganisierten ihre Aufgaben und Tätigkeiten. Vor allem in den größeren Städten etablierten sich integrierte Suchthilfesysteme. In zunehmendem Maße arbeitete die Suchthilfe regional, so dass eine kleine Anzahl von insgesamt 13 großen Einrichtungen und einige kleine Hilfeorganisationen die niederländische Suchthilfe darstellten. Die Neuorientierung und Modernisierung der Behandlungsmaßnahmen in der Suchthilfe blieb aber aus. Es fehlte eine gemeinschaftlich getragene, inhaltliche Neukonzeption und Reform. Dies führte unweigerlich dazu, dass eine ganze Reihe von Problemen in der Versorgung nicht erkannt, verleugnet oder ausgeklammert wurden.

Kritik in den 90er Jahren

Die Konsequenz dieser inhaltlichen Versäumnisse führte zur Kritik an der Suchthilfe in den Medien und im niederländischen Parlament. Man bemängelte die fehlende Abstimmung, die Leugnung der Probleme und den ungenügenden Nachweis der Effizienz des Hilfesystems. Die Hauptpunkte können wie folgt zusammengefasst werden.

1. Die Suchthilfe hatte keine Antwort auf Probleme der öffentlichen Ordnung, die durch Abhängige verursacht wurden. Vor allem in den Städten stieg die Kriminalität, zum Teil verursacht durch obdachlose Drogenabhän-

gige. Dadurch ergaben sich Risiken für die Volksgesundheit vor allem durch die Verbreitung von HIV/AIDS.

2. Die Behandlungsmaßnahmen der verschiedenen Suchthilfeeinrichtungen waren sehr unterschiedlich, nicht transparent und nicht empirisch abgesichert. Der Suchthilfe war es nicht gelungen, wissenschaftlich fundierte, effektive Interventionen aufzugreifen und in ihr Angebot zu integrieren. Es fehlte durchwegs an wissenschaftlich abgesicherter Evidenz. Moderne Formen der Verhaltenstherapie wurden nicht angeboten. Die Behandlungsmaßnahmen waren beinahe ausschließlich abstinenzorientiert. Pharmakotherapie wurde gänzlich abgelehnt, das Problem der psychiatrischen Komorbidität vieler Patienten wurde ignoriert.

3. Die Suchthilfe hatte kein Qualitätssystem, das die Klientenorientierung, Effizienz, Effektivität und Sicherheit der Einrichtungen gewährleistete. Die Ergebnisse und die Kosten der Behandlungen konnten nicht dokumentiert und geprüft werden. An eine Zertifizierung der Suchthilfe war zu diesem Zeitpunkt nicht zu denken.

4. Die verschiedenen Stellen, Abteilungen und Teams arbeiteten in der Praxis unzureichend zusammen. Ambulante und stationäre Hilfe war getrennt, neue Behandlungsmaßnahmen, wie zum Beispiel niedrigschwellige Angebote oder Langzeitbehandlung in therapeutischen Gemeinschaften blieben isoliert und wurden nicht in das übergreifende Hilfesystem integriert.

5. Das Ausbildungsniveau und die Anzahl der akademisch geschulten Mitarbeiter waren im Vergleich mit anderen Einrichtungen der somatischen Medizin und der Psychiatrie nicht angemessen. Die Mitarbeiter in den Einrichtungen hatten keine Spezialisierung. Eine systematische Weiterbildung für die Suchthilfe gab es ebenfalls nicht.

6. Daten und Wissen über die regionale Verbreitung der Suchtprobleme, Vergleiche und Trends des Substanzmissbrauchs und der Abhängigkeit waren kaum vorhanden. Es fehlte an epidemiologischer Evidenz. Zwar wurde

Ende der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts ein Nationales Alkohol und Drogen Informationssystem (LADIS) eingeführt, wodurch mehr Transparenz entstand, die inhaltliche Innovation wurde dadurch aber kaum gefördert.

Manche Kritik an der Suchthilfe war sehr einseitig in ihrer Argumentation. Die Störungen der öffentlichen Ordnung wurden nicht nur von Drogenabhängigen verursacht, sondern auch durch die Auflösung von psychiatrischen Einrichtungen und durch die Integrationsprobleme der Einwanderer aus den Karibischen Gebieten, aus Afrika und den Mittelmeerländern. Dennoch hatte die Reputation der Suchthilfe einen schweren Schaden erlitten.

Das nationale Innovationsprogramm

Aufgrund dieser Kritik und weiterer Entwicklungen initiierte eine Gruppe von Direktoren der einflussreichen Suchthilfeeinrichtungen ein Innovationsprogramm mit dem Namen »Resultaten Scoren« (Ergebnisse erzielen). In Form eines Fünf-Jahres-Plans wurde ein nationales Innovations- und Qualitätsprogramm der Suchthilfe vorgelegt (GGZ-Niederland, 1998).

Die verwaltungstechnischen Aufgaben wurden der Dachorganisation der psychosozialen Versorgung der Niederlande (GGZ-Niederland) übertragen. Das Programm wurde von einer nationalen Steuergruppe koordiniert und geleitet, das sich aus den Direktoren aller Einrichtungen der Suchthilfe zusammensetzte. Eine wichtige Erweiterung war die Zusammenarbeit mit den Universitäten. So leisteten in dem Leitungsgremium Mitglieder dreier Forschungsgruppen zur Versorgungsfor- schung einen aktiven Beitrag. Für die Sitzungen erstellte das Leitungsgremium die Tagesordnung, formulierte und überwachte die Strategie und die Vorgehensweise und steuerte die Kommunikation mit den verschiedenen Projekten, dem Ministerium, den Forschungsgruppen und der Öffentlichkeit. Diese Strukturierung hat sich im Laufe der Jahre bewährt und ist auch heute noch gültig.

Das Innovationsprogramm wurde vom Gesundheitsministerium finanziert. Es standen 4,8 Millionen Euro, einschließlich 1,4 Millionen Euro für wissenschaftliche Forschung, zur Verfügung. Für das Innovationsprogramm wurden drei Ziele formuliert:

1. In den Einrichtungen der Suchthilfe sollten vorhandene Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen modernisiert werden, aber auch ganz neue Interventionen angeregt und umgesetzt werden. Dabei nahm das Prinzip der Evidenzbasierung eine zentrale Rolle ein.

2. Ein Feedbacksystem zur Messung von Behandlungsergebnissen und systematischer Evaluation sollte eingeführt werden. Dadurch sollten eine ständige Qualitätsverbesserung und falls notwendig eine Reorganisation der Suchteinrichtung ermöglicht werden.

3. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachpersonal im Suchtbereich sollte verbessert werden. Dies beinhaltete die Erneuerung und Weiterentwicklung der Lehrpläne in den Fachhochschulen, den Universitäten und den Institutionen, die Fort- und Weiterbildungen anbieten.

Die Erneuerungen der ersten Jahre waren so überzeugend (Schippers, Schramade, & Walburg, 2002), dass das Innovationsprogramm 2003 für weitere fünf Jahre verlängert und ihm eine Subvention in beinahe derselben Höhe zugewiesen wurde. In 2008 wurde das Programm nochmals für zwei Jahren subventioniert, um es zum Abschluss zu bringen. Das Innovationsprogramm der Suchthilfe hatte einen eigenen Status, war aber auch Teil der Qualitätsverbesserung aller psychosozialen Einrichtungen in den Niederlanden. So hatte der Dachverband beschlossen, dass in 2008 alle Einrichtungen nach ISO zertifiziert sein müssen, um Mitglied des Verbandes bleiben zu können. Das bedeutete, dass die Suchthilfeeinrichtungen neben dem inhaltlichen Project »Resultaten Scoren« auch das HKZ Zertifizierungsprojekt (Stichting, HKZ, 2002), das vor allem auf die Verbesserung, Erneue-

nung und die organisatorischen Prozesse ausgerichtet ist, ausführten.

Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen

Das erste Ziel des Innovationsprogramms war die Entwicklung neuer Behandlungsmaßnahmen für die Suchthilfe. Die Prinzipien für diesen Entwicklungsprozess wurden wie folgt spezifiziert und angewandt (Walburg, 1998):

1. Bedarfsorientiert: Nationale und lokale epidemiologische Daten und deren Trends wurden für die Entwicklung der Interventionen verfügbar gemacht und dabei berücksichtigt.

2. Evidenzbasiert: Die Programme wurden in Übereinstimmung mit der empirischen Forschung zur Effektivität, im Konsens mit Experten oder dem Stand der empirischen Evaluation der Behandlungsmaßnahmen entwickelt.

3. Klientenorientiert: Klienten wurden in die Entwicklung der Programme mit einbezogen. Die Erwartungen der Klienten bezüglich des Settings, der Kommunikation und Interaktion mit ihnen wurden berücksichtigt. Zudem wurden Geschlechtsunterschiede, Altersunterschiede, sowie religiöse und kulturelle Unterschiede einbezogen.

4. Gemeindenah: Die Interventionen mussten in den sozialen Kontext passen und mit anderen Hilfesystemen der lokalen Versorgung abgestimmt sein.

5. Objektivierbar und ergebnisorientiert: Die Ergebnisse der Interventionen mussten durch klare und messbare Ergebniskriterien abzubilden sein.

6. Systemorientiert: Interventionen, die voneinander abhängig sind und ein gemeinsames Ziel verfolgen, wie zum Beispiel Entgiftung und Rehabilitation, wurden aufeinander abgestimmt und gut koordiniert.

7. Kosteneffektiv: Es sollte eine Balance zwischen Kosten und Nutzen vorliegen. Dies war ein wichtiger Faktor für die Erneuerung und Entwicklung der Interventionen.

8. Ethisch akzeptabel: Die Interventionen mussten mit den Anforderungen der Menschenrechte und den gelten-

den gesetzlichen Vorschriften kompatibel sein.

9. Mitarbeiterfreundlich: Die Kapazitäten und die Kompetenzen des Fachpersonals wurden berücksichtigt und wenn nötig durch Weiterbildung verbessert.

Entsprechend dieser Anforderungen wurden die bestehenden Behandlungsmaßnahmen der Suchthilfe analysiert und ihre Stärken und Schwächen identifiziert. Wenn keine Interventionen vorhanden waren, wurden von Arbeitsgruppen neue Interventionen entwickelt.

Masterprotokoll zur Leitlinien- und Manualentwicklung

Bei der Entwicklung der Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen wurden Manuale und Leitlinien erstellt (Jansen & Snoek, 2007). Die Manuale umfassen eine detaillierte Beschreibung der Interventionen, einschließlich des Ablaufs der einzelnen Sitzungen, der Klientenkontakte und der Interventionsschritte, sowie Instruktionen zur Vorgehensweise. Die Leitlinien haben einen allgemeinen Charakter und sind strukturierte Dokumentationen der akzeptierten Standards in Bezug auf eine bestimmte Indikation. Folgende Entwicklungsschritte wurden durchlaufen:

1. Literaturrecherche: Sichtung der vorhandenen Literatur und der Wissensbereiche nach Evidenz und Best-Practice-Modellen für die Entwicklung von Interventionen für die Suchthilfe durch die assoziierten Forschungsgruppen. Interventionen wurden ausgewählt.

2. Konzeption der Interventionen: Kliniker und Fachkräfte jeweils einer ausgewählten Suchthilfeeinrichtung konzipierten eine erste Version der Interventionen mit zugehöriger Leitlinie, Arbeitsmaterialien und Broschüren. Voraussetzungen für die Implementierung in das Suchthilfesystem wurden ausgearbeitet, zudem wurden eine Kostenschätzung und mögliche Ergebniskriterien erarbeitet.

3. Evaluation der Konzeption: Die erarbeiteten Konzepte wurden von den assoziierten Forschungsgruppen inhalt-

lich und hinsichtlich der praktischen Umsetzung begutachtet. Dabei wurde vor allem darauf geachtet, dass Klientenorientierung und die Berücksichtigung der Anforderungen von Minderheitengruppen gewährleistet waren.

4. Test und Anpassungen in der Praxis: Die Fachkräfte der Entwicklungseinrichtung erprobten die Intervention in der Praxis und passten die Intervention wenn nötig an. Dabei wurde besonders darauf geachtet, dass der Anschluss zwischen neuen Entwicklungen und interner Erneuerungen gewährleistet war. Ein in der Praxis anwendbarer Implementierungsplan wurde erstellt.

5. Einführung der Intervention in einer zweiten Suchthilfeeinrichtung:

Die neuen Interventionen wurden in mindestens einer weiteren Einrichtung implementiert, die nicht am Entwicklungsprozess beteiligt war. Dabei wurde vor allem darauf geachtet, dass durch das »not-invented-here«-Phänomen keine hemmenden Effekte entstanden. Die Erfahrungen aus dieser zweiten Implementierung wurden bei der Erstellung der endgültigen Version berücksichtigt.

6. Publikation und Einführung der Intervention: Die definitive Intervention wurde von der assoziierten Forschungsgruppe autorisiert und vertrieben. Dazu gehörten auch das Trainingsmaterial, ein Trainingsprogramm und Supervisionsangebote.

Im Rahmen des Innovationsprogramms wurden bisher auf diese Art und Weise zehn Manuale und dreizehn Leitlinien entwickelt und implementiert (siehe Tabelle 1). Weitere fünf Manuale und Leitlinien sind in Vorbereitung. Eine Liste von beinahe 80 Publikationen über das Programm »Resultaten Scoren« und die englischen Fact Sheets sind über die Webseite zugänglich.

Zwei Manuale als Beispiele

Am bekanntesten und am weitesten verbreitet ist das neu entwickelte suchtmittelübergreifende, kognitiv-verhaltenstherapeutische Manual für das Lifestyle-Training (de Wildt, 2002). Es wurde in Anlehnung an Monti (1989), Miller und Rollnick (2002) und die Ma-

Tabelle 1: Prozentsatz der Suchthilfeeinrichtungen, die das Manual oder die Leitlinie implementiert haben

Nr.	Manual/Leitlinie	Implemen-	Implemen-
		tierung 2005	tierung 2008
1.	Manual: Intake und Indikationsstellung	33 %	82 %
2.	Manual: Lifestyle-Training I (Individuell)	100 %	100 %
3.	Manual: Lifestyle-Training II (Individuell)	100 %	100 %
4.	Manual: Lifestyle-Training III (Gruppe)	50 %	64 %
5.	Manual: Lifestyle-Training IV (Gruppe)	42 %	73 %
6.	Manual: Kurzzeitige klinische Krisenintervention	33 %	55 %
7.	Manual: Präventionsprojekt »Homeparty«	42 %	64 %
8.	Manual: Präventionsprojekt »Zwei Tage Theater«	17 %	18 %
9.	Manual: Präventionsprojekt Werbung für Aufklärungsaktivitäten	25 %	27 %
10.	Manual: Nachsorge bei Teilzeit- und stationärer Behandlung	–	36 %
11.	Leitlinie: Doppeldiagnose und doppelte Hilfe	25 %	64 %
12.	Leitlinie: Stationäre Motivationsbehandlung	33 %	46 %
13.	Leitlinie: Casemanagement für Kinder von abhängigen Eltern	8 %	18 %
14.	Leitlinie: Casemanagement der niedrigschwelligen Suchthilfe	50 %	55 %
15.	Leitlinie: Einleitung zum Casemanagement im komplexen Hilfesystem	8 %	9 %
16.	Leitlinie: Klientenprofile und Arbeitsschemata	25 %	36 %
17.	Leitlinie: Outreaching Hilfesysteme	33 %	46 %
18.	Leitlinie: Organisation und Aufbau von Konsumräumen	25 %	73 %
19.	Leitlinie: Nicht reguläre Entlassung aus der Behandlung	17 %	64 %
20.	Leitlinie: Ambulante und stationäre Entgiftung	8 %	73 %
21.	Leitlinie: Selbsthilfe. Ungenutzte Möglichkeiten	17 %	18 %
22.	Leitlinie: Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige	–	46 %
23.	Leitlinie: Intensives Casemanagement	–	55 %

nuale der MATCH-Studie entwickelt. In seiner Standardversion umfasst das Manual zehn Sitzungen als Einzel- und Gruppenbehandlung, in einer verkürzten Version nur vier Sitzungen. Manuale zum Lifestyle-Training umfassen eine Beschreibung jeder Sitzung, ein Arbeitsbuch für den Klienten und eines für die Therapeuten, sowie Fragebögen und Evaluationsinstrumente zur Ergebnismessung. Diese Manuale sind mittlerweile weit verbreitet in der Suchthilfe und werden auch in der psychosozialen Versorgung und in der Prävention angewandt.

Ein weiteres Manual mit weitreichenden Konsequenzen ist das Manual zur Indikationsstellung (Wildt et al., 2002). Ausgehend von dem Stepped Care Ansatz (Sobell & Sobell, 2000) wurde ein konzeptuelles Modell der Behandlungspfade entworfen und in einem Manual weiter ausgearbeitet.

In dem Modell wurden vier Intensitätsgrade oder Stepped Care Niveaus unterschieden. Das Manual umfasst einen Entscheidungsbaum, nach dem – ausgehend von Klientenmerkmalen, die beim Aufnahmegespräch erfasst werden – eine Empfehlung für den Grad der Intensität der Behandlung abgeleitet wird. Die Niveaus der Behandlung sind: 1. ambulant kurz (Lifestyle Training I, III), 2. ambulant lang (Lifestyle Training II, IV), 3. tagesklinische oder stationäre Behandlung (Kurzzeitbehandlung, Cure), 4. Langzeitbetreuung (Care). Folgende Kriterien werden für die Zuweisung zu einem der vier Intensitätsgrade herangezogen: Behandlungsvorgeschichte, Schweregrad der substanzbezogenen Störung, psychiatrische Komorbidität, soziale Integration. Entsprechend dem Stepped Care Ansatz wird zunächst mit kurzen ambulanten Interventionen

begonnen. Erst bei ausbleibendem Erfolg werden intensivere Interventionen durchgeführt. Die Einführung des Manuals in einige der großen Einrichtungen der Suchthilfe wurde systematisch evaluiert durch Merkx et al. (2007).

Feedback der Ergebnisse

Das zweite Ziel des Innovationsprogramms war die Entwicklung eines Qualitätssicherungssystems, in dem die Behandlungsergebnisse an Fachkräfte, Einrichtungsleitung und die Kostenträger zurückgemeldet werden. Dieser Ansatz zum »Benchmarking« beruht auf der Annahme, dass die Interventionen ständig verbessert werden können, wenn quantitative Ergebnisse der Interventionen regelmäßig analysiert, kommuniziert und mit der Zielsetzung verglichen werden (Nabitz, 2002).

Das Feedbacksystem umfasste zwei Formen: zum einen das individuelle Feedback, zum anderen das institutionelle Feedback. Beim individuellen Feedback werden die Ergebnisse der Behandlung eines Klienten während des Behandlungsprozesses an den Therapeuten mit dem Ziel zurückgemeldet, Behandlungsfortschritte zu überprüfen und, wenn nötig, die Intervention anzupassen. Bei dem institutionellen Feedback werden an die Teams und die Einrichtungsleitung in festen Zeitabständen die Behandlungsergebnisse einschließlich katamnestischer Daten der behandelten Klienten zurückgemeldet. Das Ziel dabei ist die Evaluation der Effektivität der Interventionen in Bezug auf alle Klienten, die in einem bestimmten Zeitintervall behandelt wurden. Das individuelle Feedback an einzelne Fachkräfte wurde im Rahmen des Innovationsprogramms »Resultaten Scoren« nur in Ansätzen realisiert. Das Feedback katamnestischer Ergebnisse an die Behandlungsteams und das Management wurde im Projekt Benchmarking in der Suchthilfe systematisch entwickelt.

Beim institutionellen Feedback wurden die Behandlungsergebnisse der Lifestyle-Trainings von vier großen Suchthilfeeinrichtungen mit jährlich

mehreren tausend Klienten von dafür ausgebildeten Studierenden der Psychologie in einem Call Center telefonisch erhoben. Neun Monate nach dem Aufnahmegespräch wurden die Klienten des Lifestyle-Trainings angerufen und nach ihrem Suchtmittelkonsum, ihrem allgemeinen Funktionsniveau, Lebensqualität und der Zufriedenheit mit der Behandlung gefragt. Die Ergebnisse wurden den Teams und der Einrichtungsleitung halbjährlich übermittelt. Im Durchschnitt konnten 50 % der Klienten erreicht werden. Über die Verfügbarkeit und Validität des Feedbacksystems wurde von Oudejans et al. (2009a) berichtet.

Verbesserung der Aus- und Weiterbildung

Das dritte Ziel des Innovationsprogramms war die Entwicklung eines Regelkreises der Wissensentwicklung. Der Kern dieser Neuorientierung war die Aufnahme, die Verbreitung und die Umsetzung der Leitlinien und Manuale des Programms »Resultaten Scoren« für die Lehre, Aus- und Weiterbildung in der Suchthilfe. Dazu wurde der »Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling« (Kompetenzrat) ins Leben gerufen. Er hatte die zentrale Aufgabe, die Lehre, Aus- und Weiterbildung nach den Prinzipien des evidenzbasierten Lernens auf ein höheres Niveau zu bringen. Der Rat mit 15 Mitgliedern wurde aus den verschiedenen in der Suchthilfe engagierten Berufsgruppen, z. B. Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte und Sozialarbeiter, Dozenten, Politiker und Wissenschaftler, zusammengestellt.

Die wichtigsten Aufgaben des Rats waren:

- Neue evidenzbasierte Interventionen in den Ausbildungsgängen, in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, sowohl in Fachhochschulen und Universitäten als auch in anderen Instituten mit berufsbildenden und postgradualen Lehrangeboten zu fördern und zugänglich zu machen.
- Verbesserung der Qualität der Ausbildung durch das Erstellen von Anforderungskriterien und die Akkreditierung von Ausbildungsgängen.

- Einrichtung eines Forums zur Förderung des Austausches und Dialogs zwischen den Berufsgruppen, Ausbildungsinstituten, Lernnetzwerken und Einrichtungen der Suchthilfe.
- Beratung von Regierungsorganen, Universitäten, Fachhochschulen, Ausbildungsinstituten und verschiedenen Berufsgruppen.

Der Kompetenzrat hatte in 2005 eine Übersicht erstellt, um den Umfang und die Qualität der Lehre und der Aus- und Weiterbildung der Suchthilfe an Universitäten, Fachhochschulen und Instituten zu dokumentieren. Es zeigte sich, dass die Qualität der Lehre unzureichend war und dass in den Lehrplänen das Thema Sucht nur einen geringen Stellenwert hatte. Daraufhin wurde vom Rat initiiert, in sieben Fachhochschulen einen neuen Ausbildungsgang Suchthilfe zu entwickeln und zu implementieren, der evidenzbasiert sein sollte. Zudem wurden Initiativen begonnen, um Publikationen zu erstellen, Profile für Fachkräfte in der Suchthilfe zu definieren und eine Master-Ausbildung für Ärzte und Psychologen zu entwickeln.

Umsetzung und Evaluation

Implementierung der Manuale und Leitlinien

Die Entwicklung neuer Interventionsformen wurde entsprechend dem Master Protokoll ausgeführt und den Suchteinrichtungen zur Umsetzung angeboten. In Studien in 2005 und 2008 wurde evaluiert, inwieweit die Manuale und Leitlinien eingeführt waren (Mulder et al, 2005; Spits & Schippers, 2008).

In beiden Studien wurden bei den Einrichtungen schriftliche Befragungen unter ca. 200 Mitarbeitern (Rücklauf 73 %) durchgeführt. Zusätzlich wurden 40 Fachkräfte schriftlich und telefonisch befragt. In den Erhebungen ging es um die Anwendung der vorhandenen Manuale und Leitlinien. Nur eine von 13 Einrichtungen der Suchthilfe nahm 2005 nicht an der Erhebung teil, so dass in der Befragung 92 % der niederländischen professionellen Suchthilfe erfasst war. In 2008 nahmen 11

von 12 Einrichtungen an der Erhebung teil, wobei sich zwei Einrichtungen zusammengeschlossen hatten. Damit sind die Aussagen auf die gesamte niederländische Suchthilfe übertragbar.

Die Implementierung wird nach Grol und Grimshaw (1999) als eine Entwicklung mit den folgende Stufen umschrieben: Unkenntnis, Irrelevanz, Orientierung, Einsicht, Akzeptanz, Anwendung und Etablierung. Tabelle 1 gibt die Übersicht über die Manuale und Leitlinien, die 2005 und 2008 zur Verfügung standen und in den Suchthilfeeinrichtungen implementiert waren, d. h. alle Stufen der Implementierung nach Grol durchlaufen haben. Der Prozentsatz in der Tabelle ist auch ein Indikator dafür, wie viele Fachkräfte in den Niederlande die Richtlinien und Manuale tatsächlich in ihrer täglichen Routine anwenden.

Einige Manuale sind besonders weit akzeptiert, wie zum Beispiel das Lifestyle-Training (Nr. 2,3,4 und 5) und das Manual zu Intake und Indikationsstellung (Nr. 1). Andere Manuale stehen noch nicht so lange zur Verfügung. Dies gilt für die ambulante und stationäre Entgiftung (Nr. 20) und die Substitutionsbehandlung (Nr. 22). Weniger gebräuchlich sind die Leitlinie Casemanagement für Kinder von abhängigen Eltern (Nr. 13), die Einleitung zum Casemanagement im komplexen Hilfesystem (Nr. 15), das Manual zur Nachsorge (Nr. 10) und die Leitlinie Selbsthilfe (Nr. 21). Im Allgemeinen gilt jedoch, dass mehr als die Hälfte der Manuale und Leitlinien von mehr als der Hälfte der Suchthilfeeinrichtungen angewandt werden.

Ergebnis – Feedbacksystem

Das zweite Ziel des Innovationsprogramms war die Einführung eines Feedbacksystems, zur systematischen Sammlung der Ergebnisse der Arbeit mit den Manualen und Richtlinien. Die Ergebnisse sollten systematisch an die Behandlungsteams und an das Management zurück gemeldet werden mit dem Ziel, das »Benchmarking« in der Suchthilfe zu entwickeln.

Evaluation des Lifestyle-Trainings

Das institutionelle Feedback an die Teams und die Einrichtungsleitung beinhaltet, dass vier große Suchthilfeeinrichtungen halbjährlich über ihre Behandlungsergebnisse unterrichtet wurden. Der letzte Bericht von Oudejans et al. (2009b) bezieht sich auf die Klienten, die in dem Zeitraum Januar bis Juli 2007 ein Lifestyle Training begonnen hatten und die 9 Monate nach dem Intake durch Mitarbeiter des Call Center angerufen wurden. Für diese Gruppe kann die Effektivität des Lifestyle Trainings I und III mit 4–6 Sitzungen und des Lifestyle Trainings II und IV mit 10–12 Sitzungen bestimmt werden.

In den vier Einrichtungen wurden 1751 Klienten konform mit den Manu-

alen behandelt. Davon konnten bei 903 Klienten (51,6%) durch das Call Center Follow-up Daten erhoben werden. Mit ihnen wurde ein Interview von ca. 20 Minuten Dauer über die Zufriedenheit mit der Behandlung, Fragen zur Lebensqualität und zu standardisierten Fragen des Addiction Severity Index (ASI) durchgeführt. Die Verweigerungsrate bei den erreichten Klienten lag bei 5%, die übrigen Klienten konnten nicht erreicht werden.

Die Ergebnisse in Tabelle 2 zeigen, dass das mittlere Alter bei 42 Jahren liegt, dass die Klienten größtenteils männlich sind, dass mehr als die Hälfte ein Einkommen aus geregelter Arbeit hat, und dass bei mehr als 60% Alkohol das primäre Suchtmittel ist.

In Tabelle 3 sind Behandlungsergebnisse wiedergegeben. Im dem telefonischen Interview wurde nach dem Alkohol- und Drogenkonsum des letzten Monats (in den letzten 30 Tagen) gefragt. Abstinenz bedeutet dabei absolut kein Konsum. Kontrollierter Konsum beinhaltet bei Alkohol weniger als 22 Trinktage mit weniger als 5 Gläsern pro Tag, bei Drogen weniger als 7 Tage Konsum. Unkontrollierter Konsum bedeutet mehr als 21 Trinktage, und/oder Drogenkonsum an mehr als 7 Tagen.

Die Ergebnisse wurden an die Teams und an das Management der Einrichtungen weitergeleitet und dort ausführlich diskutiert. Die Diskussionen waren der Anstoß zu Modifikationen der Trainings und der Umsetzung der Manuale. Zudem wurden die Kriterien für die Zuweisung zum Lifestyletraining, also die Indikationsstellung, diskutiert.

Tabelle 2: Demographische und klinische Merkmale der Klienten (n = 903) mit Kurzem Lifestyle Training (n = 422) und Standard Lifestyle Training (n = 481)

Nr.	Klientenmerkmale	Kurz (I&III) Lifestyle Training (n = 422)	Standard (II&IV) Lifestyle Training (n = 481)
1.	Alter (Mittelwert; Standardabweichung, M;SD)	42; ±14	41; ±13
2.	Geschlecht: Männlich	74 %	75 %
3.	Ethnische Gruppe: Holländisch	93 %	90 %
4.	Sozialer Status: Alleinstehend (* sig.)	69 %	74 %
5.	Einkommen: Arbeitsverhältnis (* sig.)	66 %	61 %
6.	Primäres Suchtmittel (*sig.)		
	Alkohol	66 %	62 %
	Cocain	11 %	12 %
	Cannabis	13 %	13 %
	Anderere Drogen (Anderere Drogen, Nicotin)	2 %	3 %
	Spielsucht	7 %	6 %
	Anderere Formen (z. B. Nikotin, Medikamente)	1 %	4 %
7.	Mehrfachkonsum	18 %	34 %
8.	Schwere der primären Abhängigkeit		
	Alcohol Use Severity Index (ASI, M; SD)	4,5; ±1,1	4,8; ±1,3
	Drug Use Severity Index (ASI, M; SD) (* sig.)	4,2; ±1,0	5,0; ±1,1
	Gambling Severity Index (ASI, M; SD) (* sig.)	4,1; ±1,5	5,1; ±1,5

* sig = Statistisch signifikante Unterschiede: $p > 0.05$ (Chi Quadrat Test oder T-Test)

Tabelle 3: Behandlungsergebnis im Follow-up 9 Monate nach Aufnahme (Kriterium Konsum während der letzten 30 Tage vor dem Follow-up Interview)

Mittelkonsum während der letzten 30 Tage vor dem Follow-up Interview	Kurzes (I&III) Lifestyle Training (n = 422)	Standard (II&IV) Lifestyle Training (n = 481)
1 Abstinenz während der letzten 30 Tage	28 % 117	23 % 108
2 Kontrollierter Konsum der letzten 30 Tage	30 % 126	26 % 127
3 Unkontrollierter Konsum	42 % 179	51 % 246

Evaluation der Indikationsstellung

Um die Umsetzung des Manuals Intake und Indikationsstellung zu evaluieren wurden von zwei Suchteinrichtungen die Daten aller Klienten des Jahres 2003 analysiert (Merckx et al., 2007). In den beiden Einrichtungen waren 4394 Klienten erfasst worden. Für 1765 Klienten (40%) stand ein vollständiger Datensatz für die Analyse zur Verfügung. Entsprechend der Richtlinie konnten Klienten im Rahmen des Stepped Care Ansatzes auf vier verschiedenen Niveaus Hilfe erhalten.

Niveau 1: Lifestyle Training I und III mit 4–6 Sitzungen über zwei Monate verteilt, individuell oder in Gruppen, wenn nötig mit pharmakotherapeutischer Unterstützung. Ziel: Konsumreduktion oder Abstinenz.

Niveau 2: Lifestyle Training II und IV mit 10–12 Sitzungen im Verlauf von sechs Monaten, individuell oder in Gruppen und zusätzliche Interventionen, z. B. Sozial- oder Angsttraining, pharmakotherapeutische Unterstützung. Ziel: Konsumreduktion oder Abstinenz.

Niveau 3: Tagesklinische oder stationäre klinische Behandlung von bis zu drei Monaten Dauer, mit Lifestyle Training und unterschiedlichen Gruppen-

Tabelle 4: Übereinstimmungen und Abweichungen der empfohlenen Indikation gem. Richtlinie mit der durchgeführten Behandlung des Stepped Care Niveau (nach Merx et al., 2007, p. 471)

Tatsächliches Stepped Care Niveau	Empfohlenes Stepped Care Niveau des Manuals				Total
	Niveau 1: Lifestyle-Training I, III	Niveau 2: Lifestyle-Training II, IV	Niveau 3: Kurzzeit Beh. (Cure)	Niveau 4: Langzeit Betr. (Care)	
Niveau 1: Lifestyle-Training I, III	28% 492	2% 32	0% 6	0% 0	30% 530
Niveau 2: Lifestyle-Training II, IV	18% 309	24% 429	2% 26	0% 3	44% 767
Niveau 3: Kurzzeit-Behandlung (Cure)	3% 49	6% 111	6% 103	3% 7	15% 270
Niveau 4: Langzeitbetreuung (Care)	4% 66	3% 62	1% 21	3% 49	11% 198
Total	52% 916	36% 634	9% 156	3% 59	100% 1765

angeboten. In der stationären Behandlung wird eine Struktur für den Tagesablauf vorgeben. Pharmakotherapeutische Unterstützung. Ziel: Konsumreduktion oder Abstinenz (Cure).

Niveau 4: Langzeitbetreuung in ambulatem, tagesklinischem und stationärem Setting, die zeitlich nicht limitiert ist und nicht auf Abstinenz sondern vor allem auf Harmreduktion (Schadensbegrenzung) ausgerichtet ist (Care).

Die Zuweisungskriterien der Richtlinie waren: 1. Behandlungsvorgeschichte, 2. Schwere der Suchtproblematik (ASI Severity Score), 3. psychiatrische Komorbidität und 4. soziale Integration.

Bei den 1765 Klienten wurde geprüft, ob die Zuweisung entsprechend der Richtlinie auch tatsächlich vorgenommen wurde. Dazu wurden die Merkmale der Klienten und die Kriterien der Zuweisung kombiniert und geprüft, ob die Klienten dem entsprechenden Stepped Care Niveau der Suchthilfe zugewiesen wurden. In Tabelle 4 werden die Übereinstimmungen und Abweichungen dargestellt.

Von allen Klienten erfüllten 52% (n=916) nach dem Manual die Kriterien für die Zuweisung zu Niveau 1: Lifestyle-Training I oder III. Etwas mehr als die Hälfte dieser Klienten (n = 492) – erhielt tatsächlich das entsprechende Training. Nur 2% der Klienten erhielten dieses Training, obwohl sie die Kriterien

für den nächsthöheren Schweregrad erfüllten. In der Diagonalen sind alle Klienten wiedergegeben, die in Übereinstimmung mit dem Manual tatsächlich das ihrem Schweregrad entsprechende Angebot erhalten hatten. In dieser Studie lag die Übereinstimmung zwischen Empfehlung nach der Richtlinie und den tatsächlich realisierten Behandlungen bei 62%. Der wichtigste Grund für die Abweichung war die unterschiedliche Beurteilung der Schwere der substanzbezogenen Störung (ASI Severity Index). Die Ergebnisse dieser Studie wurden dazu genutzt, die Richtlinie selbst, ihre Umsetzung und den Entscheidungsprozess insgesamt anzupassen. Zudem wurden Versuche unternommen, die Ergebnisse der Indikationsstellung und des Behandlungserfolges miteinander zu verbinden.

Evaluation der Aus- und Weiterbildung

Zu der Innovation der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals in der Suchthilfe – das dritte Ziel des Innovationsprogrammes – liegen noch keine detaillierten quantitativen Ergebnisse vor. Der Kompetenzrat hat jedoch in den letzten Jahren die folgenden Aufgaben erledigt:

- Entwicklung eines neuen Ausbildungsgangs Suchthilfe in einigen Fachhochschulen
- Publikation des Standardwerkes »Was jede Fachkraft über Sucht wissen

muss!« Das Nachschlagewerk umfasst alle Leitlinien und Manuale, die im Rahmen des Innovationsprogramms »Resultaten Scoren« entwickelt wurden. Das Standardwerk wurde in den Lehreinrichtungen verbreitet.

- Aufstellung eines Kompetenzprofils für Fachkräfte der Suchthilfe in enger Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen
- Aufbau eines Akkreditierungssystems und einer Reihe spezifischer Ausbildungen und Weiterbildungen
- Die Unterstützung und Entwicklung der Master-Ausbildung für Suchtärzte und Suchtpsychologen
- Die Herausgabe von Fact Sheets in den Niederlanden und im Ausland. Darin wird eine kompakte Zusammenfassung der Leitlinien und Manuale zur Prävention, Behandlung und Pflege wiedergegeben
- Die Organisation von Konferenzen und Tagungen und die aktive Teilnahme an einer Reihe nationaler und internationaler Netzwerke
- Vorträge, Präsentationen und Vorlesungen im In- und Ausland zur evidenzbasierten Arbeit in der Suchthilfe.

Im Moment konzentriert sich der Kompetenzrat darauf, e-learning Module für die Lehre, Aus- und Weiterbildung in der Suchthilfe zu entwickeln. Studenten und Fachkräfte werden dabei unterstützt, schnell Zugang zu den evidenzbasierten Leitlinien und Manualen zu finden. Diese digitale Form der Lehre, Aus- und Weiterbildung beinhaltet vielversprechende Möglichkeiten zur Innovation in der Suchthilfe.

Fördernde und hemmende Faktoren der Innovation

Die Faktoren, die für die Innovationen im Gesundheitswesen wichtig sind, wurden von Bero et al. (1998) und Groi und Grimshaw (1999) beschrieben. Torrey et al. (2001) geben einen Literaturüberblick über die Organisation, die Erfahrungen von Klinikern und eigene Beispiele zur Einführung evidenzbasierter Leitlinien bei psychiatrischen Störungen, die in vielen Punkten vergleichbar mit substanzbezo-

genen Störungen sind. Aus diesen Studien kann geschlossen werden, dass eine erfolgreiche Umsetzung möglich ist, wenn genügend materielle und finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, wenn eine gute Organisation vorhanden ist und wenn verschiedene »Stakeholders«, wie die Träger, die zentralen Verwaltungen, die Kliniker und die Interessenvertreter der Klienten ihre Kräfte bündeln. Ausbildung und Weiterbildung des klinischen Personals allein ist nicht ausreichend um Leitlinien einzuführen. Wichtig sind zudem ein Einführungstraining, Ausbildungsgänge, Supervision, Kontrollen und Feedback der Ergebnisse.

Obwohl umfassende empirische Belege der Wirksamkeit von finanziellen Anreizen und Veränderungen der gesamten Suchthilfe nicht vorhanden sind, gibt es deutliche Hinweise darauf, dass die Innovationen der Suchthilfeinrichtungen weitgehend erfolgreich waren (Nabitz et al, 2006). Es stellt sich die Frage nach den fördernden und hemmenden Faktoren, die in der Zukunft im Gleichgewicht gehalten werden müssen, sodass das Niederländische Innovationsprogramm der Suchthilfe langfristig erfolgreich ist.

1. **Finanzielle Mittel:** Die Finanzierung des Innovationsprogramms war vom Gesundheitsministerium und den nationalen Organisationen der Suchthilfe gewährleistet, was ein entscheidender fördernder Faktor war. Selbst die Kostenträger, wie zum Beispiel die Krankenkassen, trugen zur Kostendeckung bei. Einrichtungen der Suchthilfe, die an dem Innovationsprogramm teilnahmen, konnten mit ihren Kostenträgern vereinbaren, dass durch die Teilnahme am Innovationsprogramm verursachte Effektivitätseinbußen nicht zu Kürzungen der Mittel führen. Das Ministerium war zudem bereit, das Programm zu verlängern.

2. **Engagement der Leitung:** Es waren die Direktionen der Suchthilfeinrichtungen, die den Anstoß für das Innovationsprogramm gaben. Sie verpflichteten sich damit zur Teilnahme und Bereitstellung von Personal und Mitteln. Der Umfang, die Größe, die Flexibilität

und die Tradition der einzelnen Einrichtungen waren sehr unterschiedlich, entsprechend unterschiedlich waren die Beiträge.

3. **Engagement der Mitarbeiter:** Vor allem die Fachkräfte in den Einrichtungen standen der Neuerung in Bezug auf die Verbesserung und Professionalisierung der Suchthilfe grundsätzlich positiv gegenüber. Erfahrungen aus der Praxis zeigten, dass die Bereitschaft zur Veränderung überraschend hoch war. Nach der Einführung einiger Manuale zeigte sich jedoch, dass die Manualtreue in Bezug auf einige der Interventionen nicht optimal war. Meist war der unzureichende Ausbildungsstand der Fachkräfte dafür der Grund.

4. **Kompetenzdefizite:** Ein hemmender Faktor bei der Einführung und Arbeit mit Manualen war der Mangel an therapeutischen Kompetenzen der Fachkräfte. Vor allem die Manuale der kognitiven Verhaltenstherapie erfordern, dass einzelne Komponenten und Techniken der Behandlung wie z. B. die Durchführung einer funktionalen Verhaltensanalyse, Verhaltensübungen, Rollenspiele, Desensibilisierungen und kognitive Umstrukturierungen, sowie die Planung von Aufgaben für die Zeit zwischen den Sitzungen systematisch, aber auch flexibel angewendet werden. In einer Studie zeigte sich, dass vor allem Sozialarbeiter und psychiatrische Krankenschwestern mehr Training, Begleitung und Supervision brauchten als erwartet. Langfristige on-the-job Trainings und andere Formen der Weiterbildung müssen sichergestellt sein.

5. **Beteiligung am Entwicklungsprozess:** Das Phänomen »not invented here« war oft ein hemmender Faktor. Aus früheren Projekten war bekannt, dass die Fachkräfte, die in der Suchthilfeinrichtung ein Manual entwickelt hatten, einen Vorsprung bei der Einführung des Manuals in der täglichen Arbeit hatten. Die Mitarbeiter waren motiviert und überzeugt von dessen Nutzen. Deshalb wurde in diesem Innovationsprogramm die Entwicklung einer Leitlinie oder eines Manuals von Anfang an unter direkter Beteiligung der Fachkräfte betrieben und auch getestet.

6. **Feedbacksysteme:** Viele Studien weisen daraufhin, dass die Rückmeldung der Ergebnisse der Behandlungen die Veränderungen und Innovationen in Einrichtungen entscheidend unterstützen und beschleunigen. So ein System war als zweite Zielsetzung in das Innovationsprogramm aufgenommen worden. Die Einführung eines Feedbacksystems ist eine weitgehende Neuerung in den Suchthilfeinrichtungen und stößt im Moment noch auf viele praktische und organisatorische Probleme.

7. **Mitsprache der Klienten:** Die in den Niederlanden gesetzlich verankerte Institution des Klientenrats hat in diesem Innovationsprogramm sowohl eine hemmende als auch eine fördernde Rolle gespielt. Die Konsultierung der Klientenvertreter hat oft zu Verzögerungen und auch zu neuen Diskussionen geführt, die nicht direkt im Zusammenhang mit der Innovation standen. Letztendlich jedoch ist die Zustimmung und das Engagement des Klientenrats ein wichtiger Impuls, um eine umfassende Veränderung der Suchthilfe herbeizuführen. Noch ist die Klienteneinbindung nicht groß, aber es ist zu erwarten, dass die Klienten in Zukunft im niederländischen Gesundheitssystem die Rolle eines echten Kunden und damit mehr Einfluss auf die Suchthilfe haben werden.

Aufbauend auf den Faktoren, die für die Innovationen im Gesundheitswesen wichtig sind, wurde auch im Rahmen des Projekts »Resultaten Scoren« eine erste Untersuchung durchgeführt (Oudejans, et al. in press; Dijk van, Visser, & Schippers, 2006). Die Ergebnisse zeigen, dass für die Innovationen der Suchthilfe und vor allem für das Feedbacksystem fördernde und hemmende Faktoren berücksichtigt werden müssen, um eine erfolgreiche und stabile Veränderung zu erreichen.

Schlussfolgerung

Die Innovation in der Suchthilfe der Niederlande war und ist ein radikales, ambitioniertes und komplexes Vorhaben (Berwick, 1996). Das Innovationsprogramm »Resultaten Scoren« kann als erfolgreich bezeichnet werden. Es gibt nur wenige vergleichbare Versuche,

in denen in einem großen Umfang die Suchthilfe so umfassend und grundlegend erneuert wurde. Das Institute of Medicine (1990) berichtet über einige Projekte in der Zeit von 1970 bis 1980, die vor allem in den USA und Kanada durchgeführt worden sind. Die Kernstücke dieser Innovationsprojekte waren ein zentrales Assessment, strukturierte Indikationsstellung und Zuweisung, Ergebnisorientierung und Feedbacksysteme. Diese Elemente waren auch die Grundlagen für das Innovationsprogramm der niederländischen Suchthilfe. In der Studie des Institute of Medicine »Bridging the gap between practice and research« (1998) wurde dieser Ansatz noch weiter geführt.

»Lessons learned« aus der niederländischen Erfahrung sind, dass eine fundamentale Erneuerung nicht geradlinig und unproblematisch verläuft, jedoch durchaus möglich ist. Die Evaluationsergebnisse dieser Erneuerung sind zwar ernüchternd, aber sie reflektieren die Praxis und bieten unzählige Möglichkeiten zur Verbesserung. Eine Innovation generiert zudem viele neue Einsichten in angrenzende Problemfelder sowie Aspekte für die Aus- und Weiterbildung. Letztendlich kann mit Grol und Grimshaw (1999) gefolgert werden, dass die Verbesserung der Suchthilfe erfolgreich sein wird, wenn die förderlichen Faktoren im Vergleich zu den hemmenden Faktoren ein deutliches Übergewicht haben.

Schlussfolgerungen für die Praxis

- Der niederländischen Suchthilfe ist es gelungen, sich zu einem modernen Suchthilfesystem zu entwickeln. Der Rückstand aus den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurde aufgeholt.
- Die Direktionen der Suchthilfeeinrichtungen waren die Leitfiguren und Träger für evidenzbasierte Interventionsprogramme und damit ein entscheidender Faktor.
- Hochmotiviertes modernes Fachpersonal hat eine Schlüsselfunk-

tion bei der Umsetzung von Leitlinien und Manualen in der Praxis.

- Die Zusammenarbeit von Universitäten und Suchthilfe ist eine Voraussetzung für erfolgreiche Innovationsprogramme.
- Ein Feedbacksystem ist ein entscheidender Baustein der Innovation der Suchthilfe und die Basis für strukturelle Innovationen.
- Ein Call-Center kann strukturell wichtige Informationen zur ständigen Verbesserung der Suchthilfe liefern.
- Das Suchthilfesystem kann sich zu einer »lernenden« Organisation entwickeln, die sich ständig verbessert.

Danksagung

Die Autoren danken allen Einrichtungen der Suchthilfe die an dem Innovationsprogramm »Resultaten Scoren« teilgenommen haben und damit die Grundlage gelegt haben für diese Publikation.

Das Projekt »Resultaten Scoren« wurde vom Gesundheitsministerium der Niederlande gefördert. Die Publikation ist unabhängig davon und ohne finanzielle Zuwendungen erstellt worden.

Deklaration möglicher Interessenkonflikte

Die Autoren haben keine Interessenkonflikte bezüglich der Erstellung der Publikation und anderer Tätigkeiten.

Literatur

- Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E., Oxman, A.D. & Thomson, M.A. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *British Medical Journal*, 317, 465–468.
- Berwick, D.M. (1996). A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal*, 312, 619–622.

Dijk van, A.A., Visser, G. & Schippers, G.M. (2006). *Is invoering ook uitvoering? Evaluatie van de implementatie van twee nieuwe methodieken in de verslavingszorg. Eindrapport ZonMw project.* (AIAR-reeks nr.10.). Amsterdam: Amsterdam Institute for Addiction Research.

GGZ Nederland. (1998). *Resultaten Scoren [To score results]*. Utrecht: Report GGZ-Nederland.

Grol, R. & Grimshaw, J. (1999). Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *Community Journal of Quality Improvement*, 25, 503–513.

Institute of Medicine. (1990). *Broadening the base of alcohol treatment*. Washington DC: National Academy Press.

Institute of Medicine. (1998). *Bridging the gap between practice and research*. Washington DC: National Academy Press.

Jansen, H. A. M. & Snoek, A. (2007). *Masterprotocol Resultaten Scoren (2nd revised Ed.)*. Amersfoort: GGZ-Nederland.

Merkx, M.J.M., Schippers, G.M., Koeter, M.J.W., Vuijk, P.J., Oudejans, S., DeVries, C.C.Q. & Brink, W. van den (2007). Allocation of substance use disorder patients to appropriate levels of care: Feasibility of matching guidelines in routine practice in dutch treatment centres. *Addiction*, 102, 466–474.

Miller W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Monti, P.M. (1989). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. New York: Guilford Press.

Mulder, E., Duimel, I. & Schippers, G.M. (2005). *Resultaten Scoren scoort Resultaten 2003–2005*. Utrecht: GGZ Nederland.

Nabitz, U. (2002). Development and use of an indicator system for an addiction treatment centre. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15, 49–58.

Nabitz, U., Schramade, M. & Schippers, G.M. (2006). Evaluating treatment process redesign by applying the EFQM Excellence Model. *International Journal of Quality in Health Care*, 18, 336–345.

Oudejans, S.C.C., Schippers, G.M., Merkx, M.J.M., Schramade, M.H., Koeter, M.W.J. & van den Brink, W. (2009a). Feasibility and validity of low-budget telephonic follow-up interviews in routine outcome monitoring of substance abuse treatment. *Addiction*, 104, 1138–1146.

- Oudejans, S.C.C., Nabitz, U.W. & Schippers, G.M. (in press). Bevorderende en belemmerende factoren bij Routine Outcome Monitoring (ROM) in de verslavingszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*.
- Oudejans, S., Schippers, G.M., Spits, M., & Feenstra, D. (2009b). *Benchmark leefstijltraining in de verslavingszorg (rapportage nr 6. Instroom januari 2007 – juli 2007) [Benchmark Life Style-Training in Substance Abuse Treatment. Report nr 6. Intakes Januari 2007 – July 2007]*. Amsterdam: AIAR.
- Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 573–579.
- Schippers, G.M., Schramade, M.S. & Walburg, J.A. (2002). Reforming Dutch substance abuse treatment services. *Addictive Behaviors*, 27, 995–1008.
- Spits, M. & Schippers, G.M. (2008). *Resultaten Scoren scoort Resultaten 2003–2008. 2*. Utrecht, GGZ Nederland.
- Stel van der, J. C. (1995). *Drinken drank en dronkenschap*. Dissertation. Universiteit van Utrecht.
- Stichting HKZ. (2002). *Certificatie Schema. Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg*. Utrecht: Stichting HKZ.
- Torrey, W.C., Drake, R.E., Dixon, L., Burns, B.J., Flynn, L., Rush A.J., Clark, R.E. & Klatzker, D. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 45–50.
- Walburg, J.A. (1998). *Bruggen bouwen. [Building bridges]*. Report. Amsterdam: Jellinek Centre.
- Wildt de, W.A.J.M. (2002). *Handleiding Trainer Leefstijltraining, Werkboek Trainer, Werkboek Klient*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Wildt de, W.A.J.M., Schramade M., Boonstra M., & Bachrach C. (2002). Intake Module. Indicietelling & trajecttoewijzing [Guideline for Intake, Triage and Patient Placement]. Utrecht: GGZ Nederland.
- Gerard Schippers**
 1947 geboren in Den Haag
 1973 Abschluss des Psychologiestudiums, Universität von Nimwegen
 1973 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Fachgruppe Klinische Psychologie, Universität Nimwegen, Schwerpunkt Krisenintervention, Sozial-epidemiologie und Prävention
 Abschluss des Studiums klinische Psychologie
 1981 Promotion
 1981 Dozent und Verhaltenstherapeut an der Fachgruppe Klinische Psychologie der der Universität von Nimwegen
 Seit 1999 Professor für Suchtverhalten und Behandlungsevaluierung Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR), Amsterdam
- Udo Nabitz**
 1953 geboren in Weida, Deutschland
 1982 Abschluss des Psychologiestudiums, Eberhard-Karls Universität, Tübingen
 1984 bis 1993 tätig als Psychologe im Jellinek Zentrum, Amsterdam
 1993 bis 2006 Senior Research Psychologist, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) und Promotion zum Thema Qualitätsmanagement
 Seit 2007 Senior Qualitätsreferent und Forscher bei Arkin Academy
- Wim Buisman**
 1950 geboren in Groningen
 1979 Abschluss des Studiums Psychologie und Internationale Beziehungen, Universität von Groningen
 1981 bis 1991 Psychologe und Forscher der Federation for Alcohol and Drugs
 1991 bis 1993 Leiter der Präventionsabteilung des Suchtzentrums Malie baan, Utrecht
 1993 bis 2007 Leiter des EATI – European Addiction Training Institute des Jellinek Zentrum, Amsterdam
 Seit 2008 Projektleiter Resultaten Scoren, GGZ Nederland, Amersfoort

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Gerard Schippers
 Amsterdam Institute for Addiction Research
 Academic Medical Center,
 University of Amsterdam
 Department of Psychiatry – PA 1.190
 PO Box 75867
 NL 1070 AW AMSTERDAM
 Tel: +31 24 322 54 24
 g.m.schippers@amc.uva.nl

Eingereicht: 16.01.2008
 Angenommen: 04.08.2009