

# Forschung und Entwicklung in der Alkoholismusbehandlung

Autor(en): **Sieber, Martin**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **28 (2002)**

Heft [1]

PDF erstellt am: **17.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800763>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Forschung und Entwicklung in der Alkoholismusbehandlung

Ob eine stationäre Behandlung von Alkoholismus den gewünschten Erfolg bringt, hängt von zahlreichen Faktoren ab; zudem ist es in der Regel nicht möglich, den späteren Verlauf des Alkoholkonsums oder Nichtkonsums kausal der therapeutischen Intervention zuzurechnen. Trotzdem lassen sich mit einer konsequenten Forschungstätigkeit Faktoren ergründen, welche die Wahrscheinlichkeit für den Erfolg oder Misserfolg einer Therapie beeinflussen.

MARTIN SIEBER\*

Die Frage nach dem Nutzen der stationären Therapie in der Forel Klinik war ausschlaggebend dafür, dass die Klinikleitung Ende der 80er-Jahre beschloss, eine Forschungsstelle für katamnestiche Untersuchungen einzurichten. Mittels Katamnesen, d.h.

Nachbefragungen von ehemaligen PatientInnen, sollte der Gesundheitszustand, die Lebenssituation und v.a. auch das Trinkverhalten nach der Entlassung ermittelt werden. Die Katamnesen bilden immer noch einen Forschungsschwerpunkt, es sind jedoch andere Projekte hinzugekommen, die überwiegend dem Bereich der Qualitätssicherung zugeordnet werden können.

## Ergebnisqualität (Outcome-Forschung): Nützt die stationäre Therapie?

Wir haben insgesamt 669 ehemalige PatientInnen nachuntersucht, 140 davon sind Frauen. Bevor wir Ergebnisse dieser Katamnese referieren, müssen wir darauf hinweisen, dass knapp die Hälfte der entlassenen Personen nicht einbezogen werden konnten. Auf das Problem der Stichprobenrepräsentativität sowie auf die Problematik der Verlässlichkeit der Konsumangaben kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden (näheres siehe Endnoten 4 und 12).

## Genereller Behandlungserfolg

Wenn wir nach dem Behandlungserfolg fragen, muss man bedenken, dass wir nicht direkt den Behandlungserfolg erfassen können, da ja verschiedenste Faktoren in der Zeit nach der Entlassung ebenfalls den Behandlungserfolg mitbestimmen. So kann z.B. ein sehr stützendes soziales Netz dazu beitragen, dass ein Rückschritt in eine erneute Abhängigkeit vermieden werden kann. Andererseits kann eine Mehrfachbelastung nach der Entlassung zu erneuten Rückfällen führen, ohne dass dies einer mangelhaften stationären Behandlung angelastet werden könnte. Zu den Ergebnisse: Die Totalabstinenz (Tab. 1) der insgesamt 669 Antworten-

den beträgt 39 Prozent, wobei zu beachten ist, dass eine recht lange Katamnese-dauer von durchschnittlich 26 Monaten vorliegt<sup>1</sup>. Addiert man die kontrolliert Trinkenden (5,8%) sowie Personen, die zur Zeit abstinent sind (13,2%), sowie die Gruppe der mäßig Trinkenden (27,2%), so kommt man auf einen Anteil von 85,5 % mit einem günstigen Konsumverlauf. Es verbleibt somit lediglich ein Anteil von 14,5 % mit starkem Konsum. Hier ist allerdings zu kritisieren, dass sich diese Angaben auf die kooperativen Personen beziehen, welche bei der Nachuntersuchung geantwortet haben. Wir müssen deshalb annehmen, dass der Anteil der Personen mit ungünstigem Verlauf etwas höher ist.

**TABELLE 1: ALKOHOLKONSUM ZUM ZEITPUNKT DER NACHBEFRAGUNG (N=669=100%)**

Totalabstinente	39 %
Zur Zeit abstinent (mind. 6 Mt.)	13.2 %
kontrolliert Trinkende	5.8 %
mässig Trinkende	27.5 %
starker Alkoholkonsum	14.5 %

## Verlaufsprädiktoren

Von besonderem Interesse ist sicher die Frage, welche Faktoren mit einem günstigen und welche mit einem ungünstigen Verlauf verbunden sind. (Günstiger Verlauf: nach der Entlassung Abstinenz oder nur geringfügiger Konsum; ungünstiger Verlauf: regelmässiger Alkoholkonsum oder kritische Konsumphasen). Zusammenfassend können die Ergebnisse wie folgt festgehalten werden<sup>2</sup>:

### Indikatoren, die mit günstigem Verlauf verbunden sind:

- bei Entlassung als Ziel die Abstinenz gewählt
- normaler Behandlungsabschluss in der Forel Klinik

\* Prof. Dr. phil. Martin Sieber, Leiter Forschung und Entwicklung, Forel Klinik, Tel. 052 369 11 11



- Behandlung in der Forel Klinik als persönlichen Erfolg beurteilt
- Berufsgruppen: Arbeiter, Handwerker, Vorarbeiter
- Ganztagsstelle
- verheiratet
- männlich

**Indikatoren, die mit einem ungünstigen Verlauf verbunden sind:**

- bei der Entlassung das kontrollierte Trinken gewählt
- Behandlung vorzeitig beendet und als keinen Erfolg bewertet
- früher bereits über 3 x in stationärer Behandlung gewesen
- Berufsgruppen: selbstständig erwerbend, Hilfsarbeiter, Hausfrau
- arbeitslos oder arbeitsunfähig
- Schulabschluss: Mittelschule/Technikum
- getrennt oder geschieden
- mehrmals mit dem Gesetz in Konflikt geraten

Bei diesen Verlaufsmerkmalen ist zu beachten, dass sie nicht in kausalem Sinne interpretiert werden sollen, sondern vorläufige Hinweise geben, welche Merkmale möglicherweise mit dem günstigen/ungünstigen Verlauf verbunden sind. Es bedarf einer genaueren Analyse, bevor wir hier von Risikofaktoren sprechen dürfen.

**Behandlungserfolg bei Männern und Frauen**

Es war für uns erstaunlich festzustellen, dass das Konsumverhalten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bei den Männern günstiger, im Sinne eines geringeren Alkoholkonsums resp. einer Abstinenz ausgefallen ist. Frauen zeigten in der Mehrheit der Erfolgskriterien ungünstigere Werte als Männer. Diese Unterschiede bestanden, obwohl sich die beiden Geschlechter bezüglich Alter, Zivilstand, Schulbildung, stationären Vorbehandlungen und Katamnesedauer nicht unterscheiden<sup>3</sup>. Eine kurze Zusammenfassung der Risiko- und Protektivfaktoren in Bezug auf das Geschlecht sieht wie folgt aus. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei diesen Risiko- und Schutzfaktoren um Faktoren handelt, von denen eine begründete Vermutung besteht, dass sie etwas mit dem späteren Konsumverlauf zu tun haben. Ein gesicherter Kausalzusammenhang ist nicht belegt, da andere Einflussfaktoren ebenfalls eine Rolle spielen. Bei der Interpretation ist dies zu berücksichtigen:

**Schutzfaktoren bei Frauen:**

- regelmässiger Austausch mit einer Vertrauensperson

- berufliche Wertschätzung
- Zufriedenheit in Partnerschaft
- ledig

**Risikofaktoren bei Frauen:**

- berufliche Belastung
- Kinder (Mehrfachbelastung)
- Scheidung

**Schutzfaktoren bei Männern:**

- Partnerschaft vorhanden
- Zufriedenheit in Partnerschaft
- mit Kindern zusammen wohnen
- berufliche Wertschätzung
- erhöhter Berufsstatus

**Risikofaktoren bei Männern:**

- Scheidung
- ledig

**Das «kontrollierte Trinken»**

Die Problematik des kontrollierten Trinkens sowie der Zusammenhang zum späteren Behandlungserfolg wurde ausführlich bearbeitet<sup>4</sup>. Aus den Ergebnissen der Katamnese an 669 Personen geht hervor, dass 5,8 Prozent zu den so genannt kontrolliert Trinkenden zugeordnet werden können, wobei eine eher strenge Definition des kontrollierten Trinkens verwendet wurde. Diese 5,8 Prozent liegen im Bereich der in der Literatur erwähnten Anteile von 2 bis 5 Prozent.



Ein ungünstiges Ergebnis fanden wir bei denjenigen PatientInnen, die am Ende der stationären Behandlung das kontrollierte Trinken als Zielvorgabe wählten. Nur ein Viertel aller Personen, die nach der Entlassung kontrolliert trinken wollten, erreichten dieses Ziel auch. Die Mehrzahl dieser Personen konnte das erwünschte kontrollierte Trinken nicht in die Praxis umsetzen.

### Therapeutische Prognose

Ein weiteres bemerkenswertes Ergebnis betrifft die therapeutische Prognose. Bei Austritt der PatientInnen wird u.a. die Prognose aus der Sicht der Therapeutin/des Therapeuten festgehalten. Diese Prognose korreliert signifikant mit dem späteren Behandlungserfolg<sup>5</sup>. Die recht gute Prognoseeinschätzung spricht dafür, dass die konzeptuellen Überlegungen der TherapeutInnen bezüglich eines positiven

Verlaufs in die richtige Richtung gehen, d.h. sie haben einen guten «Riecher» dafür, wie es nach der Entlassung weitergehen wird. Aber: Die gute Prognostizierbarkeit trifft jedoch nur für die Männer (v.a. der Abteilung Langzeittherapie) und nicht für die Frauen zu.

### PatientInnen-Zufriedenheit

Auch die PatientInnen haben zum Zeitpunkt der Entlassung eine Beurteilung abgegeben. Ihnen wurde folgende Frage gestellt: «Glauben sie, dass die Behandlung/der Aufenthalt in der Klinik für Sie persönlich ein Erfolg war?» Von der Gruppe mit der Antwort «sehr erfolgreich» blieben später 42 Prozent totalabstinent; in der Gruppe mit der Beurteilung «ziemlich oder nicht erfolgreich» nur 24 Prozent<sup>5</sup>. Dieses Ergebnis bestätigt andere Untersuchungen, wonach eine aus der Sicht der Betroffenen positive Beurteilung der

Behandlung mit einem später günstigen Verlauf in Zusammenhang steht. Dieser Befund ist bei beiden Geschlechtern aufgetreten, ferner auch bei den drei Abteilungen.

### Katamnese der Kurz- Mittel- und Langzeittherapie

Der Kostendruck im Gesundheitswesen betrifft auch die Suchttherapien; die Finanzierung der stationären Behandlung Alkoholabhängiger via Versicherungsträger ist schwieriger geworden. Dadurch wird der von den PatientInnen selbst zu bezahlende Differenzbetrag grösser, was die Nachfrage nach Kurztherapien erhöht. Die Einführung der Kurzzeittherapie im Jahr 1989 wurde nicht überall mit Begeisterung aufgenommen. So wurde u.a. bemängelt, dass eine so schwierige Störung wie Alkoholismus nicht in ein paar wenigen Wochen behandelt werden könne und dass man den

**TABELLE 2: TOTALABSTINENZRATE (%) BEI DEN DREI BEHANDLUNGSPROGRAMMEN KURZ-, MITTEL- UND LANGZEIT THERAPIE (K, M, L)**

	gesamt (N)	Männer	Frauen
Abteilung K:	34.0% (35/103)	38.6%	24.2%
Abteilung M:	31.8% (42/132)	35.2%	25.0%
Abteilung L:	41.0% (57/139)	41.0%	–

PatientInnen sowie den Versicherungsträgern falsche Hoffnungen mache. Mittels einer katamnesticen Untersuchung wurde 1997 erstmals der Frage nachgegangen, inwiefern sich das Abstinenzverhalten der PatientInnen dieser drei Therapieformen unterscheidet und ob der Behandlungserfolg bei der Kurzzeittherapie am schlechtesten ist.

### Welche Therapiedauer bringt für welche Zielgruppe den besten Erfolg?

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Zuordnungskriterien postulierten wir folgende Hypothesen zum Behandlungserfolg: Wir gingen davon aus, dass die beruflich und sozial am besten integrierten Patienten der Mittelzeittherapie (M) am meisten vom stationären Aufenthalt profitieren, weil die Behandlungsdauer immerhin drei Monate betrug und diese PatientInnengruppe (bei Eintritt) die günstigsten Ressourcen aufwies. Die Katamnesestichprobe umfasste 374 ehemalige PatientInnen der Forel Klinik, die durchschnittlich 31 Monate nach der Entlassung den zugestellten Fragebogen beantwortet hatten. Die Ausschöpfungsquote betrug 49,7 Prozent (näheres siehe<sup>6</sup>).

In Tabelle 2 sind die Totalabstinenzraten für die drei Behandlungsprogramme aufgeführt. Entgegen der Vermutung hatte die Abteilung M mit 31,8 Prozent nicht die höchste, sondern die tiefste Rate. Eine geschlechtergetrennte

Auswertung zeigte, dass dieses Ergebnis auch für die Männer zutrifft: Die Totalabstinenzrate betrug bei den Männern der Abteilung M lediglich 35,2% und steigt an auf 38,6% (Abteilung K) resp. 41,0 in der Abteilung L. Die tiefere Abstinenzrate bei den Frauen ist auch in der früheren Katamnese aufgetreten.

Inwiefern könnte das unerwartete Resultat ein Artefakt sein – zum Beispiel als Folge eines unterschiedlichen Anteils an Frauen in den Abteilungen K und M, oder als Resultat einer unterschiedlichen Antwortquote bei der katamnesticen Befragung? Die erste Überlegung ist nicht relevant, da die Frauenanteile ausgeglichen sind. Dagegen sind die Rücklaufquoten bei den drei Abteilungen unterschiedlich (Abt. K=58,2%; M=62,0%; L=41,0%).

Diese Unterschiede in der Antwortneigung führten zur Bildung einer korrigierten, konservativen Totalabstinenzrate, bei welcher die abteilungsspezifische Antwortquote mitberücksichtigt wurde. Die korrigierten, konservativen Abstinenzraten der drei Gruppen (Männer) wurden so berechnet, dass bei den drei Gruppen von einer gleich grossen Antwortquote ausgegangen wird.<sup>6</sup>

**TABELLE 3: KORRIGIERTE, KONSERVATIVE TOTALABSTINENZQUOTEN:**

	Männer:	Frauen:
Abteilung K:	23.8%	15.3%
Abteilung M:	21.4%	14.7%
Abteilung L:	23.9%	–

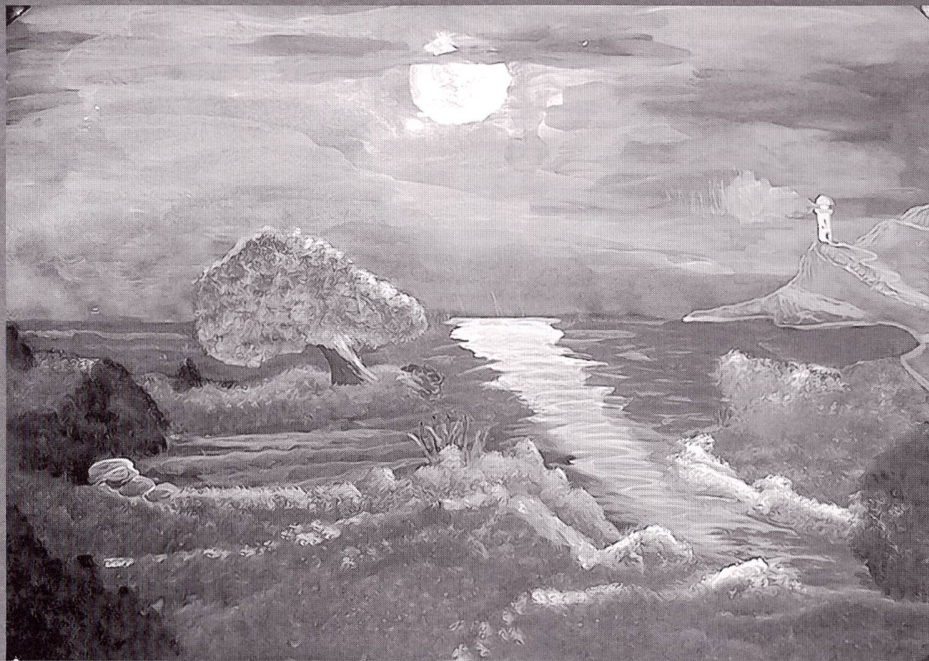
Damit erhalten wir bei dieser korrigierten, konservativen Total-Abstinenzrate nur noch geringfügige Unterschiede (Tab. 3). Obwohl zwischen den drei Behandlungsgruppen deutliche Unterschiede bezüglich der psychosozialen Situation bestanden, unterscheiden sich die Behandlungserfolge innerhalb der Geschlechter nicht wesentlich. Die Eingangs formulierte Hypothese kann nicht bestätigt werden, wonach die PatientInnen der Mittelzeittherapie am besten abschneiden. Ferner stellen wir fest, dass die PatientInnen der Abteilung K nicht die schlechtesten Ergebnisse aufweisen.

### Veränderungen der Erfolgsquoten

Warum haben die Mittelzeit-PatientInnen nicht wie erwartet die höchste Abstinenzrate? Beim Vergleich mit der früheren Katamnese fällt auf, dass die Abstinenzrate bei der vorliegenden Studie deutlich niedriger ist (Tabelle 4). Damals betrug die unkorrigierte Totalabstinenzrate für die Abteilung M 45,7 Prozent; bei der vorliegenden Studie liegt sie lediglich noch bei 31,8 Prozent. Bemerkenswert sind die gegenläufigen Verschiebungen in den beiden Abteilungen K und M: Bei der Abteilung K wird der Anteil um 10 Prozent verbessert, bei der Abteilung M sinkt er um 14 Prozent! (Die Katamnesedauer bei der ersten Katamnese beträgt lediglich 21 Monate, bei der vorliegenden jedoch 31 Monate, womit die insgesamt niedrigeren Anteile bei der zweiten Katamnese erklärbar werden.)

**TABELLE 4: TOTALABSTINENZRATEN BEI ZWEI KATAMNESEN (I UND II)**

Katamnese	1987-92	1992-95
Abteilung K	24.3%	34.0%
Abteilung M	45.7%	31.8%
Abteilung L	49.4%	41.0%



### **Arbeitslosigkeit als Einflussfaktor für den Therapieerfolg**

Die Suche nach einer Erklärung führt uns u.a. zu Veränderungen beim Arbeitslosenanteil: Damals (Katamnese I) waren in der Abteilung K 16.2 Prozent zum Zeitpunkt der Katamnese arbeitslos, in der jüngeren Katamnese II sind es nur noch 8.7 Prozent. Dagegen ist der Anteil in der Abteilung M von damals 6.0 Prozent auf nunmehr 12.1 Prozent angestiegen. Bei der Abteilung L ist der Anteil von damals 17.7 Prozent auf 11.5 Prozent gesunken. Die Arbeitslosenrate ist somit nur in der Abteilung M angestiegen, bei den anderen beiden Abteilungen jedoch gesunken. Daraus lässt sich die Vermutung ableiten, dass in der Abteilung M im Gegensatz zu früher (Katamnese I) vermehrt PatientInnen aufgenommen wurden, die beruflich in einer schwierigen Situation standen, und dass diese Entwicklung u.a. «zugunsten» der anderen beiden Abteilungen zustande kam.

Vergleichen wir nun noch die Arbeitslosenrate bei Klinikeintritt und zum Zeitpunkt der Katamnese der identischen Personen (Katamnese II). Bei

Eintritt betrug der Anteil für die Abteilung K 7.8 Prozent, für die Abteilung M 2.3 Prozent und für die Abteilung L 21.6 Prozent. Somit wurden in die Abteilung M damals beruflich überdurchschnittlich gut integrierte Personen aufgenommen. Zum Katamnesezeitpunkt hat sich in der Mittelzeitabteilung die Arbeitslosigkeit jedoch um das 5-fache erhöht (auf 12.1%), blieb in der Kurzzeitabteilung praktisch unverändert (8.7%) und ist in der Langzeitabteilung um 10 Prozent gesunken (auf 11.5%). Wir vermuten deshalb, dass in der Population der jüngeren Katamnese II für die Abteilung M damals beruflich gut integrierte Personen aufgenommen wurden, die aber ein erhöhtes Risiko für einen Stellenverlust aufwiesen. Dieser Effekt trifft für die Abteilung K nicht zu.

### **«Absaugeffekt» als Grund für Verschiebungen im Verhältnis von Therapiedauer und Therapieerfolg?**

Eine mögliche Erklärung dieser Befunde geht von einem «Absaugeffekt» aus, indem postuliert wird, dass mit dem

zunehmend begehrteten Angebot der Kurzzeittherapie die prognostisch «guten» PatientInnen in die Abteilung K aufgenommen («abgesaugt») wurden. Dadurch entstand ein Bedarf an PatientInnen für die Mittelzeittherapie, welcher mit prognostisch weniger günstigen PatientInnen kompensiert wurde. Deshalb erfolgte eine Verschlechterung der Katamneseergebnisse bei der Abteilung M und eine Verbesserung bei der K. Diese Interpretation würde bedeuten, dass mit der Einführung einer neuen Behandlungsform (Abteilung K seit 1989) negative Nebeneffekte auf bestehende Programme entstehen können, deren Ausmass nicht unterschätzt werden darf.

### **Die Wahl der Therapiedauer muss sich an der Situation der KlientInnen ausrichten**

Aus der vorliegenden Studie geht hervor, dass eine Kurzzeittherapie für eine bestimmte Personengruppe durchaus sinnvoll ist und im Vergleich zu längeren Behandlungen nicht zu einer schlechteren Erfolgsrate führt. Diese Therapieform ist für eine Teilgruppe der Alkoholabhängigen sinnvoll und

im Behandlungserfolg den anderen Therapieformen ebenbürtig. Dabei ist es wichtig, dass der richtigen Zuteilung ein genügend grosses Gewicht beigemessen wird. Personen mit verminderter Integration und wenig Ressourcen sind nicht einer Kurzzeittherapie zuzuweisen. Für die vorliegende PatientInnenpopulation kann die Zuordnung zu den drei Therapieprogrammen als ausgeglichen und sinnvoll bewertet werden.

Da der Behandlungserfolg bei den Kurzzeit-PatientInnen der vorliegenden Studie nicht schlechter ausgefallen ist als derjenige der Mittelzeit-PatientInnen, könnte man daraus ableiten, dass die Behandlungsdauer bei diesen PatientInnen verkürzt werden könnte. Dem muss aber entgegengehalten werden, dass zumindest die berufliche Situation bei dieser Gruppe ungünstiger ist als bei den KurzzeitpatientInnen, so dass hier eine länger dauernde Therapie indiziert ist.

Das Angebot einer Langzeitbehandlung bei der schwierigsten Patientengruppe (verminderte soziale und berufliche Integration, wenig Ressourcen) erscheint sinnvoll und sollte zeitlich nicht verkürzt werden.

## Andere Projekte

Neben der katamnesticchen Evaluierung des Therapieerfolgs (mit und ohne Bezug auf die Dauer der Therapie) werden in der Forel Klinik zahlreiche weitere Aspekte der Alkoholismusbehandlung ausgewertet. Einige dieser Projekte werden in diesem Heft ausführlich dargestellt. Der Vollständigkeit halber sollen diese Forschungsbereiche und die entsprechende Literatur an dieser Stelle kurz aufgeführt werden:

- Evaluation der Mal- und Gestaltungstherapie<sup>7</sup>
- Evaluation der Sport- und Bewegungstherapie<sup>8</sup>

- Unterschiede in der Klientel der Forel Klinik und der übrigen SAKRAM-Institutionen<sup>9</sup>
  - Werte und Zielsetzungen in der Suchtbehandlung<sup>10</sup>
  - Arbeitslosigkeit und Alkoholprobleme<sup>11</sup>
  - Lebensverhältnisse von Alkoholabhängigen nach einer stationären Behandlung<sup>12</sup>
  - Arbeiten im Bereich der Qualitätssicherung<sup>13,14,15</sup>
  - Zur Diagnostik kognitiver Beeinträchtigungen<sup>16</sup>
  - Beratung Alkoholabhängiger in der hausärztlichen Praxis<sup>17,18</sup>
  - Evaluationsstudie zur Prävention des Fötalen Alkoholsyndroms<sup>19</sup>
- Ferner besteht zur Zeit eine Mitarbeit bei folgenden Arbeitsgruppen: Arbeitsgruppe des BAG zur Qualitätssicherung (Projekt QuaTheDA<sup>20</sup>), Arbeitsgruppe des BAG zur Erstellung einer gemeinsamen Suchthilfestatistik (Projekt ActInfo<sup>21</sup>), Arbeitsgruppe der Zürcher Fachstellenkonferenz (Konzept zur Versorgung und Qualitätssicherung).

**forel** klinik

## Literatur

- <sup>1</sup> Sieber, M., 2000: Kontrolliertes Trinken nach stationärer Behandlung. Ergebnisse aus den Katamnesen der Forel Klinik. Bulletin Nr. 2/2000 der Forel Klinik: 45-50.
- <sup>2</sup> Sieber, M., 1999: Forschungsentwicklung. In: Jahresbericht der Forel Klinik 1999, Ellikon an der Thur, S. 12-15.
- <sup>3</sup> Sieber, M., 2001: Forschung und Entwicklung. In: Jahresbericht der Forel Klinik 2000, Ellikon an der Thur, (im Druck).
- <sup>4</sup> Christoffel, U., Sieber, M., Sondheimer, G., Meyer, T., 1999: Kontrolliertes Trinken nach stationärer Behandlung. Bulletin Nr. 2/1999 der Forel Klinik, Ellikon an der Thur.
- <sup>5</sup> Sieber, M., 1999: Forschungsentwicklung. In: Jahresbericht der Forel Klinik 1998, Ellikon an der Thur: 10-13.

- <sup>6</sup> Sieber, M., Christoffel, U. & Sondheimer, G., 1998: Katamnese der Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie bei PatientInnen der Forel Klinik. In: Fachverband Sucht e.V., Hrsg.): Suchttherapien unter Kostendruck. Geesthacht: Neuland, 1998: 324-329.
- <sup>7</sup> Christoffel, U.; Sieber, M.; Gartmann, J.; Griedler, I.; Sibrava, P.; Weber, W.; Zehnder, H.; Sondheimer, G.; Meyer, T., 2000: Beurteilung der Gestaltungstherapie durch stationär behandelte Alkoholabhängige. Bulletin Nr. 3/2000 der Forel Klinik: 3-36.
- <sup>8</sup> Bischoff, M.; Sieber, M.; Bucher, G.; Buttiger, S.; Meyer, T.; Richter, R.; Sondheimer, G.; Stähli, B., 2001: Die körperliche und sportmotorische Gesundheit bei stationär behandelten Alkoholabhängigen. Bulletin der Forel Klinik Nr. 1/2001. Ellikon an der Thur.
- <sup>9</sup> Sieber, M., 1999: Forschungsentwicklung. In: Jahresbericht der Forel Klinik 1999, Ellikon an der Thur: 12-15.
- <sup>10</sup> Sieber, M., Sondheimer, G., 1997: Werte und Zielsetzungen in der Suchtbehandlung. Bulletin Nr. 1/1997 der Forel Klinik. CH 8548 Ellikon an der Thur: 3-23.
- <sup>11</sup> Sieber, M., 1998: Arbeitslosigkeit und Alkoholprobleme: Fünf Belege für die Verknüpfung. Abhängigkeiten, 4 (3): 4-8.
- <sup>12</sup> Sieber, M., Baumann, E., Deinlein, W., Schiess, U., Sondheimer, G., 1996: Abstinenz und Lebensverhältnisse von Alkoholabhängigen: Eine Katamnese von PatientInnen der Forel Klinik. Abhängigkeiten, 2(3): 24-38.
- <sup>13</sup> Sieber, M., 1998: Überlegungen zur Qualitätssicherung. Bulletin der Forel Klinik Nr. 1/1998: Qualitätssicherung in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. CH 8548 Ellikon an der Thur: 5-14.
- <sup>14</sup> Sieber, M., Röteli, H., 1998: Grobindikatoren zur Leistungs- und Qualitätserfassung. Bulletin der Forel Klinik Nr. 1/1998: Qualitätssicherung in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. CH 8548 Ellikon an der Thur: 35-44.
- <sup>15</sup> Sieber, M., 1998: Dialog zwischen Behörden und Fachstellen. Bulletin der Forel Klinik Nr. 1/1998: Qualitätssicherung in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. CH 8548 Ellikon an der Thur: 29-34.
- <sup>16</sup> Sieber, M., 1998: Überlegungen zur Bedeutung und Diagnostik kognitiver Beeinträchtigungen. Bulletin der Forel Klinik Nr. 2/1998: Neuropsychologie und Alkoholismus. CH 8548 Ellikon an der Thur: 29-37.
- <sup>17</sup> Sieber, M., 1997: Die Beratung Alkoholabhängiger in der hausärztlichen Praxis. Conspectus, 1997, 5: 1-4.
- <sup>18</sup> Sieber, M., 1995: Gesprächsführung und Alkoholismus. Der informierte Arzt, 16: 672-680.
- <sup>19</sup> Morlang, S., Sieber, M., 2000: Das Ungeborene trinkt mit. Entwicklung und Evaluation eines Projektes zur Verhinderung des Fetales Alkoholsyndroms. Abhängigkeiten1/2000: 64-73.
- <sup>20</sup> <http://www.infoset.ch/inst/bag/quatheda/>
- <sup>21</sup> <http://www.act-info.ch>