

Ambulante Alkoholbehandlung im Verein Dialog

Eine explorative Untersuchung der ambulanten Behandlung von Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung

Kurzfassung der Ergebnisse

**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

Abstract

Der Verein Dialog, eine der größten und ältesten Suchthilfeeinrichtungen in Österreich mit drei Ambulatorien in Wien, hatte lange den Fokus auf der Behandlung von Konsument_innen illegaler Substanzen. Schon im Vorfeld des Projekts „Alkohol 2020“, später „Alkohol. Leben können“ (Reuvers, 2018) wurde auch mit der Behandlung von Menschen begonnen, die alkoholabhängig sind oder einen problematischen Konsum von Alkohol aufweisen. In der vorliegenden Untersuchung wurden bestimmte Merkmale der Personen, die eine ambulante Behandlung ihrer Alkoholkonsumstörung in Anspruch nehmen, deskriptiv erfasst, 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 die Verbesserung der Lebensqualität von Bedeutung sind.

Hintergrund

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 abstinenzorientierte 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“ (jetzt „Alkohol. Leben können“) gestartet wurde. Zielgruppe waren und sind dabei Menschen, die einen riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum aufweisen und diesbezüglich eine Behandlung in Anspruch nehmen wollen. Das Projekt ist die erste Kooperation von Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK, jetzt Österreichische Gesundheitskasse, ÖGK), Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und der Sucht- und Drogenkoordination der Stadt Wien (SDW) und startete im Oktober 2014 mit einer ersten Pilotphase, im Zuge derer auch das Regionale Kompetenzzentrum (rKomZ) als zentrale Anlaufstelle ins Leben gerufen wurde. Dieses erstellt anhand einer umfassenden Diagnostik und Abklärung für betroffene Personen die jeweils bestmöglichen Behandlungspläne, weist die Personen an geeignete Einrichtungen im Gesundheits- und

Sozialsystem zu und dient gleichzeitig als zentrale Schnittstelle für diese Einrichtungen, um eine bessere Vernetzung zu ermöglichen.

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 wurden vom Verein Dialog immer öfter „quasi ambulante“ Alkoholentzüge in einem „stationären Setting“ durchgeführt. Dort werden einerseits Aslywerber_innen, die vor der Abschiebung stehen, andererseits Personen, die eine Verwaltungsstrafe „absitzen“, von den Ärzt_innen des Verein Dialog behandelt, wobei sich darunter viele Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung befinden.

In den Ambulatorien des Verein Dialog wurden erstmals im Jahr 2016 im Zuge der Pilotphase II des Projekts „Alkohol2020“ (jetzt „Alkohol. Leben können“) Klient_innen mit überwiegender Alkoholkonsumstörung behandelt. Im Rahmen dieser Erweiterung des bestehenden ambulanten Angebots stellte sich die Frage, wie das Angebot des Verein Dialog gestaltet sein muss, damit die neue Zielgruppe es auch annehmen und ein „konfliktfreies Nebeneinander“ von Personen mit Alkoholkonsumstörungen und Personen mit Konsumstörungen illegaler Substanzen möglich sein würde. Dahinter stand die Annahme, dass sich Personen mit einer Alkoholkonsumstörung von Personen mit illegalen Substanzkonsumstörungen in einigen Punkten ganz wesentlich unterscheiden. Ziel der durchgeführten Studie war demzufolge, die über das rKomZ an den Verein Dialog zugewiesenen Klient_innen explorativ und deskriptiv anhand bestimmter Merkmale zu beschreiben. Zudem sollte die Studie eine erste Einschätzung dazu liefern, ob die Behandlung zu Veränderungen im Konsumverhalten sowie in der Lebensqualität der Klient_innen insgesamt beiträgt. Der Verein Dialog führte die Studie in Kooperation mit der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) durch, deren Mitarbeiter beratend am gesamten Prozess beteiligt und maßgeblich in Datenauswertung und Berichtslegung involviert waren.

Methoden

Die gewonnenen Daten wurden im Rahmen von Befragungen aller im Projektzeitraum (01.07.2017 – 30.09.2019) durch das rKomZ an den Verein Dialog zugewiesenen Klient_innen erhoben. Um Veränderungen des Konsumverhaltens und/oder der Lebensqualität im Verlauf der Betreuung erfassen zu können, wurden zwei Messzeitpunkte festgelegt: T1 zu Beginn der Behandlung und T2 nach sechs Monaten Behandlung im Verein Dialog.

Die verwendeten Fragebögen wurden eigens für die Studie erstellt und fokussierten auf die Erhebung von Merkmalen, die geeignet schienen, Personen mit Alkoholkonsumstörungen deskriptiv zu erfassen. Diese Merkmale wurden zuvor in interdisziplinären Fokusgruppen

erarbeitet, mit Unterstützung von Mitarbeitern der GÖG. Folgende Merkmale wurden als wesentlich herausgearbeitet: Therapieziel (z. B. Abstinenz, Konsumreduktion, kontrolliertes Trinken), Konsumverhalten (Frequenz, Menge, Muster), Therapiemotivation (selbst- oder fremdmotiviert), die sozioökonomische Situation, der Konsum anderer Substanzen (z.B. Benzodiazepine, Cannabinoide), das Vorhandensein komorbider somatischer oder psychiatrischer Erkrankungen sowie eine subjektive Einschätzung der Klient_innen darüber, ob ihr Alkoholkonsum bereits verschiedene Lebensbereiche (Gesundheit, Beziehungen, Rechtliches, Wohnen, Arbeit oder Finanzielles) beeinträchtigt. Der Fokus der Klient_innenbefragung lag auf quantitativen Aspekten, weshalb sich der Fragebogen größtenteils aus geschlossenen Fragen zusammensetzt. Lediglich die Veränderungsmotivation, das durch die Behandlung angestrebte Ziel zum Zeitpunkt T1 sowie eine mögliche Zieländerung zum Zeitpunkt T2 wurden mittels offener Fragen erhoben. Zusätzlich wurden die Daten aus der Befragung der Klient_innen um Daten aus der internen Dokumentation der Betreuungsverläufe ergänzt. Um die Befragung bestmöglich in den Behandlungsalltag integrieren zu können, wurden die Fragebögen den Klient_innen von den jeweils zuständigen Betreuungspersonen vorgelegt.

Ergebnisse

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 Dialog-internen Dokumentationssystem d:easy ergänzt.

Prinzipiell sollten 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.

Von den 233 Personen mit Angaben zu T1 sind knapp 70 Prozent männlich und knapp 30 Prozent weiblich. 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).

In Hinblick auf sozioökonomische Variablen zeigt sich folgendes Bild: 92 % der Stichprobe verfügen über eine gesicherte Wohnsituation; 55% 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 demnach in keiner festen Partnerschaft; 3% verfügen über keine Ausbildung, 28% maximal

über einen Pflichtschulabschluss; 24% der Klient_innen gehen zum Zeitpunkt T1 einer Erwerbsarbeit nach.

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 %). Über ein Drittel aller Klient_innen beschreiben ihren eigenen Konsum derzeit als abstinent und wollen die Abstinenz entweder aufrechterhalten (25 %) oder zukünftig nicht ganz auf Alkohol verzichten (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. Der weitaus größte Anteil der Klient_innen, die abstinent zum Verein Dialog kommen, haben ihren Alkoholkonsum vor Behandlungsbeginn eigenständig reduziert, nur wenige sind abstinent als Folge einer stationären Vorbehandlung. Insgesamt geben also 48% der befragten Klient_innen an, dass ihr langfristiges Ziel nicht die Abstinenz ist.

Acht von zehn Personen konsumieren Tabakerzeugnisse, wobei Frauen dies etwas häufiger tun 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.

Bei der deutlichen Mehrheit der Klient_innen hat Alkoholkonsum bereits zu subjektiv relevanten negativen Auswirkungen in verschiedenen Lebensbereichen geführt. 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.

Für viele Klient_innen 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. Der Beginn des problematischen Konsumverhaltens lag bei den befragten Männern durchschnittlich früher vor als bei den befragten Frauen, was gut mit einem Befund aus dem Anton Proksch Institut korrespondiert: 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 mit einem späteren Beginn des problematischen Konsums, jenes von alkoholkranken Männern ist stark vom primären Alkoholismus geprägt mit einem früheren Beginn des problematischen Konsums. Diese Relation zeigt sich auch beim Vorhandensein von extremen Konsumphasen (Phasen, in denen deutlich mehr getrunken wird als üblich), die bei Frauen durchschnittlich häufiger auftreten (44%) als bei Männern (32%).

55% der befragten Klient_innen trinken zu T1 täglich Alkohol, 5% sind zu Behandlungsbeginn bereits abstinent. Der Rest bewegt sich zwischen 1 bis 29 Tagen Alkoholkonsum pro Monat, was auf sehr unterschiedliche Konsummuster hinweist, wobei 54% der befragten Personen angeben, üblicherweise tagsüber und direkt nach dem Aufstehen zu trinken. Die Konsummenge bewegt sich in einem großen Range zwischen 0 Standardeinheiten (SE)/Tag bis zu einer Höchstmenge von 56 SE/Tag. Die durchschnittliche Konsummenge an einem Wochentag lag bei 9,5 SE für Männer und 6,8 SE für Frauen (ähnlich die Relation an einem Wochentag von durchschnittlich 8,9 SE und 6,2 SE für Männer bzw. Frauen).

Bei einer Alkoholkonsummenge unterhalb der Gefährdungsgrenze (40g bzw. 60g/Tag für Frauen bzw. Männer) stellt sich die Frage nach der Behandlungsmotivation der Klient_innen, sich in eine alkoholspezifische Behandlung zu begeben. Die durchgeführte hierarchische Klassifikation der befragten Personen nach durchschnittlicher Konsummenge, dem Vorhandensein von extremen Konsumphasen, negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums auf verschiedene Lebensbereiche sowie weiteren somatischen oder psychiatrischen Diagnosen kann hier weitere Behandlungsmotive offen legen und lieferte folgende Ergebnisse:

Auf Ebene 1 (üblicher Durchschnittskonsum) zeigt sich zunächst, dass etwa zwei Drittel der Klient_innen (132 Personen bzw. 63 %) oberhalb der Gefährdungsgrenze konsumieren. 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.

Die isolierte Betrachtung dieser vier Dimensionen ergibt also, 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.

Veränderungen des Konsumverhaltens wurden zu T2 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 Rauschen analysiert. Für jede dieser Konsumdimensionen wurde dabei festgehalten, ob es zu einer Reduktion auf null, Mäßigung (Reduktion gegenüber T1), Intensivierung (gegenüber T1) oder keiner Veränderung gekommen ist.

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. Der Konsum tagsüber ist bei den meisten Klient_innen gleich geblieben, während es bei extremen Konsumphasen in 19% zu einer Intensivierung, bei starken Rauschen hingegen in 49% zu einer Reduktion auf null gekommen ist.

Insgesamt berichten 44 Klient_innen (44%), 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.

Während zu T2 kaum von problematischen Suchtverlagerungen zu anderen Substanzen berichtet wurde, gaben 77% der befragten Klient_innen an, dass zumindest in einem Lebensbereich positive Veränderungen zu verzeichnen sind, am häufigsten in den Bereichen „Gesundheit“ und „Beziehung“.

Diskussion

Die große Anzahl an Personen, die beim Verein Dialog das erste Mal eine suchtspezifische Behandlung in Anspruch nehmen, legt nahe, dass mit dem Angebot einer ambulanten Behandlung Menschen erreicht werden können, die bisher noch keinen Kontakt zum Suchthilfesystem hatten. Dies unterstreicht die Bedeutung ambulanter Angebote als Ergänzung und/oder Alternative zu stationären Angeboten. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass sich die Zielsetzungen der Klient_innen nicht nur allein auf den Alkoholkonsum beziehen, sondern auch die Verbesserung anderer Lebensbereiche oder die Behandlung komorbider Erkrankungen als wünschenswert artikuliert wird. Dies bestätigt das Konzept der multiprofessionellen und individuellen Betreuung, in der Veränderungen im Konsumverhalten und die Verbesserung der Lebensqualität der Klient_innen insgesamt als gleichwertige Ziele nebeneinander bestehen. Ebenso zeigen die Ergebnisse die Notwendigkeit, in der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen nicht nur das Ziel der Abstinenz zu verfolgen, da damit wiederum viele Klient_innen aus den Angeboten ausgeschlossen werden würden. Der Verein Dialog kann mit seiner Ausrichtung auf Harm Reduction diesbezüglich auf Expertise aus dem illegalen Bereich zurückgreifen und diese zunehmend auch in der Behandlung von Menschen mit Alkoholkonsumstörungen einsetzen. Eine grundlegend akzeptierende Haltung den Zielen der Klient_innen gegenüber kann dazu beitragen, die intrinsische Motivation für eine Behandlung zu erhöhen und so langfristig die Compliance zu verbessern. Die Sichtbarmachung der Trinkmengen sowie eine Analyse des Konsumverhaltens können adäquate Mittel sein, um mit Personen, bei denen fortlaufender Alkoholkonsum aufgrund der somatischen Situation aus fachlicher Sicht zulässig erscheint, an einer Reduktion der Trinkmenge zu arbeiten. Angebote zur Reduktion von Cannabinoid- oder Benzodiazepinkonsum sollten dabei ebenso in die Behandlung integriert werden, wie der Fokus auf Schädigungen durch den Konsum von Tabakerzeugnissen.

Literatur

Reuvers, L. (2018). *„Alkohol. Leben können.“ (ehemals „Alkohol 2020“). Ein integriertes Versorgungssystem für Menschen mit einer Alkoholkrankung 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

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. & Kobra, 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.