

# **Ambulante Alkoholbehandlung im Verein Dialog**

**Eine explorative Untersuchung der ambulanten  
Behandlung von Menschen mit einer  
Alkoholkonsumstörung**

**Anna Bösch, Walter North, Karolina Parz, Lars Schäfer, Lisa  
Schindlauer, Susanne Stix, Julian Strizek, Alfred Uhl,  
Ursula Zeisel**

**Wien 2021**

**Gesundheit Österreich**  
Forschungs- und Planungs GmbH 

**dialog:**  
INDIVIDUELLE SUCHTHILFE

## Inhalt

1	Einleitung	7
2	Projektbeschreibung	10
2.1	Von „Alkohol 2020“ zu „Alkohol. Leben können.“ – ein integriertes Versorgungssystem für Menschen mit Alkoholkonsumstörungen	10
2.2	Implementierung der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen im Verein Dialog	11
2.3	Interner Forschungsprozess	12
2.3.1	Fokusgruppen und ihre Ergebnisse	12
2.3.2	Erstellung der Projektgruppe und Erarbeitung von Zielen der Erhebung	13
2.3.3	Datenbasis und Erstellung der verwendeten Fragebögen	14
2.3.4	Implementierung des Forschungsprojekts im Verein Dialog	15
3	Ergebnisse	17
3.1	Demografische Eckdaten der Stichprobe	18
3.1.1	Verteilung nach Alter und Geschlecht	18
3.1.2	Kurzbeschreibung der Klientel nach sozioökonomischen Variablen	19
3.2	Beschreibung der Stichprobe	20
3.2.1	Therapieziele (T1)	20
3.2.2	Behandlungsmotivation und Compliance (T2)	22
3.2.3	Beikonsum (T1)	23
3.2.4	Subjektiv erlebte negative Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche (T1)	24
3.2.5	Beginn des problematischen Konsums und vorherige Behandlungen (T1)	26
3.3	Beschreibung des Konsumverhaltens zu Behandlungsbeginn (T1)	27
3.3.1	Reduktion des Konsumverhaltens vor Behandlungsantritt	27
3.3.2	Anzahl der Konsumtage	29
3.3.3	Konsummenge an Wochentagen und Wochenendtagen	30
3.3.4	Alkoholkonsum tagsüber und direkt nach dem Aufstehen	33
3.3.5	Extreme Konsumphasen	34
3.3.6	Starke Rausche	36
3.4	Potentielle Problemindikatoren und deren Zusammenhang (T1)	38

3.5	Klassifikation der Klient_innen anhand einer hierarchischen Typendarstellung (T1)	42
3.7	Veränderungsmessung (T2)	45
3.7.1	Veränderung der Konsumindikatoren zwischen T1 und T2	45
3.7.2	Suchtverlagerung	47
3.7.3	Positive Veränderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen seit Therapiebeginn	48
4	Diskussion der Ergebnisse	51
5	Ausblick	57
6	Zusammenfassung	59
7	Literatur	63
8	Anhang	65

## Abbildungen

Abbildung 1: Verteilung der Stichprobe nach Alter und Geschlecht zu Erhebungszeitpunkt T1 (absolute Zahlen).....	19
Abbildung 2: Therapieziele zu Behandlungsbeginn (T1).....	21
Abbildung 3: Primäre Behandlungsmotivation und Beurteilung von drei Dimensionen von Compliance durch Betreuer_innen.....	23
Abbildung 4: Beikonsum anderer Substanzen zu Zeitpunkt T1.....	24
Abbildung 5: Subjektiv erlebte negative Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche nach Geschlecht.....	25
Abbildung 6: Verlaufskurve des Beginns des problematischen Konsums nach Geschlecht.....	26
Abbildung 7: Eigenständige Einschränkung des Konsumverhaltens vor Behandlungsantritt.....	28
Abbildung 8: Zeitpunkt der Konsumreduktion vor Behandlungsantritt.....	29
Abbildung 9: Anzahl an Konsumtagen in den letzten 30 Tagen (falls reduziert, Anzahl an Konsumtagen zum Zeitpunkt vor dieser Reduktion).....	30
Abbildung 10: Verteilung der Alkoholkonsummenge an Wochentagen und Wochenendtagen in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn.....	31
Abbildung 11: Konsum tagsüber und direkt nach dem Aufstehen.....	33
Abbildung 12: Durchschnittliche Konsummenge in Gramm Alkohol pro Tag für Personen, die üblicherweise bereits tagsüber trinken oder nicht.....	34
Abbildung 13: Dauer von extremen Konsumphasen.....	35
Abbildung 14: Frequenz von starken Rauschen in den letzten 30 Tagen.....	37
Abbildung 15: Durchschnittliche Konsummenge in Gramm Alkohol pro Tag nach Altersgruppen.....	37
Abbildung 16: Auffälligkeiten bei den vier für die Typenbildung relevanten Dimensionen.....	43
Abbildung 17: Hierarchisches Typenmodell mit 4 Ebenen.....	44
Abbildung 18: Veränderung des Konsumverhaltens anderer Substanzen bzw. der Nutzung von Glücksspiel und Gaming seit Behandlungsbeginn.....	48
Abbildung 19: Verbesserungen seit Therapiebeginn nach Geschlecht und im Vergleich zu den negativen Auswirkungen zu T1.....	50

## Tabellen

Tabelle 1: Abschlussstatus von Personen mit bzw. ohne Datenangaben für T2 .....	18
Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe in Hinblick auf Wohnsituation, Partnerschaft, Ausbildung und Einkommen.....	19
Tabelle 3: Verteilungsparameter der Konsummenge nach Geschlecht und Konsumtag (Angaben in Standardeinheiten) .....	32
Tabelle 4: Mittlere Anzahl, Länge und Konsumintensität während extremer Konsumphasen nach Geschlecht.....	36
Tabelle 5: Dimensionen zur Beschreibung der Charakteristik der Alkoholkonsumstörung .....	39
Tabelle 6: Zusammenhangsmaße (Odds-Ratio) zwischen unterschiedlichen potentiellen Problemindikatoren.....	40
Tabelle 7: Veränderungen zwischen T1 und T2 in Hinblick auf unterschiedliche Konsumdimensionen .....	45
Tabelle 8: Verhältnis von Mäßigung bzw. Intensivierung bei sechs Konsumdimensionen .....	47

## Abstract

Die ambulante Behandlung von Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung wurde im Verein Dialog im April 2016 im Rahmen des Projekts „Alkohol 2020“ (jetzt: „Alkohol. Leben können.“) begonnen, das zum Aufbau einer integrierten Versorgungsstruktur für Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung im gesamten Suchthilfenetzwerk in Wien etabliert wurde. Zuvor bereits existierende Behandlungserfahrungen im Verein Dialog stützten sich vornehmlich auf die Behandlung von Menschen mit illegalem Substanzkonsum, die zudem Alkohol konsumierten, weshalb davon ausgegangen wurde, dass diese Erfahrungen nicht direkt auf Personen mit einer primären Alkoholkonsumstörung übertragen werden können. Die vorliegende Untersuchung stellt somit den Versuch dar, die Personen, die eine ambulante Behandlung ihrer Alkoholkonsumstörung in Anspruch nehmen, deskriptiv zu erfassen, um so mehr Wissen über diese Personengruppe zu erlangen und zukünftige Angebote besser an die spezifischen Bedürfnisse und Bedarfslagen anpassen zu können. Die Darstellung von Veränderungen über einen Behandlungszeitraum von sechs Monaten trägt zudem zu einer ersten Einschätzung bei, welche Behandlungsfaktoren für die Veränderung des Konsumverhaltens und der Lebensqualität von Bedeutung sind.

Schlüsselwörter: ambulante Behandlung, Alkoholkonsumstörung, explorative Untersuchung, Lebensqualität

Out-patient treatment of people with alcohol use disorders (AUD) at Verein Dialog started in April 2016 as part of the project „Alkohol 2020“ (now: „Alkohol. Leben können.“). This project was initiated to implement an integrated care system for patients with AUD covering all addiction facilities in Vienna. Treatment of patients with AUD was assumed to differ substantially from treatment of patients with other addictive disorders, who used to be the only clients of Verein Dialog until now. The present survey therefore tries to descriptively characterize Verein Dialog's patients with AUD with the aim to better fit the needs and demands of patients with AUD in the long run. The longitudinal design of the study provides insights in determinants for changes in alcohol consumption and quality of life.

Keywords: out-patient treatment, alcohol consumption disorder, explorative analysis, life quality

## 1 Einleitung

Die Behandlung von Menschen mit Alkoholkonsumstörungen hat im Verein Dialog eine lange Tradition und ist vielen Wandlungen unterlegen. Bei den ursprünglichen Zielgruppen illegaler Substanzabhängiger kam und kommt es immer wieder zu einem Begleitkonsum von Alkohol, der sich bei einigen Klient\_innen auch in Form einer manifesten und behandlungsrelevanten Abhängigkeit präsentiert.

Als eigenständige Zielgruppe kamen Personen mit überwiegender Alkoholkonsumstörung erstmals im Rahmen des EU-Projektes Needles or Pins in den Verein. Auch in den Polizeianhaltezentren waren wir durch die Ausdehnung des Tätigkeitsbereiches immer öfter mit der Durchführung von „quasi ambulanten“ Alkoholentzügen in einem „stationären Setting“ beschäftigt. In den Polizeianhaltezentren sehen wir einerseits Aslywerber\_innen, die vor der Abschiebung stehen, andererseits Personen, die eine Verwaltungsstrafe „absitzen“. Darunter befinden sich viele Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, die von den Ärzt\_innen des Verein Dialog behandelt werden.

So haben wir über die Jahre zusehends Erfahrung gesammelt und Expertise entwickelt, obwohl es in den drei Ambulatorien des Verein Dialog bis dahin aufgrund fehlender Finanzierungsgrundlagen nicht möglich war, Menschen mit einer vorwiegend alkoholbezogenen Konsumproblematik zu betreuen.

Seit April 2016 nimmt der Verein Dialog am Projekt „Alkohol 2020“ (jetzt integriertes Angebot „Alkohol. Leben können.“) teil, das die Behandlung von Personen mit Alkoholkonsumstörungen in Wien auf neue Beine stellt.

Dieses Projekt wurde aufgrund der großen Anzahl von Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung sowie der relativ geringen Anzahl ambulanter Angebote in diesem Bereich von der Stadt Wien ins Leben gerufen. Zudem erreichten die damals vorhandenen Angebote nur einen kleinen Prozentsatz der Betroffenen. Im Sommer 2013 wurde im Rahmen der Landeszielsteuerung der Gesundheitsreform in Wien der Auftrag zur Erarbeitung eines Gesamtkonzeptes für die ambulante Behandlung von Menschen mit Alkoholkonsumstörungen erteilt. Das Projekt „Alkohol 2020“, die erste Kooperation von Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK, jetzt Österreichische Gesundheitskasse, ÖGK), Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und der Sucht- und Drogenkoordination der Stadt Wien (SDW), startete im Oktober 2014 mit einer ersten Pilotphase. Der Verein Dialog begann mit der Betreuung der ersten Klient\_innen im Zuge der Pilotphase II im Jahr 2016.

Die erste Phase der Implementierung des Projekts im Verein Dialog war anfänglich mit vielen Unsicherheiten und offenen Fragen in Bezug auf die Zielgruppe verbunden sowie mit der Annahme, dass sich Personen mit einer Alkoholkonsumstörung von Personen mit illegalen Substanzkonsumstörungen in einigen Punkten ganz wesentlich unterscheiden würden. Es stellte sich daher auch die Frage, wie das Angebot des Verein Dialog umgestaltet werden müsse, damit die neue Zielgruppe es auch annehmen und ein „konfliktfreies Nebeneinander“ von Personen mit Alkoholkonsumstörungen und Personen mit Konsumstörungen illegaler Substanzen möglich sein würde.

Um diese Fragen möglichst repräsentativ und umfassend beantworten zu können, wurde bald nach der Einführung der ambulanten Alkoholbehandlung im Verein Dialog von der Geschäftsführung die Idee ins Leben gerufen, mithilfe einer Dialog-internen Befragung mit wissenschaftlichen Methoden zu erheben, wer denn die Personen sind, die aufgrund einer Alkoholkonsumstörung in den Verein Dialog in Behandlung kommen, und anhand welcher Merkmale diese Zielgruppe am besten beschrieben werden könnte. Ziel dieser Untersuchung war in erster Linie eine deskriptive Darstellung der zugewiesenen Personen. Darüber hinaus sollte das Studiendesign mit zwei Messzeitpunkten eine Einschätzung darüber bieten, auf welche Weise sich das Konsumverhalten und die Lebensqualität im Laufe einer Behandlung beim Verein Dialog verändern. Eine tatsächliche Wirkungsmessung oder Evaluation unterschiedlicher Interventionen war von Beginn an ausdrücklich nicht Ziel der Erhebung.

Im Folgenden soll in einem ersten Teil zunächst genauer auf das Projekt „Alkohol 2020“ eingegangen werden, das mittlerweile zum Regelangebot „Alkohol. Leben können.“ der Gesundheitsversorgung in Wien geworden ist. Auch soll kurz auf die Organisation der Behandlungsabläufe eingegangen werden. Darauf folgend wird die Implementierung der ambulanten Alkoholbehandlung im Verein Dialog beschrieben, um dann auf den Ablauf des internen Forschungsprozesses genauer einzugehen. Dazu werden sowohl die Ergebnisse der internen Fokusgruppen als auch die für diesen Zweck entwickelten Fragebögen vorgestellt.

In einem zweiten, empirischen Teil wird zunächst auf die Auswertungsstrategien und die deskriptiven Ergebnisse sowie die sich daraus ergebenden „Typenbeschreibungen“ und Typendimensionen eingegangen. Es folgt eine Beschreibung der Operationalisierung der Veränderungsmessung sowie deren Ergebnisse. Einzelne Fallbeispiele sollen die Bandbreite der Personengruppen, die im Rahmen der ambulanten Alkoholbehandlung im Verein Dialog betreut werden, anschaulich machen.

Ergänzt wird die Interpretation der Ergebnisse durch eine kritische Reflexion der Limitationen und welche Schlussfolgerungen aufbauend auf den Daten zulässig sind.

Im letzten Teil soll ein Ausblick darauf gegeben werden, welche Schwerpunkte sich für die zukünftige Behandlung von Menschen mit Alkoholkonsumstörungen im Verein Dialog ergeben könnten, bevor die wichtigsten Erkenntnisse und Ergebnisse der internen Erhebung zusammengefasst werden.

Zuvor soll noch der Begriff der Alkoholkonsumstörung definiert werden, um eine gemeinsame Verständnisgrundlage zu etablieren und Missverständnissen über die befragte Stichprobe vorzubeugen:

Unter einer Alkoholkonsumstörung wird in der vorliegenden Untersuchung jede Art von Konsumproblematik im Zusammenhang mit Alkohol verstanden, die entweder für die betroffene Person oder deren Umfeld auf irgendeine Art und Weise problematisch ist. Es wird somit eine sehr weite Definition des Begriffs Alkoholkonsumstörung angewendet, die nicht beschränkt ist auf das Vollbild einer Abhängigkeitserkrankung. Das Spektrum reicht von problematischem Konsum geringer Mengen bis hin zum täglichen Konsum großer Alkoholmengen mit dem Vorliegen aller Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung nach ICD-10 oder DSM-5.

Diese sehr weite Definition soll in Anlehnung an das Leitbild von „Alkohol. Leben können.“ dazu beitragen, Behandlungsmöglichkeiten für möglichst viele Menschen anzubieten und das Bild der „klassischen Alkoholikerin“ bzw. des „klassischen Alkoholikers“ zu hinterfragen sowie einer neuen Lesart zuzuführen. Weder geht es dabei um eine Verharmlosung von körperlichen Abhängigkeiten von Alkohol, noch um eine Dramatisierung von problematischem Alkoholkonsum, sondern um eine Anerkennung des Umstandes, dass Behandlungen auch bei Personen, die nur geringe Mengen Alkohol, aber auf problematische Art und Weise konsumieren, indiziert sein können.

## 2 Projektbeschreibung

### 2.1 Von „Alkohol 2020“ zu „Alkohol. Leben können.“ – ein integriertes Versorgungssystem für Menschen mit Alkoholkonsumstörungen

Im historischen Rückblick auf die Behandlung von Menschen mit Alkoholkonsumstörungen in Österreich zeigt sich, dass es erst nach dem Ende des Ersten Weltkriegs zum Aufbau von spezifischen Behandlungssettings kam (Uhl et al., 2020). In den letzten annähernd 100 Jahren stand dabei zunächst die stationäre abstinentorientierte Therapie im Vordergrund. Die Abkehr von einer stark moralisierenden Haltung gegenüber Klient\_innen sowie die Erkenntnis, dass eine integrierte Versorgung notwendig ist, um in der Behandlungskette größere zeitliche Lücken zwischen verschiedenen Behandlungsangeboten zu verhindern, kennzeichnen die jüngere Entwicklung in der Behandlung von Menschen mit Alkoholkonsumstörungen. Im Zuge dessen hat sich auch die Bedeutung ambulanter Angebote stark verändert: Während diese früher oft nur als Vorbereitung oder Nachbetreuung von stationären Behandlungen angeboten wurden, werden diese heute als eigenständige integrierte Behandlungsformen gesehen.

Vor diesem Hintergrund kam es in Wien im Jahr 2013 zur Idee einer zentral gesteuerten und finanzierten sowie integrierten Versorgung von Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung, wobei 2014 ein Pilotprojekt unter dem Namen „Alkohol 2020“ gestartet wurde. Zielgruppe waren und sind dabei Menschen, die einen riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum aufweisen und diesbezüglich eine Behandlung in Anspruch nehmen wollen.

Die Besonderheiten dieses Projektes umfassen vor allem folgende Punkte:

- ♣ Es ist die erste Kooperation zwischen der Stadt Wien (SDW), der PVA sowie der WGKK (seit 2020: ÖGK), welche die Finanzierung für die integrierte Versorgung kostenträgerübergreifend und vertraglich geregelt zur Verfügung stellt.
- ♣ Beitritt der Sonderversicherungsträger zum Kooperationsvertrag (SVA, SVB, BVA, KFA, VAEB).
- ♣ Das Regionale Kompetenzzentrum (rKomZ) wurde als zentrale Anlaufstelle ins Leben gerufen, die anhand einer umfassenden Diagnostik und Abklärung für betroffene Personen die jeweils bestmöglichen Behandlungspläne erstellt, diese an geeignete Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialsystem zuweist und gleichzeitig als zentrale Schnittstelle für diese Einrichtungen dient, um eine bessere Vernetzung zu ermöglichen.

Durch den umfassenden Kooperationsvertrag der o.g. Institutionen und die zentrale Steuerung durch das rKomZ konnten neue Betreuungs- und Behandlungsangebote im ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich geschaffen werden, die für jede einzelne Person spezifisch aufeinander abgestimmt werden und deren gesellschaftliche Teilhabe verbessern sollen. Auch zeigt sich anhand der Vielfalt der Angebote eine ideologische Abkehr von einer rein abstinentorientierten hin zu einer (auch) akzeptanzorientierten Haltung der beteiligten Kostenträger und leistungserbringenden Einrichtungen.

Durch die starke Betonung der ambulanten Versorgungsstruktur werden die Wiener Krankenanstalten im Langzeitverlauf ganz wesentlich entlastet, wodurch Kapazitäten für zeitnah notwendige stationäre Aufnahmen frei werden. Daraus ergibt sich insgesamt nicht nur ein breiteres, sondern auch ein stärker am Bedarf und an den Bedürfnissen der betroffenen Personen

ausgerichtetes, flexibles Behandlungssystem. Nach der Durchführung von zwei Pilotphasen wurde das Projekt am 1. Jänner 2019 mit dem geänderten Namen „Alkohol. Leben können.“ in den Regelbetrieb übergeführt.

Der Verein Dialog versteht sich in diesem integrierten Versorgungssystem als Leistungserbringer mit Angeboten ausschließlich im ambulanten Bereich, die jedoch unterschiedlich ausgestaltet sind (vgl. Kap. 2.2). Ein wesentlicher Punkt, der anfänglich vom rKomZ entschieden wird, ist dabei die Frage nach der Intensität der jeweiligen Betreuung. Prinzipiell stehen vier Module mit unterschiedlichen Terminfrequenzen zur Verfügung:

- ein besonders intensives Modul mit zwei Terminen pro Woche (Modul ambulante Therapie – Intensität 1, Dauer: 3 Monate),
- ein Modul mit wöchentlichen Terminen (ambulante Therapie – Intensität 2, Dauer: 6 Monate),
- ein Modul mit 14-tägigen Terminen (ambulante Therapie – Intensität 3, Dauer: 1 Jahr) sowie
- ein weniger intensives Modul mit Terminen einmal im Monat (ambulante Therapie – Intensität 4, Dauer: 2 Jahre).

Im Verein Dialog stehen aufgrund der generellen Angebotsstruktur zahlenmäßig die Module mit Intensität 2 und Intensität 3 im Vordergrund.

## 2.2 Implementierung der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen im Verein Dialog

Aufgrund der Tradition, Klient\_innen dort abzuholen, wo sie gerade stehen, bieten wir auch dieser Zielgruppe ein breit gefächertes Spektrum an Angeboten zwischen Abstinenzorientierung und Konsumbegleitung inklusive Harm Reduction. Diese Angebote sind individuell auf den jeweiligen Verlauf der Alkoholkonsumstörung sowie bestehende Begleitumstände abgestimmt, wodurch sie sich in Dauer und Intensität deutlich unterscheiden können.

- ♣ Ambulanter Alkohol-Entzug: Nach umfassender Vorbereitung und bei guter Motivationslage der Klient\_innen führen wir unter international standardisierten Ein-/Ausschlusskriterien medikamentös und psychosozial begleitete ambulante Entzugsbehandlungen durch.
- ♣ Ambulante Trinkmengenreduktion: Eine Verringerung der Trinkmenge kann entweder ohne medikamentöse Unterstützung oder unter Zuhilfenahme von Anti-Craving-Substanzen (Cut-down-Drinking) durchgeführt werden. Eine weitere Möglichkeit ist das „kontrollierte Trinken“ (Körkel, 2002), das zur Erreichung eines individuell gesetzten Konsumziels mit einem genauen Konsumplan eingesetzt wird. Das Konzept kommt dabei vorrangig bei Klient\_innen zum Einsatz, deren Alkoholkonsum nicht wesentlich über der Gefährdungsgrenze liegt. Begleitende psychosoziale Betreuungsgespräche spielen bei allen genannten Angeboten eine wesentliche Rolle zur Reflexion, Zieldefinition und Aufrechterhaltung des gewünschten Konsumverhaltens.
- ♣ Abstinenzorientierte Betreuung (Entwöhnung): Neben der medizinischen Weiterbehandlung von bestehenden Begleiterkrankungen verfolgt diese Form der

Betreuung nach einem ambulanten oder stationären Alkoholentzug eine dauerhafte Absicherung und Stabilisierung in der Abstinenz.

Alle beschriebenen Angebote werden sowohl im Ambulanzbetrieb, wenn Klient\_innen die Einrichtung unangekündigt aufsuchen, als auch zu vereinbarten Terminen angeboten. Je nach spezifischem Verlauf der Alkoholerkrankung kann eine Behandlung beim Verein Dialog sowohl vor als auch nach einem stationären Aufenthalt begonnen werden.

Ebenfalls können während der ambulanten Behandlung in Krisenzeiten kurzfristige stationäre Aufnahmen in anderen Einrichtungen notwendig werden, wobei im Normalfall eine Rückkehr in das ambulante Setting des Vereins nach Abschluss der stationären Behandlung bereits mit eingeplant wird. Ähnlich der Arbeitsweise des Verein Dialog im illegalen Drogenbereich erfolgt die Behandlung und Betreuung durch die multiprofessionellen Teams aller Dialog-Standorte vorwiegend im Einzelsetting. Dieses Angebot wird aber auch durch Gruppenangebote ergänzt.

## 2.3 Interner Forschungsprozess

Das Abweichen vom traditionellen Abstinenzparadigma im Alkoholbereich trägt ganz wesentlich zur Ausweitung der zu behandelnden Zielgruppe bei. Grundlegendes Ziel der zuweisenden Stelle (rKomZ) ist dabei, Personen mit einer Alkoholkonsumstörung möglichst frühzeitig und niederschwellig einer Behandlung zuzuführen, weshalb das rKomZ eine weite Definition von Behandlungswürdigkeit anwendet (Personen mit sehr geringem subjektiven Leidensdruck vs. Personen mit hohem subjektiven Leidensdruck werden zugewiesen). Gleichzeitig spielt das Profil des Verein Dialog mit seiner Ausrichtung auf Harm Reduction eine wesentliche Rolle dafür, dass vermehrt auch Klient\_innen durch das rKomZ zugewiesen werden, die keine oder noch keine Alkoholabstinenz anstreben. Insgesamt haben erste Erfahrungswerte gezeigt, dass Klient\_innen des Verein Dialog im Rahmen von „Alkohol. Leben können.“ eine recht große Bandbreite hinsichtlich Therapieziel, Therapiemotivation, Konsumverhalten etc. abdecken.

### 2.3.1 Fokusgruppen und ihre Ergebnisse

Von Mai bis September 2017 fanden im Verein Dialog drei von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) moderierte Fokusgruppen statt. Mitarbeiter\_innen des Verein Dialog aus verschiedenen Berufsgruppen (Ärzt\_innen, Psycholog\_innen, und Sozialarbeiter\_innen) und von unterschiedlichen Standorten nahmen daran teil. Ziel war es, Erfahrungen und Konzepte zu diskutieren, die dazu geeignet sind, Typen von Klient\_innen zu beschreiben, die im Rahmen von „Alkohol. Leben können.“ an den Standorten des Verein Dialog betreut werden.

Die Fokusgruppen verdeutlichten ein in vielfacher Hinsicht sehr heterogenes Bild dieser Klient\_innengruppe. Auf ausgewählte Diskussionspunkte der Fokusgruppen soll im Folgenden näher eingegangen werden.

*Allgemeine Anregungen zur Typologie von Klient\_innen:*

Als relevante Dimensionen zur Unterscheidung von Klient\_innen wurden im Laufe der Diskussion folgende Punkte genannt: Therapieziel (z. B. Abstinenz, Konsumreduktion, kontrolliertes Trinken), Konsumverhalten (Frequenz, Menge, Muster), Therapiemotivation (selbst- oder fremdmotiviert),

soziale Situation, wobei eine dimensionale Beschreibung gegenüber einer typologischen Einordnung als sinnvoller erachtet wurde. Bezüglich einer Übertragbarkeit respektive Nicht-Übertragbarkeit der Beschreibungsdimensionen auf Klient\_innen sollte beachtet werden, dass ein Großteil der Erfahrungen auf der Betreuung von Männern basiert.

#### *Merkmale des Konsumverhaltens*

Abgesehen von Menge und Frequenz wurden als weitere relevante Merkmale zur Beschreibung des Konsumverhaltens der Tagesablauf (Zeitpunkt des Trinkbeginns), das Vorhandensein von Entzugserscheinungen, die Getränkeart (hoch- vs. niedrigprozentige alkoholische Getränke), das Konsummotiv (z. B. „Funktionieren-Können“, Beruhigung, Selbstmedikation), das Vorhandensein von extremen Konsumphasen mit schweren Rauschen und das Konsumsetting genannt.

#### *Bedeutung von Komorbiditäten und Beikonsum*

Bei einem großen Prozentsatz der Klient\_innen bestehen neben der Suchterkrankung auch eine oder mehrere weitere somatische sowie psychische Erkrankungen (z. B. soziale Phobie, Angststörung, Depression etc.). Bei Menschen mit langjährigem Alkoholkonsum ist oft kaum zu unterscheiden, was ein primäres psychisches oder somatisches Problem ist und welche organischen Beeinträchtigungen sekundär durch den langjährigen Konsum bedingt sind. Weiters sind akute (v.a. somatische) Folgen des Konsums, der regelmäßige Konsum anderer legaler und illegaler Substanzen (Beikonsum) sowie Multimorbidität vor allem bei Klient\_innen höheren Alters mit schweren somatischen Beeinträchtigungen wichtige Kriterien für deren Kategorisierung.

### 2.3.2 Erstellung der Projektgruppe und Erarbeitung von Zielen der Erhebung

Im Anschluss an die Fokusgruppen, die unter breiter Beteiligung vieler Mitarbeiter\_innen stattgefunden haben, sollte in einem nächsten Schritt eine kleinere interne Projektgruppe zusammengestellt werden, um dort alle inhaltlichen Entscheidungen zu treffen und gemeinsam die Erhebungsmodalitäten zu erarbeiten. Die Projektgruppe sollte dabei aus Mitarbeiter\_innen unterschiedlicher Professionen und aller Dialog-Standorte bestehen, um die Behandlungs- und Betreuungsrealitäten bestmöglich abbilden zu können und an jedem Standort des Verein Dialog eine direkte Ansprechperson für die Projektleiterin zu haben. Die Befragung wollten wir selbst und nicht extern begleitet durchführen, also persönlich durch Mitarbeiter\_innen des Vereins. Das Datenteam unterstützte die Datenverarbeitung. Zwei externe Mitarbeiter der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) waren beratend am gesamten Projektprozess beteiligt und maßgeblich in Datenauswertung und Berichtlegung involviert.

Ausgehend von den Ergebnissen der internen Fokusgruppen wurden dann in der internen Projektgruppe in mehreren Diskussionsrunden die gewünschten Ziele der Erhebung diskutiert. Folgende Ziele konnten schließlich festgelegt werden:

- ♣ Explorative Untersuchung und deskriptive Darstellung der Klient\_innengruppen, die im Rahmen des Projekts „Alkohol 2020“ bzw. „Alkohol. Leben können.“ dem Verein Dialog zugewiesen werden; Darstellung ihrer Heterogenität in Bezug auf Trinkverhalten,

biographische und sozioökonomische Faktoren, Arbeitsfähigkeit, Konsum illegaler Substanzen, Zusatzdiagnosen etc.;

- d. Beschreibung der Angebote im Verein Dialog und Beschreibung einer Veränderung im Trinkverhalten der Klient\_innen zwischen den Erhebungszeitpunkten. Auf Basis von fachlichen Standards wurden in den Standorten des Verein Dialog unterschiedliche Angebote entwickelt, die an die jeweiligen Schwerpunkte und Zielgruppen angepasst wurden. Da zudem die Behandlungspläne auf die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der Klient\_innen abgestimmt wurden, fällt ein strukturierter Vergleich schwer. Auch muss eine Veränderung im Trinkverhalten nicht unbedingt mit einem vor Therapiebeginn festgelegten Therapieziel deckungsgleich sein, weshalb von einer klassischen Outcome-Analyse abgesehen wurde;
- d. Verwendung der Ergebnisse der vorliegenden Erhebung zur Entwicklung neuer Angebote im Verein Dialog in der Zukunft, um möglichst viele Klient\_innen bei der Erhöhung ihrer Lebensqualität zu unterstützen.

### 2.3.3 Datenbasis und Erstellung der verwendeten Fragebögen

Basierend auf den Ergebnissen der Fokusgruppen und der festgehaltenen Ziele wurde deutlich, dass ein Großteil der Fragestellungen eine Datenerhebung mittels eigens konzipierter Fragebögen erfordert. Für einen Teil der Fragestellungen konnte allerdings auf bestehende Daten aus der Routinedokumentation zurückgegriffen werden. Die Datenbasis sollte letztendlich folgenden Bedingungen genügen:

- d. Möglichkeit einer detaillierten quantitativen Analyse der jeweiligen Trinkmengen und –muster sowie konsumbezogener Variablen;
- d. Möglichkeit der Analyse von sozioökonomischen Informationen aus dem internen Dokumentationssystem dialog:easy (d:easy);
- d. Berücksichtigung von zwei Erhebungszeitpunkten, um Veränderungen über einen bestimmten Zeitraum erfassen zu können.

Für die Erhebung der Trinkmenge und –muster wurde anstelle bestehender Erhebungsverfahren und Screening-Tools (z. B. AUDIT C) eine sehr detaillierte Erfassung des Alkoholkonsums gewählt, die auf den Ergebnissen der Diskussionen in den Fokusgruppen basiert (s. Anhang). Daten, die aus d:easy zur Verfügung standen, umfassen u.a. den Wohnstatus (gesichert/ungesichert), Familienstand/Partnerschaft, Ausbildungsstand, Erwerbstätigkeit/Einkommenssituation sowie das Vorhandensein von komorbiden Diagnosen (inkl. Beikonsum anderer Substanzen).

Bezüglich der Anzahl der Erhebungszeitpunkte einigte sich die Projektgruppe auf zwei Erhebungszeitpunkte: einen ersten Erhebungszeitpunkt (T1) zu Beginn der Behandlung (idealtypisch der erste Termin mit der Mitarbeiter\_in, die die Behandlung durchführt), um möglichst viele zugewiesene Klient\_innen in die Baseline-Stichprobe integrieren zu können; sowie einen zweiten Erhebungszeitpunkt (T2) jeweils sechs Monate nach Behandlungsbeginn. Eine Durchführung von T2 zu einem früheren Zeitpunkt wurde nach einiger Diskussion verworfen, um den Klient\_innen ausreichend Zeit zu geben, Veränderungsmotivation aufzubauen und tatsächliche Veränderungen auch umzusetzen. Zudem lag die Erfahrung vor, dass Klient\_innen oft bis zu drei Monate brauchen, um in der Behandlungsbeziehung überhaupt „anzukommen“.

Da qualitative Aspekte bereits durch die Fokusgruppen abgedeckt waren und der Fokus der Klient\_innenbefragung auf quantitativen Aspekten lag, setzt sich der Fragebogen größtenteils aus geschlossenen Fragen zusammen. Lediglich die Veränderungsmotivation, das durch die Behandlung angestrebte Ziel zum Zeitpunkt T1 sowie eine mögliche Zieländerung zum Zeitpunkt T2 wurden mittels offener Fragen erhoben.

Die Fragebögen, die im Folgenden nach dem Zeitpunkt der Befragung jeweils mit T1 und T2 bezeichnet werden sollen, wurden bis Juli 2017 fertiggestellt. Ab dem Stichtag 01.07.2017 sollte die Erhebung bei allen vom rKomZ neu zugebuchten Klient\_innen durchgeführt werden. Ziel war es, mindestens 200 Klient\_innen zu T1 und mindestens 100 Klient\_innen zu T2 zu befragen, um eine ausreichend aussagekräftige Stichprobe zu erhalten. Da weniger Klient\_innen als ursprünglich erwartet teilgenommen haben (s. Punkt 3), musste der Erhebungszeitraum, der zunächst für eineinhalb Jahre angesetzt war, mehrfach angepasst werden. Schließlich wurden Klient\_innen bis zum 30.09.2019 in die Studie aufgenommen.

#### 2.3.4 Implementierung des Forschungsprojekts im Verein Dialog

Im Verein Dialog gibt es im normalen Arbeitsalltag so viele Anforderungen an die Mitarbeiter\_innen, dass jede zusätzliche Aufgabe enormes Engagement aller Beteiligten benötigt, um sie in den normalen Ablauf integrieren zu können. Als die interne Entscheidung auf Leitungsebene fiel, eine eigene Erhebung für die neue Zielgruppe der Personen mit Alkoholkonsumstörungen durchzuführen, mussten daher klare Regeln und Kommunikationsstrukturen erarbeitet werden. Bereits während der Phase der internen Fokusgruppen sowie der Erstellung der Fragebögen wurden die Teams von der Projektleiterin regelmäßig über den aktuellen Stand der Dinge informiert, meist in Form von Artikeln auf der internen Kommunikationsplattform „Dialog inside“.

Neue Literatur zum Thema Alkoholabhängigkeit wurde für die interne Bibliothek, die allen Mitarbeiter\_innen zugänglich ist, angeschafft und bekannt gemacht. Interne Weiterbildungen zum Thema Alkoholkonsumstörungen (z. B. „Gesundheitliche Aspekte bei Alkoholkrankungen“ oder „Wer trinkt wie? – Alkoholkonsum und Diversity“) sowie die Teilnahme des Verein Dialog an der österreichweiten „Dialogwoche Alkohol“ von 20.05. bis 26.05.2019 bildeten während des Projektzeitraumes das Begleitprogramm für die Mitarbeiter\_innen. Im Vorfeld der Befragung gab es zudem ausführliche Informationen über Zielsetzung und Ablauf der internen Erhebung in allen Teambesprechungen der verschiedenen Standorte des Verein Dialog.

Ab dem 01.07.2017, dem Stichtag für den Beginn der Befragung, spielten für die Kommunikation vor allem jene Kolleg\_innen eine wesentliche Rolle, die als Ansprechpersonen an den verschiedenen Standorten des Verein Dialog tätig waren. Pro Standort gab es eine Kolleg\_in, die auch Teil der Projektgruppe war und so als Schnittstelle zwischen Projektleiterin und Standort fungierte. Diese Kolleg\_innen berichteten in den Teambesprechungen ihrer Standorte über die Erhebung, um das Thema am Laufen zu halten und regelmäßig auf die Befragung aufmerksam zu machen. Zudem sollten die Ansprechpersonen auch konsequent darauf achten, ob Fragebögen vergeben wurden. Rückblickend wurde vor allem das „Präsent-Halten“ der Erhebung über einen so langen Zeitraum als Herausforderung erlebt: Eine Vorgangsweise, die notwendig war, um die projektierte Stichprobengröße zu erreichen. Die Ansprechpersonen in den verschiedenen Standorten sorgten zudem dafür, dass stets ausreichend leere Fragebögen vor Ort vorhanden

waren, und schickten die bereits ausgefüllten Fragebögen per Hauspost weiter, damit diese auch sicher bei der Auswertung berücksichtigt werden konnten.

Zusätzlich erinnerte die Projektleitung alle Kolleg\_innen immer wieder mittels personalisierter E-Mails daran, allen Klient\_innen, die für die Erhebung infrage kamen, den Fragebogen zum Ausfüllen vorzulegen. Im Projektzeitraum wurden ca. 700 dieser E-Mails verschickt. Nebenbei kamen der Projektleitung die wichtigen Aufgaben zu, die organisatorische Liste zu pflegen, alle Beteiligten zu koordinieren, die Besprechungen nicht nur zu moderieren und zu leiten, sondern auch vor- und nachzubereiten und die Ergebnisse daraus zu sichern.

Trotz eines Wechsels der Projektleitung mitten im Projektzeitraum – im Frühjahr 2019 – gelang die Durchführung sehr gut und ohne gravierende Probleme. Das Ergebnis spricht für sich: 234 Fragebögen T1, die im Rahmen der Betreuung innerhalb der ersten drei Gespräche ausgefüllt wurden, und 102 Fragebögen T2, die nach sechsmonatiger Betreuung ausgefüllt wurden, konnten zur Auswertung und Ergebnissicherung herangezogen werden.

### 3 Ergebnisse

Sämtliche Angaben in diesem Bericht beziehen sich ausschließlich auf Personen, die im Rahmen von „Alkohol. Leben können.“ zur Behandlung dem Verein Dialog zugebucht wurden.

Die vorliegenden Ergebnisse speisen sich aus mehreren Datenquellen. Im Rahmen des Projektes wurden Daten von Klient\_innen des Verein Dialog zu Behandlungsbeginn (Zeitpunkt T1) sowie sechs Monate danach (Zeitpunkt T2) erhoben, wobei jeweils ein Teil der Daten mittels Selbstausfüller und ein Teil der Daten unter Mithilfe einer Mitarbeiter\_in des Verein Dialog erhoben wurde. Diese beiden Datenquellen wurden über eine anonymisierte Klient\_innen-ID miteinander verknüpft. Zusätzlich wurden Daten für alle Studienteilnehmer\_innen aus dem Dokumentationssystem d:easy ergänzt.

Wie bereits zuvor erwähnt, sollten prinzipiell alle über das Projekt „Alkohol. Leben können.“ vom rKomZ zum Verein Dialog zugebuchten Klient\_innen in die Erhebung mit einbezogen werden. Im Erhebungszeitraum von 01.07.2017 bis 30.09.2019 waren dies insgesamt 497 Personen. Von diesen füllten zum Zeitpunkt 1 (T1) aus unterschiedlichen Gründen nur 233 Personen den Fragebogen aus und wurden so Bestandteil der Stichprobe.

Die Frage, warum mehr als die Hälfte der zugebuchten Klient\_innen nicht Teil der Stichprobe sind, kann nach genauerer Analyse der Daten wie folgt beantwortet werden: Von der offiziellen Zubuchung bis zum ersten Termin mit den zuständigen Behandler\_Innen vergehen oft mehrere Wochen, wobei ca. 40 Klient\_innen mit einer Zubuchung gegen Ende des Erhebungszeitraumes erst nach dem 30.09.2019 die Behandlung aufnahmen und so nicht mehr an der Erhebung teilnehmen konnten. Zudem konnte der Fragebogen oft nicht beim ersten Termin, sondern erst beim zweiten oder dritten Termin ausgefüllt werden. Innerhalb der ersten drei Behandlungstermine konnten allerdings besonders viele Behandlungsabbrüche von Seiten der Klient\_innen beobachtet werden und ein Teil wurde in dieser Phase entweder aufgrund der Alkoholkonsumstörung oder aufgrund anderer somatischer oder psychischer Probleme zu einer stationären Behandlung weitervermittelt, wodurch sich die Zahl der Klient\_innen, die es letztlich in die Stichprobe schafften, noch weiter verringerte. Folgende Beispiele illustrieren darüber hinaus weitere Gründe dafür, warum einzelne Personen nicht in die Stichprobe aufgenommen werden konnten: komplexe Traumafolgestörungen, kognitive Beeinträchtigungen oder akute psychotische Zustände, das Ableben der zugebuchten Personen, Abschiebungen im Rahmen des Asylverfahrens sowie der Wechsel in eine Tagesklinik. Des Weiteren ist in diesem Zusammenhang zu beachten, dass die oftmals längere Zeitspanne vom ersten Gespräch im rKomZ bis zum ersten Termin im Verein Dialog dazu führt, dass manche Klient\_innen gar nicht mehr zum Erstgespräch im Verein Dialog erscheinen. Welche Faktoren im Einzelfall jeweils ausschlaggebend waren, konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht immer eindeutig geklärt werden. Anzunehmen ist jedoch, dass die existierenden Zugangsmodalitäten bei vielen Klient\_innen, die nur niederschwellige Angebote in Anspruch nehmen (können), zu einem Einbruch der Behandlungsmotivation führen.

Von den 233 Personen, die Angaben zu T1 gemacht haben, sind für 102 Personen auch Angaben zu T2 vorhanden. Die Zeile „T2 nicht vorhanden“ in Tabelle 1 verdeutlicht, dass dieser Schwund durch zwei Gruppen von Klient\_innen zu erklären ist: Eine Gruppe bilden jene Personen, die sich am Ende des Beobachtungszeitraums nach wie vor in Behandlung befanden (s. erste Spalte in Tabelle 1) und bei denen die Einhaltung des Mindestabstandes von T1 zu T2 nicht mehr möglich

war (20 % des Samples bzw. 46 Personen). Die zweite Gruppe bilden jene Personen, die sich zu T2 nicht mehr in Behandlung befanden, weil sie diese entweder bereits abgeschlossen oder abgebrochen hatten (37 % bzw. 85 Personen). Die Kategorie „Abbruch durch Unmöglichkeit“ betrifft jene Personen, die verstorben sind, in Haft gekommen sind oder einen stationären Aufenthalt begonnen haben. Bei der ersten Gruppe ist nicht davon auszugehen, dass dieser Ausfall eine systematische und inhaltliche Verzerrung der Stichprobe zur Folge hat, da diese Personen schlicht und einfach „zu spät“ gekommen sind. Bei der zweiten Gruppe ist hingegen die Annahme gerechtfertigt, dass die Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an T2 auf Basis einer inhaltlichen Selektion passiert ist. Ein Indiz dafür ist, dass unter jenen Personen, die T2 nicht ausgefüllt haben und die sich nicht mehr in Behandlung befinden, der Anteil der „Abbrüche durch Klient\_in“ deutlich höher ist als bei jener Gruppe, für die auch T2 vorhanden ist. Abgesehen davon befindet sich auch bei jenen Personen, für die Daten zu T1 und zu T2 vorhanden sind, nach dem Ende des Erhebungszeitraumes der Großteil weiterhin in Behandlung.

*Tabelle 1: Abschlussstatus von Personen mit bzw. ohne Datenangaben für T2*

	kein Abschluss/noch in Behandlung	Abbruch durch Einrichtung	Abbruch durch Klient_in	Abbruch wegen Unmöglichkeit	Abschluss	
T2 nicht vorhanden	46	2	60	4	19	131
	20 %	1 %	26 %	2 %	8 %	
T2 vorhanden	56	1	23	2	20	102
	24 %	0 %	10 %	1 %	9 %	
	102	3	83	6	39	233

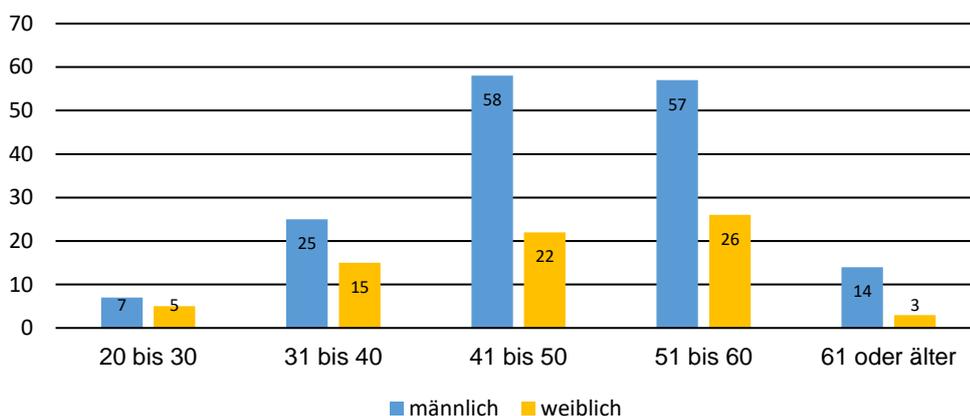
### 3.1 Demografische Eckdaten der Stichprobe

#### 3.1.1 Verteilung nach Alter und Geschlecht

Von den 233 Personen mit Angaben zu T1 sind knapp 70 Prozent männlich und knapp 30 Prozent weiblich (vgl. Abbildung 1). Sowohl bei Männern als auch bei Frauen fällt der größte Anteil der befragten Personen in die Altersgruppe der 41- bis 50-Jährigen bzw. in die Gruppe der 51- bis 60-Jährigen (jeweils ca. 70 % aller Frauen bzw. aller Männer). Personen unter 30 Jahren bzw. über 60 Jahren machen einen vergleichsweise geringen Anteil der Klientel aus, wobei ältere männliche Klienten (im Sinne von über 60 Jahren) häufiger vorkommen als entsprechende weibliche Klientinnen. Das Durchschnittsalter unterscheidet sich nur minimal zwischen Männern und Frauen und liegt bei 48 Jahren (Männer) bzw. 47 Jahren (Frauen).

Ein Vergleich mit Wiener Patient\_innen, die im Jahr 2018 wegen Alkoholabhängigkeit stationär behandelt wurden (vgl. BMASGK, 2019), ergibt für die vorliegende Stichprobe einen ähnlich hohen Anteil an männlichen Klienten (stationärer Bereich: 69 %, vorliegende Stichprobe: 70 %) aber einen deutlich geringeren Anteil an Personen aus der Altersgruppe der 60-Jährigen oder Älteren (stationärer Bereich: 15 %, vorliegende Stichprobe: 7 %).

Abbildung 1: Verteilung der Stichprobe nach Alter und Geschlecht zu Erhebungszeitpunkt T1 (absolute Zahlen)



### 3.1.2 Kurzbeschreibung der Klientel nach sozioökonomischen Variablen

Daten aus dem Dokumentationssystem d:easy geben Auskunft über eine Vielzahl an sozioökonomischen Variablen, die daher nicht eigens im Projekt erhoben werden mussten. Tabelle 2 gibt einen Überblick über eine Auswahl an derartigen Variablen.

In Hinblick auf die Wohnsituation zeigt sich, dass etwa neun von zehn Personen aus der Stichprobe (92 %) über eine gesicherte Wohnsituation verfügen (siehe Tabelle 2). Etwas mehr als die Hälfte der inkludierten Klient\_innen (55 %) wohnt zum Befragungszeitpunkt T1 alleine.

Vier von zehn der zu T1 inkludierten Klient\_innen leben zu diesem Zeitpunkt in einer Partnerschaft, sechs von zehn befinden sich in keiner festen Partnerschaft.

Etwa ein Drittel der inkludierten Klient\_innen verfügt über keine Ausbildung bzw. maximal einen Pflichtschulabschluss (3 % bzw. 28 %). Etwa ein Viertel (24 %) geht zum Zeitpunkt T1 einer Erwerbsarbeit nach.

Während in Hinblick auf den Wohnstatus keinerlei Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu erkennen sind, verfügen männliche Klienten etwas häufiger über ein Erwerbseinkommen als Klientinnen (25 % vs. 20 %) und Frauen etwas häufiger über eine weiterführende Ausbildung als Männer (AHS, Fachschule oder Hochschule). Deutlich größere Unterschiede zeigen sich hingegen in Bezug auf familiäre bzw. partnerschaftliche Dimensionen. Männer leben deutlich häufiger alleine als Frauen (61 % vs. 42 %) und befinden sich deutlich häufiger nicht in einer Partnerschaft als Frauen (67 % vs. 46 %).

Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe in Hinblick auf Wohnsituation, Partnerschaft, Ausbildung und Einkommen

	männlich	weiblich	gesamt

Wohnstatus	gesichert	93 %	93 %	93 %
	ungesichert	7 %	7 %	7 %
wohnt mit	allein	61 %	42 %	55 %
	mit anderen Personen	39 %	58 %	45 %
Partnerschaft	ja	33 %	54 %	39 %
	nein	67 %	46 %	61 %
Höchste abgeschlossene Ausbildung	AHS, Fachschule oder Lehre	27 %	39 %	30 %
	Pflichtschule	43 %	31 %	39 %
		28 %	23 %	26 %
	sonstige	3 %	6 %	4 %
Erwerbseinkommen	ja	25 %	20 %	24 %
	nein	75 %	80 %	76 %
	Anzahl	162	71	233

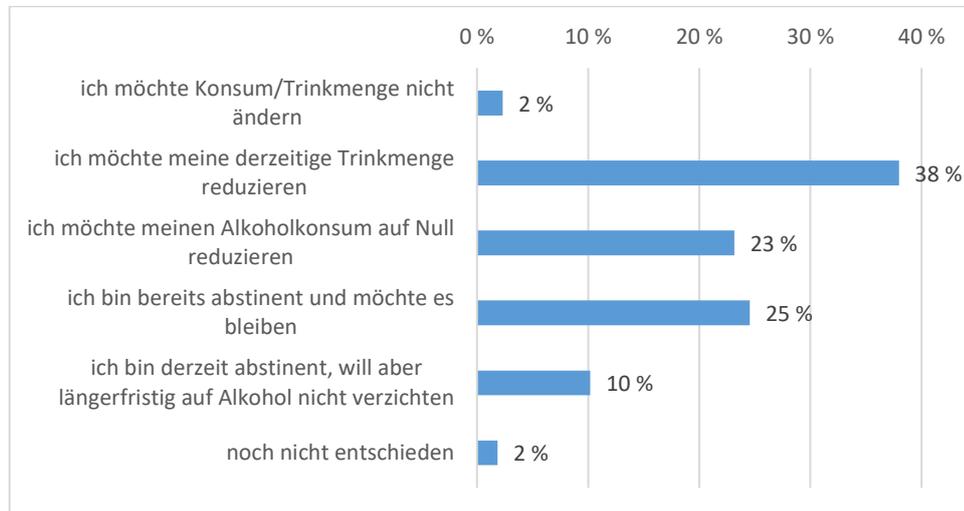
### 3.2 Beschreibung der Stichprobe

#### 3.2.1 Therapieziele (T1)

In Hinblick auf das vorrangige Therapieziel zu Behandlungsbeginn zeigt sich eine Heterogenität sowohl in Bezug auf die Vorstellungen der Klient\_innen hinsichtlich des erwünschten zukünftigen Alkoholkonsumverhaltens, als auch auf das aktuelle Konsumverhalten. Die größte Gruppe an Klient\_innen (38 %) trinkt zum Zeitpunkt T1 Alkohol und möchte die derzeitige Trinkmenge reduzieren. Diese Gruppe ist somit deutlich größer als jene, die aktuell trinkt und ihren Alkoholkonsum auf null reduzieren will (23 %). Erstaunlich hoch ist die Anzahl an Personen, die ihren eigenen Konsum derzeit als abstinent beschreiben (über ein Drittel aller Klient\_innen) und entweder die Abstinenz aufrechterhalten wollen (25 %) oder zukünftig nicht ganz auf Alkohol verzichten wollen (10 %). Diese Angaben spiegeln wider, dass ein relativ großer Anteil an Klient\_innen bereits vor Behandlungsbeginn aufhört, Alkohol zu konsumieren oder den Konsum stark reduziert, entweder eigenständig oder während eines stationären Aufenthalts im Vorfeld der ambulanten Behandlung (vgl. auch Abbildung 2). Ein stationärer Aufenthalt in einer Suchtklinik vor Beginn der ambulanten Behandlung trifft für etwa ein Fünftel aller Personen, die zu Behandlungsbeginn abstinent sind, zu (16 von 75 Personen, die zu Behandlungsbeginn keinen Konsum angeben). Daraus ergibt sich, dass der weitaus größte Anteil der Klient\_innen, die abstinent zum Verein Dialog kommen, ihren Alkoholkonsum vor Behandlungsbeginn selbständig reduziert hat und dies nicht die Folge einer stationären Vorbehandlung ist.

Wird der aktuelle Konsumstatus außer Acht gelassen und nur in Hinblick auf das von den Klient\_innen zukünftig gewünschte Konsumverhalten ausgewertet, ergeben sich zwei in etwa gleich große Gruppen. Rund die Hälfte würde gerne zukünftig abstinent leben, die zweite Hälfte strebt eine Form des kontrollierten Trinkens an. Personen, die noch nicht abstinent sind und keine Änderung ihres Konsumverhaltens anstreben bzw. die noch keine Entscheidung hinsichtlich des Therapieziels getroffen haben, sind eher selten (jeweils ca. 2 % aller Befragten).

Abbildung 2: Therapieziele zu Behandlungsbeginn (T1)



*n* = 233, 17 fehlende bzw. ungültige Werte, 216 gültige Angaben

In einer offenen Frage konnten die Klient\_innen angeben, was sie ändern wollen und welche Motive hinter dem Veränderungswunsch stehen. Dabei wurde wie bei der vorformulierten Frage in etwa gleich häufig eine völlige Abstinenz (Beibehaltung oder Erreichung) und kontrollierter Alkoholkonsum als Ziel formuliert. Als Gründe dafür wurden am häufigsten das Wiedererlangen von Arbeitsfähigkeit, Sorge um gesundheitliche Folgebeschwerden und familiäre Probleme genannt. Bei einigen Personen sind deutliche somatische Schäden bereits vorhanden bzw. ist Abstinenz wegen bevorstehender medizinischer Eingriffe dringend geboten (z. B. „Für die Hepatitis C-Behandlung abstinent sein“), in anderen Fällen wird auf den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und psychischen Erkrankungen verwiesen (z. B. Panikattacken oder Angststörungen), was zur Behandlung motiviert. Auch in Bezug auf familiäre Beziehungen – meistens werden hier die eigenen Kinder genannt – wird die Angst formuliert, diese zu verlieren („Abstinent werden, weil ich meine Kinder nicht verlieren möchte“) bzw. die Hoffnung ausgedrückt, familiäre Beziehungen durch Abstinenz wieder ins Lot bringen zu können. Ein wesentliches Motiv zur Verhaltensänderung ist bei vielen Personen der Wunsch danach, wieder Selbstkontrolle zu erlangen. Teilweise wird dieser Wunsch nach Wiedergewinnung der Selbstkontrolle ganz allgemein auf die Lebensführung bezogen („Ich will wieder wie früher sein. Aktiver sein“), teilweise wird dieser Wunsch in Richtung eines kontrollierten Alkoholkonsums formuliert. In diesen Fällen geht es darum, die positiven Aspekte des Alkoholkonsums weiterhin genießen zu können und gleichzeitig die negativen Auswirkungen zu vermeiden („Genusstrinker werden, keine Hang-Over oder Abstürze“). In Einzelfällen wird auch angemerkt, dass das Ziel nicht in der Veränderung des Konsumverhaltens liegt, sondern in der Veränderung der Ursachen, die zu (übermäßigem) Alkoholkonsum geführt haben („Mit Alkohol umgehen können und die Gefühle, die im Alkohol ertränkt wurden, aushalten und integrieren lernen.“).

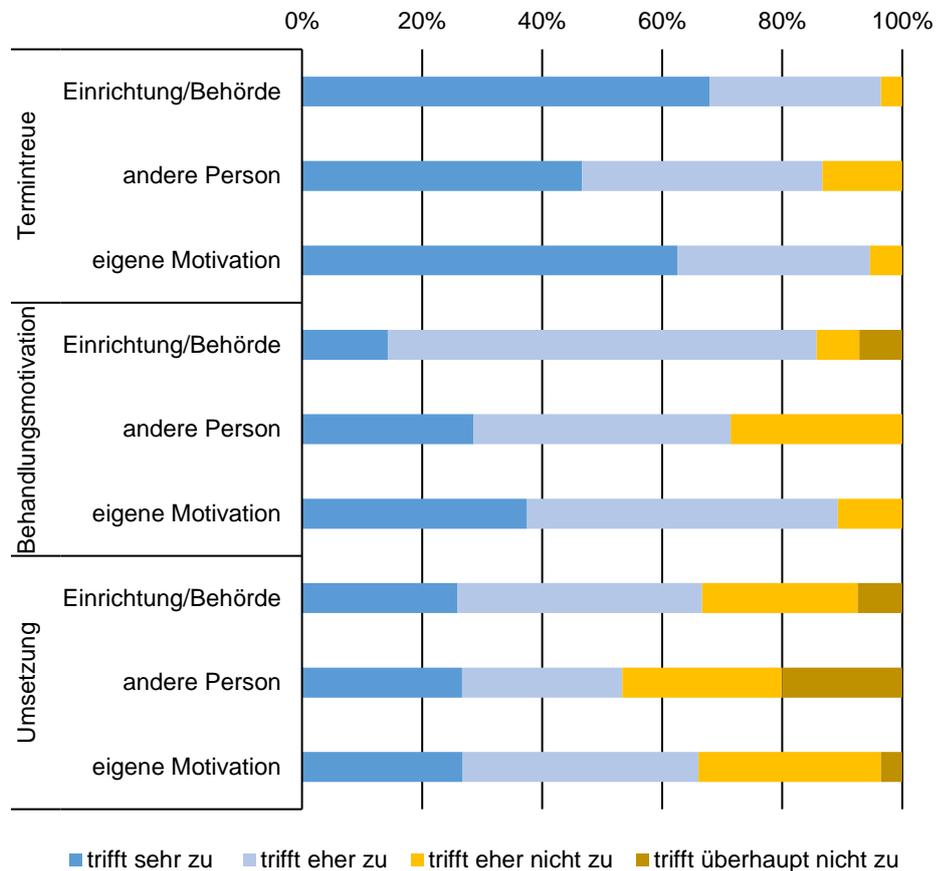
### 3.2.2 Behandlungsmotivation und Compliance (T2)

Fragen zu Compliance und Behandlungsmotivation wurden erst zum Zeitpunkt T2 in den Fragebogen inkludiert, weswegen zu diesem Thema nur eine reduzierte Anzahl an Daten zur Verfügung steht. Beide Fragen basieren auf Einschätzungen der betreuenden Mitarbeiter\_in des Verein Dialog. Von diesen 102 Personen hat aus Sicht der betreuenden Person mehr als die Hälfte (57 %) die Therapie in erster Linie aus eigener Motivation angetreten. Für 28 % war eine Veranlassung durch eine Behörde oder Einrichtung ausschlaggebend, für 12 % wird eine andere Person als primärer Grund für die Aufnahme der Behandlung angenommen. Ergänzend sei hier darauf hingewiesen, dass es während des Erhebungszeitraumes nicht möglich war, Personen mit einer gerichtlichen Weisung zur Alkoholtherapie zu behandeln, da diese Möglichkeit erst später im Projekt „Alkohol. Leben können.“ vorgesehen wurde. „Veranlassung durch eine Behörde“ meint daher z. B. Auflagen des Arbeitsmarktservice (AMS), des Amts für Jugend und Familie (AJF) oder des Verkehrsamtes.

Die Compliance der Klient\_innen wurde von den Mitarbeiter\_innen mittels drei Dimensionen erhoben: Termintreue, die Bereitschaft und Motivation, an der Behandlung mitzuwirken („Behandlungsmotivation“), und die Fähigkeit, beschlossene Behandlungspläne umzusetzen („Umsetzung“). Insgesamt wurde die Dimension Termintreue am positivsten beurteilt (über 60 % Angaben „trifft sehr zu“), wohingegen Behandlungsmotivation und Fähigkeit zur Umsetzung deutlich seltener so positiv beurteilt wurden (jeweils etwa 30 % Angaben „trifft sehr zu“).

Wird die Einschätzung der Compliance in Relation zur primären Behandlungsmotivation gesetzt (vgl. Abbildung 3) und fasst man die Kategorien „trifft sehr zu“ und „trifft eher zu“ zusammen, zeigt sich, dass Personen, die in erster Linie aufgrund einer anderen Person die Behandlung angetreten haben, tendenziell eine geringere Compliance zugesprochen wird als Personen, die die Therapie aus eigener Motivation oder auf Veranlassung einer Behörde bzw. Einrichtung begonnen haben.

Abbildung 3: Primäre Behandlungsmotivation und Beurteilung von drei Dimensionen von Compliance durch Betreuer\_innen

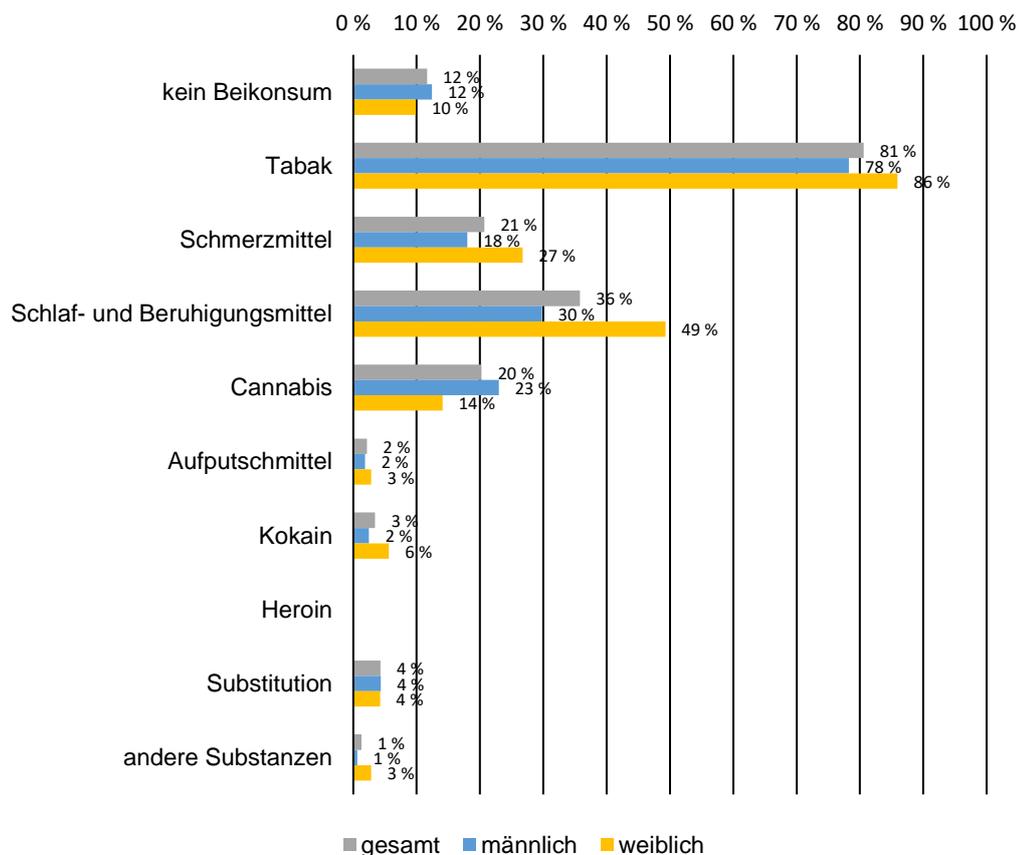


### 3.2.3 Beikonsum (T1)

Acht von zehn Personen, die im Rahmen von „Alkohol. Leben können.“ im Verein Dialog betreut werden, konsumieren Tabakerzeugnisse. Frauen tun dies etwas häufiger als männliche Klienten. Etwas mehr als ein Drittel der Befragten gibt an, Schlaf- und Beruhigungsmittel zu nehmen und ein Fünftel berichtet von der Einnahme von Schmerzmitteln. Der Konsum von beiden Substanzgruppen wird deutlich häufiger von weiblichen Klientinnen angegeben – die Hälfte der befragten Frauen berichtet vom zusätzlichen Konsum von Schmerzmitteln – als von männlichen Klienten. Ebenfalls ca. ein Fünftel der Befragten berichtet den Konsum von Cannabinoiden, wobei sich hier aber ein gegenteiliges Geschlechterverhältnis zeigt und Männer häufiger von Cannabinoidkonsum berichten als Frauen. Stimulantien wie Aufputschmittel oder Kokain werden, ebenso wie Heroin oder Substitutionsmittel, nur von vergleichsweise wenigen Klient\_innen zusätzlich konsumiert (jeweils weniger als 5 %). Überhaupt kein Beikonsum von anderen Substanzen wird von 12 % der befragten Personen berichtet. Sämtliche dieser Angaben beziehen sich auf die Selbstauskunft zum Konsumverhalten (z. B. Rauchen) und nicht auf entsprechende Diagnosekriterien (z. B.

Tabakabhängigkeit). Etwa die Hälfte der im Rahmen von „Alkohol. Leben können.“ betreuten Klient\_innen weist neben einer Alkoholkonsumstörung noch eine zusätzliche Abhängigkeitsdiagnose auf.

Abbildung 4:  
Beikonsum anderer Substanzen zu Zeitpunkt T1



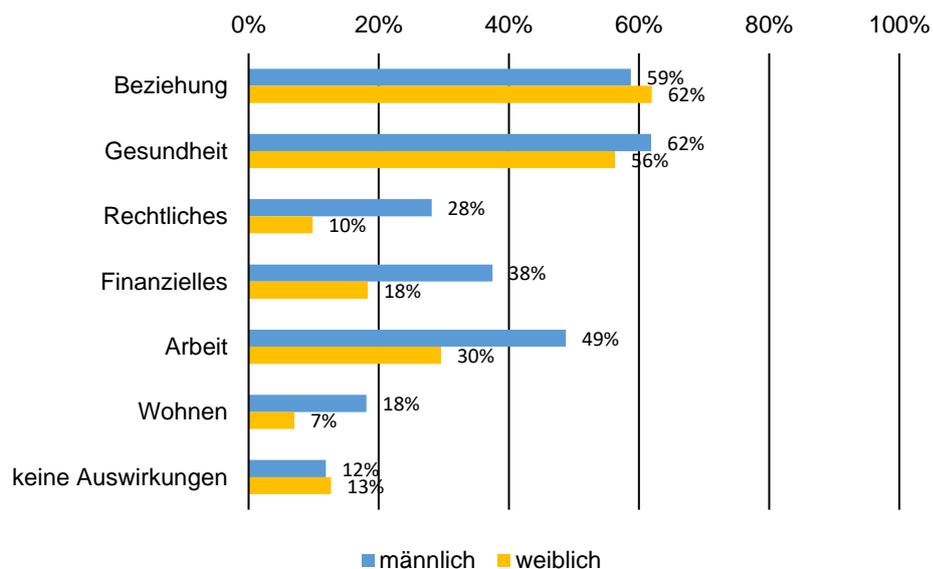
*n = 233, 1 fehlender Wert, 232 gültige Angaben (Mehrfachnennungen teilweise möglich)*

### 3.2.4 Subjektiv erlebte negative Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche (T1)

Bei der deutlichen Mehrheit der Klient\_innen hat Alkoholkonsum bereits zu subjektiv relevanten negativen Auswirkungen geführt (vgl. Abbildung 5). Am häufigsten werden dabei gesundheitliche Probleme sowie Probleme in der Beziehung genannt (jeweils etwa 60 % der Befragten). Etwas weniger als die Hälfte berichtet von negativen Folgen auf die Arbeit und ein Drittel berichtet von negativen Folgen in finanziellen Fragen. Knapp ein Viertel berichtet von rechtlichen Problemen und jede/r Siebte berichtet von Problemen in Hinblick auf Wohnen.

Während bei den Dimensionen Beziehung und Gesundheit nur minimale Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu beobachten sind, berichten männliche Klienten deutlich häufiger von negativen Auswirkungen auf die Bereiche „Rechtliches“, „Finanzielles“, „Arbeit“ und „Wohnen“. Insbesondere die großen Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei den Dimensionen „Arbeit“, „Finanzielles“ und „Wohnen“ bzw. die geringen Unterschiede bei der Dimension „Beziehung“ überraschen, da die Beschreibung der Lebenssituation laut d:easy-Daten (siehe Kapitel 3.1) jeweils Gegenteiliges erwarten lassen würde (nämlich geringe Unterschiede bei „Wohnen“ und große Unterschiede bei „Beziehung“). Die Ergebnisse legen daher nahe, dass das objektive Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein einer Beziehung, eines Arbeitsplatzes oder auch einer Wohnung etc. kaum Einfluss darauf hat, ob in diesem Lebensbereich subjektiv negative Auswirkungen erlebt werden oder nicht.

Abbildung 5:  
Subjektiv erlebte negative Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche nach Geschlecht



*n = 233, 231 gültige Angaben, 2 fehlende Werte*

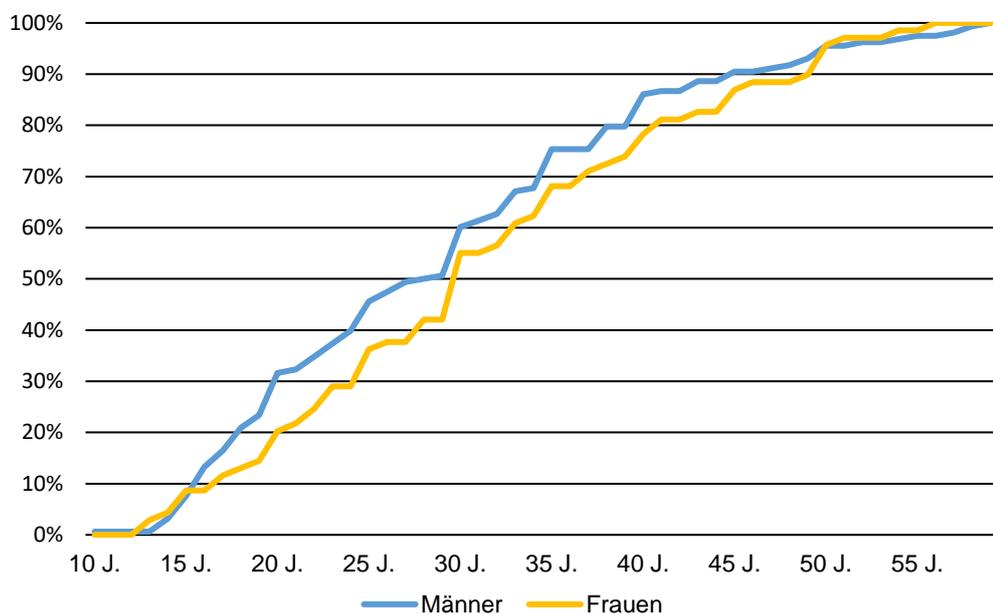
Bei Betrachtung der Frage, welche negativen Auswirkungen die Klient\_innen abhängig von der durch die Behandler\_innen eingeschätzten Behandlungsmotivation angeben, zeigt sich, dass Klient\_innen mit Eigenmotivation eher negative Auswirkungen im Bereich „Gesundheit“ angeben. Während Klient\_innen, die durch eine oder mehrere andere Personen zur Behandlung motiviert wurden, eher negative Auswirkungen in den Bereichen „Beziehung“ und „Arbeit“ berichten, zeigt sich bei Klient\_innen, die von einer Einrichtung oder Behörde zur Behandlung motiviert wurden, eine Häufung von negativen Auswirkungen in den Bereichen „Finanzen“ und „Wohnen“. Ebenso berichten weitaus mehr Klient\_innen mit Behandlungsmotivation durch eine Einrichtung oder Behörde davon, durch den Alkoholkonsum keine negativen Auswirkungen in den angeführten

Bereichen wahrzunehmen, als dies bei Klient\_innen mit Eigenmotivation oder Motivation durch andere Personen der Fall ist.

### 3.2.5 Beginn des problematischen Konsums und vorherige Behandlungen (T1)

Nur geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es in Hinblick auf den Beginn des problematischen Konsums, der bei Frauen knapp über 30 Jahren (Mittelwert = 31,4 Jahre, Median = 30 Jahre) und bei Männern knapp unter 30 Jahren liegt (Mittelwert = 29,2 Jahre, Median = 28,5 Jahre). Diese Angabe ist allerdings insofern mit Vorsicht zu genießen, als es sich hier um eine retrospektive Angabe handelt, die Verzerrungen z. B. durch Erinnerungslücken und Selektion unterliegen kann. Zudem ist der Startpunkt für problematisches Konsumverhalten einer subjektiven Wahrnehmung unterworfen, weswegen die Angaben fehleranfällig sind. Betrachtet man die Verlaufskurven zu Beginn des problematischen Konsums nach Geschlechtern getrennt (vgl. Abbildung 6), zeigt sich jedoch, dass bei den betreuten Männern der Beginn des problematischen Konsums durchschnittlich früher vorliegt, als dies bei weiblichen Klientinnen der Fall ist. Konkret berichten beispielsweise etwa 32 % der männlichen Klienten, dass der problematische Konsum bis zum 20. Lebensjahr begann, während dies nur 20 % der weiblichen Klientinnen tun.

Abbildung 6: Verlaufskurve des Beginns des problematischen Konsums nach Geschlecht



*n= 233, 277 gültige Werte, 6 fehlende Angaben. Anmerkung: die Beschriftung auf der X-Achse bezeichnet das Alter, in dem der problematische Konsum begann.*

Dass Männer mit einer Alkoholkonsumstörung durchschnittlich früher mit problematischem Alkoholkonsum beginnen als Frauen, korrespondiert gut mit einem Befund aus dem Anton

Proksch Institut: Wie Uhl und Kobra (2003) vermuteten und eine Studie von Springer et al. (2006) bestätigte – eine ausführliche Darstellung findet sich bei Uhl et al. (2020) -, sind viele immer wieder beobachtete Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Alkoholkranken mit dem Umstand zu erklären, dass es zwar in etwa gleich viele sekundäre Alkoholiker und Alkoholikerinnen in unserer Gesellschaft gibt, jedoch nur wenige primäre Alkoholikerinnen. Das Durchschnittsprofil von alkoholkranken Frauen entspricht daher dem des sekundären Alkoholismus, jenes von alkoholkranken Männern ist stark vom primären Alkoholismus geprägt. Dies belegen auch Zahlen aus dem Anton Proksch Institut: 94% der dort stationär behandelten Frauen sind sekundäre Alkoholikerinnen, aber nur 57 % der behandelten Männer sind sekundäre Alkoholiker. Insgesamt ist nur ca. ein Viertel aller alkoholkranken Personen in Österreich weiblich.

Die psychischen Grundprobleme, die zum sekundären Alkoholismus führen, können irgendwann im Laufe des Lebens auftreten, während exzessiver Alkoholkonsum ohne grundlegende psychische Problematik (primärer Alkoholismus) meist in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter beginnt. Der Einstieg in den problematischen Alkoholkonsum erfolgt daher im Falle des primären Alkoholismus durchschnittlich erheblich früher als im Falle des sekundären Alkoholismus. Da sekundäre Alkoholiker\_innen den Alkohol zur Selbstbehandlung ihrer Grundproblematik verwenden (vgl. Khantzian, 1997), die Wirkung des Alkohols bei regelmäßigem Konsum aber rasch abnimmt (Gewöhnung), steigern sekundäre Alkoholiker\_innen ihre Konsummenge rasch. Die Zeit vom Beginn des problematischen Konsums bis zum pathologischen Konsum ist daher vergleichsweise kurz. Für primäre Alkoholiker\_innen ist die Alkoholwirkung hingegen nicht von so zentraler Bedeutung. Die Steigerung der Konsummenge erfolgt langsamer und die Zeit vom Beginn des problematischen Konsums bis zum pathologischen Konsum fällt daher erheblich länger aus.

Für viele Klient\_innen von „Alkohol. Leben können.“ ist die Behandlung im Verein Dialog nicht die erste alkoholspezifische Behandlung. Knapp die Hälfte der Befragten (47 %) hat zumindest schon einmal eine stationäre Suchttherapie absolviert und rund ein Drittel hat bereits Erfahrungen mit einer ambulanten Therapie. 10 % der Klient\_innen hatten ausschließlich eine ambulante Vorbehandlung und/oder Selbsthilfeangebote in Anspruch genommen und 43 % gaben an, noch keine Vorbehandlung aufgrund ihres Alkoholkonsums hinter sich zu haben. In der Mehrzahl der Fälle (jeweils ca. drei Viertel aller Personen mit Vorerfahrungen in der Alkoholbehandlung) haben die betroffenen Personen ein oder zwei stationäre oder ambulante Behandlungen absolviert. Mehr als fünf stationäre Vorbehandlungen wurden nur von 17 Personen berichtet (13 % aller Personen mit Vorerfahrungen in der Alkoholbehandlung).

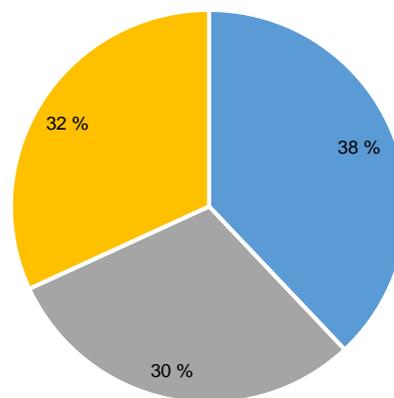
### **3.3 Beschreibung des Konsumverhaltens zu Behandlungsbeginn (T1)**

#### **3.3.1 Reduktion des Konsumverhaltens vor Behandlungsantritt**

Die Erfassung des Konsumverhaltens zu T1 – und in weiterer Folge auch die Beurteilung der Veränderung dieses Konsumverhaltens im Laufe der Behandlung – wird dadurch beeinflusst, dass ein großer Teil der Klient\_innen ihren Konsum vor Behandlungsbeginn bereits eingeschränkt hat (vgl. Abbildung 7). Jeweils rund ein Drittel der Klient\_innen hat vor Behandlungsantritt ihren Konsum reduziert („Ich trinke zurzeit deutlich weniger Alkohol“; 32 %) oder komplett aufgehört zu

trinken („Ich trinke zurzeit gar keinen Alkohol“, 30 %). Nur knapp über ein Drittel berichtet, dass das Konsumverhalten zu Behandlungsantritt jenem entspricht, das ursprünglich für die Behandlungsmotivation ausschlaggebend war. In Erwartung eines solchen Verhaltens lautete die Anweisung im Fragebogen, sämtliche Angaben zum Alkoholkonsumverhalten auf jenen Zeitpunkt zu beziehen, der vor dieser Veränderung lag – also auf jenen Alkoholkonsum, der ursprünglich dazu geführt hat, dass Unterstützung gesucht wurde.

Abbildung 7: Eigenständige Einschränkung des Konsumverhaltens vor Behandlungsantritt

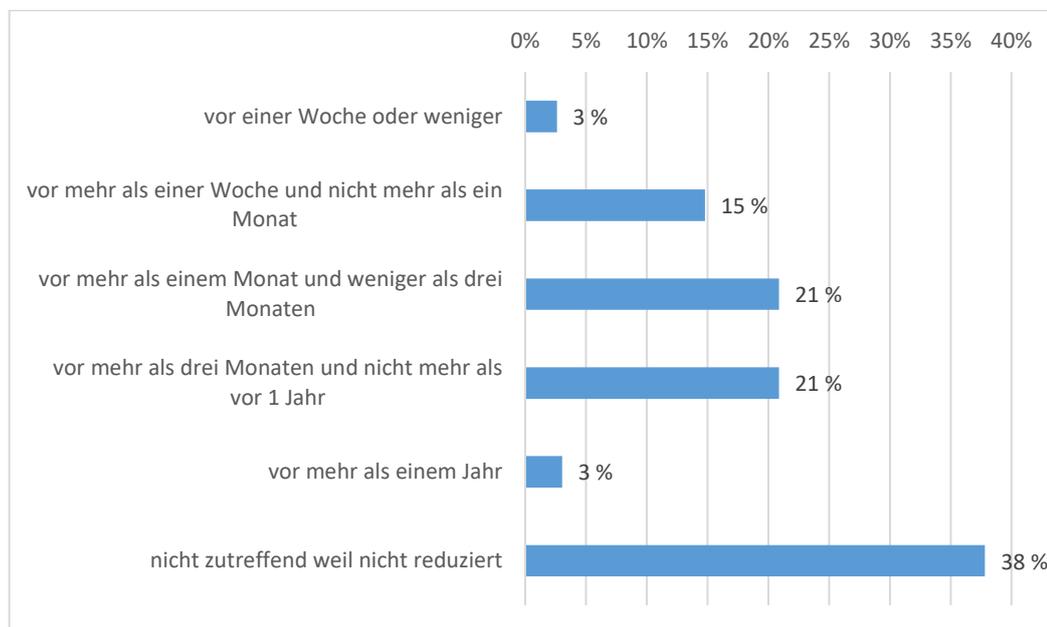


■ keine Einschränkung ■ Einschränkung: abstinenz ■ Einschränkung: weniger

*n = 233, 229 gültige Angaben, 4 fehlende Werte*

Überraschend ist nicht nur, dass ein derart hoher Anteil der Klient\_innen den Konsum reduziert bzw. eingestellt hat, sondern auch, dass diese Veränderung zumindest in manchen Fällen schon eine relativ lange Zeit zurückliegt: Knapp ein Viertel der Befragten (21 % plus 3 %) berichtet, dass die von ihnen vollzogene Konsumreduktion (oder Abstinenz) bereits mehr als drei Monate zurückliegt (vgl. Abbildung 8). Wie weiter oben bereits beschrieben, erklärt sich die Abstinenz nur bei etwa einem Fünftel der bei Behandlungsbeginn abstinenten Klient\_innen dadurch, dass sie zuvor einen stationären Entzug durchgeführt hatten. Das sollte allerdings nicht so interpretiert werden, dass bei einem Großteil der abstinenten Personen bereits eine „erfolgreiche Selbstbehandlung“ stattgefunden hat und dass daher eigentlich gar kein Bedarf für eine professionelle Behandlung vorlag. Vielen Personen mit Alkoholkonsumstörungen gelingt es immer wieder, über eine längere Zeit auf Alkohol zu verzichten, bis es wieder zu gravierenden Rückfällen kommt. Um die Situation längerfristig zu verbessern und zu stabilisieren, ist in der Mehrzahl der Fälle daher dennoch eine Entwöhnungsbehandlung notwendig. Unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Anweisung im Fragebogen ist also auch in diesen Fällen davon auszugehen, dass sich die berichtete Konsummenge auf den Zeitpunkt vor der Reduktion bezieht.

Abbildung 8: Zeitpunkt der Konsumreduktion vor Behandlungsantritt



*n* = 233, 230 gültige Angabe, 3 fehlende Werte

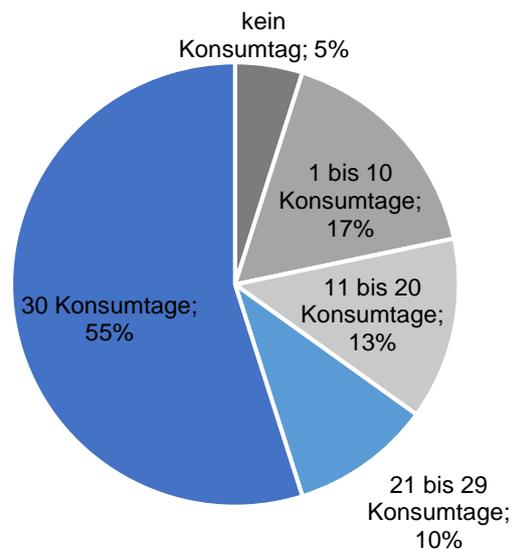
### 3.3.2 Anzahl der Konsumtage

Etwas mehr als die Hälfte der befragten Klient\_innen (55 %) hat in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn täglich Alkohol getrunken, weitere 10 % der befragten Personen geben an, zwar nicht jeden Tag, aber an 21 bis 29 Tagen Alkohol konsumiert zu haben (vgl. Abbildung 9). Ein weiteres Drittel der Antworten liegt im Feld „zwischen einem und 20 Konsumtagen in den letzten 30 Tagen“. Männer berichten im Mittelwert eine etwas höhere Anzahl an Konsumtagen als Frauen (23 Tage versus 20 Tage).

Elf Personen oder 5 % der Stichprobe berichten, in den letzten 30 Tagen des relevanten Zeitraums keinen einzigen Konsumtag gehabt zu haben. Im Fragebogen waren die Befragten aufgefordert, bei einer Reduktion vor Behandlungsantritt die Anzahl an Konsumtagen auf jenen Zeitraum zu beziehen, bevor diese Konsumreduktion stattgefunden hat. Ziel war es, das Ausmaß des Konsums zu ermitteln, der zur Aufnahme einer Behandlung motivierte. Dass eine von 20 Personen überhaupt keinen Konsum für die kritische Phase angibt, könnte nun als Missverstehen dieser Vorgabe, also als Falschangabe, interpretiert werden. Bei genauerem Hinsehen ergeben sich jedoch auch andere Erklärungsmöglichkeiten für diesen Umstand. So wurden vereinzelt Personen in Behandlung genommen, die bereits vor Behandlungsbeginn länger abstinent waren und die Behandlung zur Aufrechterhaltung dieser Abstinenz in Anspruch nahmen. Ein Klient nahm z. B. auch einen alkoholbedingten Führerscheinentzug zum Anlass, um nach Erreichen der Abstinenz eine Behandlung zu deren Aufrechterhaltung zu beginnen. Eine Klientin entwickelte nach einem erfolgreichen stationären Alkoholentzug eine Benzodiazepinabhängigkeit, deren Behandlung durch die Angst vor einem Alkoholrückfall erschwert wurde. Auch diese Klientin konnte das Angebot des

rKomZ in Anspruch nehmen und nahm an der Befragung des Verein Dialog teil. Diese Person gab richtigerweise eine bereits seit längerem bestehende Alkoholabstinenz an. Außerdem gibt es Personen, deren Alkoholkonsum sehr phasenhaft verläuft. Diese sind teilweise monatelang abstinent, um dann in besonders belastenden Situationen meist mit heftigen Trinkphasen zu reagieren. So berichtete z. B. ein Klient von jeweils sechsmonatigen abstinenten Phasen mit darauffolgenden massiven Trinkepisoden, die dann auch jeweils in einen stationären Aufenthalt mündeten. Hier muss also von der Richtigkeit der Angaben ausgegangen werden, auch wenn diese atypischen Konsummuster und Behandlungsmotivationen die Datenerhebung und Interpretation natürlich erschweren. Ebenso muss im Zusammenhang mit der Frage nach der Anzahl an Konsumtagen mit sozial erwünschten Antworten gerechnet werden, da ein Festlegen auf eine konkrete Anzahl oft schambehaftet ist. Schließlich kann das Missverstehen der Fragebogenvorgabe zu einem geringen Teil auch mit kognitiven Einschränkungen von Klient\_innen erklärt werden, die nicht immer krankheitswertig und somit diagnostiziert sind, sich aber dennoch auf die Plausibilität und Verlässlichkeit der Ergebnisse auswirken können.

Abbildung 9: Anzahl an Konsumtagen in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn (falls reduziert, Anzahl an Konsumtagen zum Zeitpunkt vor dieser Reduktion)



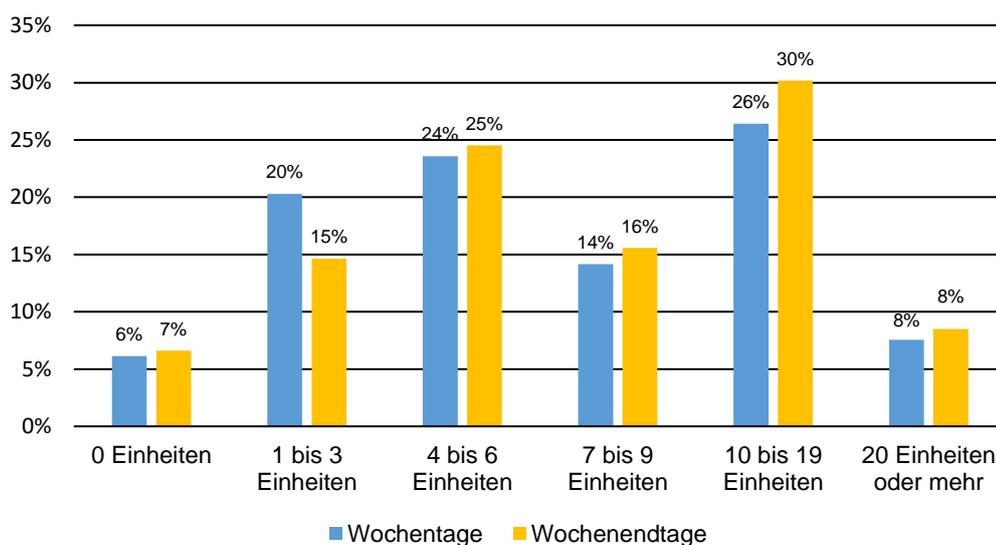
*n* = 233, 226 gültige Angaben, 7 fehlende Werte

### 3.3.3 Konsummenge an Wochentagen und Wochenendtagen

Abbildung 10 verdeutlicht, dass sich die durchschnittliche Konsummenge an Wochentagen und Wochenendtagen (gefragt war jeweils die Konsummenge im Laufe eines gesamten Tages) nur geringfügig unterscheidet. Auch hier sticht hervor, dass ein nicht unwesentlicher Anteil der Befragten angibt, am Wochenende bzw. unter der Woche keinen Alkohol konsumiert zu haben. Hier scheint es ebenfalls naheliegend, nicht nur ein Missverstehen der Intention des

Fragetextes als Grund für dieses Ergebnis anzunehmen, sondern auch von atypischen Konsummustern sowie einer Tendenz zu sozial erwünschten Antworten in Zusammenhang mit dem eigenen Konsummuster auszugehen.

Abbildung 10: Verteilung der Alkoholkonsummenge an Wochentagen und Wochenendtagen in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn



*n*= 233, 25 fehlende Werte, 208 gültige Angaben (Konsummenge an Wochentagen) bzw. 21 fehlende Werte, 212 gültige Angaben (Konsummenge an Wochenendtagen).

Die relativ geringen Unterschiede in der durchschnittlichen Konsummenge manifestieren sich darin, dass der Mittelwert für Konsumtage am Wochenende bei 8,7 Standardeinheiten<sup>1</sup> bzw. für Konsumtage unter der Woche bei 8,1 Standardeinheiten und die entsprechenden Mediane bei sieben respektive sechs Standardeinheiten liegen.

Etwas deutlicher fallen Unterschiede zwischen Männern und Frauen aus: Männer konsumieren im Durchschnitt 9,5 Standardeinheiten an einem Wochenendtag, Frauen im Durchschnitt 6,8 Standardeinheiten (für Wochentage ergibt sich eine ähnliche Relation von durchschnittlich 8,9 Standardeinheiten für Männer und 6,2 Einheiten für Frauen).

Neben der durchschnittlichen Konsummenge wurden auch das Maximum und das Minimum der konsumierten Menge je nach Konsumtag erhoben: Erwartungsgemäß sind bei Männern höhere Maximalwerte zu finden als bei Frauen, wodurch auch die Range (also die Differenz zwischen Minimum und Maximum) der Konsummenge bei Männern etwas stärker ausfällt als bei Frauen, bei Männern also etwas größere Schwankungen in der Konsummenge zu

<sup>1</sup> Eine Standardeinheit entspricht 0,5 Liter Bier bzw. etwa einem Viertelliter Wein.

beobachtet sind als bei Frauen. Ebenso sind die Schwankungen stärker an Wochenendtagen als an Wochentagen.

Abgesehen von den inhaltlichen Erkenntnissen ist methodologisch bemerkenswert, dass für etwa ein Zehntel der befragten Klient\_innen kein Durchschnittskonsum berechnet werden konnte, da trotz der Unterstützung von fachlich qualifizierten Mitarbeiter\_innen entsprechende Angaben für die Konsumfrequenz (sieben fehlende Werte) bzw. für die Konsummenge (25 fehlende Werte) nicht erhoben werden konnten. Eine Klientin gab auf Nachfrage z. B. zunächst an, zwei Stamperl Vodka zu trinken, um dann in einem nächsten Satz ein Glas Wein und in einem weiteren Satz noch zwei große Bier anzufügen. Aufgrund der vermuteten kognitiven Einschränkungen sowie Scham in Bezug auf den Alkoholkonsum war es bei dieser Klientin auch durch mehrmaliges konkretes Nachfragen nicht möglich, die durchschnittliche Konsummenge sinnvoll zu erheben. Eine andere Klientin konsumierte aufgrund ihrer psychiatrischen Vorerkrankung (Depression und emotional instabile Persönlichkeitsstörung) abhängig von ihrer Stimmungslage so wechselhaft und impulsiv, dass aufgrund der dadurch entstandenen Erinnerungslücken keine adäquate Konsummenge erfragt werden konnte. Andere Klient\_innen wiederum antworteten auf die Frage nach ihrem Durchschnittskonsum schlicht mit „weiß ich nicht“ und konnten auch durch die Unterstützung der Befragter\_innen nicht zu belastbaren Angaben motiviert werden.

*Tabelle 3: Verteilungsparameter der Konsummenge nach Geschlecht und Konsumtag (Angaben in Standardeinheiten)*

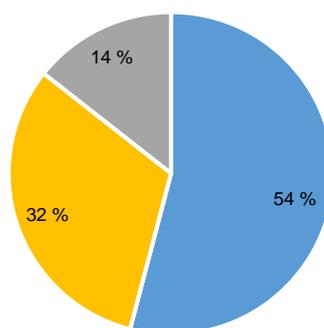
		Konsummenge an Wochenendtagen	Konsummenge unter der Woche
männlich	Mittelwert	9,5	8,9
	Median	8,0	7,8
	Minimum	0	0,0
	Maximum	56	56
	mittlerer Range	4,5	4
weiblich	Mittelwert	6,8	6,2
	Median	6	4,5
	Minimum	0	0
	Maximum	29	24
	mittlerer Range	4	3
Gesamt	Mittelwert	8,7	8,1
	Median	7,0	6
	Minimum	0	0
	Maximum	56	56
	mittlerer Range	4	4

*n= 233, 25 fehlende Werte, 208 gültige Angaben (Konsummenge an Wochentagen) bzw. 21 fehlende Werte, 212 gültige Angabe (Konsummenge an Wochenendtagen).*

### 3.3.4 Alkoholkonsum tagsüber und direkt nach dem Aufstehen

In Bezug auf Alkoholkonsum während des Tages wurde zunächst gefragt, ob Alkoholkonsum typischerweise auch bereits während des Tages stattfindet, und in einer zweiten Frage erhoben, ob es auch vorkommt, dass direkt nach dem Aufstehen Alkohol konsumiert wird. Aus der Kreuztabellierung dieser beiden Variablen ergibt sich, dass etwa die Hälfte (54 %) der Klient\_innen mit gültigen Angaben berichtet, dass sie typischerweise bereits tagsüber Alkohol konsumieren und es auch vorkommt, dass sie direkt nach dem Aufstehen Alkohol konsumieren. Ein weiteres knappes Drittel (32 %) konsumiert zwar typischerweise bereits tagsüber Alkohol, Konsum direkt nach dem Aufstehen kommt aber nicht vor. Der Anteil an Personen, die angaben, weder tagsüber noch direkt nach dem Aufstehen Alkohol zu konsumieren, macht 14 Prozent aus.

Abbildung 11: Konsum tagsüber und direkt nach dem Aufstehen



- Konsum tagsüber und direkt nach dem Aufstehen
- Konsum tagsüber, aber nicht direkt nach dem Aufstehen
- überhaupt kein Konsum tagsüber

*n= 233, 24 fehlende Werte, 209 gültige Angaben*

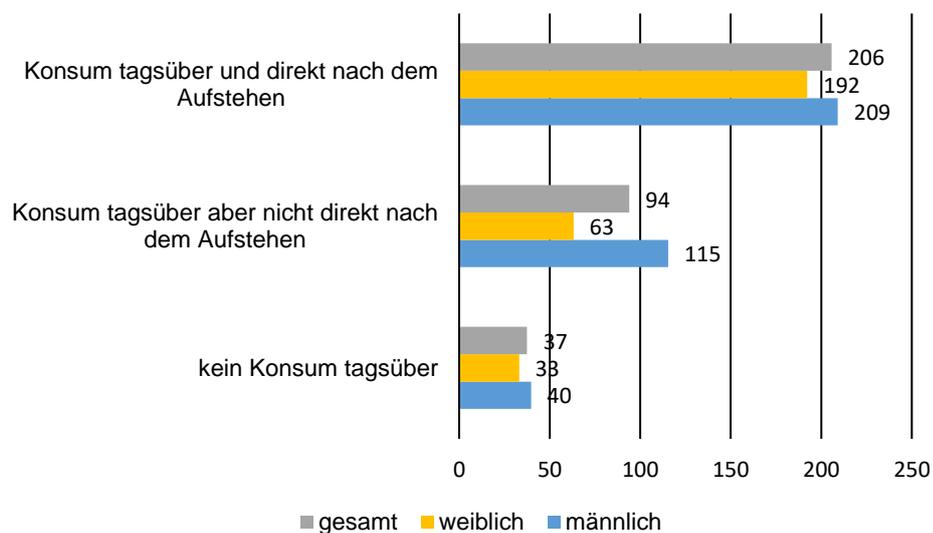
Sowohl beim Konsum tagsüber als auch beim Konsum direkt nach dem Aufstehen handelt es sich in den meisten Fällen eher um ein Normverhalten als um eine Ausnahme: Sieben von zehn Personen, die auch tagsüber Alkohol konsumieren, tun dies an jedem Trinktag. Zwei von drei Personen (64 %), die direkt nach dem Aufstehen Alkohol trinken, tun dies an jedem Trinktag.

Ob jemand bereits tagsüber oder sogar direkt nach dem Aufstehen zu trinken beginnt, hat einen deutlichen Einfluss auf die Gesamtmenge Alkohol, die diese Person durchschnittlich im Laufe eines Tages konsumiert. Die durchschnittlich angegebene Konsummenge liegt bei Personen, die direkt nach dem Aufstehen zu trinken beginnen, bei 200 Gramm Alkohol (entspricht etwa zehn großen Bier). Personen, die zwar tagsüber, aber nicht direkt nach dem Aufstehen trinken, kommen auf einen Durchschnitt von 94 Gramm pro Tag (entspricht fünf großen Bier). Personen, die hingegen

üblicherweise tagsüber keinen Alkohol konsumieren, weisen im Durchschnitt eine Menge von 37 Gramm Alkohol auf (entspricht zwei großen Bier).

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern innerhalb der drei Kategorien sind verhältnismäßig gering. Sowohl Männer als auch Frauen trinken im Durchschnitt etwa dieselbe Menge Alkohol, wenn sie direkt nach dem Aufstehen damit beginnen (s. Abbildung 12).

Abbildung 12: Durchschnittliche Konsummenge in Gramm Alkohol pro Tag für Personen, die üblicherweise bereits tagsüber trinken oder nicht



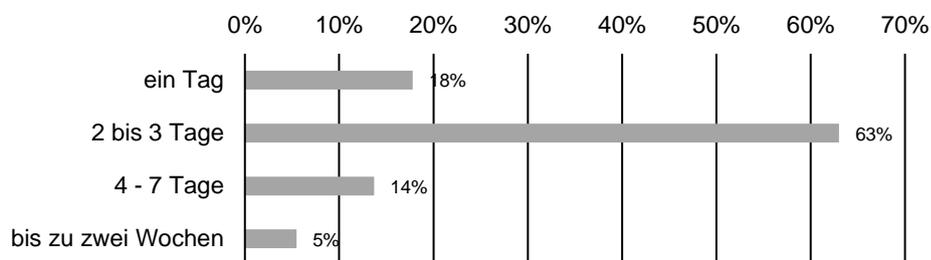
n= 233, 47 fehlende Werte, 186 gültige Angaben

### 3.3.5 Extreme Konsumphasen

Etwas mehr als ein Drittel der Klient\_innen berichtet, dass es neben ihrem üblichen Konsumverhalten auch extreme Konsumphasen gibt, in denen sie sehr viel oder deutlich mehr als sonst konsumieren. Dieser Anteil ist bei Frauen (44 %) höher als bei Männern (32 %). Tendenziell werden extreme Konsumphasen von jüngeren Klient\_innen etwas häufiger berichtet als von älteren.

Acht von zehn Befragten geben für solche extremen Konsumphasen eine Dauer von maximal drei Tagen an. Nur in seltenen Ausnahmefällen dauern diese extremen Konsumphasen länger als eine Woche (vier Personen oder 5 % berichten von solchen extremen Konsumphasen, vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13: Dauer von extremen Konsumphasen



*n = 233, 73 gültige Angaben, 25 fehlende Werte, 135 fehlende Angaben aufgrund Filterfrage*

Der Anteil an Personen mit extremen Konsumphasen ist unter Frauen höher als unter Männern. Alkoholranke Frauen sind eher sekundäre Alkoholikerinnen, alkoholranke Männer eher primäre Alkoholiker. Da sekundäre Alkoholiker\_innen ihre Konsummenge meist deutlich rascher steigern als primäre Alkoholiker\_innen, war dieses Ergebnis durchaus erwartbar. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die Frage nach extremen Konsumphasen darauf abzielt, ob zu manchen Zeiten mehr getrunken wird als normal, also in erster Linie auf Schwankungen im Konsumverhalten hinweist, die ebenfalls bei sekundären Alkoholiker\_innen häufiger auftreten als bei primären Alkoholiker\_innen. Auch wenn Klientinnen häufiger als Männer davon berichten, dass solche extremen Konsumphasen bestehen, fallen diese dennoch bei männlichen Klienten in jeglicher Hinsicht extremer aus als bei weiblichen Klientinnen: Sofern extreme Konsumphasen bestehen, kommen diese bei Männern häufiger pro Jahr vor (elfmal pro Jahr versus fünf bis sechs Mal pro Jahr), dauern etwas länger und fallen auch in Hinblick auf die Konsummenge extremer aus (vgl. Tabelle 4).

*Tabelle 4: Mittlere Anzahl, Länge und Konsumintensität während extremer Konsumphasen nach Geschlecht*

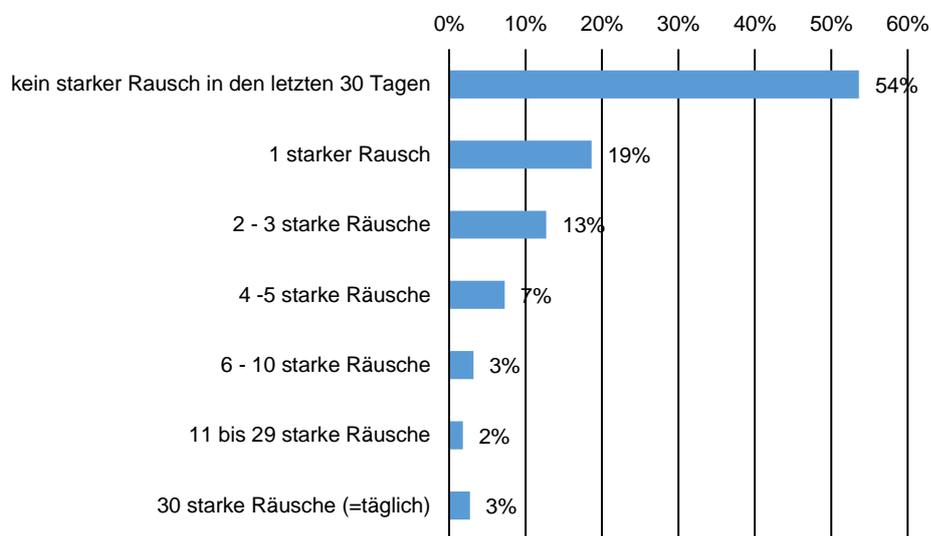
	Anteil Personen mit extremen Konsumphasen	mittlere Anzahl an extremen Konsumphasen pro Jahr (Median; nur für Personen, die extreme Konsumphasen haben)	mittlere Länge von extremen Konsumphasen in Tagen (Median; nur für Personen, die extreme Konsumphasen haben)	mittlere Konsummenge pro Tag in Standardeinheiten (Median; nur für Personen, die extreme Konsumphasen haben)
männlich	32 %	11,0	2,8	15,5
weiblich	44 %	5,5	2,0	8,0
gesamt	36 %	10,0	2,5	12,5
gültige Angaben	210	80	73	69

### 3.3.6 Starke Räusche

Etwas weniger als die Hälfte der befragten Klient\_innen berichten, dass sie im relevanten Zeitraum starke Räusche hatten, die beispielsweise durch Taumeln, Stürzen oder ungewolltes Einschlafen charakterisiert sind. Ungefähr ein Drittel der Befragten berichtet, dass solche Räusche ein bis drei Mal pro Monat vorkommen. Immerhin 3 % (sechs Personen) aller inkludierten Klient\_innen berichten von täglichen starken Räuschen (vgl. Abbildung 14).

Eindeutige Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nicht zu beobachten, hingegen zeigt sich analog zu der Frequenz von extremen Konsumphasen, dass in den höheren Altersgruppen starke Räusche etwas seltener vorkommen als bei jüngeren Konsument\_innen.

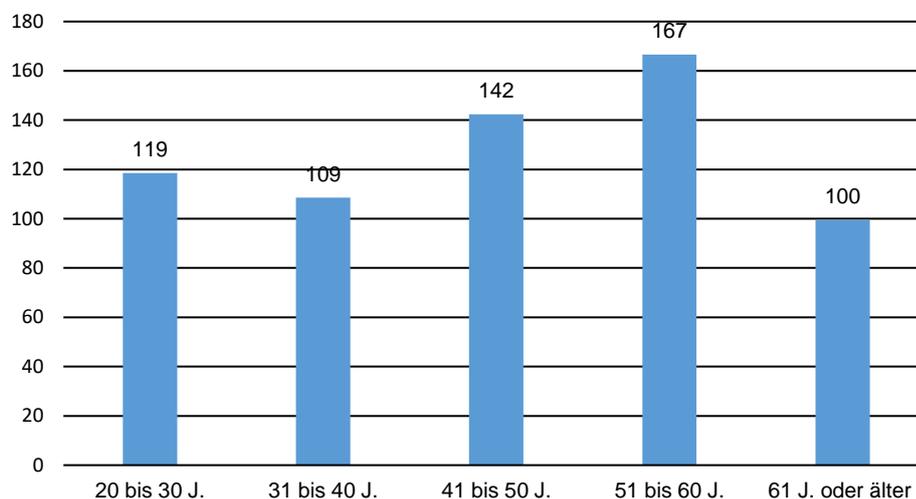
Abbildung 14: Frequenz von starken Rauschen in den letzten 30 Tagen



*n= 233, 13 fehlende Werte, 220 gültige Angaben*

Weniger starke Rausche bei Klient\_innen mit zunehmendem Alter stehen auch im Einklang mit dem Verlauf der durchschnittlichen Konsummenge (also die Summe des durchschnittlichen Konsums an Wochentagen und an Wochenendtagen) nach Altersgruppen. Bis zum Alter von 60 Jahren nimmt die durchschnittliche Konsummenge zu, sinkt danach aber deutlich ab (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 15: Durchschnittliche Konsummenge in Gramm Alkohol pro Tag nach Altersgruppen



*N = 233, 28 fehlende Werte, 205 gültige Angaben*

### 3.4 Potentielle Problemindikatoren und deren Zusammenhang (T1)

Um bivariate Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen potentiellen Problemindikatoren zu analysieren, wurden insgesamt 13 Indikatoren erstellt, die einen Hinweis auf die Charakteristik der Alkoholkonsumstörung bieten könnten. Bei jeder Dimension wurde dichotom unterschieden, ab welchem Wert ein Kriterium als erwähnenswert und auffällig zu beurteilen ist. Teilweise wurde die Dichotomisierung auf Basis von Verteilungsparametern durchgeführt (beispielsweise die Konsummenge anhand des Medians geteilt) oder einfach unterschieden, ob ein bestimmtes Kriterium vorliegt (z. B. Konsum tagsüber) oder nicht (vgl. Tabelle 5).<sup>2</sup> Ausschließlich bei der durchschnittlichen Konsummenge pro Tag wurde ein externes Kriterium herangezogen und anhand der „Gefährdungsgrenze“ laut Handbuch Alkohol Österreich (Uhl et al., 2020) differenziert.

<sup>2</sup> Bei bivariaten Analysen werden zwei Variablen gemeinsam betrachtet, um Zusammenhänge zwischen diesen beiden Variablen zu quantifizieren. Dichotomisierung bedeutet, dass bei einem Kriterium nicht das ganze Spektrum betrachtet wird (also z. B. wie viele SE jemand genau trinkt), sondern lediglich zwei Ausprägungen unterschieden werden (also z. B. „Konsum ja“ versus „Konsum nein“).

Tabelle 5: Dimensionen zur Beschreibung der Charakteristik der Alkoholkonsumstörung

<b>Dimension (Abkürzung in Klammer)</b>	<b>Kriterium für Klassifikation als „auffällig“</b>
Konsumgruppen (AB)	Konsum oberhalb der Gefährdungsgrenze <sup>3</sup>
Anzahl der Konsumtage/Monat (A)	täglicher Konsum
Konsummenge in Standardeinheiten am Wochenende (B1)	Konsummenge ist größer als Median (=8 SE)
Konsummenge in SE an Wochentagen (B2)	Konsummenge ist größer als Median (=7 SE)
Konsum tagsüber (C)	Konsum tagsüber ist vorhanden
Vorhandensein von extremen Konsumphasen (D)	extreme Konsumphasen sind vorhanden
Vorhandensein von starken Rauschen (E)	starke Rausche sind vorhanden
Anzahl an Vorbehandlungen insgesamt (F)	Vorbehandlungen sind vorhanden
Selbstmotivation für Behandlung (H)	Selbstmotivation ist der Hauptgrund für die Behandlung
Lebensbereiche, auf die der Konsum bereits negative Auswirkungen hatte (G)	zumindest ein Lebensbereich ist negativ beeinflusst
Beikonsum (I)	Beikonsum von mindestens einer anderen Substanz ist in Form einer Abhängigkeitsdiagnose vorhanden
somatische Probleme/Folgeerkrankungen [J(s)]	zusätzlich zu alkoholrelevanten Diagnosen existieren weitere somatische Diagnosen
psychiatrische Probleme/Folgeerkrankungen [J(p)]	zusätzlich zu alkoholrelevanten Diagnosen existieren weitere psychiatrische Diagnosen

Der Zusammenhang zwischen diesen dichotomen Variablen wird in Tabelle 6 anhand von Odds-Ratios dargestellt. Odds-Ratios ermöglichen eine Aussage darüber, in welchem Ausmaß das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein einer Merkmalsausprägung beim Merkmal A Rückschlüsse auf das Vorhandensein einer Merkmalsausprägung beim Merkmal B zulässt (Effektstärke zwischen zwei binären Variablen). Eine Odds-Ratio größer als 1 bedeutet dabei, dass die Chance erhöht ist, dass zwei Ausprägungen von relevanten Dimensionen gleichzeitig auftreten. Eine Odds-Ratio kleiner als 1 bedeutet analog dazu, dass die Chance geringer ist, dass zwei Merkmalsausprägungen gleichzeitig auftreten. Eine Odds-Ratio von 3,4 für den Zusammenhang der Ausprägung „täglicher Konsum“ bei Dimension A und der Ausprägung „Konsummenge an Wochenenden oberhalb des Medians“ bei Dimension B1 (Zeile 3, Spalte 4 in Tabelle 6) bedeutet, dass, falls die Ausprägung „täglicher Konsum“ vorhanden ist, die Chance für das Auftreten einer Konsummenge an Wochenenden oberhalb des Medians um den Faktor 3,4 erhöht ist.

<sup>3</sup> Bei Männern mehr als 60 Gramm Alkohol pro Tag, bei Frauen mehr als 40 Gramm Alkohol pro Tag (vgl. Uhl et al., 2020)

Tabelle 6: Zusammenhangsmaße (Odds-Ratio) zwischen unterschiedlichen potentiellen Problemindikatoren

	AB	A	B1	B2	C	D	E	F	G	H	I	J (s)	J (p)
AB	-	*34,8	*12,4	*20,4	12,8	0,8	1,7	1,5	1	2,6	1,4	0,8	1,2
A	-	-	3,4	6,0	12,1	0,7	1,3	1,1	0,8	1,6	1,3	1,4	1,0
B1	-	-	-	31,0	6,3	1,1	4,2	2,9	1,3	2,4	0,9	1,0	1,0
B2	-	-	-	-	12,1	0,9	3,4	2,6	1,2	1,5	1,3	1,1	1,1
C	-	-	-	-	-	2,0	2,0	1,6	1,4	2,2	1,0	1,1	1,7
D	-	-	-	-	-	-	4,3	1,0	0,6	0,7	1,2	1,1	1,6
E	-	-	-	-	-	-	-	2,3	1,1	3,2	0,9	0,8	1,4
F	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3	2,0	0,9	1,1	1,2
G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3	1,2	1,1	1,6
H	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	1,1	1,2
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	1,2
J (s)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9

AB: Konsumgruppen auf Basis des durchschnittlichen Konsums pro Tag, A: Anzahl der Konsumtage/Monat, B1: Konsummenge in Standardeinheiten (SE) am Wochenende. B2: Konsummenge in SE an Wochentagen, C: Konsum tagsüber, D: Vorhandensein von extremen Konsumphasen, E: Vorhandensein von starken Rauschen, F: Vorbehandlungen, G: Selbstmotivation für Behandlung, H: Lebensbereiche, auf die der Konsum bereits negative Auswirkungen hatte/soziale Integration, I: Beikonsum, J(s): somatische Probleme/Folgeerkrankungen, J(p): psychiatrische Probleme/Folgeerkrankungen.  
Anmerkung: \* nicht sinnvoll interpretierbar, da sich AB aus den Dimensionen A, B1 und B2 zusammensetzt.

Hohe Zusammenhänge ergeben sich zunächst für die beiden Dimensionen, welche die durchschnittliche Konsummenge abbilden (B1 und B2): Wer am Wochenende oberhalb des Medians trinkt, hat eine sehr stark erhöhte Wahrscheinlichkeit, auch unter der Woche oberhalb des Medians zu konsumieren (OR = 31,0). Die Konsumfrequenz (A) hängt hingegen stärker mit der Konsummenge unter der Woche zusammen (B2, OR = 6,0) als mit dem Konsum am Wochenende (B1, OR = 3,4). Sehr starke Zusammenhänge bestehen auch zwischen Konsum tagsüber (C) und allen Dimensionen, die Konsummenge und Konsumfrequenz abbilden (A, B1, B2, AB). Im Gegensatz dazu ist das Vorhandensein von extremen Konsumphasen (D) zwar positiv mit dem Konsum tagsüber (C, OR = 2,0) assoziiert, steht aber in einem negativen bzw. nur schwach positiven Zusammenhang mit Dimensionen der durchschnittlichen Konsummenge und durchschnittlichen Konsumfrequenz.

Auch das Vorhandensein von somatischen Diagnosen [J(s)] hängt negativ mit dem durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsum (AB) zusammen. Dieses Ergebnis wird verständlich,

wenn man das Phänomen des Toleranzbruchs betrachtet: In einem fortgeschrittenen Stadium der Alkoholabhängigkeit sind die Einschränkungen der Leberfunktion bereits so beträchtlich, dass die Alkoholverträglichkeit weitgehend zusammenbricht und schon der Konsum relativ geringer Alkoholmengen einen deutlichen Rauschzustand verursacht, weswegen in dieser Phase durchschnittlich weniger Alkohol getrunken wird.

In Zusammenhang mit psychiatrischen Diagnosen zeigt sich ein minimal positiver Zusammenhang (OR = 1,2). Neben der bereits erwähnten starken Assoziation mit dem Konsum tagsüber (C) steht die durchschnittliche Konsummenge (AB) insbesondere in einer stark positiven Assoziation mit den negativen Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche. Wer oberhalb der Gefährdungsgrenze konsumiert, hat eine 2,6-fach erhöhte Chance, dass zumindest ein Lebensbereich negativ durch Alkohol beeinflusst wurde.

Starke Rausche (E) sind stärker positiv assoziiert mit der Konsummenge (B1, B2), als mit der Konsumfrequenz (A). Die stärkste Assoziation zeigt sich mit dem Vorhandensein von extremen Konsumphasen (D). Ebenso zeigt sich eine positive Assoziation mit negativen Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche (H): Personen mit starken Rauschen haben eine um den Faktor 3,2 erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass bereits mindestens ein Lebensbereich negativ beeinflusst wurde.

Das Vorhandensein von suchtspezifischen Vorbehandlungen (F) ist besonders positiv mit einer überdurchschnittlichen Konsummenge assoziiert (B1, B2; OR = 2,9 bzw. 2,6). Personen mit einschlägiger Behandlungsvorerfahrung treten die aktuelle Behandlung häufiger aus eigener Motivation an (G, OR = 2,3).

Negative Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche (H) sind insbesondere positiv assoziiert mit dem Vorhandensein von starken Rauschen (E, OR = 3,2), dem Vorliegen von einschlägigen Vorbehandlungen (F, OR = 2,0) und der Selbstmotivation, die aktuelle Behandlung anzutreten (G, OR = 2,3). Auch die Konsumintensität (B1, OR = 2,4 bzw. AB, OR = 2,6) steht in einem positiven Zusammenhang mit dem Vorliegen von negativen Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche.

Im Vergleich zu den bisher genannten Dimensionen weisen Beikonsum (als eine entsprechende Diagnose) und das Vorliegen von somatischen Begleiterkrankungen nur einen sehr geringen Zusammenhang mit anderen Dimensionen auf. Der stärkste Zusammenhang zeigt sich darin, dass bei Vorliegen von Beikonsum (I) die Chance für eine zusätzliche somatische Diagnose [J(s)] um den Faktor 1,6 steigt. Psychiatrische Diagnosen [J(p)] sind am stärksten mit dem Vorhandensein von extremen Konsumphasen, mit Konsum tagsüber sowie mit Eigenmotivation für die Behandlung assoziiert (OR jeweils 1,6 bzw. 1,7 bzw. 1,6).

Nicht sinnvoll zu interpretieren sind hingegen die hohen ORs zwischen der Dimension AB und den Dimensionen A, B1 und B2, da sich Dimension AB rechnerisch aus den drei Einzeldimensionen ergibt.

### 3.5 Klassifikation der Klient\_innen anhand einer hierarchischen Typendarstellung (T1)

Eine Typenbildung auf Basis von 13 Dimensionen (wie in Tabelle 6 angeführt) würde dazu führen, dass aufgrund der Anzahl an Kombinationsmöglichkeiten keine ausreichende Clusterung mehr erfolgen würde. Die mittels der Typisierung erwünschte Reduktion der Komplexität würde somit misslingen. Aus diesem Grund muss zwangsläufig eine Selektion und Hierarchisierung (also auf welcher Ebene zunächst differenziert wird) von Dimensionen erfolgen.

Die hier dargestellte hierarchische Typendarstellung folgt der Überlegung, dass für die Beschreibung der Zielgruppe von „Alkohol. Leben können.“ im Verein Dialog in erster Linie das Konsumverhalten und somit die durchschnittliche Konsummenge sowie das Vorhandensein von extremen Konsumphasen oder schweren Rauschen wichtige Variablen darstellen. Da der Verein Dialog mit seiner Behandlung einen positiven Beitrag zur Lebensqualität seiner Klient\_innen leisten will, ist zudem die Frage von Interesse, ob der Alkoholkonsum bereits zu negativen Auswirkungen in verschiedenen Lebensbereichen geführt hat. Schließlich ist auch von Belang, ob bzw. welche Diagnosen die Zielgruppe zusätzlich zu den Alkoholkonsumstörungen belasten, da das Vorliegen von Komorbiditäten Aufschluss über die Komplexität der erforderlichen Maßnahmen für die Klientel gibt. Somit differenziert die hierarchische Typendarstellung über vier Ebenen und dabei primär über das übliche Konsummuster der betroffenen Personen, danach über extreme Konsumphasen, gefolgt von negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums und zuletzt über zusätzliche somatische und psychiatrische Diagnosen (vgl. Abbildung 17). Dargestellt werden ausschließlich Personen, von denen Angaben zu allen relevanten Dimensionen vorhanden sind (185 Personen).

Auf Ebene 1 (üblicher Durchschnittskonsum) zeigt sich zunächst, dass etwa zwei Drittel der Klient\_innen (132 Personen bzw. 63 %) oberhalb der Gefährdungsgrenze von 40 Gramm pro Tag (Frauen) bzw. 60 Gramm pro Tag (Männer) konsumieren. Jeweils eine von acht Personen konsumiert allerdings unterhalb dieser Gefährdungsgrenze bzw. sogar unterhalb der sogenannten Harmlosigkeitsgrenze (16 bzw. 24 Gramm Alkohol pro Tag). An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass die hohe Anzahl an fehlenden Werten bei diesem zentralen Indikator darauf hinweist, dass für Personen mit problematischem Konsumverhalten die Quantifizierung der konsumierten Alkoholmenge auch mit Unterstützung einer fachlich qualifizierten Person bei vielen Klient\_innen schwerfällt.

Auf der zweiten Ebene wird berücksichtigt, ob extreme Konsumphasen vorliegen oder nicht. Etwa vier von zehn Personen, die angeben, üblicherweise unterhalb der Gefährdungsgrenze zu konsumieren, berichten von extremen Konsumphasen, die im Falle eines vergleichsweise geringen Durchschnittskonsums die Motivation für den Behandlungsantritt begründen können. Dennoch verbleiben auch unter Berücksichtigung dieser zweiten Ebene 31 Personen oder ca. 15 % der Klientel, die weder in Bezug auf ihren Durchschnittskonsum noch in Hinblick auf exzessive Konsumphasen hervorstechen.

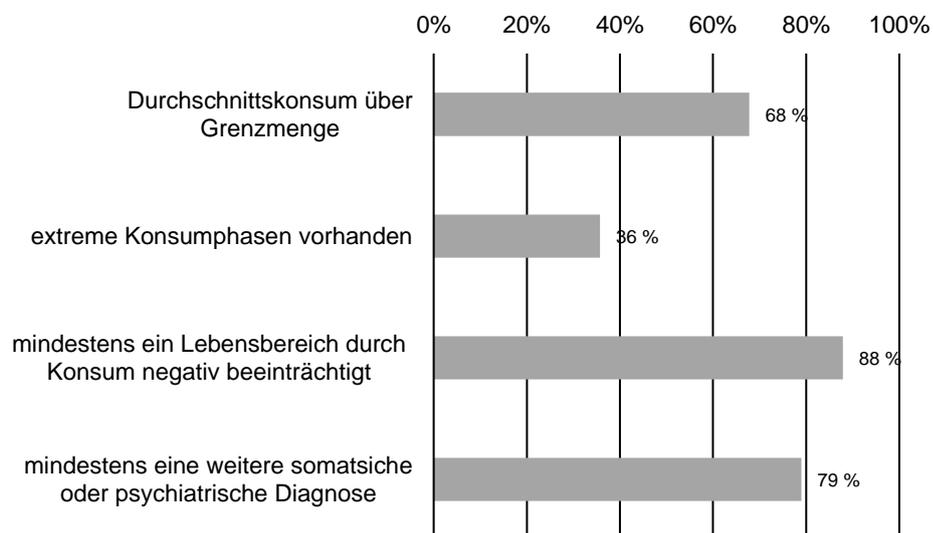
Die dritte Ebene differenziert nach dem Vorhandensein bzw. der Abwesenheit von negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums. Dass gar keine negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums berichtet werden, stellt in der befragten Stichprobe eine Ausnahme dar.

Berücksichtigt man auch die berichteten negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums, so reduziert sich die Zahl der Klient\_innen, die auf keiner der drei Ebenen Auffälligkeiten aufweisen, auf fünf Personen.

Von diesen fünf Personen weist auf Ebene vier nur eine Person keine zusätzlichen somatischen oder psychiatrischen Zusatzdiagnosen auf.<sup>4</sup>

Die isolierte Betrachtung dieser vier Dimensionen ergibt (vgl. Abbildung 16), dass ca. zwei Drittel in Bezug auf ihren Durchschnittskonsum eine Auffälligkeit zeigen, ein Drittel extreme Konsumphasen aufweist, neun von zehn mit negativen Auswirkungen ihres Alkoholkonsums konfrontiert sind und bei acht von zehn zumindest eine zusätzliche Erkrankung vorliegt.

Abbildung 16: Auffälligkeiten bei den vier für die Typenbildung relevanten Dimensionen



<sup>4</sup> Werden auch Personen berücksichtigt, die bei einer der Dimensionen keine Angabe machen, erhöht sich die Anzahl an Klient\_innen ohne jegliche Auffälligkeit bei den berücksichtigten Dimensionen auf 3.

Abbildung 17: Hierarchisches Typenmodell mit 4 Ebenen

Konsumgruppen auf Basis des durchschnittlichen Konsums																																					
unterhalb der Harmlosigkeitsgrenze (n = 28)				unterhalb der Gefährdungsgrenze (n = 25)				über der Gefährdungsgrenze (n = 132)																													
Vorhandensein von extremen Konsumphasen																																					
nein (n = 17)		ja (n = 11)		nein (n = 14)		ja (n = 11)		nein (n = 85)		ja (n = 47)																											
negative Auswirkungen durch Konsum																																					
nein (n = 5)		ja (n = 12)		nein (n = 2)		ja (n = 9)		nein (n = 0)		ja (n = 14)		nein (n = 1)		ja (n = 10)		nein (n = 6)		ja (n = 79)		nein (n = 5)		ja (n = 42)															
somatische und /oder psychiatrische Probleme																																					
keine (n = 1)	psy (n = 1)	som (n = 1)	som & psy (n = 2)	keine (n = 5)	psy (n = 1)	som (n = 4)	som & psy (n = 2)	psy (n = 1)	som & psy (n = 1)	keine (n = 3)	psy (n = 3)	som (n = 1)	som & psy (n = 2)	keine (n = 6)	psy (n = 1)	som (n = 5)	som & psy (n = 2)	keine (n = 1)	keine (n = 1)	psy (n = 2)	som (n = 4)	som & psy (n = 3)	keine (n = 4)	psy (n = 1)	som (n = 1)	keine (n = 1)	keine (n = 22)	psy (n = 20)	som (n = 16)	som & psy (n = 21)	keine (n = 2)	psy (n = 2)	som & psy (n = 1)	keine (n = 8)	psy (n = 13)	som (n = 12)	som & psy (n = 9)

### 3.7 Veränderungsmessung (T2)

#### 3.7.1 Veränderung der Konsumindikatoren zwischen T1 und T2

Veränderungen des Konsumverhaltens wurden in Bezug auf die Anzahl der Trinktage, den Durchschnittskonsum, das Vorhandensein von extremen Konsumphasen, Trinken tagsüber sowie direkt nach dem Aufstehen sowie in Bezug auf das Vorhandensein von starken Räuschen analysiert. Veränderungen zwischen den Zeitpunkten T1 und T2 wurden dabei so operationalisiert, dass diese einer von fünf Kategorien zuordenbar sind:

- ♣ „Reduktion auf null“: bedeutet, dass die entsprechende Dimension zu T1 vorhanden war (Wert größer null), zu T2 hingegen nicht (Wert = 0).
- ♣ „Mäßigung“: bedeutet, dass die entsprechende Dimension zu T1 und T2 jeweils vorhanden war (Wert größer 0), aber bei T2 geringer ausfällt als zu T1.
- ♣ „keine Veränderung“: bedeutet, dass die entsprechende Dimension zu T1 und T2 jeweils vorhanden war (Wert größer 0) und die Werte sich nicht verändert haben.
- ♣ „Intensivierung“: bedeutet, dass die entsprechende Dimension entweder zu T1 nicht vorhanden war (Wert = 0), zu T2 aber schon, oder zu T2 größer ausfällt als zu T1.
- ♣ „nicht vorhanden“: bedeutet, dass die entsprechende Dimension weder zu T1, noch zu T2 vorhanden war (Wert = 0).

*Tabelle 7: Veränderungen zwischen T1 und T2 in Hinblick auf unterschiedliche Konsumdimensionen*

	Konsum- tage	Durch- schnitts- konsum	Konsum tagsüber	Konsum nach dem Aufstehen	extreme Konsum- phasen	starke Räusche
Reduktion auf null	25 %	32 %	28 %	39 %	26 %	49 %
Mäßigung	48 %	47 %	14 %	12 %	7 %	3 %
keine Veränderung	20 %	2%	26 %	8 %	0 %	2 %
Intensivierung	7 %	17 %	16 %	12 %	19 %	15 %
nicht vorhanden	1 %	2%	16 %	29 %	48 %	31 %
gültige Angaben	101	88	98	83	84	94

In Hinblick auf die Anzahl der Konsumtage sowie den Durchschnittskonsum wird dabei häufiger eine Mäßigung erreicht (48 % bzw. 47 %, vgl. Tabelle 7) als Abstinenz erzielt. Bei einem Fünftel der Klient\_innen ist die Anzahl an Konsumtagen gleich geblieben. Immerhin 17 % der Klient\_innen (oder 15 Personen) geben an, dass sich ihr Durchschnittskonsum zwischen T1 und T2 intensiviert hat. Dieser Anstieg findet dabei mehrheitlich nicht von einem geringeren Niveau aus statt: Zehn dieser 15 Personen befanden sich zu T1 im Bereich oberhalb der Gefährdungsgrenze.

Konsum tagsüber ist jene Konsumdimension, bei welcher der höchste Anteil an Personen zu verzeichnen ist, die keine Veränderung berichten (26 %). 28 % geben hingegen an, dass sie jetzt gar nicht mehr tagsüber trinken, wohingegen sich bei 16 % der Konsum tagsüber intensiviert hat. Im Vergleich dazu konnten mehr Personen den Konsum direkt nach dem Aufstehen auf null reduzieren (39 %) und es berichten auch weniger Klient\_innen davon, dass sich bei dieser Konsumdimension eine Intensivierung ergab (12 %).

Die Dimension „extreme Konsumphasen“ weist hingegen den höchsten Wert an Personen auf, die von einer Intensivierung berichten (19 % oder 16 Personen). Dabei sollte berücksichtigt werden, dass extreme Konsumphasen definiert wurden als Phasen, in denen deutlich mehr getrunken wird als sonst. Die Relation zum Durchschnittskonsum könnte zur Folge haben, dass ein Rückgang des durchschnittlichen Konsumverhaltens als Anstieg der extremen Konsumphasen interpretiert wird, auch wenn sich bezüglich der stärkeren Konsumtage keine relevanten Veränderungen ergeben haben. So berichten von den 16 Personen, die eine Zunahme von extremen Konsumphasen angeben, zehn Personen gleichzeitig von einer Abnahme der durchschnittlichen Konsummenge, wohingegen es nur bei drei Personen sowohl zu einer Zunahme von extremen Konsumphasen als auch zur Zunahme des Durchschnittskonsums gekommen ist.

Starke Rausche sind jene Konsumdimension, bei welcher der höchste Anteil der 101 Klient\_innen von einer Reduktion auf null berichtet (49 %). Bei 15% der Klient\_innen lassen die Antworten auf eine Zunahme von starken Rauschen schließen.

44 Klient\_innen (44%) berichten, dass bei mindestens einer Dimension eine Intensivierung des Konsumverhaltens stattgefunden hat. Dem gegenüber stehen 94% der Klient\_innen, bei denen zumindest in einer der sechs betrachteten Konsumdimensionen eine Reduktion auf null oder zumindest eine Mäßigung berichtet wurde. Wird ausschließlich die Anzahl der Dimensionen betrachtet, bei denen es zu einer Mäßigung bzw. zu einer Intensivierung gekommen ist (also ohne Quantität oder Qualität der jeweiligen Veränderung zu berücksichtigen), ergibt sich auf Basis von Tabelle 8 folgendes Bild:

- d: Bei 56 Personen ist ausschließlich Mäßigung bei einer oder mehr Konsumdimensionen zu beobachten (erste Zeile in der Tabelle ohne erste Spalte).
- d: Bei 24 Personen überwiegen numerisch Mäßigungen im Konsumverhalten, es gibt aber auch Dimensionen, bei denen es zu einer Intensivierung des Konsumverhaltens gekommen ist (Zellen oberhalb der Diagonale ohne die erste Zeile).
- d: Bei 10 Personen hält sich die Anzahl an Mäßigungen und die Anzahl an Intensivierungen die Waage (Zellen der Diagonale).
- d: Bei 6 Personen überwiegen numerisch Intensivierungen des Konsumverhaltens, es gibt bei diesen aber auch Konsumdimensionen, bei denen es zu einer Mäßigung kam.
- d: Bei 5 Personen kam es ausschließlich zu einer Intensivierung des Konsumverhaltens in einer oder mehreren Dimensionen, ohne dass es zeitgleich in anderen Dimensionen zu einer Mäßigung kam.

Tabelle 8: Verhältnis von Mäßigung bzw. Intensivierung bei sechs Konsumdimensionen

	Keine Mäßigung	Mäßigung bei einer Dimension	Mäßigung bei 2 Dimensionen	Mäßigung bei 3 Dimensionen	Mäßigung bei 4 Dimensionen	Mäßigung bei 5 Dimensionen	Mäßigung bei 6 Dimensionen	Gesamt
Keine Intensivierung	1	6	10	7	16	12	5	57
Intensivierung bei einer Dimension	1	4	5	8	6	2	0	26
Intensivierung bei 2 Dimensionen	0	2	5	2	1	0	0	10
Intensivierung bei 3 Dimensionen	0	0	1	0	0	0	0	1
Intensivierung bei 4 Dimensionen	3	2	1	0	0	0	0	6
Intensivierung bei 5 Dimensionen	1	0	0	0	0	0	0	1
Gesamt	6	14	22	17	23	14	5	101

### 3.7.2 Suchtverlagerung

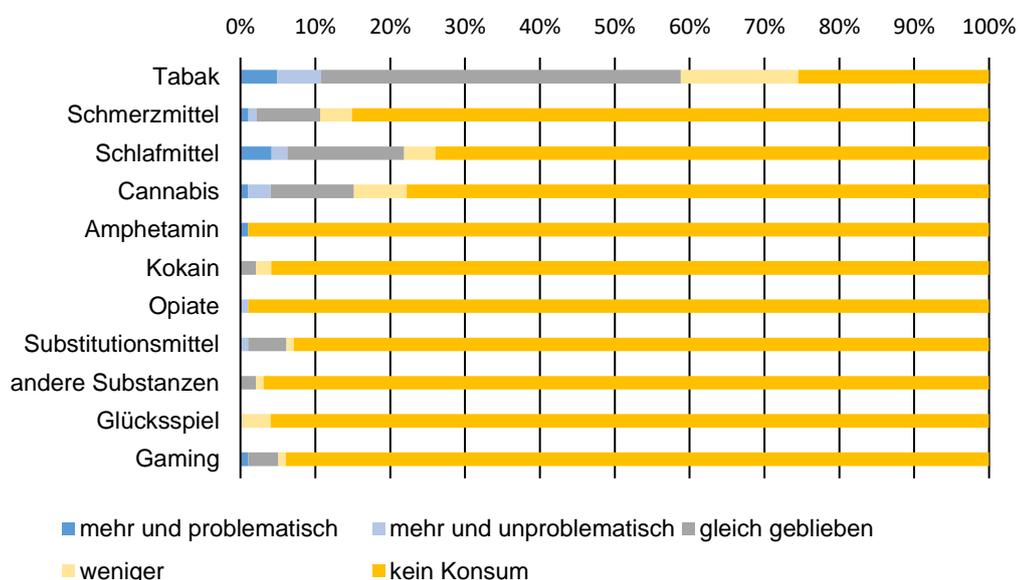
Eine Reduktion des Alkoholkonsums bzw. das Erzielen von Abstinenz kann zur Folge haben, dass stattdessen der Konsum von anderen Substanzen ansteigt und zunehmend zu einem Problem wird. Entsprechend wurden alle Teilnehmer\_innen zu T2 befragt,

- ♣ ob sie andere psychoaktive Substanzen konsumieren,
- ♣ (falls ja,) ob ihr diesbezüglicher Konsum seit Behandlungsbeginn zugenommen hat und
- ♣ (falls ja,) ob sie diese Zunahme als Problem betrachten.

Analog dazu wurden dieselben Fragen in Hinblick auf die Nutzung von Glücksspiel bzw. von Computerspielen (Gaming) gestellt.

Insgesamt gibt fast ein Viertel (26 Personen) der Klient\_innen zu T2 an, dass sie eine der abgefragten Substanzen seit Therapiebeginn vermehrt konsumieren bzw. sich ihr Nutzungsverhalten von Glücksspiel bzw. Computerspielen intensiviert hat. Knapp über ein Zehntel (elf Personen) berichten, dass sie diesen Anstieg als problematisch erleben.

Abbildung 18: Veränderung des Konsumverhaltens anderer Substanzen bzw. der Nutzung von Glücksspiel und Gaming seit Behandlungsbeginn



*n = 102, keine fehlenden Angaben*

Eine Differenzierung des Antwortverhaltens nach Substanzen sowie Glücksspiel und Computerspielen (vgl. Abbildung 18) zeigt, dass am häufigsten Zunahmen des Tabakkonsums, des Schlafmittelkonsums sowie des Konsums von Cannabinoiden berichtet werden.

Zusätzlich zur Selbsteinschätzung der Klient\_innen wurden auch die Behandler\_innen um eine Einschätzung in punkto Suchtverlagerung gebeten. Ihre Angaben bewegen sich in etwa im selben Bereich wie die selbstberichteten (und problematisch erlebten) Zunahmen des Konsumverhaltens aus der Sicht der Klient\_innen: In insgesamt 13 Fällen (entspricht auch 13 % aller Personen von T2) treffen die Behandler\_innen die Einschätzung, dass eine Suchtverlagerung stattgefunden hat. Die häufigsten Nennungen entfallen auch hier auf Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie auf Cannabinoide (jeweils drei Nennungen), gefolgt von Tabak und Substitutionsmitteln (jeweils zwei Nennungen). In Einzelfällen wird eine Zunahme des Konsums von Schmerzmitteln, Amphetamin, Kokain sowie der Nutzung von Glücksspielen genannt.

### 3.7.3 Positive Veränderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen seit Therapiebeginn

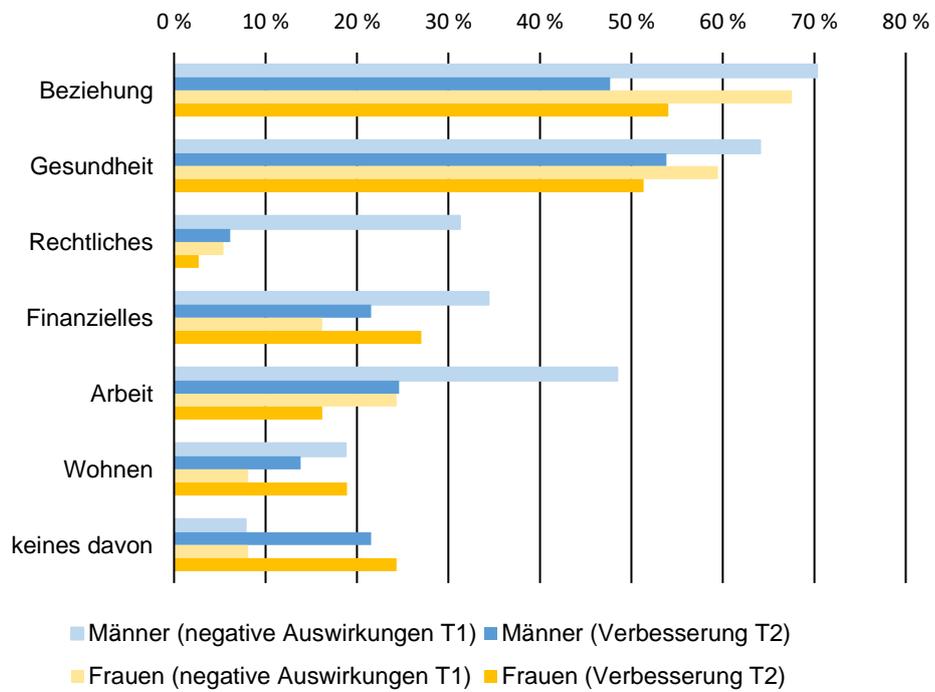
Etwa drei Viertel der Klient\_innen (77 %), von denen Daten zu T2 vorhanden sind, geben zum zweiten Erhebungszeitpunkt an, dass zumindest in einem der abgefragten Lebensbereiche (siehe Abbildung 19) seit Beginn der Behandlung eine Verbesserung eingetreten ist. Unter

Frauen ist der Anteil jener Personen, die gar keine Verbesserung berichten, nur unwesentlich höher (24 %) als unter Männern (22 %).

Am häufigsten werden die Lebensbereiche „Beziehung“ und „Gesundheit“ genannt, bei denen jeweils ca. die Hälfte der inkludierten Klient\_innen eine positive Veränderung wahrnimmt. Am seltensten werden Verbesserungen aus dem Bereich „Rechtliches“ berichtet.

In Relation zu den Angaben aus T1, welche Lebensbereiche bereits von negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums betroffen sind, zeigt sich, dass „Gesundheit“ ein wesentlicher Problembereich ist, dass aber bei vielen Personen in diesem Bereich auch Verbesserungen erzielt werden konnten. Etwas anders gestaltet sich der Vergleich der Bereiche „Rechtliches“ und „Arbeit“, die zu T1 häufig als Problembereiche genannt wurden, aber zu T2 deutlich seltener genannt werden, wenn es um die Verbesserungen seit Therapiebeginn geht. Hier ist zu bedenken, dass sich manche Klient\_innen in Behandlung begeben, weil sich rechtliche Probleme und Probleme am Arbeitsplatz infolge ihrer Alkoholproblematik ankündigen, die dann nach Behandlungsbeginn manifest werden. Ein unerwartetes Verhältnis aus Problemnennung und Verbesserung ergibt sich für die Bereiche „Finanzielles“ und „Wohnen“ für Frauen: Hier übersteigt die Anzahl an Personen, die zu T2 eine Verbesserung berichten, jene, die zu T1 diese Bereiche als Problem genannt haben. Ganz offensichtlich wurden beim zweiten Erhebungszeitpunkt Situationen retrospektiv als problematisch beurteilt, die beim ersten Erhebungszeitpunkt noch nicht als nennenswert problematisch erlebt worden waren.

Abbildung 19: Verbesserungen seit Therapiebeginn nach Geschlecht und im Vergleich zu den negativen Auswirkungen zu T1



*n = 102, 1 fehlende Angabe*

## 4 Diskussion der Ergebnisse

Es ist davon auszugehen, dass die meisten Personen, die sich aufgrund einer Alkoholkonsumstörung in eine stationäre Behandlung begeben, vor Beginn dieser Behandlung exzessiv Alkohol konsumieren und dass von den Behandler\_innen als kurz-, mittel- oder langfristiges Ziel meist völlige Alkoholabstinenz definiert wird. Bis vor wenigen Jahren wurden bei der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen fast ausschließlich abstinenzorientierte Therapien angeboten. Konsumreduktion bzw. kontrolliertes Trinken (Körkel, 2002) wurde ganz besonders für manifest Alkoholranke von einer großen Mehrheit der Behandler\_innen als unrealistisches Ziel angesehen. Da für viele Personen mit Alkoholkonsumstörungen das Ziel Abstinenz zu einem Zeitpunkt, zu dem eine therapeutische Intervention eindeutig indiziert ist, nicht oder noch nicht attraktiv erscheint, kommt es in vielen Fällen nicht (treatment gap) oder erst sehr spät (treatment lag) zur Aufnahme einer Behandlung. Behandlungen finden aber in der Regel nur dann statt, wenn die Ziele der Behandler\_innen mit den Zielen der Klient\_innen übereinstimmen (Körkel, 2015, zitiert nach Bischof, Lange, Rumpf & Preuss, 2019) oder wenn der externe Druck sehr groß ist. Das Festhalten am Abstinenzparadigma bewirkt so, dass viele Personen nicht oder nicht rechtzeitig vom Suchthilfesystem erreicht werden können. Auch wenn reduzierter oder kontrollierter Konsum mittlerweile vermehrt als realistisches therapeutisches Ziel im Sinne eines Zwischenschritts zur Abstinenz anerkannt wird (vgl. Bischof et al., 2019; AWMF, DGPPN, DG-SUCHT, 2016) und für Körkel (2002) reduziertes Trinken bei passender Indikation durchaus auch als langfristiges Ziel denkbar ist, beziehen sich die entsprechenden Leitlinien und Positionspapiere, die Konsumreduktion und kontrolliertes Trinken als Option anerkennen, primär auf das ambulante Setting.

Im ambulanten Bereich ist es einfacher, zieloffen vorzugehen und die jeweiligen Therapieziele mit der Klientel individuell zu erarbeiten: Während manche Klient\_innen in ambulanter Behandlung z. B. zu Hause weiter trinken können und andere gar keinen Alkohol konsumieren, werden sich diese Klient\_innengruppen durch ihr Verhalten im ambulanten Setting kaum unerwünscht gegenseitig beeinflussen. Der Ablauf von abstinenzorientierten Behandlungen im stationären Setting wird jedoch durch Klient\_innen, die in reduziertem Ausmaß weiter trinken, gefährdet, weshalb eine flexible Zielsetzung für stationäre Behandlungen organisatorisch nur sehr schwierig umsetzbar ist.

Auch in der vorliegenden Untersuchung, die ausschließlich Klient\_innen in ambulanter Behandlung inkludiert, zeigt sich bezüglich der angestrebten Ziele ein differenziertes Bild: Einerseits berichtet ca. ein Drittel der befragten Klient\_innen zu Behandlungsbeginn, bereits abstinent zu sein und die Behandlung vorrangig zur Aufrechterhaltung dieser Abstinenz nutzen zu wollen. Andererseits geben aber in Bezug auf das Therapieziel auch knappe 50% der befragten Personen an, ihren Alkoholkonsum nur reduzieren bzw. in Zukunft nicht ganz abstinent leben zu wollen. Diese Situation entspricht auch den Veränderungen des Konsumverhaltens von Zeitpunkt T1 bis zu Zeitpunkt T2. So wurde zu T2 wesentlich häufiger eine Verringerung des Durchschnittskonsums berichtet als eine Reduktion auf null, was sich mit dem Wunsch vieler Klient\_innen deckt, nicht ganz abstinent leben zu wollen. Dass kontrollierter oder reduzierter Konsum für viele Klient\_innen auch längerfristig möglich ist, wurde in der Zwischenzeit durch zahlreiche Studien belegt (vgl. Bischof et al., 2019; Körkel,

2002). Intensiv diskutiert wird von Behandler\_innen und Forscher\_innen dabei vorrangig, für welche Personen mit Alkoholkonsumstörungen kontrolliertes Trinken eine sinnvolle Option darstellt und für welche nicht.

Dass Klient\_innen mit Alkoholkonsumstörungen, die sich aktuell mit dem Ziel „völlige Abstinenz“ nicht anfreunden können, leichter zur Aufnahme einer Suchtbehandlung zu motivieren sind, wenn die Behandler\_innen nicht streng auf dem Ziel der Abstinenz bestehen, ist offensichtlich. Die Praxis zeigt dabei, dass ein Teil der Klientel, die sich zunächst nur mit der Idee einer Konsumreduktion anfreunden kann, im Verlauf der Therapie auf das Ziel Abstinenz umsteigt, wenn die Bemühungen, den Konsum bloß einzuschränken, offensichtlich scheitern. Dieser Befund spricht deutlich dafür, den Klient\_innen auch moderatere Behandlungsziele anzubieten als nur Abstinenz. Die nicht ausschließlich abstinenzenorientierte Haltung des Verein Dialog sowie die relative Niederschwelligkeit des Zugangs zur Behandlung tragen in diesem Sinne dazu bei, die Zielgruppe besser zu erreichen, als das mit einem ausschließlich abstinenzenorientierten und stationären Angebot der Fall wäre. Dass 43 % der in die Untersuchung einbezogenen Klient\_innen sich erstmalig zu einer alkoholspezifischen Behandlung entschlossen haben, unterstreicht die Bedeutung des niederschweligen Zugangs im Verein Dialog. Körkel (2002) betont in diesem Zusammenhang, dass die Wahrung der Autonomie der Klient\_innen nur möglich ist, wenn unterschiedliche Ziele offen erörtert werden und die Ziele respektiert werden, welche die Klient\_innen anfänglich anstreben. Dies ermöglicht es auch, Änderungen in den Therapiezielen über den Therapieverlauf hinweg mit den Klient\_innen flexibel zu besprechen, ohne einen Behandlungsabbruch zu provozieren.

Überraschend geringe Unterschiede zeigten sich bei der von Behandler\_innen eingeschätzten Compliance zwischen Klient\_innen, die selbstmotiviert bzw. fremdmotiviert eine Behandlung begonnen haben. Bei vielen Menschen mit gravierenden Alkoholproblemen gibt es für die Betroffenen selbst deutliche Gründe, ihr Problem in den Griff zu bekommen, aber zusätzlich auch Kritik und Druck von Dritten. Somit überschneiden sich Aspekte der Eigen- und Fremdmotivation und es ist vielfach nicht eindeutig identifizierbar, welcher Aspekt bei den einzelnen Klient\_innen von den Behandler\_innen als überwiegend erachtet wird. Zudem sollte bedacht werden, dass die Stichprobe in Hinblick auf Compliance eine positive Selektion darstellt, da frühe Abbrecher\_innen bereits zu T1, spätere Abbrecher\_innen zu T2 nicht mehr befragt werden konnten. In der Gruppe der Abbrecher\_innen sind fremdmotivierte Personen und Personen mit sehr geringer Behandlungsmotivation vermutlich deutlich überrepräsentiert.

Angesichts des Umstandes, dass die Unterscheidung in selbst- bzw. fremdmotivierte Klient\_innen zu T1 erhoben wurde, die Beurteilung der Compliance durch die Behandler\_innen aber erst zu T2, könnte sich im zuvor beschriebenen überraschend geringen Unterschied auch ein Behandlungseffekt, hervorgerufen durch die Mitarbeiter\_innen des Verein Dialog, manifestieren. Der Verein Dialog und seine Mitarbeiter\_innen haben jahrelange Erfahrung in der Behandlung von Menschen, welche die Behandlung nicht immer ganz freiwillig aufsuchen oder fremdmotiviert sind, und räumen auch in diesen Fällen der größtmöglichen Eigenverantwortung einen hohen Stellenwert ein. Ziel der Betreuung und Behandlung ist neben der Verbesserung der Lebensqualität der Klient\_innen auch, diese zur aktiven Teilnahme an der Behandlung zu motivieren, also anfängliche Fremdmotivation in intrinsische

Behandlungsmotivation überzuführen. Erleichtert wird das durch den Umstand, dass der Verein Dialog nicht ausschließlich abstinenzorientiert arbeitet und die akzeptierende Haltung auf Seiten der Behandler\_innen dazu führt, dass sich die Klient\_innen in ihren Zielen und Wünschen angenommen und akzeptiert fühlen. Durch das subjektive Erleben dieser Akzeptanz wird z. B. gewährleistet, dass die Einhaltung von Terminen bei vielen Klient\_innen trotz anfänglich überwiegender Fremdmotivation besser gelingt, als es der Fall wäre, wenn bedingungslos ein von außen vorgegebenes Abstinenzziel verfolgt würde. Das belegen auch die Ergebnisse der internen Klient\_innenbefragungen, die zuletzt 2017 ausschließlich mit Klient\_innen im Rahmen des Schwerpunkts „Alkohol. Leben können.“ und 2019 mit allen Klient\_innen des Verein Dialog durchgeführt wurden: Besonders oft wird hier in beiden Gruppen der respektvolle und wertschätzende Umgang der Dialog-Mitarbeiter\_innen hervorgehoben. Konkret wird positiv angemerkt, dass diese Verständnis für die jeweiligen Lebenssituationen aufbringen sowie die Tatsache, dass Klient\_innen in der Behandlung/Betreuung alle Themen offen ansprechen können, die für sie wichtig sind.

Die positive Assoziation zwischen dem Vorhandensein zusätzlicher psychiatrischer Diagnosen und dem Auftreten von extremen Konsumphasen ist damit zu erklären, dass psychiatrische Vorerkrankungen, wie z. B. Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen oder Depressionen, häufig zu phasenhaften Verbesserungen und Verschlechterungen des psychischen Zustandes mit schwankenden inneren Spannungszuständen und assoziiertem impulsiven Verhalten führen. Bei Klient\_innen, die Alkohol im Sinne von Selbstmedikation verwenden (vgl. Khantzian, 1997), um die Auswirkungen der psychischen Belastungen zu mildern, führt das phasenhafte Schwanken der psychischen Problematik somit zu phasenhaften Steigerungen des Alkoholkonsums, also zu einem Wechsel zwischen moderateren und extremeren Konsumphasen. In der vorliegenden Untersuchung ist der Anteil an Personen mit extremen Konsumphasen unter Frauen deutlich höher als unter Männern, was gut mit Ergebnissen einer Studie aus dem Anton Proksch Institut (API) korrespondiert, die aufzeigt, dass 94% der behandelten weiblichen, aber nur 57% der behandelten männlichen Alkoholkranken sekundäre Alkoholiker\_innen sind, also Personen, bei denen die Alkoholkonsumstörung Folge einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Primärerkrankung darstellt. Diesbezügliche erste Überlegungen von Uhl und Kobrna (2003) wurden im Rahmen einer Studie von Springer et al. (2006) bestätigt. Eine ausführliche Darstellung findet sich bei Uhl et al. (2020).

Da der problematische Alkoholkonsum bei Frauen mehrheitlich in einem Alter beginnt, in dem auch Schwangerschaften möglich sind, ergibt sich für Behandler\_innen und Betreuer\_innen die Notwendigkeit, auch die Themen Schwangerschaft und Alkoholkonsum verstärkt im Auge zu behalten, um das Bewusstsein für das Thema „Fetales Alkoholsyndrom“ bei betroffenen Klientinnen zu schärfen. Gleichzeitig ergeben sich bei Alkoholiker\_innen mit Kindern zusätzliche Problematiken in Bezug auf die Kinderbetreuung, die durch beratende Angebote und Unterstützungsleistungen in der Behandlung thematisiert werden sollten, um den spezifischen Lebenswelten von Müttern und Vätern mit einer Alkoholkonsumstörung sowie deren Kindern gerecht zu werden.

In Bezug auf die Veränderungen in den Konsumdimensionen zwischen T1 und T2 zeigt sich, dass es öfters zu einer Mäßigung im Trinkverhalten gekommen ist, als Abstinenz erreicht wurde. Dies deckt sich mit den eingangs berichteten Therapiezielen vieler Klient\_innen, von denen annähernd 50 % keine Abstinenz anstrebten.

Die Tatsache, dass sich bei über 40 % der Klient\_innen eine Intensivierung des Konsums in mindestens einer Konsumdimension zeigt und gleichzeitig bei einer großen Mehrheit der Klient\_innen Mäßigungen im Konsumverhalten insgesamt im Vordergrund stehen, verdeutlicht, dass Schwankungen bei einzelnen Konsumindikatoren nicht ungewöhnlich für den Behandlungsverlauf sind. Vor dem Hintergrund, dass sich viele Klient\_innen das erste Mal in eine Behandlung begeben haben und es meistens längere Behandlungsverläufe braucht, um langfristige Erfolge in Bezug auf den Konsum zu erzielen, sollten vereinzelte Intensivierungen des Konsumverhaltens nicht dazu führen, dass die Behandlung insgesamt als Misserfolg gewertet oder gar abgebrochen wird. Zudem ergibt sich das Problem, dass der Konsum, der zu Behandlungsbeginn erhoben wurde, nicht immer dem durchschnittlichen Problemkonsum der Klient\_innen entsprechen muss, der ursprünglich zur Behandlung geführt hat. Trotz intensiver Bemühungen der Behandler\_innen, diese Fehlerquelle in den Fragebögen zu vermeiden, ist davon auszugehen, dass die Konsummenge zu Behandlungsbeginn nicht immer korrekt erfasst wurde und sich so auch Verzerrungen – im Sinne einer Unterschätzung der Konsummenge zu Behandlungsbeginn und daraus resultierenden Intensivierungen in einzelnen Konsumdimensionen zu T2 – in den Ergebnissen niederschlagen. Gleichzeitig kann, wie bei anderen psychischen Erkrankungen auch, die Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsum sowie damit zusammenhängenden Problemen ebenso zu einer Verschlechterung und somit einer Intensivierung des Konsums führen. Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass auch geringfügig erhöhte Konsummengen (z. B. ein Anstieg von 1 SE von T1 zu T2) in den Ergebnissen als Intensivierung dargestellt werden. Bei insgesamt 80 % der befragten Klient\_innen steht eine Verbesserung (also Mäßigung oder Reduktion auf null) im Vordergrund, sodass sich insgesamt in Bezug auf die Reduktion des Konsums ein positives Bild ergibt.

Die Daten zum Beikonsum weisen darauf hin, dass vor allem der Cannabinoidkonsum in zukünftigen Behandlungen stärker beachtet werden sollte. Während der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie von Tabakerzeugnissen bei Menschen mit Alkoholkrankungen traditionell mitgedacht wird, scheint zusätzlicher Konsum von Cannabinoiden bisher wenig im Blickfeld der Behandler\_innen gestanden zu sein. Generell wurde dem Konsum von Cannabinoiden in der Suchtbehandlung im Vergleich zu Alkohol-, Kokain-, Opioid- und Medikamentenkonsum lange Zeit eine untergeordnete Rolle zugewiesen. Erst in den letzten Jahren zeigte sich hier eine Trendumkehr, nachdem Cannabinoidabhängigkeit vermehrt als primärer Behandlungsgrund angeführt und der Behandlungsbedarf bei anhaltendem Cannabinoidkonsum zusehends offensichtlich wurde. Im Verein Dialog wird in der Behandlung von Klient\_innen mit der Leitsubstanz Cannabinoide bereits seit einigen Jahren ein spezielles Cannabis-Modulbaukasten-System eingesetzt mit eigens erstellten Arbeitsblättern und Übungen zur Auseinandersetzung mit dem Cannabinoidkonsum. Der modulartige Aufbau würde es erlauben, einzelne Interventionen auch bei Klient\_innen einzusetzen, deren Leitsubstanz Alkohol ist, die aber auch einen

behandlungswürdigen Cannabinoid-Beikonsum aufweisen. Ein verstärkter Fokus darauf könnte verhindern, dass Suchtverlagerungen stattfinden, die von den Behandler\_innen unentdeckt bleiben.

Zusätzlich zu den 80 % der Klient\_innen, bei denen Mäßigungen in unterschiedlichen Konsumdimensionen im Vordergrund stehen, geben 77 % der befragten Klient\_innen zum Zeitpunkt T2 an, dass sie durch die Behandlung im Verein Dialog Verbesserungen in unterschiedlichen Lebensbereichen erfahren haben. Vor dem Hintergrund der Behandlungsphilosophie und des Leitbildes des Verein Dialog verwundert es dabei kaum, dass gerade in den Bereichen „Gesundheit“ und „Beziehung“ die meisten positiven Veränderungen berichtet wurden. Davon ausgehend, dass der exzessive Alkoholkonsum für viele Klient\_innen nicht das einzige Problem darstellt, fokussieren die Mitarbeiter\_innen des Verein Dialog in ihren Behandlungsansätzen auch auf Probleme in anderen Lebensbereichen, die teilweise als Ursache für den exzessiven Konsum und teilweise als Folge des Konsums zu werten sind. Substanzkonsum ist oft der Versuch, diverse Schwierigkeiten zu bewältigen. Das gilt vor allem dann, wenn den Klient\_innen keine anderen Bewältigungsoptionen zur Verfügung stehen. Folglich reicht es in der Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen nicht aus, den Substanzkonsum zu reduzieren oder einzustellen, um eine Verbesserung der Lebensqualität zu erzielen, sondern es müssen auch Ressourcen in anderen Lebensbereichen aktiviert werden, damit der Konsum langfristig gesehen nicht mehr die einzige Bewältigungsmöglichkeit für Probleme darstellt und an den Ursachen der Suchtprobleme gearbeitet werden kann, die meist multifaktoriell bedingt sind. Abhängigkeitserkrankungen werden im Verein Dialog als chronische Erkrankungen verstanden (vgl. McLellan, 2002), die einer multiprofessionellen, individualisierten und langfristigen Behandlung bedürfen, wobei der Abstinenzorientierung im Vergleich zur Verbesserung der Lebensqualität insgesamt keine übergeordnete Rolle zugeschrieben wird. Diese Sichtweise entspricht den Dokumentationsstandards III (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., 2001), die sechs Dimensionen angeben, anhand derer der Therapieerfolg bei katamnestischen Studien bewertet werden soll. Nur eine dieser sechs Dimensionen bezieht sich auf den Umgang mit Substanzen, die fünf anderen beziehen sich auf den gesundheitlichen Zustand, soziale Beziehungen, den psychischen Status sowie die rechtliche Situation und die berufliche Integration. Die in der vorliegenden Untersuchung gefundenen Verbesserungen in verschiedenen Lebensbereichen lassen somit den Schluss zu, dass Konzepte wie die Fünf Säulen der Identität nach Petzold (2012) sowie das Klaviermodell (Koller, 1999) sinnvolle Modelle für eine umfassende, integrative Behandlung sind.

Für weitere Behandlungen zeigt sich in den erhobenen Daten auch eine Untermauerung der Sinnhaftigkeit von Trinktagebüchern, da es offenbar für einen relevanten Anteil an Personen schwierig bis unmöglich ist, die Trinkmenge pro Tag hinreichend genau anzugeben. Ein Trinktagebuch kann hier helfen, die tatsächliche Konsummenge erheblich präziser zu eruieren, um so Veränderungen im Konsumverhalten valider abbilden zu können und im Therapieverlauf rasch Maßnahmen zur Gegensteuerung setzen zu können. Zudem kann ein Trinktagebuch dazu dienen, sich im therapeutischen Setting mit Gefühlen der Scham in Bezug auf den eigenen Alkoholkonsum auseinanderzusetzen.

Abschließend sei auf folgende Einschränkungen in der Interpretation und Verwertung der Ergebnisse verwiesen, die sich vor allem aus der Art der Datenerhebung ergeben. Zunächst wurde ein Großteil der gesammelten Daten anhand von Selbstauskünften der Klient\_innen erhoben und unterliegt somit unterschiedlichsten Verzerrungseffekten. Zudem wurden nur Klient\_innen befragt, die sich beim Verein Dialog in einer ambulanten Behandlung befanden. Ambulante und stationäre Behandlungen sind sich ergänzende Angebote und je nach Lebenssituation und persönlichen Zielen der Klient\_innen wird sich eine Indikation für die eine oder andere Option ergeben. Des Weiteren konnten in der vorliegenden Untersuchung keine eindeutig unterscheidbaren Trinktypen identifiziert werden. Dies liegt in erster Linie daran, dass es aus inhaltlichen Gründen nicht gelang, sich auf wenige Variablen zur Beschreibung der Klient\_innen zu einigen und bei einer gleichzeitigen Betrachtung von unterschiedlichen Einflussdimensionen die Anzahl an Kombinationsmöglichkeiten derart groß wird, dass sich keine ausreichende Clusterung mehr ergibt. Schließlich sei angemerkt, dass die Klient\_innen, die eine ambulante Behandlung beim Verein Dialog in Anspruch nehmen, nicht repräsentativ sind für die Gesamtheit der Personen mit einer Alkoholkonsumstörung in Wien. Einerseits wurde dafür in der vorliegenden Untersuchung, auch bedingt durch die relativ hohe Anzahl an frühen Abbrüchen, eine zu geringe Stichprobengröße erreicht, andererseits liegen keine hinreichenden Informationen vor, welche spezifischen Merkmale der Klient\_innen ausschlaggebend dafür sind, ob sie zum Verein Dialog oder zu einer anderen Einrichtung zugewiesen werden. Außerdem fehlt es an Informationen zu jenen Personen, die nie wegen einer Alkoholkonsumstörung eine Behandlung in Anspruch nehmen.

## 5 Ausblick

Die vorliegenden Ergebnisse bieten eine erste Grundlage dafür zu verstehen, welche Personen mit einer Alkoholkonsumstörung dem Verein Dialog im Rahmen von „Alkohol. Leben können.“ zugewiesen wurden und wie die Klient\_innen von den Behandlungsangeboten profitierten und ihre Lebensqualität verbessern konnten. Daraus lassen sich wertvolle Schlussfolgerungen für die weitere Arbeit mit dieser Klientel ableiten. Angesichts der komplexen Problemlagen erweist sich das Behandlungskonzept mit einem multiprofessionellen Team, das eine individuell an die Problemlagen der Klient\_innen angepasste Behandlung anbietet, sowie der respektvolle und wertschätzende Umgang mit den Klient\_innen als zweckmäßig. Dazu zählt ganz wesentlich auch die akzeptanzorientierte Haltung der Behandler\_innen in Bezug auf die jeweiligen Therapieziele, die nicht ausschließlich auf Abstinenz abzielen und auch wesentliche Lebensbereiche der Klient\_innen berücksichtigen, die nicht unmittelbar mit dem Substanzkonsum verbunden sind. Auch wenn die Ziele der Behandler\_innen und Klient\_innen mitunter divergieren und aus Sicht der Behandler\_innen die Abstinenz bei vielen Klient\_innen ein wünschenswertes Ziel darstellt (z. B. bei Klient\_innen mit somatischen Folgeerkrankungen), ist es notwendig, dafür eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, die letztendlich die Compliance der Klient\_innen erhöhen und so auch zu Zieländerungen beitragen kann. Ein von außen starr vorgegebenes Ziel der Abstinenz für alle Klient\_innen würde dem zuwider laufen und sowohl manche Klient\_innen mit behandlungsbedürftigen Alkoholkonsumstörungen von vornherein abschrecken, als auch zu deutlich mehr Behandlungsabbrüchen führen.

In Bezug auf die Konsummengen weisen die Ergebnisse auf die Sinnhaftigkeit des Einsatzes von Trinktagebüchern in der ambulanten Behandlung hin, da es für manche Klient\_innen nur so möglich ist, eine realistische Einschätzung der aktuellen Trinkmenge zu erhalten. Ganz besonders beim Ziel der Reduktion des Alkoholkonsums stellen Trinktagebücher eine wertvolle Ergänzung zur Behandlung dar, da diese als externe positive Verstärker für das Erreichen der angestrebten Konsummengen fungieren.

Wie bereits erwähnt, weisen doch 20 % der befragten Klient\_innen einen Cannabinoidbeikonsum auf, der bisher in der Behandlung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung zu wenig beachtet wurde. Für zukünftige Behandlungen könnte hier der Einsatz des vom Verein Dialog konzipierten Cannabis-Modulbaukasten-Systems eine wertvolle Ergänzung darstellen und möglichen Suchtverlagerungen vorgreifen bzw. diese besser besprechbar und behandelbar machen. Damit einhergehend ist auch der Bereich der Tabakabhängigkeit eine Problemstellung, die als gesundheitsschädigende Verhaltensweise verstärkt thematisiert werden kann.

Die vorliegende Untersuchung war dezidiert als explorative, deskriptive Studie angelegt. Die Evaluation der Wirksamkeit konkreter Behandlungsangebote war nicht Ziel der Studie. In zukünftigen Forschungsarbeiten könnte es jedoch genau darum gehen, bestehende ambulante Angebote, wie die Trinkmengenreduktion, die Durchführung von ambulanten Entzügen, den Einsatz des Cannabis-Modulbaukasten-Systems etc., hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auf die definierten Ziele zu untersuchen. Die erhebliche Heterogenität der Klientel, die eine ambulante Behandlung ihrer Alkoholkonsumstörungen beim Verein Dialog in

Anspruch nimmt, stellt diesbezüglich eine große Herausforderung dar, z. B. auch in Bezug auf individuell unterschiedliche Krankheitsverläufe, Komorbiditäten und sozioökonomische Faktoren. Dafür bräuchte es mehrere Erhebungszeitpunkte über einen längeren Zeitraum pro Klient\_in sowie ein strukturiertes Studiendesign, um Unterschiede zwischen bestehenden Behandlungsangeboten präzise abbilden zu können. Die vorliegende Erhebung kann diesbezüglich zur Abschätzung der Wichtigkeit von einzelnen Variablen herangezogen werden. Zweckmäßig ist es auch, sich mit der Selbst- oder Fremdmotivation bezüglich der Compliance der Klient\_innen genauer auseinanderzusetzen. Da in der Mehrzahl der Fälle sowohl Fremdmotivation als auch Selbstmotivation anzunehmen ist, geht die vereinfachte Einteilung in selbstmotivierte vs. fremdmotivierte Klient\_innen in der Erhebung und Auswertung an der Realität vorbei. Der Unterscheidung zwischen primärem und sekundärem Alkoholismus kommt hingegen für die Behandlung und deren Wirksamkeit hohe Wichtigkeit zu. Wenn pathologischer Alkoholkonsum die Folge primärer psychiatrischer Erkrankungen ist, muss der Behandlungsschwerpunkt auf die Primärerkrankungen gelegt werden. Handelt es sich hingegen um primäre Alkoholkonsumstörungen, die häufig sekundäre psychische Probleme verursachen, kann der Behandlungsschwerpunkt auf die Suchtproblematik gelegt werden, da anzunehmen ist, dass sich in der Folge auch die psychischen Problemlagen verbessern werden. Die enormen Unterschiede zwischen den Klient\_innen mit Alkoholkonsumstörungen, vor allem hinsichtlich des Alkoholkonsumverhaltens, unterstreichen die Sinnhaftigkeit des Zugangs, je nach Ausgangslage unterschiedliche Aspekte des Alkoholkonsums bei der Behandlung in den Vordergrund zu stellen.

## 6 Zusammenfassung

Bis vor wenigen Jahren gab es in Wien kaum strukturierte Angebote zur ambulanten Behandlung von Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung. Die damals bestehenden ambulanten Angebote dienten primär der Vorbehandlung für abstinentenorientierte stationäre Suchtbehandlungen oder als Nachbetreuung von stationär behandelten Klient\_innen, wurden aber nur von einem begrenzten Personenkreis mit Alkoholkonsumstörungen in Anspruch genommen. Um diese Situation zu verändern, wurde das Projekt „Alkohol 2020“, später integriertes Angebot „Alkohol. Leben können.“, ins Leben gerufen. Seit April 2016 führt der Verein Dialog im Rahmen dieses Projektes ambulante Behandlungen von Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung durch.

Die vorliegende Untersuchung diene vorrangig dem Zweck, mehr über jene Personen zu erfahren, die über das integrierte Angebot „Alkohol. Leben können.“ zum Verein Dialog zugebucht werden. In einem internen Forschungsprozess, der vom Anfang bis zum Ende durch zwei Mitarbeiter des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) begleitet wurde, wurden im Zuge von mehreren Projekt- und Fokusgruppen Parameter identifiziert, die zur Beschreibung der neuen Zielgruppe und zur Erreichung der Ziele der Erhebung als relevant erachtet wurden. Dazu gehören neben der Erfassung von Merkmalen des Konsumverhaltens und der Trinkmuster auch sozioökonomische Variablen sowie die Frage nach somatischen und/oder psychiatrischen Komorbiditäten. Anhand dieser Variablen wurde eine differenzierte deskriptive Datenbasis erstellt und erhoben, ob sich im Laufe der ambulanten Behandlung relevante Veränderungen v. a. in Bezug auf die Konsumvariablen und die Lebensqualität der Klient\_innen ergeben. Obwohl es dezidiert nicht Ziel der Untersuchung war, die bestehenden Angebote im Verein Dialog zu evaluieren, sollten die Ergebnisse auch Hinweise darauf liefern, welche inhaltlichen und fachlichen Schwerpunkte bei zukünftigen Behandlungen berücksichtigt werden sollten. Dazu wurden von der internen Projektgruppe zwei Fragebögen erstellt, die jeweils zu Beginn der ambulanten Behandlung (Zeitpunkt T1) und nach einer Behandlungsdauer von sechs Monaten (Zeitpunkt T2) mit den jeweiligen Klient\_innen durchgeführt werden sollten. Administriert wurden diese Befragungen durch die jeweils zuständigen Mitarbeiter\_innen des Verein Dialog, um eine möglichst praxisnahe Umsetzung gewährleisten zu können. Neben den bereits erwähnten sozioökonomischen Variablen wurden dabei vor allem das vorliegende Konsummuster, Motive für die Inanspruchnahme der Behandlung, der Beikonsum von anderen Substanzen und potentielle Suchtverlagerungen sowie die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf unterschiedliche Lebensbereiche abgefragt.

Im Projektzeitraum von 01.07.2017 bis zum 30.09.2019 konnten so Daten von insgesamt 233 Personen zum Zeitpunkt T1 und 102 Personen zum Zeitpunkt T2 gesammelt und ausgewertet werden.

70 % der befragten Stichprobe sind männlich und 30 % weiblich, altersmäßig zeigt sich eine Häufung von Klient\_innen in den Altersgruppen von 40 bis 60 Jahren. Ein Großteil der

Klient\_innen wohnt alleine und ist nicht in einer Partnerschaft. Die meisten einbezogenen Klient\_innen sind nicht erwerbstätig. Bei der höchsten abgeschlossenen Schulbildung zeigt sich eine Häufung bei Lehrabschlüssen und ein geringer Anteil an Klient\_innen ohne jegliche schulische oder berufliche Ausbildung. Für fast die Hälfte der befragten Klient\_innen stellt die Behandlung im Verein Dialog die erste alkoholspezifische Behandlung überhaupt dar.

Die große Heterogenität der Stichprobe zeigt sich beim Alkoholkonsum sowie bei den Therapiezielen der Klient\_innen: Während fast ein Drittel der Klient\_innen angibt, bereits zu Behandlungsbeginn völlig abstinent gewesen zu sein, gibt fast die Hälfte der befragten Klient\_innen zu T1 an, langfristig nicht völlig auf Alkohol verzichten zu wollen, also keine vollständige Abstinenz als Therapieziel anzustreben. Während im stationären Bereich das Abstinenzziel nach wie vor stark dominiert, ist in der ambulanten Behandlung vermehrt mit Klient\_innen zu rechnen, bei denen Themen wie Trinkmengenreduktion und „kontrolliertes Trinken“ (Körkel, 2002) eine weitaus größere Rolle spielen, was im Behandlungskonzept ausreichend berücksichtigt werden muss. Ein anderer Teil der Klient\_innen kommt dagegen nicht zum Verein Dialog, um den Alkoholkonsum zu reduzieren, sondern hat den Entzug bereits hinter sich und sucht Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz.

Die Mehrzahl der Klient\_innen, die dem Verein Dialog aufgrund von Alkoholkonsumstörungen zugebucht werden, berichtet zahlreiche negative Auswirkungen des Alkoholkonsums auf unterschiedliche Lebensbereiche, mit einer Häufung in den Bereichen „Gesundheit“ und „Beziehungen“.

In Bezug auf den Beikonsum von anderen Substanzen zeigt sich vor allem eine erhöhte Prävalenz des Konsums von Tabakerzeugnissen (81 % der befragten Klient\_innen). Während Frauen zusätzlich eher einen Beikonsum von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln berichten, gibt es unter den befragten Männern einen höheren Anteil an Cannabinoidbeikonsum.

Zwei Drittel der befragten Klient\_innen haben ihren Alkoholkonsum vor Beginn der ambulanten Behandlung bereits deutlich reduziert oder waren abstinent, wobei nur ein Fünftel dieser Personengruppe vor der ambulanten Behandlung in einer stationären Vorbehandlung war. Für einen Großteil der restlichen Klient\_innen mit reduziertem Konsum ist davon auszugehen, dass die Aussicht auf eine Behandlung zur Veränderung des Konsumverhaltens beigetragen hat. Dementsprechend war für die Erfassung des behandlungsrelevanten Konsums vor Beginn der Behandlung das Konsumausmaß vor dieser Reduktion ausschlaggebend, wobei etwas weniger als die Hälfte der Klient\_innen angab, auch in der kritischen Phase nicht täglich getrunken zu haben. Während die Anzahl an Standardeinheiten Alkohol, die getrunken werden, innerhalb der Stichprobe durchaus stark variiert, weisen Männer einen höheren durchschnittlichen Konsum auf als Frauen. Frauen berichten demgegenüber häufiger über extreme Konsumphasen als Männer, auch wenn diese extremen Phasen bei Männern über

das Jahr gesehen häufiger auftreten, länger dauern und insgesamt eine höhere Trinkmenge erreicht wird.

Die bivariaten Analysen der einzelnen Problemindikatoren unterstreichen das Vorhandensein eines Toleranzbruchs bei Personen mit somatischen (Folge-)Erkrankungen. Zudem weisen die Zusammenhänge darauf hin, dass Personen, die von negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums auf verschiedene Lebensbereiche berichten, eher angeben, starke Rausche zu haben, mehr einschlägige Vorbehandlungen aufweisen und die Behandlung eher aus eigener Motivation antreten. Ebenso berichten Personen mit einem Konsum über der Gefährdungsgrenze eher über negative Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche.

Auf Basis der abgefragten Dimensionen wurde auch der Versuch einer hierarchischen Typisierung der Klient\_innen vorgenommen. Hintergrund dafür war die Frage, warum Menschen mit einem relativ geringen durchschnittlichen Alkoholkonsum eine einschlägige Behandlung aufsuchen und welche Faktoren dafür am wahrscheinlichsten ausschlaggebend sind. Während ein Großteil der Klient\_innen über der Gefährdungsgrenze konsumieren, legt das Typenmodell nahe, dass vor allem der Anteil an Personen, die über negative Auswirkungen des Konsums auf verschiedene Lebensbereiche berichten, in allen Gruppen deutlich höher ist als der Anteil an Personen, die keine negativen Auswirkungen angeben, eben unabhängig davon, ob über oder unter der Gefährdungsgrenze getrunken wird oder extreme Konsumphasen vorhanden sind. Betrachtet man schließlich noch somatische und psychiatrische Komorbiditäten, die für die Aufnahme einer Behandlung ebenfalls ausschlaggebend sein können, lässt sich mit einer einzigen Ausnahme für alle Klient\_innen auch aus fachlicher Sicht die Indikation für eine ambulante Behandlung nachvollziehen.

In Bezug auf die Veränderungsmessung von T1 zu T2 zeigen sich über die einzelnen Konsumdimensionen sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen, wobei es z. B. vorkommt, dass die Anzahl der täglich getrunkenen Standardeinheiten zunimmt, die Anzahl der Tage, an denen getrunken wird, aber abnimmt. Auch wenn eine überraschend hohe Anzahl an Personen von einer Intensivierung in mindestens einer der sechs Konsumdimensionen berichtet (über 40 %), steht in Summe bei der überwiegenden Mehrheit der Klient\_innen (80 %) eine Mäßigung des Konsumverhaltens im Vordergrund. Insgesamt kam es häufiger zu einer Verringerung des Konsums als zur vollständigen Abstinenz, was angesichts des Umstandes, dass annähernd 50 % der Klient\_innen als langfristiges Ziel nicht Abstinenz definierten, den Erwartungen entspricht. Schließlich gibt auch der Großteil der befragten Klient\_innen an, während der sechs Monate Behandlung Verbesserungen in unterschiedlichen Lebensbereichen bemerkt zu haben. Dies betrifft vor allem die Bereiche „Gesundheit“ und „Beziehung“ – Bereiche, in denen zu T1 besonders häufig negative Auswirkungen des Alkoholkonsums berichtet wurden.

Die vorliegenden Daten liefern einerseits einen Eindruck davon, mit welchen Menschen in der ambulanten Behandlung zu rechnen ist und auf welche Punkte in zukünftigen Behandlungssettings stärker fokussiert werden sollte. Gleichzeitig bietet die Studie auch eine

umfangreiche Grundlage für weitere Forschungstätigkeiten im Verein Dialog, mittels derer die Wirksamkeit der Behandlungsmaßnahmen quantifiziert werden kann, um zur evidenzbasierten Weiterentwicklung des Behandlungsangebotes beizutragen.

## 7 Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (Hrsg.) (2016). *S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. Zugriff am 03.07.2020 unter [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiT6tT96LDqAhVLxKYKHUvBDZwQFjACegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.awmf.org%2Fplops%2Ftx\\_szleitlinien%2F076-0011\\_S3-Leitlinie\\_Alkohol\\_2016-02-abgelaufen.pdf&usg=AOvVaw1ckt47DpsKDX\\_ONY\\_SD--5](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiT6tT96LDqAhVLxKYKHUvBDZwQFjACegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.awmf.org%2Fplops%2Ftx_szleitlinien%2F076-0011_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02-abgelaufen.pdf&usg=AOvVaw1ckt47DpsKDX_ONY_SD--5)

Bachmayer, S., Strizek, J., Hojni, M. & Uhl, A. (2020). *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2019* (7. Aufl.). Wien: Gesundheit Österreich.

Bischof, G., Lange, N., Rumpf, H.-J. & Preuss, U. W. (2019). Stellungnahme Dachgesellschaft Sucht: Reduziertes Trinken und Schadensminderung bei der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen. *Sucht*, 65 (2), 115-134.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2019). *Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (laufende Jahre), Berechnung und Darstellung*. Wien: Gesundheit Österreich.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht*, 47, 1-96.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.

Koller, G. (1999). *ZuMutungen – ein Leitfadens zur Suchtvorbeugung für Theorie und Praxis* (3. Auflage). Wien: Bundesministerium für Jugend und Familie (BMUJF).

Körkel, J. (2002). Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 3, 87-96.

McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97, 249-252.

Petzold, H. G. (Hrsg.) (2012). *Identität: Ein Kernthema moderner Psychotherapie – Interdisziplinäre Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Reuvers, L. (2018). „Alkohol. Leben können.“ (ehemals „Alkohol 2020“). *Ein integriertes Versorgungssystem für Menschen mit einer Alkoholerkrankung in Wien*. Zugriff am 15.01.2020 unter [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjf2tr0r4XnAhXL8qQKHcULBUkQFjAEegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.forum-reha.at%2Fmedia%2F11\\_alkohol\\_leben\\_koennen\\_reuvers\\_vortrag.pdf&usg=AOvVaw3PWcKzKcjB3y5io0fTc-xK](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjf2tr0r4XnAhXL8qQKHcULBUkQFjAEegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.forum-reha.at%2Fmedia%2F11_alkohol_leben_koennen_reuvers_vortrag.pdf&usg=AOvVaw3PWcKzKcjB3y5io0fTc-xK)

Springer, N., Gruber, C. & Springer, A. (2006). Beziehungsstrukturen und Konfliktlösestrategien bei primären und sekundären Alkoholikern. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 29 (1-2), 43-48.

Uhl, A. & Kobrna, U. (2003). Epidemiologie des geschlechtsspezifischen Alkoholgebrauchs. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26 (3-4), 5-19.

Uhl, A., Strizek, J. & Hojni, M. (2020). *Handbuch Alkohol Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen*. Wien: Gesundheit Österreich.

Verein Dialog (2019). *Behandlungskonzept*. Wien: Verein Dialog.

## 8 Anhang

### Fragebogen T1

**dialog:** Erhebungsbogen zur Evaluation  
der Alkoholbehandlung  
INDIVIDUELLE SUCHTHILFE

DATUM: \_\_\_\_\_

**NAME**

**KlientIn:** \_\_\_\_\_ **Geb.Datum:** \_\_\_\_\_

Ihre Angaben unterliegen einem strengen Datenschutz und werden bei der Auswertung nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht.

#### 1. Welches ist Ihr derzeitiges persönliches Ziel bezüglich Ihres Alkoholkonsums?

- Ich möchte meinen derzeitigen Alkoholkonsum/Trinkmenge nicht ändern.
- Ich möchte meine derzeitige Trinkmenge reduzieren.
- Ich möchte meinen Alkoholkonsum auf null reduzieren (abstinent werden).
- Ich bin bereits abstinent und ich will auch weiterhin abstinent bleiben.
- Ich bin derzeit abstinent, will längerfristig aber nicht ganz auf Alkohol verzichten.
- Ich habe mich (noch) nicht entschieden.

#### 2. Welche Substanzen außer Alkohol haben Sie in den letzten 30 Tagen zumindest einmal (oder häufiger) konsumiert? (mehrere Antworten möglich)

- keine
  
- Tabak
- Schmerzmittel
- rezeptpflichtige Schlaf- und Beruhigungsmittel
- Cannabis
- Aufputschmittel (Amphetamine und/oder andere Stimulantien)
- Kokain

- Heroin
  - Substitution (z.B. Methadon, Subutex, ...)
  - andere Substanz(en):
- 

**3. Hat Ihr Trinkverhalten bereits Auswirkungen auf...?**

- Beziehungen (Partnerschaft, Familie, FreundInnen, ...)
- Gesundheit
- Rechtliches (Führerschein/ Delikte unter Alkoholeinfluss)
- Finanzielles (Schulden, ...)
- Arbeit (Probleme bei der Arbeit / anhaltende Arbeitslosigkeit, ...)
- Wohnen ((drohender) Verlust der Wohnung, ...)
- keines davon

*Blatt*

*bitte wenden*

**4. Wann hat der Alkoholkonsum begonnen für Sie problematisch zu werden?**

im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

**5. Haben Sie in der Vergangenheit bereits alkoholspezifische Behandlungen in Anspruch genommen?**

- Nein
- stationäre Behandlung(en) (Anzahl):

\_\_\_\_\_

- ambulante Behandlung(en) (Anzahl):

\_\_\_\_\_

- Selbsthilfegruppen:

---

**6. Abschließend: Was wollen Sie verändern und warum?**

**Vielen Dank!**

## Alkohol-Evaluation - MA Bogen

DATUM: \_\_\_\_\_

NAME KlientIn: \_\_\_\_\_

geb. Datum: \_\_\_\_\_

MA:

*(Erklärung für die KlientInnen – bitte vorlesen)*

Mit den folgenden Fragen will ich Ihren Alkoholkonsum erfassen, also **wie häufig** und **wie viel** Sie trinken. Falls Sie vor Behandlungsbeginn im Dialog Ihren Alkoholkonsum deutlich einschränkt haben, zählt für die Beantwortung der Frage der Konsum **vor dieser Veränderung**.

*Info an InterviewerIn: Handelt es sich bei der Betreuung im Dialog um die Nachbehandlung einer bereits erfolgten stationären Therapie, so gilt das Trinkverhalten vor dem stationären Aufenthalt.*

**1) Haben Sie in der letzten Zeit Ihren Alkoholkonsum deutlich eingeschränkt<sup>5</sup>?**

- nein (keine Veränderung in letzter Zeit)
- ja, ich trinke zur Zeit gar keinen Alkohol
- ja, ich trinke zur Zeit deutlich weniger Alkohol

**2) Wenn ja, seit wann haben Sie Ihr Konsumverhalten geändert?**

seit \_\_\_\_\_ Wochen / Monaten

*(Info an InterviewerIn: bitte Zahl eintragen und nicht Zutreffendes bitte streichen)*

Zur Erinnerung: Alle folgenden Fragen beziehen sich auf das Konsumverhalten, das von Ihnen oder Ihrem Umfeld als problematisch erlebt wurde und Anlass für diese Therapie war.

<sup>5</sup> *Info an InterviewerIn: gemeint ist damit z. B. eine Person, die sich vor 2 Monaten für eine Therapie entschieden hat und seitdem nur noch abends und in Summe die Hälfte der Menge trinkt, die sie davor getrunken hat. Nicht gemeint ist z. B. eine Person, die seit 2 Jahren ihre Konsummengen ohne Therapieabsicht sukzessive von 20 Bier auf 15 Bier reduziert hat.*

*(Info an InterviewerIn: Wenn es zu einer Veränderung des Trinkverhaltens gekommen ist, bitte die Fragen in die Vergangenheitsform setzen)*

**A) An wie vielen Tagen pro Monat trinken Sie insgesamt Alkohol?**

A1) An \_\_\_\_ Tagen

*(Info an InterviewerIn: ein Monat hat 30 Tage)*

Wenn ich im Folgenden nach der Trinkmenge frage, meine ich immer jede Art von Alkoholkonsum, unabhängig davon, ob Sie Bier, Wein, Spirituosen oder sonstigen Getränkearten konsumieren. Es geht um die gesamte Alkoholmenge, die in den Getränken enthalten ist. Ich frage Sie dabei nach sogenannten **Standardeinheiten**.

*-> Bitte Hilfskarten auflegen und eventuell erklärende Worte dazu sagen.*

Außerdem wollen wir unterscheiden, in welchen Situationen Sie Alkohol konsumieren.

**B) Wie viele Standardeinheiten trinken Sie typischerweise<sup>6</sup> am Wochenende und an Feiertagen<sup>7</sup> im Verlauf eines ganzen Tages? Wenn ich am Wochenende oder an Feiertagen trinke, trinke ich ...**

B1) mindestens \_\_\_\_ Standardeinheiten im Verlauf eines ganzen Tages

B2) maximal \_\_\_\_ Standardeinheiten im Verlauf eines ganzen Tages

B3) durchschnittlich \_\_\_\_ Standardeinheiten im Verlauf eines ganzen Tages

**C) Wie viele Standardeinheiten trinken Sie typischerweise an Wochentagen<sup>8</sup> (Montag bis Freitag) im Verlauf eines ganzen Tages? Wenn ich an Wochentagen trinke, dann trinke ich ...**

C1) mindestens \_\_\_\_ Standardeinheiten im Verlauf eines ganzen Tages

---

<sup>6</sup> *Info an InterviewerIn: Einzelereignisse, die maximal 2 bis 3 Mal pro Jahr passieren und stark aus dem Rahmen fallen, wie eine Hochzeit oder Silvesterfeier, sollten hier ignoriert werden*

<sup>7</sup> *Info für InterviewerIn: bei berufstätigen Personen ergänzend nach Tagen fragen, an denen KlientIn nicht arbeitet*

<sup>8</sup> *Info für InterviewerIn: bei berufstätigen Personen alternativ nach Tagen fragen, an denen KlientIn arbeitet*

- C2) maximal \_\_\_\_ Standardeinheiten im Verlauf eines ganzen Tages  
C3) durchschnittlich \_\_\_\_ Standardeinheiten im Verlauf eines ganzen Tages

**D) Kommt es vor, dass Sie typischerweise bereits tagsüber, also nicht erst am Abend<sup>9</sup> Alkohol trinken?**

- D1) nie \_\_\_\_ (weiter mit E)  
ja, etwa an \_\_\_\_ von \_\_\_\_ Konsumtagen

**Wenn ich tagsüber trinke, dann trinke ich ...**

- D2) mindestens \_\_\_\_ Standardeinheiten bereits tagsüber  
D3) maximal \_\_\_\_ Standardeinheiten bereits tagsüber  
D4) durchschnittlich \_\_\_\_ Standardeinheiten bereits tagsüber

**Kommt es vor, dass sie auch direkt nach dem Aufstehen (in den ersten zwei Stunden) Alkohol trinken?**

- D5) nein \_\_\_\_  
ja, etwa an \_\_\_\_ von \_\_\_\_ Konsumtagen

**E) Gibt es „mehrtägige extreme Konsumphasen“<sup>10</sup> oder Ausnahmesituationen, die sich von Ihrem sonstigen Konsumverhalten deutlich unterscheiden und in denen Sie sehr viel und deutlich mehr als sonst trinken?**

- E1) nein, solche Phasen gibt es nicht (mein Konsumverhalten ist eher konstant) \_\_\_\_  
Ja, es gibt solche Phasen \_\_\_\_\_  
E2) wenn ja, wie oft im letzten Jahr \_\_\_\_  
E3) wie lange dauern diese Phasen durchschnittlich \_\_\_\_ Tage

---

<sup>9</sup> Info an InterviewerIn: bei Personen mit unregelmäßigen Tagesrhythmus alternativ fragen „oder in den ersten 10 Stunden nach dem Aufstehen“

<sup>10</sup> Info für InterviewerIn: gemeint sind mindestens 3 Tage andauernde besonders intensive Konsumphasen, die sich von dem sonstigen - vielleicht moderaten - Umgang mit Alkohol deutlich unterscheiden. Als Konzept steht der Typ des Epsilon-Trinkers (Quartals-Trinker) nach Jellinek im Hintergrund.

**In diesen mehrtägigen extremen Konsumphasen trinke ich...**

E4) mindestens \_\_\_\_ Standardeinheiten pro Tag

E5) maximal \_\_\_\_ Standardeinheiten pro Tag

E6) durchschnittlich \_\_\_\_ Standardeinheiten pro Tag

**F) Trinken sie zumindest manchmal auch so, dass es auch zu starken Rauschen (Taumeln, Stürzen, ungewolltes Einschlafen, etc.) kommt?**

F1) nein \_\_\_\_

ja \_\_\_\_

F2) Wenn ja: Wie oft pro Monat kommt das vor? \_\_\_\_

## Fragebogen T2

# dialog: **Erhebungsbogen zur Evaluation der Alkoholbehandlung (T2 = nach 6 Monaten)**

INDIVIDUELLE SUCHTHILFE

DATUM: \_\_\_\_\_

NAME

KlientIn: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MA: \_\_\_\_\_

### **TEIL A: BITTE GEMEINSAM MIT DEM KLIENTEN BZW. DER KLIENTIN AUSFÜLLEN**

Ihre Angaben unterliegen einem strengen Datenschutz und werden bei der Auswertung nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht.

*Info an InterviewerIn: es handelt sich im Folgenden um größtenteils dieselben oder ähnliche Fragen, wie im Fragebogen zu Beginn der Behandlung. Bei Bedarf erklären, warum wir diese Daten ein zweites Mal erheben, aber nach Möglichkeit versuchen zu vermeiden, dass soziale Erwünschtheit entsteht (z. B. der bzw. die PatientIn das Gefühl bekommt, einen Behandlungserfolg vorweisen zu müssen).*

#### **(A1) Trinkmengenmodul**

Mit den folgenden Fragen will ich Ihren Alkoholkonsum erfassen, also **wie häufig** und **wie viel** Sie trinken. Fast alle folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr derzeitiges Konsumverhalten, also auf die letzten 30 Tage.

**G) An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 30 Tagen insgesamt Alkohol getrunken?**

A1) An \_\_\_\_ Tagen

*(Info an InterviewerIn: ein Monat hat 30 Tage)*

Wenn ich im Folgenden nach der Trinkmenge frage, meine ich immer jede Art von Alkoholkonsum, unabhängig davon, ob Sie Bier, Wein, Spirituosen oder sonstige Getränkearten konsumieren. Es geht um die gesamte Alkoholmenge,

die in den Getränken enthalten ist. Ich frage Sie dabei nach sogenannten **Standardeinheiten**.

-> Bitte Hilfskarten auflegen und eventuell erklärende Worte dazu sagen.

Außerdem wollen wir unterscheiden, in welchen Situationen Sie Alkohol konsumieren.

H) **Wie viele Standardeinheiten haben Sie in den letzten 30 Tagen typischerweise<sup>11</sup> am Wochenende und an Feiertagen<sup>12</sup> im Verlauf eines ganzen Tages getrunken? Wenn Sie am Wochenende oder an Feiertagen trinken, trinken Sie ...**

B1) mindestens \_\_\_\_ Standardeinheiten im Verlauf eines ganzen Tages

B2) maximal \_\_\_\_ Standardeinheiten im Verlauf eines ganzen Tages

B3) durchschnittlich \_\_\_\_ Standardeinheiten im Verlauf eines ganzen Tages

I) **Wie viele Standardeinheiten haben Sie in den letzten 30 Tagen typischerweise an Wochentagen<sup>13</sup> (Montag bis Freitag) im Verlauf eines ganzen Tages getrunken? Wenn Sie an Wochentagen trinken, dann trinken Sie ...**

C1) mindestens \_\_\_\_ Standardeinheiten im Verlauf eines ganzen Tages

C2) maximal \_\_\_\_ Standardeinheiten im Verlauf eines ganzen Tages

C3) durchschnittlich \_\_\_\_ Standardeinheiten im Verlauf eines ganzen Tages

J) **Kam es in den letzten 30 Tagen vor, dass Sie bereits tagsüber, also nicht erst am Abend<sup>14</sup>, Alkohol trinken?**

D1)  nie (weiter mit E)

ja, etwa an \_\_\_\_ von \_\_\_\_ Konsumtagen

---

<sup>11</sup> Info an InterviewerIn: Einzelereignisse, die maximal 2 bis 3 Mal pro Jahr passieren und stark aus dem Rahmen fallen, wie eine Hochzeit oder Silvesterfeier, sollten hier ignoriert werden

<sup>12</sup> Info für InterviewerIn: bei berufstätigen Personen ergänzend nach Tagen fragen, an denen KlientIn nicht arbeitet

<sup>13</sup> Info für InterviewerIn: bei berufstätigen Personen alternativ nach Tagen fragen, an denen KlientIn arbeitet

<sup>14</sup> Info an InterviewerIn: bei Personen mit unregelmäßigen Tagesrhythmus alternativ fragen „oder in den ersten 10 Stunden nach dem Aufstehen“

**Wenn Sie in den letzten 30 Tagen tagsüber getrunken haben, dann haben Sie ...**

D2) mindestens \_\_\_\_ Standardeinheiten bereits tagsüber getrunken

D3) maximal \_\_\_\_ Standardeinheiten bereits tagsüber getrunken

D4) durchschnittlich \_\_\_\_ Standardeinheiten bereits tagsüber getrunken

**Kam es in den letzten 30 Tagen vor, dass Sie auch direkt nach dem Aufstehen (in den ersten zwei Stunden) Alkohol getrunken haben?**

D5)  nein

ja, etwa an \_\_\_\_ von \_\_\_\_ Konsumtagen

*(Info an InterviewerIn: bei der nächsten Frage bitte das längere Zeitfenster beachten)*

**K) Gab es seit Behandlungsbeginn im Dialog (also vor etwa 6 Monaten) „mehrtägige extreme Konsumphasen“<sup>15</sup> oder Ausnahmesituationen, die sich von Ihrem sonstigen Konsumverhalten deutlich unterscheiden und in denen Sie sehr viel und deutlich mehr als sonst getrunken haben?**

E1)  nein, solche Phasen gab es seit Behandlungsbeginn nicht (mein Konsum-verhalten ist eher konstant)

ja, es gibt solche Phasen

E2) wenn ja, wie oft in den letzten 6 Monaten: \_\_\_\_

E3) wie lange dauern diese Phasen durchschnittlich: \_\_\_\_ Tage

**In diesen mehrtägigen extremen Konsumphasen haben Sie...**

E4) mindestens \_\_\_\_ Standardeinheiten pro Tag getrunken

E5) maximal \_\_\_\_ Standardeinheiten pro Tag getrunken

E6) durchschnittlich \_\_\_\_ Standardeinheiten pro Tag getrunken

**L) Haben Sie in den letzten 30 Tagen zumindest manchmal auch so getrunken, dass es auch zu starken Rauschen (Taumeln, Stürzen, ungewolltes Einschlafen, etc.) gekommen ist?**

F1)  nein

ja

---

<sup>15</sup> *Info für InterviewerIn: gemeint sind mindestens 3 Tage andauernde besonders intensive Konsumphasen, die sich von dem sonstigen - vielleicht moderaten - Umgang mit Alkohol deutlich unterscheiden. Als Konzept steht der Typ des Epsilon-Trinkers (Quartals-Trinker) nach Jellinek im Hintergrund.*

F2) Wenn ja: Wie oft pro Monat kommt das vor? \_\_\_\_\_

**(A2) Welches ist Ihr derzeitiges persönliches Ziel bezüglich Ihres Alkoholkonsums?**

- Ich möchte meinen derzeitigen Alkoholkonsum/Trinkmenge nicht ändern.
- Ich möchte meine derzeitige Trinkmenge reduzieren.
- Ich möchte meinen Alkoholkonsum auf null reduzieren (abstinent werden).
- Ich bin bereits abstinent und ich will auch weiterhin abstinent bleiben.
- Ich bin derzeit abstinent, will längerfristig aber nicht ganz auf Alkohol verzichten.
- Ich habe mich (noch) nicht entschieden.
- weiß nicht

**(A3) Hat sich Ihr Ziel bezüglich Ihres Alkoholkonsums in den letzten 6 Monaten geändert? Falls ja, können Sie erklären, was der Grund dafür ist?**

- nein, mein Ziel hat sich nicht geändert
- ja, mein Ziel hat sich geändert

*InterviewerIn: Falls Antwort = ja, bitte in Stichworten mögliche Ursachen notieren*

---

**(A4) Wie hat sich seit Behandlungsbeginn der Konsum von anderen Substanzen (also außer Alkohol) verändert? (mehrere Antworten möglich)**

- ich habe in den letzten 30 Tagen keine anderen Substanzen außer Alkohol konsumiert

*Info an InterviewerIn: Im Hintergrund des folgenden Frageblocks steht das Konzept einer Suchtverlagerung. Bitte in diesem Sinne den Klienten bzw., die Klientin bei der Beantwortung unterstützen und bei jeder Substanz eine Antwort auswählen!*

	<b>Frage 1:</b> Haben Sie eine der folgenden Substanzen in den letzten 30 Tagen einmal oder häufiger konsumiert?		<u>→ nur wenn Frage 1 = „ja“</u> <b>Frage 2:</b> Konsumieren Sie diese Substanz nun mehr oder weniger als vor Behandlungsbeginn?			<u>→ nur wenn Frage 2 = „mehr“</u> <b>Frage 3:</b> Erleben Sie diesen Konsumanstieg als problematisch?	
	ja	nein	weniger	gleich viel	mehr	ja	nein
Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rezeptpflichtige Schlaf- und Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel (Amphetamine und/oder andere Stimulantien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin und andere nicht verschriebene Opioide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substitution (z.B. Methadon, Subutex, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**(A5) Wie hat sich seit Behandlungsbeginn Ihre Nutzung von Computerspielen und Glücksspielen verändert?**

ich habe in den letzten 30 Tage weder an Glücksspielen teilgenommen noch Computerspiele gespielt

	<b>Frage 1:</b> Haben Sie in den letzten 30 Tagen einmal oder häufiger an Glücksspielen teilgenommen bzw. Online-Computerspiele gespielt?		<i>→ nur wenn Frage 1 = „ja“</i> <b>Frage 2:</b> Spielen Sie nun mehr oder weniger als vor Behandlungsbeginn?			<i>→ nur wenn Frage 2 = „mehr“</i> <b>Frage 3:</b> Erleben Sie diesen Anstieg der Spielfrequenz als problematisch?	
	ja	nein	weniger	gleich viel	mehr	ja	nein
Glücksspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online- Computerspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**(A6) Haben sich seit Therapiebeginn im Dialog, also in den letzten 6 Monaten, positive Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen ergeben?**

**(Mehrfachantworten möglich)**

- Beziehungen (Partnerschaft, Familie, FreundInnen, ...)
- Gesundheit
- Rechtliches (Führerschein/ Delikte unter Alkoholeinfluss)
- Finanzielles (Schulden, ...)
- Arbeit (Probleme bei der Arbeit / anhaltende Arbeitslosigkeit, ...)
- Wohnen ((drohender) Verlust der Wohnung, ...)
- keines davon

**TEIL B: BITTE OHNE DEN KLIENTEN BZW. DIE KLIENTIN AUSFÜLLEN.  
NACH MÖGLICHKEIT SOLL DIESER TEIL VOM BETREUERINNENTEAM  
GEMEINSAM BEARBEITET WERDEN.**

**(B1) Kam es im Laufe der Betreuung des Patienten bzw. der Patientin in  
den letzten 6 Monaten zu einem medizinisch begleiteten ambulanten  
Entzug oder Entzugsversuch beim Verein Dialog?**

*Anmerkung an InterviewerIn: Bitte unterscheiden, ob ein ambulanter Entzug nur  
begonnen wurde oder auch tatsächlich abgeschlossen wurde. Kein Kriterium ist  
hingegen, ob dieser Entzug „erfolgreich“ war oder ob es zu Rückfällen kam.*

ja, ein ambulanter Entzug wurde begonnen, aber nicht abgeschlossen.

Und zwar \_\_\_\_\_ Mal in den letzten 6 Monaten wegen der folgenden  
Substanzen

(Mehrfachnennungen möglich)

Alkohol     Benzodiazepine     Opiate     andere  
Substanzen

ja, ein ambulanter Entzug wurde begonnen und auch abgeschlossen.

Und zwar \_\_\_\_\_ Mal in den letzten 6 Monaten wegen der folgenden  
Substanzen

(Mehrfachnennungen möglich).

Alkohol     Benzodiazepine     Opiate     andere  
Substanzen

nein, ambulante Entzüge wurden weder begonnen noch abgeschlossen.

**(B2) Kam es im Laufe der Betreuung des Patienten bzw. der Patientin in  
den letzten 6 Monaten zu einem stationären Entzug in einer anderen  
Einrichtung?**

ja, ein stationärer Entzug wurde begonnen, aber nicht abgeschlossen.

Und zwar \_\_\_\_\_ Mal in den letzten 6 Monaten wegen der folgenden  
Substanzen

(Mehrfachnennungen möglich)

Alkohol     Benzodiazepine     Opiate     andere  
Substanzen

ja, ein stationärer Entzug wurde begonnen und auch abgeschlossen.  
Und zwar \_\_\_\_\_ Mal in den letzten 6 Monaten wegen der folgenden  
Substanzen  
(Mehrfachnennungen möglich).

Alkohol     Benzodiazepine     Opiate     andere  
Substanzen

nein, stationäre Entzüge wurden weder begonnen noch abgeschlossen.

**(B3) Kam es darüber hinaus im Laufe der Betreuung des Patienten bzw. der Patientin in den letzten 6 Monaten zu einem oder mehreren stationären Aufenthalten?**

ja  
und zwar wegen folgenden Erkrankungen (*falls mehr als eine, bitte alle aufzählen*)

---

\_\_\_\_\_ und in folgenden Behandlungseinrichtungen (*falls mehr als eine, bitte alle aufzählen*)

---

nein

**(B4) Welche der folgenden Aspekte ist Deiner Einschätzung nach für die Beschreibung der Behandlungsmotivation des Klienten bzw. der Klientin am meisten zutreffend? (Nur eine Antwort möglich)**

KlientIn wurde von einer anderen Einrichtung bzw. von einer Behörde dazu aufgefordert

- KlientIn wurde von einer anderen Person aus seinem bzw. ihrem Umfeld zur Behandlung motiviert
- KlientIn hat aus eigenen Stücken die Behandlung gesucht
- keines von den bisherigen, sondern \_\_\_\_\_

**(B5) Welche der folgenden Aspekte ist Deiner Einschätzung nach für die Beschreibung der Compliance des Klienten bzw. der Klientin zutreffend?**

	<i>trifft sehr zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft überhaupt nicht zu</i>	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
KlientIn ist termintreu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KlientIn zeigt innere Bereitschaft und Motivation an der Behandlung mitzuwirken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KlientIn ist fähig beschlossene Behandlungspläne umzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**(B6) Besteht auf Basis der Beratungstätigkeit Verdacht auf eine Suchtverlagerung im Sinne von (A4) bzw. (A5), auch wenn dies von dem Klienten bzw. der Klientin nicht als eine solche erkannt wird?**

- nein
- ja, und zwar bei folgenden Substanzen/Verhaltensweisen

Tabak	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>
rezeptpflichtige Schlaf- und Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel (Amphetamine und/oder andere Stimulantien)	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>
Heroin und andere nicht verschriebene Opioide	<input type="checkbox"/>
Substitution (z. B. Methadon, Subutex, ...)	<input type="checkbox"/>

andere Substanzen	<input type="checkbox"/>
Glücksspiele	<input type="checkbox"/>
Online- Computerspiele	<input type="checkbox"/>

**Liebe Kolleginnen und Kollegen!**

**Bitte nutzt nun auch die Gelegenheit die Daten und MD im Dialog:easy zu aktualisieren, damit die Inhalte der Befragung mit den Daten aus D:easy vergleichbar sind.**

**Vielen Dank für Eure Mithilfe!**