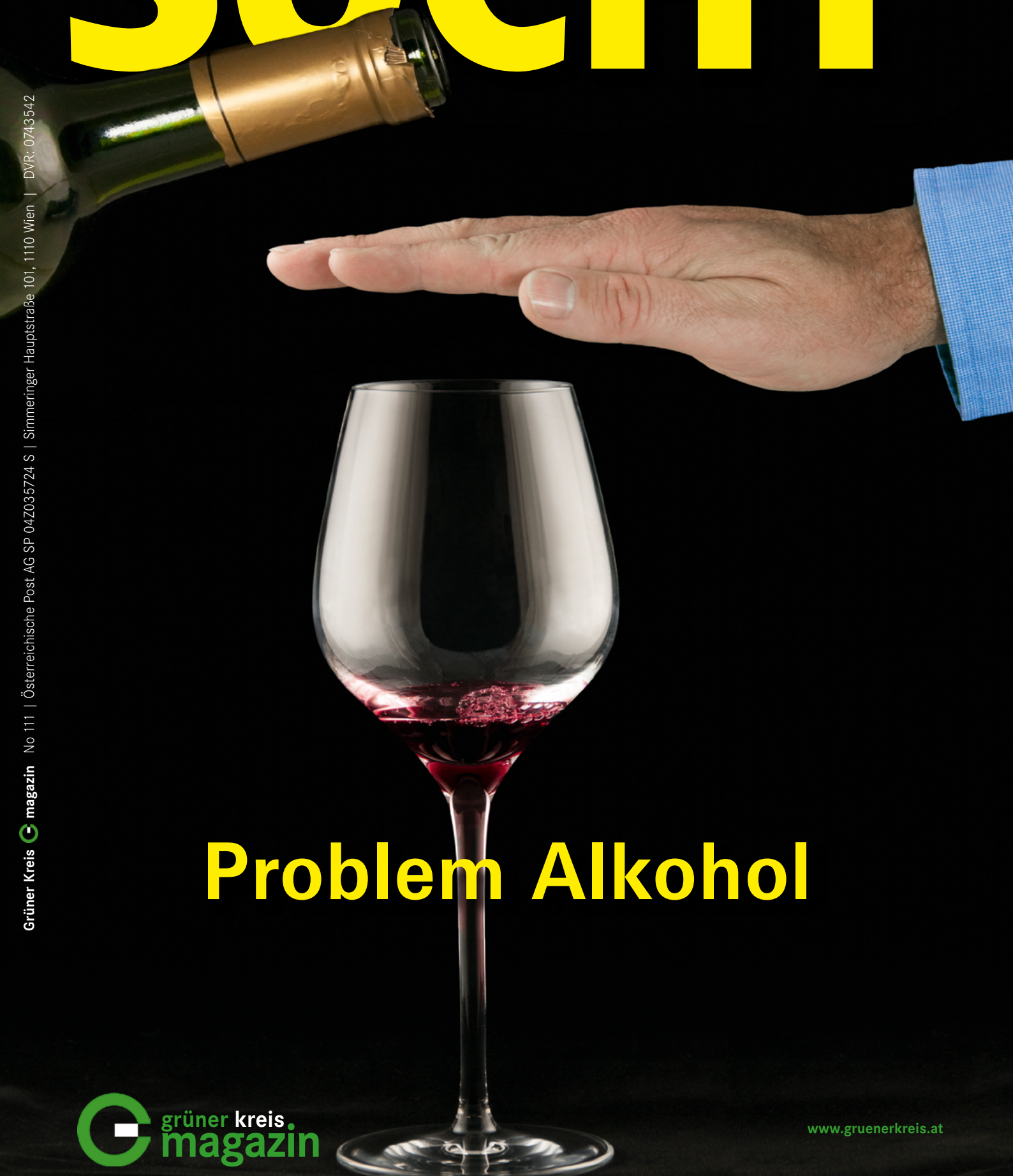


SUCHT



Problem Alkohol

Grüner Kreis magazin No 111 | Österreichische Post AG SP 04Z035724 S | Simmeringer Hauptstraße 101, 1110 Wien | DVR: 0743542

Wir danken unseren SpenderInnen

Johann u. Edeltraud Andorfer, Peuerbach
Günter Baumgartner, Wien
Beate Cerny, Wien
Dr. Günther Frohner, Lassee
Maria Greinöcker, Wels
Doris Grossi, Wien
Mag. Peter Humann, Pitten
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Mag.^a Brigitta Kandl, Wien
Robert Kopera, Reisenberg
Helmut u. Gertraude Kulhanek, Kierling
Dr. Gerhard Kunz, Ybbs
Dr. Gert Moser, Eberau
Dr. Gerold Obergruber, Graz
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach
Dr. Ferdinand Schönbauer, Tulln
Günther Stacher, Waidhofen a.d. Ybbs
Dr. Alfons William, Wien
und viele anonyme SpenderInnen



Partner des **Grünen Kreises**

Die **Niederösterreichische Versicherung** unterstützt die Arbeit des **Grünen Kreises**.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des **Grünen Kreises** nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

www.noever.at

Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des **Grünen Kreises**!

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei spenden@gruenerkreis.at einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtkranker Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins **Grüner Kreis**.

Das **Grüner Kreis**-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

Medieninhaber: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Herausgeber: Verein **Grüner Kreis**

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch [oewf]

Eigenverlag: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

redaktion@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Österreichisches Wirtschaftsforum

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Alfred Rohrhofer, Alfred Uhl, Julian Strizek, Michael Dressel, Walter North, Severin Haug et al., Reiner Hanewinkel, Matthias Morgenstern, Joachim-Arno Habart, Nina Schöninkle, Veronika Reissert, Kurt Neuhold und KlientInnen im **Grünen Kreis**

Bildquellennachweis:

Cover: © iStock.com / joostverbeek

Seite 4 (links): Kurt Neuhold

AutorInnenportraits: privat

Gender-Hinweis: Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der GastautorInnen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der **Grüne Kreis** dankt seinen Förderern



editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Der durchschnittliche Alkoholkonsum pro Kopf der Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren liegt in Österreich aktuell bei 11,6 Liter Reinalkohol pro Jahr bzw. 25,6 Gramm pro Tag. Damit liegt Österreich im europäischen Spitzenfeld. Alkohol ist aber aus dem gesellschaftlichen Alltag nicht wegzudenken und stellt letztlich auch einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar. Während die Mehrzahl der KonsumentInnen mit dem Genussmittel Alkohol kontrolliert umgehen kann, führt exzessives Trinkverhalten bei 5 Prozent der Erwachsenen in Österreich in die Abhängigkeit und bei weiteren 12 Prozent zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Wir wollen in zwei Ausgaben unseres Magazins die Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsangebote für Menschen mit Alkoholproblemen vorstellen und diskutieren. In diesem Heft steht die ambulante Betreuung im Vordergrund. Besonders erwähnt sei das Projekt »Alkohol. Leben können.«, mit welchem die Stadt Wien in Zusammenarbeit mit anerkannten Suchthilfeeinrichtungen neue Behandlungs- und Rehabilitationsangebote für Menschen mit Alkoholproblemen geschaffen hat.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Alfred Rohrhofer



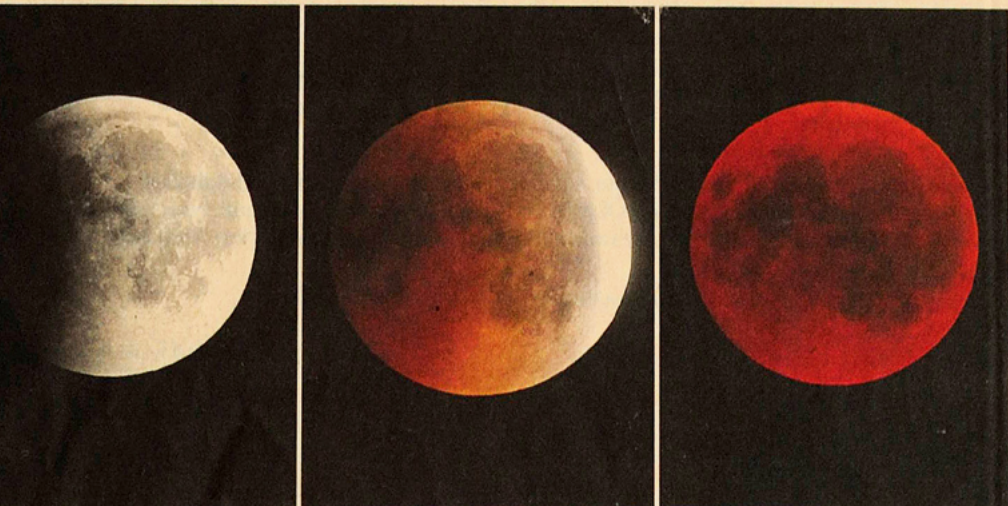
Helfen Sie uns helfen!

»Ich heiße Hannah und ich weiß wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass ich Hilfe vom Grünen Kreis« bekomme. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um mich kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute die Suchtkranken von morgen werden.

**Geben Sie Sucht keine Chance -
unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!**

Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW



Die Momentaufnahmen der letzten Mondfinsternis inklusive totaler Verdunkelung. Der spezifische Rotton hängt von der aktuellen Zu...

Montagfrühling als einen „Super-Blutmond“

...besonderes Himmelschauspiel freud...
 ...totale Mondfinsternis zu bestaunen...
 ...bei größer erscheinen als sonst.

...durch zustande, dass w...
 ...rizont auch noch ander...
 ...sehen wie Bäume ode...
 ...was den Mond für ird...
 ...trachter in Relation ver...

Die Phasen der Verdu...

Der Ablauf der himml...
 ...eignisse lässt sich genau...
 ...gen, wie das eben in der...
 ...mie so üblich ist: Eine le...
 ...insternung des Erdtraba...
 ...linken Rand her könne...
 ...Beobachtete, die sich...
 ...hen. Zu dieser Zeit steht...
 ...noch recht hoch im We...
 ...lich im Gegensatz sam...

...Licht färbt rötlich...
 ...e Mondfinsternis bie...
 ...m Blick auf den Him...
 ...ein besonderes Schau...
 ...tritt der Vollmond...
 ...den Kernschatten der...
 ...reil Sonne, Erde und...
 ...iner Linie stehen und...

...kannst du vorherzusehen...

Angina Pectoris: Eiskalt ums Herz

...nge oder plötzlich Schweregefühl bei kalten Temperaturen sind Warnsignale

Andra Fleck

...Dinge des täglichen Le...
 ...ötzlich schwerfallen...
 ...chen tragen zum Bei...
 ...uschen und ander...
 ...en gehen...
 ...be...
 ...es, stech...
 ...ent...
 ...heit, werd...
 ...hlime... „Es...
 ...na-Pecto...
 ...drea...

...Österreich anhand eines...
 ...disierten und sp...
 ...bogens eval... sagt Podc...
 ...Schw... Zeit...
 ...bis P... 201...
 ...660... (70...
 ...zent M... Prozent Frau...
 ...m... Angina Pectoris...
 ...be... Angina...
 ...ihre Lebens...
 ...sich das anfühlt...
 ...Die...
 ...Anla...
 ...nsqualität. Beispi...
 ...e die Angst, plötzlich...
 ...erzinfarkt zu sterben, auf...
 ...von „ununt...
 ...erbet werden – so...
 ...Tätigkeiten...
 ...cht“, „eing...
 ...beschränkt“...
 ...bereits...
 ...den...
 ...rie...
 ...teilt...
 ...PTCA (Perkutane transluminale

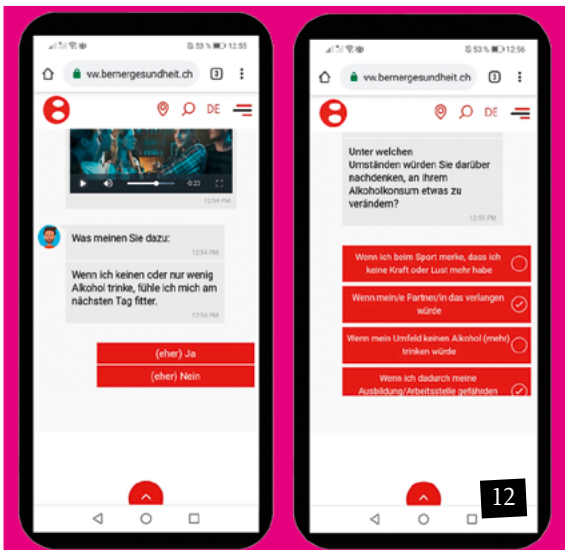
...tienten unter häufigen Anfällen...
 ...und eingeschränkter Lebensaktivi...
 ...tät. „Die beobachteten Zahlen ste...
 ...im Einklang mit anderen Stu...
 ...unterstreichen die Be...
 ...kontinuierlichen...
 ...„Versorgung“...
 ...nd mit...
 ...orgt. Zur...
 ...eine kleine M...
 ...an der Eng...
 ...zur Gefäß...
 ...werden. Das Ge...
 ...isiert. Gleich...
 ...medikamentö...
 ...icht versch...
 ...das Infa...
 ...Sauerst...
 ...uliert. I...
 ...schdrü...
 ...blutzu...
 ...ment...
 ...Stress und...
 ...zliche Risiken

Warum Frauen

„Die weiblichen...
 ...schützen bis zur Menop...
 ...KHK. Frauen sind d...
 ...Schnitt zehn Jahre länger...
 ...ner gesund. Jedoch habe...
 ...aufgrund des erhöhte...
 ...beim Eintritt einer He...
 ...kung bereits mehr Risiko...
 ...überleben einen He...
 ...deutlich schlechter, so P...
 ...Schweighofer, nur...
 ...liche Behandlung, auch...
 ...arbeit der Betroffenen...



6



12



20



28

»Blutmond« (Street-Art am Treinthof)



30

Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer

- 6** Alkoholkonsum in Österreich
Alfred Uhl, Julian Strizek

- 8** Alkohol. Leben können.
Michael Dressel

- 10** Ambulante Alkoholbehandlung
Walter North

- 12** Chatbots zur Prävention und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum
Severin Haug, Rainer Schmidbauer, Tanja Schartner, Claudia Künzli

- 14** Sind deutsche Eltern bereit für das »schwedische Modell«?
Reiner Hanewinkel, Matthis Morgenstern

- 16** Unser Betreuungsangebot

- 18** Alkoholprävention im Grünen Kreis
Joachim-Arno Habart

- 20** Ambulante Psychotherapie mit AlkoholpatientInnen
Nina Schöninkle

- 22** Spurensuche
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht

- 24** Soziale Arbeit in der ambulanten Alkoholbehandlung
Veronika Reissert

- 28** FIT FOR LIFE – Literaturpreis 2019
Kurt Neuhold

- 30** STENCIL – STREET-ART am Treinthof
Kurt Neuhold

Alkoholkonsum in Österreich



von Alfred Uhl



und Julian Strizek

Alkohol spielt in den meisten Regionen der Welt eine wesentliche Rolle als Nahrungs-, Genuss- und Rauschmittel und ist eng mit dem sozialen und kulturellen Leben verbunden. Die überwiegende Mehrheit der Konsumierenden trinkt Alkohol in einer verantwortungsbewussten Art und Weise. Gleichzeitig aber gibt es eine Minderheit, deren Alkoholkonsum ein Ausmaß annimmt, das zu gravierenden gesundheitlichen und sozialen Folgeproblemen führt. Alkohol beschert also einerseits Freude, Genuss und Lebensqualität und kann andererseits Krankheit, soziales Elend und Leid begünstigen.

Die zentrale gesundheitspolitische Frage, die sich im Zusammenhang mit Alkoholkonsum aufdrängt, ist daher, bei wie vielen Menschen und bei welchen Bevölkerungsgruppen der Alkoholkonsum problematische oder pathologische Ausmaße annimmt (schädlicher Alkoholgebrauch und Alkoholabhängigkeitssyndrom nach ICD-10). Die zweite wesentliche Frage ist, inwieweit die Alkoholkonsum-assoziierten negativen Begleiterscheinungen und Begleiterkrankungen Folgen des exzessiven Alkoholkonsums sind oder inwieweit der exzessive Alkoholkonsum eine Folge von gravierenden Grundproblemen wie psychischen Erkrankungen darstellt. Die Klärung dieser beiden Fragen ist wesentlich, um betroffenen Personen sinnvolle Unterstützung anbieten bzw. entsprechende präventive Maßnahmen setzen zu können.

Basierend auf Behandlungszahlen, Bevölkerungsbefragungen und theoretischen Überlegungen kann aktuell geschätzt werden, dass rund 5% der Erwachsenen in Österreich (2,5% der Frauen und 7,5% der Männer) von Alkohol abhängig sind und dass bei weiteren 9% (7% der Frauen und 11% der Männer) der Alkoholkonsum problematische Ausmaße annimmt. Auch wenn diese

Zahlen immer wieder wie harte wissenschaftliche Fakten präsentiert werden, so muss explizit betont werden, dass es sich dabei nur um grobe Schätzungen handelt – erstens, weil die Grenzziehung, ab wann man von problematischem Alkoholgebrauch und ab wann von pathologischem Alkoholgebrauch sprechen kann, keinesfalls präzise ist, zweitens, weil basierend auf Behandlungs- und Umfragedaten nur ein sehr ungefähres Bild über das Alkoholkonsumverhalten der Bevölkerung vorliegt.

Lange Zeit gab es eine starke Tendenz, alle negativen Begleiterscheinungen des problematischen Alkoholkonsums ausschließlich als dessen Folge zu interpretieren (primäre Alkoholproblematik). Später änderte sich die Sichtweise dahingehend, dass problematischer Alkoholkonsum fast ausschließlich als Folge von gravierenden Grunderkrankungen verstanden wurde (sekundäre Alkoholproblematik). Die Realität liegt allerdings zwischen diesen beiden Extrempositionen, wobei geschätzt wird, dass primärer Alkoholismus bei Frauen nur in Ausnahmefällen vorkommt und auch bei Männern weniger als die Hälfte der Fälle als primäre Alkoholiker zu klassifizieren sind.

Obwohl in Österreich 96% der erwachsenen Bevölkerung bereits Alkohol getrunken haben (97% der Männer und 95% der Frauen), sind dreimal so viele Männer alkoholabhängig (7,5%) wie Frauen (2,5%), was vermutlich auf Sozialisation und kulturelle Ursachen zurückzuführen ist. Regelmäßiger Alkoholkonsum war früher primär eine männliche Domäne. Im Zuge der Angleichung der Geschlechterrollen in vielen gesellschaftlichen Bereichen nimmt langfristig auch der Alkoholkonsum von Frauen zu und von Männern ab. Dies stellt weniger einen Anlass dar, weiblichen Alkoholkonsum zu problematisieren, als dafür, eine insgesamt positiv zu bewertende Emanzipation

von traditionellen Rollenbildern festzustellen, da Frauen immer häufiger am öffentlichen gesellschaftlichen Leben und damit an Anlässen teilnehmen, bei denen in einem Land wie Österreich Alkohol konsumiert wird. Diesem langfristigen Trend zum Trotz konsumieren Frauen nach wie vor deutlich weniger Alkohol als Männer und sind deutlich seltener von problematischen und pathologischen Konsumformen betroffen. Die positive Seite dieser Annäherung der Geschlechterrollen besteht darin, dass bei Männern eine Entwicklung zum moderaten Konsum zu beobachten ist, was nicht zuletzt damit in Zusammenhang gebracht werden kann, dass Alkoholkonsum keine rein maskuline Domäne mehr ist.

Der durchschnittliche Alkoholkonsum einer Person in Österreich ist in der Nachkriegszeit von 7,2 l Reinalkohol pro Jahr (1955) um 117% auf 15,6 l Reinalkohol pro Jahr (1973) angestiegen und danach um 26% auf 11,6 l Reinalkohol pro Jahr (2017) gesunken. Der Anstieg in der Nachkriegszeit wird meistens mit dem steigenden Wohlstand begründet, auch die Entwicklung in anderen Ländern spricht für diesen Zusammenhang. Nach 1973 hat der Alkoholkonsum trotz weiter steigendem Wohlstand und real sinkenden Alkoholpreisen abgenommen, was als deutliches Zeichen dafür interpretiert werden kann, dass im Umgang mit Alkohol in den letzten 50 Jahren gesundheitliche Überlegungen an Bedeutung gewonnen haben. Die Toleranz gegenüber Alkohol am Steuer und in Verbindung mit gefährlichen Tätigkeiten hat deutlich abgenommen; Alkoholkonsum in der Arbeitszeit – vor 50 Jahren noch eine Selbstverständlichkeit – ist in vielen Arbeitsbereichen nahezu völlig verschwunden. In letzter Zeit geben Schulerhebungen auch wiederholt Hinweise darauf, dass das Ausmaß des Alkoholkonsums von Kindern und Jugendlichen deutlich zurückgeht, wobei es sich bei dieser Entwicklung um einen generellen Trend in reichen, westlichen Staaten zu handeln scheint und nicht um ein Phänomen, das primär Österreich betrifft. Als mögliche Ursachen für diese noch nicht geklärte Entwicklung werden beispielsweise ein



verändertes Freizeitverhalten infolge der Digitalisierung, wachsender Leistungsdruck für Jugendliche, der Zuzug von Menschen mit traditionellen Familienstrukturen oder auch ein gestiegenes Gesundheitsbewusstsein diskutiert.

Trotz des erheblichen Rückgangs des Pro-Kopf-Alkoholkonsums seit 1973 ist Österreich in Bezug auf diesen Indikator vom europäischen Durchschnitt ins Spitzenfeld gerückt. Das erklärt sich dadurch, dass der Pro-Kopf-Alkoholkonsum in traditionellen Hochkonsumländern wie Frankreich, wo der Pro-Kopf-Konsum im Jahr 1973 mit 21,4 l noch rund 50% über dem österreichischen lag, in der Zwischenzeit unter das österreichische Niveau gesunken ist. Zurzeit liegt nur ein EU-Land, nämlich Tschechien mit 12,6 l Reinalkoholkonsum pro Person und Jahr, geringfügig über dem österreichischen Niveau.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es im Bereich Prävention bezüglich des Alkoholkonsums in Österreich nach wie vor viel zu tun gibt. Die positive Entwicklung in Richtung eines verantwortungsbewussten Alkoholkonsums sollte weiter gefördert werden, auch wenn sich Einstellungsveränderungen gewöhnlich nur sehr langsam vollziehen. In Hinblick auf die erwähnte Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Alkoholproblematik ist zu bedenken, dass Bestrebungen zur

nachhaltigen Veränderung der Alkoholkonsumkultur vor allem bei jenen Personen Erfolg zeigen können, die in gesundheitsgefährdendem Ausmaß, aber nicht infolge von gravierenden sozialen und psychischen Problemen, Alkohol konsumieren (primäre Alkoholproblematik). Bei Personen, die übermäßige Alkoholmengen zu sich nehmen, um grundlegende psychische oder soziale Probleme zu bekämpfen (sekundäre Alkoholproblematik), sind relevante Erfolge nur dann zu erwarten, wenn Angebote zur Lösung der Grundprobleme, die zur Entstehung des gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsums geführt haben, umgesetzt werden.

Literatur

Die in diesem Text genannten Zahlen stammen ausnahmslos aus dem »Handbuch Alkohol – Österreich«, das laufend in drei Bänden (»Statistiken und Berechnungsgrundlagen«, »Gesetzliche Grundlagen« und »Ausgewählte Themen«) aktualisiert wird und online auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur Verfügung steht: https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Drogen_Sucht/Alkohol/Handbuch_Alkohol_nbsp_Oesterreich

Dr. Alfred Uhl

Gesundheitspsychologe, seit 1977 in der Suchtforschung tätig;
Abteilungsleiter Stv. im Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH;
Lehrbeauftragter für Forschungsmethoden an der Sigmund Freud Privatuniversität;
Forschungsschwerpunkte:
Epidemiologie, Prävention, Suchtpolitik, Evaluation, Forschungsmethodologie

Mag. Julian Strizek

ist Soziologe und war nach seinem Studium als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung bzw. in der Abteilung für Suchtforschung und -dokumentation des Anton Proksch Instituts tätig. Seit 2015 arbeitet er als Wissenschaftler und Projektleiter an der Gesundheit Österreich GmbH mit den Schwerpunkten Alkohol- und Suchtepidemiologie. Sein Tätigkeitsbereich umfasst sowohl quantitative Auswertungen von z.B. Befragungs- oder Behandlungsdaten als auch qualitative Forschungstätigkeiten zu spezifischen Fragestellungen im Suchtbereich.

Alkohol. Leben können.



von Michael Dressel

Mit Alkohol leben können? Ohne Alkohol leben können? Oder nur mit Alkohol leben können – oder nur ohne Alkohol leben können? Diese Fragen sind für viel zu viele Österreicherinnen und Österreicher ein Problem – manchmal ein im wahrsten Sinne des Wortes existenzielles, körperlich, seelisch und materiell. 5% der österreichischen Bevölkerung über 15 Jahre sind nämlich alkoholabhängig. Weitere 12% konsumieren Alkohol in riskanter Weise. Auf Wien umgelegt bedeutet dies: Zwischen 35.000 und 75.000 Menschen sind krankheitswertig alkoholabhängig und weitere 135.000 bis 175.000 weisen einen so problematischen Konsum auf, dass sie gefährdet sind, abhängig zu werden.¹ Rund 60 Erkrankungen werden direkt auf Alkoholkonsum zurückgeführt. Die bekanntesten sind Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, aber es geht beispielsweise auch um ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bei bestimmten Krebsarten, psychische Störungen, Herz- und Gefäßkrankheiten, vorgeburtliche Schädigungen sowie Verletzungen bei Unfällen.² Andererseits: Für den Großteil der Bevölkerung ist Alkohol ein selbstverständlich handhabbares »Kulturgut«, ein hoch kultiviertes Genussmittel, mit dem man umgehen gelernt hat, ein

integrativer Faktor des Soziallebens. Und ein Wirtschaftsfaktor ist Alkohol sowieso. Kein Mensch kann in unserer Gesellschaft erwachsen werden, ohne mit Alkohol konfrontiert zu werden. Jede und jeder muss lernen, damit umzugehen, die eigenen Grenzen kennenzulernen. »Risikokompetenz« nennen wir in der Prävention diese Fähigkeit, die so wichtig ist wie das kleine Einmaleins. Dies zu erlernen ist nicht einfach eine Entscheidung, sondern ein »bio-psycho-sozialer« Prozess. Dabei wird einem einiges abverlangt: Sehr häufig wird man geradezu genötigt, »dabei zu sein«. Man muss sich erklären, entschuldigen, wenn man nicht trinken will oder kann. Es gibt nicht viele anerkannte Gründe, nicht mitzutrinken. Autofahren ist glücklicherweise inzwischen mehr und mehr einer davon. Und wenn wir darüber nachdenken, ob und – wenn ja – wie wir mit Alkohol leben können, dann kommt noch ein wesentlicher Aspekt dazu: das Tabu. Cool und anerkannt ist, wer viel verträgt. Wenn man umkippt oder krank wird, hat man sehr schnell zur Erkrankung selbst noch ein weiteres Problem. Schwäche darf man nicht zeigen. Krankheit und Elend werden ausgegrenzt. Das geht bis zu Verbotszonen.

Bisherige Behandlungsangebote ³

Entsprechend diesem zwiespältigen und auch zynischen Zugang der Gesellschaft zum Alkoholkonsum, der Suchtkranke ausgrenzt, hat sich die Landschaft an Beratungs-, Behandlungs-, Betreuungs- und Rehabilitationsangeboten in den letzten Jahrzehnten im Vergleich zu anderen Bereichen der Medizin und Therapie wenig weiterentwickelt. Rein abstinenzorientierte Konzepte dominierten lange Zeit die Versorgungslandschaft. Teilweise ist der Abstinenzanspruch auch heute noch eine Eintrittsbedingung für die Hilfestellung. Erst in den letzten 20 Jahren ist die Suchtforschung so richtig

in Gang gekommen – und mit ihr die Entwicklung neuer Behandlungsansätze in den letzten zehn Jahren. Dabei haben sich Forschung und Entwicklung stark auf den stationären Bereich konzentriert. Dies hat zwar dort zu exzellenten fachlichen Standards geführt, aber die wissenschaftlich fundierte Entwicklung selbständiger ambulanter Konzepte und Angebote steckt – obwohl sich gerade hier in den letzten Jahren viel getan hat – noch immer in den Kinderschuhen.

Auch in Wien gab es bis zum Projektstart von »Alkohol. Leben können.« kein vernetztes System mit aufeinander abgestimmten Angeboten. Die ohnehin geringe Zahl an Einrichtungen war grundsätzlich stationär ausgerichtet. Ambulante Hilfsangebote wurden fast immer nur als Vor- und/oder Nachbetreuung einer stationären Therapie gesehen. Nur ein Bruchteil der Betroffenen wurde mit passenden Behandlungs- und Betreuungsangeboten erreicht. Wohl auch deshalb, weil die angebotenen »Settings« viel zu wenig mit der Lebenssituation der Betroffenen kompatibel waren. Ein mehrwöchiger stationärer Therapieaufenthalt kann für alkoholkrank Menschen, die noch in Beruf und Lebenswelt integriert sind, auch kontraproduktiv sein: Oft genug ist dieser nicht machbar, weil die Gefahr besteht, den Arbeitsplatz zu verlieren, oder weil Angehörige (z. B. Kinder) nicht alleine gelassen werden können. Die Arbeitsgruppe, die »Alkohol. Leben können.« (vormals »Alkohol 2020«) entwickelt hat, hat den Bedarf an ambulanten Betreuungsplätzen allein für Wien mit jährlich 8.000 berechnet.⁴

Der neue Weg

Es gab also viele Gründe, einen neuen Weg zu gehen, der sich konsequent am Bedarf orientiert, der lebensweltnahe und individuell ist. Es war ein Behandlungs-, Beratungs-, Betreuungs- und Rehabilitationsnetzwerk zu errichten

^[1] Vgl. Alkohol 2020 – Gesamtkonzept für eine integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholkrankung in Wien – Endversion, S. 5; SDW, WGKK und PVA 2014 und Arbeitsgruppenbericht Alkohol 2020, S. 8, S. 14 ff., 29, 30; SDW und WGKK, März 2013

^[2] Vgl. Arbeitsgruppenbericht Alkohol 2020, S. 7; SDW und WGKK, März 2013

^[3] Vgl. Arbeitsgruppenbericht Alkohol 2020, S. 58 ff.; SDW und WGKK, März 2013f

^[4] Vgl. Arbeitsgruppenbericht Alkohol 2020, S. 42; SDW und WGKK, März 2013

mit dem klaren Schwerpunkt auf eine ausreichende Anzahl ambulanter Plätze, in denen die Hilfesuchenden begleitet werden – manche über viele Jahre hinweg, denn eine Suchterkrankung verläuft meist chronisch und »Rückfälle« sind Teil des Heilungsprozesses. Wir brauchten ein System, in dem die Betroffenen jederzeit immer wieder ohne Schwelle in die Betreuung einsteigen können. Es ging darum, die Situation der Betroffenen entscheidend zu verbessern, auch wenn Abstinenz (noch) nicht erreicht werden kann.

Von diesen Überlegungen ausgehend bekamen im Jahr 2012 die Sucht- und Drogenkoordination Wien und die Wiener Gebietskrankenkasse den Auftrag, gemeinsam eine neue Struktur der Behandlungsangebote im Bereich Alkohol zu konzipieren. Kurze Zeit später war auch die Pensionsversicherungsanstalt an Bord. 2013 wurde ein Gesamtkonzept für die Betreuung, inklusive Behandlung und Rehabilitation, erarbeitet, das konsequent am Bedarf der PatientInnen orientiert ist und ambulante, stationäre, rehabilitative und integrationsfördernde Maßnahmen aufeinander abstimmt. In sechs Fokusgruppen zu den Bereichen Diagnostik, Betreuungskonzepte, Prozesse, Daten (inklusive Monitoring und Evaluation), Prävention und Zielsteuerung (inklusive Finanzierung und Verträge) brachten über 50 ExpertInnen aus dem Bereich der Leistungserbringer und aus dem Bereich Kostenträger ihr Know-how ein und es entstand ein fundamentales gemeinsames Commitment⁵ Als oberstes Wirkungsziel wurde festgelegt, dass Menschen mit Alkoholproblemen objektiv und subjektiv gesünder und in das gesellschaftliche Leben integriert sind. Damit war das Abstinenzparadigma klar relativiert und der Abstinenzanspruch als das bestimmende therapeutische Ziel fiel weg. Galt eine stationäre Behandlung früher als jedenfalls indiziert, so ist im Konzept von »Alkohol. Leben können.« – entsprechend dem heute geltenden internationalen »State of the Art« – ein von der stationären Behandlung unabhängiger ambulanter Bereich vorhanden, der Teil des Netzwerkes ist. 2014 war der historische Moment: Es lag erstmals in der Geschichte des Landes

ein von drei Kostenträgern gemeinsam getragenes und vertraglich geregeltes integratives, patientenorientiertes Konzept vor. Im Herbst 2014 startete das Pilotprojekt. Nach zwei erfolgreichen Pilotphasen befindet sich das Projekt nun seit Jänner 2019 in der Ausrollung des Regelbetriebes.

Multidimensionale Diagnostik

Im Konzept von »Alkohol. Leben können.« liegen jeder Maßnahme bzw. jedem »Maßnahmenbündel« (auch »Modul« genannt) spezifische Wirkungsziele zugrunde. Diese Ziele definieren, was mit der jeweiligen spezifischen Maßnahme erreicht werden soll, sei es die Überwindung einer unmittelbaren Notlage (somatisch, psychisch oder sozial), der Wiedereinstieg in ein geregeltes Leben (mit oder ohne Konsum), das (Zurück-)Finden in ein selbstbestimmtes Leben oder die Erhaltung eines selbstbestimmten Lebens, welches durch Selbstkontrollregeln gesteuert bzw. gehalten werden kann.⁶ Für eine effektive und effiziente Behandlung ist Voraussetzung, dass qualifizierte Diagnosen gestellt werden, die Ansätze, Prioritäten und Wege der Behandlung aufzeigen, um diese Ziele zu erreichen. Entscheidend ist, nicht nur zu Behandlungsbeginn, sondern auch in regelmäßigen Abständen im Verlauf der Behandlung alle Lebensbereiche diagnostisch »abzubilden«. Eine der wichtigsten Säulen von »Alkohol. Leben können.« ist daher die »multidimensionale Diagnostik«. Sie basiert auf der inzwischen wissenschaftlich konsensualen Erkenntnis, dass ein problematischer Konsum oder eine Suchterkrankung immer bio-psycho-soziale Hintergründe bzw. Faktoren aufweist, die es zu beachten gilt. Für diese multidimensionale Diagnostik wurden Kategorien gebildet, entlang derer die Diagnoseerstellung erfolgt: Konsum, somatische Gesundheit, psychische Gesundheit und soziale Gesundheit (das bedeutet persönliche Ressourcen und soziales Netzwerk, Beruf und Bildung, Finanzen und Wohnen). Weil die multidimensionale Diagnostik die Grundlage für die Erstellung eines Maßnahmenplanes ist, erfolgt eine Bewertung anhand von definierten »Problemlagenintensitäten«,

der Dauer der Problemlagen, der subjektiven Zufriedenheit mit dem jeweiligen Lebensbereich sowie der Motivation, etwas zu verbessern oder zu stabilisieren, und der Einschätzung des Realismus durch die BetreuerInnen⁷. Dementsprechend erfolgt die multidimensionale Diagnostik auch multiprofessionell durch ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen und PsychologInnen.

Individueller Maßnahmenplan

Der auf Basis der multidimensionalen Diagnostik erstellte Maßnahmenplan deckt den kompletten Betreuungsbedarf – somatisch, psychisch und sozial – ab, inklusive Behandlung (wenn erforderlich, auch einer akuten Krankenversorgung) und Rehabilitation (sowohl medizinisch als auch sozial und beruflich). In der praktischen Umsetzung wird der Maßnahmenplan nach einer Abklärungsphase aus sogenannten »Modulen« zusammengestellt, die jeweils unterschiedliche »Leistungsbündel« umfassen, die von unterschiedlichen Leistungserbringern (Einrichtungen) nach unterschiedlichen Konzepten erbracht werden:⁸ ambulante Vorbereitung (wenn stationäre Module folgen), stationärer Voll- oder Teilentzug, stationäre Therapie und Rehabilitation differenziert nach Dauer, ganztägig ambulante Therapie und Rehabilitation sowie die ambulante Therapie und Rehabilitation differenziert nach Betreuungsintensität und -dauer. Am Ende eines jeden Moduls muss ein multidimensionaler Betreuungsbericht (inkl. Behandlung und Rehabilitation) vorgelegt werden, damit die Zielerreichung von den Betroffenen selbst und deren BehandlerInnen bzw. BetreuerInnen überprüft werden kann und gegebenenfalls eine Anpassung des Maßnahmenplans erfolgen kann. Für jedes Modul gibt es als Ergänzung zu den bestehenden rechtlichen Vorschriften spezifische Qualitätsstandards⁹, deren Erfüllung eine der Mindestanforderungen für eine Anerkennung der Einrichtung als Leistungserbringer im Rahmen von »Alkohol. Leben können.« ist. Diese Standards betreffen zum Beispiel die Bereiche Infrastruktur, Personalstruktur, Prozesse, Ergebnis und Leistungen, die Betroffene erhalten (z. B. Mindestanzahl an therapeutischen Kontakten, Stunden).

→ Seite 27

^[5] Vgl. Alkohol 2020 – Gesamtkonzept für eine integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholkrankung in Wien – Endversion, S. 3; SDW, WGKK und PVA 2014

^[6] Vgl. Alkohol 2020 – Gesamtkonzept für eine integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholkrankung in Wien – Endversion, S. 57; SDW, WGKK und PVA 2014

^[7] Vgl. Alkohol 2020 – Gesamtkonzept für eine integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholkrankung in Wien – Endversion, S. 48; SDW, WGKK und PVA 2014

^[8] Vgl. Alkohol 2020 – Gesamtkonzept für eine integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholkrankung in Wien – Endversion, S. 19; SDW, WGKK und PVA 2014

^[9] Vgl. Alkohol 2020 – Gesamtkonzept für eine integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholkrankung in Wien – Endversion, S. 62 ff.; SDW, WGKK und PVA 2014

Ambulante Alkoholbehandlung



von Walter North

Der Verein Dialog bietet im Rahmen des Angebots »Alkohol. Leben können.« ambulante Behandlung für Menschen mit Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholgefährdung an. Ich möchte die diesen Behandlungen zugrunde liegenden Überlegungen zum Umgang mit Alkoholabhängigkeit erläutern und insbesondere auf eine ambulante Behandlungsform eingehen, die im Verein Dialog passiert: die Trinkmengenreduktion.

Bereits in den 1960er-Jahren wurde eine Studie veröffentlicht, die zeigte, dass Menschen nach einer stationären Alkoholentzugsbehandlung einen gemäßigten, weniger gesundheitsschädlichen Umgang mit Alkohol erlernt hatten. Es dauerte noch viele Jahre, bis sich das herrschende Abstinenzparadigma in der Behandlung Alkoholabhängiger zu lockern begann und Ansätze der Harm Reduction (eines Substanzumgangs in weniger schädlichen Form) auch in der Alkoholtherapie Eingang fanden. Früher hatte man nur die Gruppe der Schwerstabhängigen im Blick, für die Abstinenz das einzig

geeignete Therapieziel erschien. Die große Anzahl von problematisch Konsumierenden, die durchaus in der Lage sind, einen geregelten Umgang mit Alkohol zu finden, wurde nicht beachtet. In den 1980er- und 1990er-Jahren fanden die Ansätze der Schadensminimierung aus der Behandlung illegal Substanzabhängiger Eingang in die Alkoholbehandlung und sind inzwischen standardisierte und evidenzbasierte Behandlungsmodelle.

Abstinenz ist nach wie vor ein mögliches Ziel aller Behandlungen, allerdings ist das für viele Patient_innen realistisch erreichbare Zwischenergebnis eines risikoärmeren Konsums einerseits die Motivationsgrundlage, längerfristige Behandlungen in Anspruch zu nehmen, andererseits der beste Schutz vor Enttäuschungen und Therapieabbrüchen aufgrund unrealistischer und somit nicht erreichbarer Ziele.

Es muss in einem Überblick der Entwicklung von risikominimierenden Konzepten in der Alkoholbehandlung natürlich einerseits auf die Studien von Linda und Mark Sobell verwiesen werden, andererseits auf das von Joachim Körkkel entwickelte Konzept des »Kontrollierten Trinkens« (KT).

Die Sobells schlagen vor, Abstinenz bei schwerer und Trinkmengenkontrolle bei geringerer Abhängigkeit zu empfehlen und Problemtrinker_innen bei der Festlegung des Therapiezieles freie Hand zu lassen, da die Vorgabe von Zielen entsprechend ihren Forschungen keinen Einfluss auf die tatsächliche Zielerreichung hat. Selbstbestimmte Ziele werden konsequenter verfolgt als vorgegebene. Im Zentrum von Körkells KT steht die Ausarbeitung und Einhaltung eines den Alkoholkonsum reduzierenden Trinkplans, unterstützt durch ein Trinktagebuch, in dem Plan und tatsächlich getrunkene Mengen verglichen werden. Inzwischen sind die Annahmen beider Vorreiter durch zahlreiche Studienresultate bewiesen und ihre Vorgangsweisen werden international gelehrt und verbreitet.

Im Verein Dialog arbeiten zahlreiche Mitarbeiter_innen, die einschlägige Ausbildungen in diesen Bereichen absolviert haben. Dies führte zur Entwicklung eines ambulanten Therapieangebots für

alkoholabhängige Patient_innen, das wir Trinkmengenreduktion (TMR) nennen und das neben anderen Behandlungsformen angeboten und durchgeführt wird.

Im Folgenden eine Übersicht über dieses Angebot und die Behandlungsschritte. TMR als Programm läuft nach einer individuellen Abklärungs-/Vorbereitungsphase über einen Zeitraum von drei Monaten. Grundlage der Behandlung ist:

- die pharmakologische Therapie mit einer Anticraving-Substanz: In der Regel ist das Naltrexon, da es die beste Evidenz in weltweiten Studien hat. Hier muss eine Opioidfreiheit des Klienten/der Klientin nachgewiesen werden, bei Unverträglichkeit können andere Substanzen gewählt werden.
- das Führen eines Trinktagebuchs
- die Reduktion der täglichen Trinkmenge um gerade so viel, dass keine Entzugssymptome entstehen
- anfangs tägliche, kürzere Kontakte mit einem Arzt/einer Ärztin bzw. einem/einer psychosozialen Mitarbeiter_in. Im Verlauf der Zeit nimmt die Betreuungsfrequenz ab, die Dauer der Gespräche nimmt zu.

Ziel der TMR

Ziel ist die Reduktion einer problematischen Trinkmenge und häufigkeit, idealerweise im Sinne der Empfehlungen des BMfG (Bundesgesundheitsministerium), jedoch ist jede Reduktion der Trinkmenge ein erfolgreicher Schritt.

TMR als ambulante Therapie

1) Vorbereitungsphase

In dieser Phase werden die Indikation zur TMR (oder einer anderen therapeutischen Option) gestellt sowie gegebenenfalls notwendige Abklärungsschritte durchgeführt. Bei bestehender Veränderungsbereitschaft sollte ein möglichst rascher Beginn angestrebt werden, um diese Motivation zu nutzen. Manchmal kann zur Entwicklung einer intentionalen Verhaltensänderung aber auch ein längerer Prozess erforderlich sein (siehe Stadien der Verhaltensänderung nach Prochaska).

dialog:

- a) Abklärung:
- Erhebung von Trinkmenge, Trinkhäufigkeit, Trinkstil, Trinkgewohnheiten
 - Veränderungswunsch des Klienten/der Klientin
 - Somatische und psychiatrische Morbiditäten
 - Gegebenenfalls Blutabnahmen
- b) Voraussetzungen der Klient_innen für Teilnahme an TMR:
- Basale Existenzsicherung – nötigenfalls die sozialarbeiterische Basis schaffen
 - Fähigkeit und Wille zu regelmäßigen und anfangs hochfrequenten Kontakten
 - Bei bestehender körperlicher Alkoholabhängigkeit ist aktuell keine Motivation zu einer Entzugsbehandlung erreichbar oder es ist eine Entzugsbehandlung zum gegebenen Zeitpunkt nicht indiziert. Das ist etwa beim Zustand nach zahlreichen vorgegangenen Entzugsversuchen mit Deprivationseffekt gegeben (s.a. Alcohol deprivation effect, Rodd-Henricks ZA; The alcohol deprivation effect model for studying relapse behavior, Valentina Vengeliene, u. A. m.)
 - Informed Consent: Klient_innen bekommen ein Infoblatt zu den Risiken der Trinkmengenreduktion, den Folgen des fortgesetzten Alkoholkonsums, Behandlungsalternativen bzw. -empfehlungen, Off-Label Use von Anticraving-Substanzen)
- c) Entscheidung über TMR als therapeutische Maßnahme:
Wird vom zuständigen Betreuer_innenteam gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin nach folgenden Prinzipien getroffen:
- Realitätsprinzip = Erreichbarkeit des Zieles (realistisches Ziel setzen)
 - Gemeinsamkeitsprinzip = Akzeptanz des Therapiezieles von Patient_in und Therapeut_in
- d) Ausschlusskriterien:
Abstinenz ist jedenfalls anzuraten bei:
- dem Vorhandensein gravierender körperlicher Vorschädigungen, die sich durch weiteren Alkoholkonsum verschlimmern würden, bzw. Risikofaktoren wie Diabetes mellitus (relative Kontraindikation)
 - einer geplanten bzw. bereits bestehenden Schwangerschaft und beim Stillen (absolute Kontraindikation)
 - dem Auftreten von problematischen

- Handlungen unter Alkoholeinfluss (z.B. Gesetzesverstöße, Gewalttätigkeiten...)
- der Einnahme von Medikamenten, die nicht zusammen mit Alkohol eingenommen werden sollten, wie z.B. Benzodiazepine:
Bei beginnender Benzodiazepinabhängigkeit ist ggf. der Entzug von Benzodiazepinen der Alkoholreduktion vorzuziehen.
Bei länger vorliegender Low Dose Dependency (entspricht einer Tagesdosis bis zur zugelassenen Menge laut Fachinformation) ist die Durchführung einer Trinkmengenreduktion möglich im Sinne einer Arbeit an der toxischeren Substanz, jedoch ohne Erhöhung der aktuellen Benzodiazepindosis.
Bei vorliegender High Dose Dependency sollten alternative Behandlungsoptionen gesucht werden.
- e) Strategie gemeinsam planen:
Wie wird mit der Reduktion begonnen? Welche Reduktionsschritte sind denkbar? Welche Begleitumstände sind wichtig / müssen verändert werden? Was kann hilfreich sein? Beispiele sind späterer Trinkbeginn, langsames Trinken/weniger Getränke pro Stunde, Getränke mit geringerem Alkoholgehalt präferieren, Stopp nach einer bestimmten Trinkmenge, bestimmte(n) Trinksituation/-ort vermeiden, trinkende Bekannte meiden etc.
- 2) Durchführung des ambulanten Angebotes TMR:
- »Startschuss«: Tag des Beginns des dreimonatigen Programmvereinbaren
 - Der/die zuständige Arzt/Ärztin entscheidet gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin über die einzusetzende Anticraving-Substanz.
 - Vor Einstellung auf Naltrexon/Nalmefen muss eine sorgfältige Anamnese in Hinblick auf eventuell eingenommene Opioiden (als Schmerzmittel oder Substitutionsbehandlung) sowie standardmäßig ein Labor-Harn-test auf Opioiden erfolgen.
 - Frequenz:
In der ersten Woche tgl. (Kurz-) Kontakt mit dem Arzt/der Ärztin (soweit möglich mit dem/der fallführenden Arzt/Ärztin) sowie ein Ter-

- min mit dem/der fallführenden psychosozialen Betreuer_in;
In der zweiten Woche zwei bis drei medizinische Kontakte plus ein Termin mit dem/der zuständigen psychosozialen Betreuer_in;
Ab der dritten Woche einmal wöchentlich Kontakte mit dem/der fallführenden psychosozialen Betreuer_in und/oder dem/der zuständigen Arzt/Ärztin.
- Ziel bzw. Inhalte der Kontakte:
Anfangs kurze Kontakte zur Abklärung vorwiegend medizinischer Fragen: Befinden, erfolgte Trinkmengenreduktion, gibt es Entzugssymptome, wie wird das Medikament vertragen, gibt es somatische und/oder psychische Probleme bzw. Komplikationen, Besprechung des Trinktagebuchs.
Ab der dritten Woche werden die Gespräche länger; die Betreuung übernehmen jetzt mehr und mehr die psychosozialen Mitarbeiter_innen, die Inhalte verlagern sich in Richtung psychosoziale Themen – wie z.B. Craving, Coping, Alltag, Rückfallprävention, Verbesserung der Lebenssituation u. A. m.
 - Grundlage für die Dokumentation der Trinkmengen ist ein Trinktagebuch (TTB). Der Aufbau des TTB sollte einfach sein und kann mit dem Klienten/der Klientin gemeinsam extra »entworfen« werden.
 - Zusätzlich gilt die Teilnahme am Gruppenangebot für Alkoholpatient_innen.

Die Durchführung dieses Programms kann von der hier exemplarisch dargelegten Form abweichen, da der Verein Dialog auf individuell an die Bedürfnisse der Patient_innen angepasste Behandlungen hohen Wert legt. Das Grundprinzip der Harm Reduction und der Psychoedukation ist jedoch ein durchgängiges in all unseren Behandlungsvarianten. Bei Interesse an unseren Behandlungsansätzen wenden Sie sich als betroffene Person an das zuständige regionale Kompetenzzentrum.

Literatur

DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M. & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology. 59(2), 295-304.

Chatbots zur Prävention und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum



von Severin Haug
unter Mitarbeit von:
Rainer Schmidbauer
Tanja Schartner
Claudia Künzli

Chatbots sind digitale Anwendungen, die via Chat einen Austausch mit einem technischen System ermöglichen. Aufgrund ihrer Attraktivität und der Einfachheit der Bedienung eröffnen die Chatbots neue Möglichkeiten zur Prävention von Alkoholkonsumstörungen und zur Frühintervention bei risikoreich Konsumierenden. In der Schweiz werden derzeit im Rahmen von Pilotprojekten erste Erfahrungen zum Einsatz von Chatbots im Bereich der Frühintervention gesammelt, in Österreich ist ein Chatbot-basiertes Präventionsprogramm für Jugendliche in Planung.

Alkoholkonsum ist in Österreich einer der bedeutendsten Risikofaktoren für frühzeitige Krankheit und Sterblichkeit^[1]. Allerdings nimmt nur ein kleiner Anteil der Personen mit risikoreichem Konsum oder Alkoholkonsumstörungen professionelle Hilfe in Anspruch^[2]. Ein niedrigschwelliger Zugang zu Behandlungsangeboten und Maßnahmen der Frühintervention stellen dementsprechend zentrale Herausforderungen im Hinblick auf die Reduktion der Prävalenz risikoreich oder problematisch Alkoholkonsumierender dar.

Kommunikationstechnologien wie Internet oder Mobiltelefone können dazu einen Beitrag leisten. So geben z.B. Online-Selbsttests Interessierten eine anonyme Rückmeldung zu ihrem Alkoholkonsum und Informationen zu weiterführenden professionellen Hilfsangeboten^[3]. Internet- und Short-Message-Service(SMS)-basierte Coaching-Programme erzielten bei Jugendlichen hohe Teilnahmeraten und erwiesen sich als wirksam zur Reduktion des Rauschtrinkens bei Jugendlichen^[4].

Wenngleich die beschriebenen Anwendungen in den letzten Jahren häufig genutzt und auch in Studien erfolgreich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit getestet wurden, reflektieren sie nicht mehr das aktuelle Mediennutzungs- und Kommunikationsverhalten, das sich in den letzten Jahren stark verändert hat.

Während bis Anfang der 2010er-Jahre Telefonanrufe und Kommunikation via SMS die am häufigsten genutzten Anwendungen am Mobiltelefon waren, wurden sie in den letzten Jahren zunehmend durch Instant-Messaging-basierte Kommunikation via native Apps wie z.B. WhatsApp oder Facebook Messenger ersetzt. Auch die klassische Informationssuche im Internet wird zunehmend durch automatisierte Dialogsysteme, sog. Chatbots, ergänzt oder ersetzt, wie z.B. Google Assistant oder Amazon Alexa. Mittlerweile stellt bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Kommunikation via Instant Messaging die häufigste Anwendung mobiler Kommunikation dar^[5]. Im österreichischen Jugend-Internet-Monitor 2018 gaben 85% der befragten 11- bis 17-Jährigen an,

WhatsApp als beliebteste digitale Kommunikationsform zu nutzen^[6], und 2018 gaben rund 70 % der Teilnehmenden einer Umfrage in der Schweiz an, dass sie bereits einen Chatbot genutzt haben oder sich vorstellen könnten, es zu tun^[7].

Auch für die Optimierung von Präventionsmaßnahmen eröffnen Chatbots und Instant-Messaging-basierte Angebote im Vergleich zu den bisherigen digitalen Angeboten neue Möglichkeiten, die im Folgenden anhand eines bereits realisierten Beispiels zur Frühintervention bei risikoreich Alkoholkonsumierenden in der Schweiz und eines geplanten Projekts zur Prävention des Suchtmittelkonsums bei Lernenden in Berufsschulen in der Schweiz und in Österreich aufgezeigt werden.

MyDrinkControl: Selbsttest und Frühintervention via Chatbot

Die aktuelle Version von MyDrinkControl (www.mydrinkcontrol.ch) wurde von der Berner Gesundheit in Kooperation mit SafeZone.ch und dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) entwickelt und im Januar 2019 aufgeschaltet. Das in Deutsch und Französisch verfügbare Programm ermöglicht via Smartphone oder PC einen Gesprächsdialog mit einem virtuellen Coach. In Abhängigkeit von den innerhalb des Dialogs gemachten Angaben sind jeweils adaptierte Inhalte für (1) Jugendliche/ Erwachsene und (2) Selbstbetroffene/ Angehörige verfügbar.

Der virtuelle Coach gibt auf Grundlage einer Erhebung des aktuellen Alkoholkonsums und gegebenenfalls von Anzeichen einer Alkoholkonsumstörung eine Rückmeldung, ob (1) ein risikoarmer, (2) ein risikoreicher oder (3) ein risikoreicher Alkoholkonsum mit Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit vorliegt. Dieses Feedback basiert auf den Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen^[8] und einzelnen Fragen des Alcohol Use Disorders Identification Test (Babor et al. 2001). Darüber hinaus sollen, ähnlich einer Face-to-Face-Beratung, risikoreich Konsumierende zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Alkoholkonsum angeregt und zur

Nutzung weiterführender Hilfen motiviert werden. Dabei werden Interventionselemente, basierend auf den Prinzipien motivierender Gesprächsführung^[9]

und der sozial-kognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens^[10], eingesetzt. Es erfolgt eine Auseinandersetzung mit den individuellen Vor- und Nachteilen des

Alkoholkonsums, häufige Trinksituationen und -auslöser werden identifiziert und darauf bezogene alternative Verhaltensweisen erarbeitet (s. Abbildung 1).

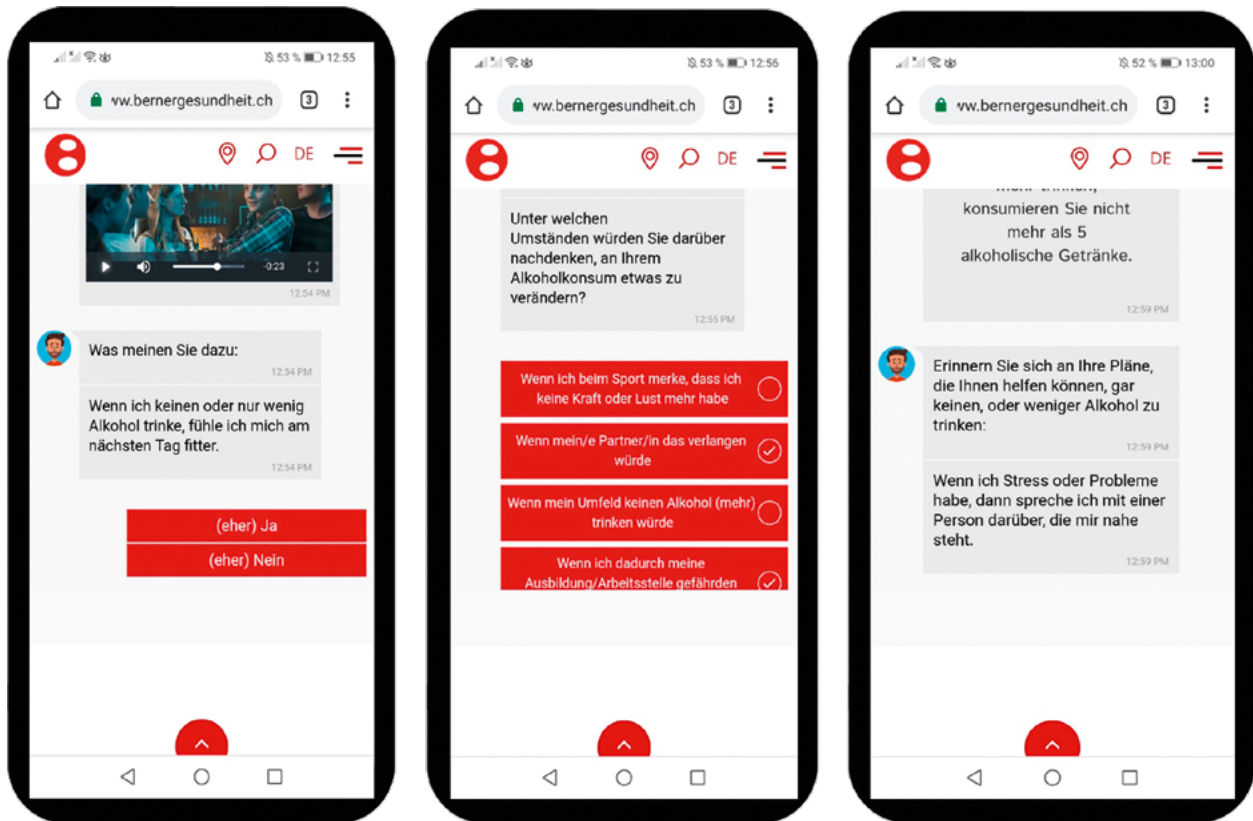


Abb. 1: Ausschnitte aus dem Chatbot-basierten Selbsttest- und Frühinterventionsprogramm MyDrinkControl

Im Vergleich zu den bislang verwendeten Selbsttests hat das Chatbot-basierte Programm den Vorteil, dass Datenerhebung und Rückmeldung nicht mehr getrennt voneinander erfolgen, sondern ähnlich einem Gesprächsdialog in interaktiver Form, sodass die Durchführung kurzweiliger und persönlicher erscheint.

ready4life: Förderung von Lebenskompetenzen und Prävention von Suchtmittelkonsum via Chatbot

Während MyDrinkControl als einmalige Intervention konzipiert ist, eröffnen Chatbots aber auch die Möglichkeit zur längerfristigen und damit nachhaltigeren Unterstützung von Verhaltensänderungen. Die Coaching-App ready4life, die derzeit von der Schweizer Lungenliga und dem ISGF entwickelt wird und das bisherige Short-Message-Service(SMS)-basierte Programm ablöst, zielt auf die Prävention von problematischem Substanzkonsum bei Lernenden in der Berufsausbildung, u. a. durch die Förderung von Lebenskompetenzen. Konstruktiver

Umgang mit Stress und Emotionen, Widerstandsfähigkeit gegenüber Substanzkonsum und Sozialkompetenzen werden in interaktiver Form über einen Zeitraum von vier Monaten mit wöchentlichen Chatbot-Interaktionen gefördert; Rauchende und riskant Alkoholkonsumierende erhalten überdies individualisierte Nachrichten zur Unterstützung des Rauchstopps und zur Förderung sensiblen Alkoholkonsums. ready4life wurde basierend auf Theorien des Gesundheitsverhaltens entwickelt, evaluiert und bislang bei über 10.000 Lernenden in allen drei Sprachregionen der Schweiz durchgeführt^[11,12]. Vier von fünf Lernenden, die in Schweizer Berufsschulen von Fachmitarbeitenden der Lungenliga und weiteren MultiplikatorInnen zur Teilnahme eingeladen wurden, beteiligten sich am Programm. Von diesen blieben über neunzig Prozent bis zum Ende des Programms für dieses angemeldet. Die bislang durchgeführten Prä-Post-Studien zum Programm zeigten positive Veränderungen in den adressierten Lebenskompetenzen^[12,13]; beim Tabak- und Alkoholkonsum zeigten von ready4life unabhängige kontrollierte

Studien die Wirksamkeit der in ready4life integrierten substanzspezifischen Inhalte im Sinne einer Reduktion des jeweiligen Risikoverhaltens^[4,14,15].

Für die Durchführung im Schuljahr 2019/20 wird das Programm hinsichtlich des Kommunikationskanals (Chatbot anstelle SMS) modifiziert, thematisch erweitert und modular aufgebaut werden, sodass Auszubildende je Ausbildungsjahr, basierend auf ihrem Risiko- und Ressourcenprofil, aus mehreren themenspezifischen Programmmodulen (z.B. Stress, Sozialkompetenz, Tabak- und Nikotinprodukte, Alkohol) zwei auswählen können.

Erfahrungen aus Österreich

Das Institut Suchtprävention der promente OÖ hat mit März 2019 begonnen, das SMS-basierte Programm ready4life durchzuführen. Im Rahmen eines zweistündigen Workshops zum Thema Emotionen und Substanzkonsum reflektieren Lehrlinge ihr eigenes Konsumverhalten und werden eingeladen, am Programm teilzunehmen.

Sind deutsche Eltern bereit für das »schwedische Modell«?



von Reiner Hanewinkel



und Matthis Morgenstern

Eine Übertragung des STAD-Ansatzes auf den Alkoholausschank zu Hause

Der STAD-Ansatz

Alkohol ist die mit Abstand beliebteste Droge in Deutschland (und auch Österreich), sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen. Riskanter Alkoholkonsum (»Heavy Episodic Drinking«) ist ein weit verbreitetes Phänomen, insbesondere bei jungen Erwachsenen. Epidemiologische Studien legen nahe, dass 2016 über ein Drittel (38,0%) der 18- bis 25-Jährigen in den letzten 30 Tagen mindestens einen Alkoholexzess hatten (Orth, 2017). Bei den 12- bis 17-Jährigen lag die Quote bei 14,1%. Das gesetzliche Mindestalter für den Erwerb von Alkohol liegt in Deutschland bei 16 Jahren für Bier und Wein und bei 18 Jahren für Spirituosen.

Die Mehrheit der deutschen Jugendlichen hat den ersten Alkoholrausch jedoch noch vor dem 16. Lebensjahr, was impliziert, dass es für Minderjährige nicht schwierig ist, im sozialen und physischen Umfeld Zugang zu Alkohol zu erhalten (Hanewinkel & Morgenstern, 2017).

Es ist von daher nicht überraschend, dass eine Einschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol zu den wirksamsten Maßnahmen zur Verringerung des Alkoholkonsums gezählt wird (Anderson & Baumberg, 2006). Dabei kann zwischen kommerzieller/gewerblicher und sozialer Verfügbarkeit unterschieden werden. Untersuchungen zeigen, dass junge Menschen Alkohol häufig über soziale Quellen beziehen – Eltern, Verwandte und Freunde, aber auch Fremde, die ihn aus Gefälligkeit oder gegen eine Gebühr erwerben (»Shoulder Tapping«) (Wagenaar et al., 1993). Der Alkoholkonsum von Minderjährigen geschieht oft außerhalb gewerblicher Einrichtungen, am häufigsten in privaten Wohnungen oder auf öffentlichen Plätzen.

Eine erwiesenermaßen effektive gemeindebasierte Präventionsstrategie zur Verringerung von Rauschtrinken ist der in Stockholm entwickelte Präventionsansatz »STAD« (Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problems). Dabei handelt es sich um ein Ende der 90er-Jahre entwickeltes Programm, das zum Ziel hatte, ein sicheres und gesünderes Bar- und Gaststättenumfeld in Stockholm zu schaffen. Durch ein verantwortungsvolleres Ausschankverhalten auf Seiten der Gastronomie sollten alkoholbedingte Probleme verringert werden, darunter Gewalt und Verletzungen im Nachtleben. Die drei Säulen des Ansatzes sind (1) die vernetzte Zusammenarbeit aller beteiligten Interessengruppen (»Community Mobilization«), insbesondere zwischen Gastronomie und Polizei, (2) verpflichtende Schulungen für das Ausschankpersonal (»Training«) und (3) eine verbesserte Durchsetzung von vorhandenen gesetzlichen Regelungen (»Enforcement«). Die Umsetzung des Programms führte zu einem Rückgang von Gewaltverbrechen im Stockholmer Nachtleben um 29% und einer Erhöhung der Einhaltung der gesetzlichen

Altersgrenze für den Alkoholausschank von 55% im Jahr 1996 auf 68% im Jahr 2001 (Wallin & Andréasson, 2005; Wallin et al., 2004). Während sich im Jahr 1996 lediglich 5% des Stockholmer Servicepersonals weigerten, alkoholisierten Gästen Alkohol auszuschenken, waren es im Jahr 1996 bereits 47% und im Jahr 2001 70%. Aufgrund seines Erfolges wurde das Programm fest implementiert und begann sich im Jahr 2002 über Schwedens Gemeinden und Bezirke auszubreiten. Bis heute wurde es auf 200 der 290 schwedischen Gemeinden ausgeweitet.

Pilotprojekt in der Gemeinde Kiel: Verantwortungsvoller »Ausschank« von Alkohol zu Hause

Im Rahmen eines in den Jahren 2016–2018 durchgeführten EU-Projektes (STAD in Europe, SiE) sollte überprüft werden, inwieweit das STAD-Modell in andere Trinkkulturen und andere Settings übertragen werden kann. Die deutsche Arbeitsgruppe war dabei dem Setting »Home« zugeteilt, also dem Alkohol-»Ausschank« im privaten Umfeld. Dabei wurde schnell deutlich, dass ein verhältnispräventives Projekt wie STAD erhebliche Anpassungen benötigt, um in die häusliche Umgebung zu passen. Zwar spielen die Veränderung von sozialen Normen in der Gesellschaft und die soziale Verfügbarkeit von Alkohol eine wichtige Rolle im Holder-Modell, ein zentraler Baustein des STAD-Ansatzes ist jedoch die kooperative Mitarbeit der Polizei und anderer Durchsetzungsbehörden, was im häuslichen Umfeld nicht anwendbar erschien.

Das Modellprojekt wurde in der Gemeinde Kiel umgesetzt. Die ersten beiden Säulen des STAD-Modells (Community Mobilization und Training) schienen klare Analogien zu haben. Die »Community« ist die Kieler Bevölkerung, mit besonderem Augenmerk auf Eltern mit minderjährigen Kindern. Die Komponente »Training« wurde als Elternabend konzipiert, der im schulischen Umfeld angeboten wurde. Die dritte Säule des Modells (Enforcement) wurde durch die Analogie zum deutschen

Jugendschutzgesetz angenähert, das auch das gesetzliche Trinkalter abdeckt. Die Grundbotschaft für die Eltern lautet: »Jugendschutzgesetz: Auch zu Hause«. Im Rahmen des Trainings sollten Eltern einen verantwortungsvollen »Ausschank« von Alkohol erlernen. In ihrer neuen Rolle sind sie keine Alkohol-Sozialisationsagenten mehr, die ihre Kinder an vernünftigen Konsum heranführen. Ihre Aufgabe ist es nun vielmehr, die Sicht- und Verfügbarkeit von Alkohol zu Hause zu verringern (hierzu gehört auch eine Reflexion des eigenen Konsums) und die eigenen Kinder so lange wie möglich, mindestens bis zum Alter von 16 Jahren, von Alkohol fernzuhalten. Dies betrifft auch und insbesondere das Nippen und gezielte Probierenlassen auf Festen oder Familienfeiern (siehe Kasten).

Tipps für Eltern zum »Ausschank« von Alkohol zu Hause

- ✓ Entwickeln Sie bereits jetzt gegenüber dem Alkoholkonsum Ihres Kindes eine klar ablehnende Haltung. Führen Sie Regeln in einem Alter ein, in dem ein Verbot noch akzeptiert wird, also jetzt!
- ✓ Sprechen Sie ein klares Alkoholverbot aus: Kein Alkohol unter 16 Jahren, auch kein Nippen und Probieren.
- ✓ Machen Sie Alkohol für Ihr Kind möglichst wenig sichtbar. Bewahren Sie z.B. Spirituosen unter Verschluss auf, lassen Sie keine Flaschen mit Alkoholresten stehen.
- ✓ Behalten Sie den Überblick, welche und wie viele alkoholische Getränke sich in Ihrem Haushalt befinden.

Für die konkrete Umsetzung des Pilotprojekts wurden alle Schulleitungen der Gemeinde Kiel gebeten, die Interventionsbroschüre an die Eltern-Lehrer Verbände weiterzuleiten, die auch für die Inhalte von Elternabenden verantwortlich sind. Zwei Trainer führten die Workshops für die Eltern durch, ein Mitglied des Projektteams zusammen mit einem Kinderarzt. Für jeden Elternabend wurde ein Zeitfenster von 30 Minuten reserviert. Die erste Hälfte diente dazu, die Grundbotschaft zu präsentieren, die zweite Hälfte war offener und interaktiver, um den Eltern die Möglichkeit zu geben, zu den vorgeschlagenen (neuen) Regeln und ihren früheren Erfahrungen mit dem Thema zu Hause Stellung zu nehmen. Der Workshop endete mit einer kurzen Elternbefragung, von der hier einige Ergebnisse vorgestellt werden sollen.

Ergebnisse der Elternbefragung

Es wurden insgesamt zwölf Elternabende an fünf Kieler Schulen mit zusammen 223 Eltern durchgeführt. Etwa ein Drittel der

Eltern (30%) gab an, dass Kinder unter 16 Jahren derzeit zu Hause Alkohol trinken dürfen. In Bezug auf die Sichtbarkeit von alkoholischen Getränken zu Hause gab etwa die Hälfte der Eltern (52%) an, dass sie versuchen, die Sichtbarkeit zu vermeiden, und 69% der Stichprobe waren der Auffassung, stets zu wissen, wie viele alkoholische Getränke sie zu Hause aufbewahren. Insgesamt wurde die Regel »Kinder unter 16 Jahren dürfen mit ihren Eltern keinen Alkohol trinken, auch nicht nippen« von 78% der Eltern als angemessen angesehen, 82% hielten diese auch für umsetzbar. Die Regel »Alkoholische Getränke werden immer dort gelagert, wo Kinder sie nicht sehen können« wurde von 66% als sinnvoll bewertet. Die dritte Regel »Es ist immer genau bekannt, wie viele alkoholische Getränke im Haushalt sind« erhielt von 80% der Eltern Zustimmung.

Die Ergebnisse der Folgebefragung nach sechs Monaten basieren auf der Teilstichprobe von n=144 Eltern, die entweder direkt (n=130) oder indirekt (n=14) an der Pilotintervention teilgenommen hatten. Es gab Hinweise auf eine geringfügige Änderung der Alkoholvorschriften zu Hause sechs Monate nach der Intervention. Der Anteil der Haushalte, die das Probieren von Alkohol unter 16 Jahren erlauben, war von 30% auf 26% gesunken. Ein höherer Anteil der Haushalte gab an, dass die Sichtbarkeit von Alkohol verringert ist (von 52% auf 61%) und dass sie immer wissen, wie viele alkoholische Getränke zu Hause gelagert werden (von 69% auf 76%).

Abschließende Einschätzung

Deutsche Jugendliche »lernen« das Trinken von Alkohol in der Regel im familiären Kontext. Daher muss ein »Responsible Serving«-Projekt wie STAD auch bei Familien ansetzen, wenn soziale Trinknormen verändert werden möchten. Das getestete Interventionskonzept weicht in hohem Maße von dem ab, was Eltern üblicherweise zum Thema Alkoholprävention lernen, und auch von dem, was viele Eltern für den geeigneten Weg beim Alkoholkonsum zu Hause halten. Das Jugendschutzgesetz regelt zwar das gesetzliche Mindestalter für Alkoholeinkäufe, der Zeitpunkt des ersten Konsums und auch das Alter des ersten Rausches liegen jedoch in der Regel vor dem 16. Lebensjahr, was teilweise auch auf verzerrte bzw. unklare Trinknormen in den Familien zurückzuführen ist.

Wenn die gemessenen Effekte der

Kieler Intervention doch eher bescheiden waren, was unter anderem an der Stichprobenszusammensetzung mit ohnehin schon sehr engagierten Eltern gelegen haben mag, so fanden die Elterntrainer der STAD-Intervention wenige Anhaltspunkte dafür, dass Eltern nicht bereit sind, zu Hause eine Änderung ihres alkoholspezifischen Verhaltens zu versuchen. Zumindest scheint es eine beträchtliche Anzahl potenzieller »Early Adopters« zu geben. Sehr deutlich trat im Kontakt mit den Eltern hervor, dass der erste Alkoholkontakt der Kinder eher ein Zufallsprodukt ist und die meisten Eltern nicht oder nicht gut auf die ersten Alkohol-Situationen vorbereitet sind. Daher waren viele Eltern froh und sogar ein Stück erleichtert, eine klare Richtschnur für den Umgang mit Alkohol bei ihren Kindern unter 16 Jahren zu erhalten.

Förderhinweis

Diese Arbeit wurde durch eine finanzielle Förderung aufgrund eines Beschlusses des deutschen Bundestages durch die Bundesregierung ermöglicht. Die Publikation ist Teil des Projektes »709661/SIE«, welches Fördermittel durch das EU Programm Gesundheit (2014-2020) erhielt.

Literatur

- Anderson, P., Baumberg, B.** (2006). Alcohol in Europe: A Public Health Perspective – Report to the European Commission. London: Institute of Alcohol Studies.
- Hanewinkel R., Morgenstern M.** (2017). Jugend und Alkohol. SuchtMagazin, 4, 5–9.
- Orth, B.** (2017). Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland.
- Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends.** BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Wagenaar, A., Finnegan, J., Wolfson, M., Anstine, P., Williams, C., Perry, C.** (1993). Where and how adolescents obtain alcoholic beverages. Public Health Reports, 106, 459–464.
- Wallin, E., Andréasson, S.** (2004). Can I have a beer, please? A study of alcohol service to young adults on licensed premises in Stockholm. Prevention Science, 5, 221–229.
- Wallin, E., Gripenberg, J., Andréasson, S.** (2005). Overserving at licensed premises in Stockholm: Effects of a community action program. Journal of Studies on Alcohol, 66, 806–814.

Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych. Reiner Hanewinkel
hanewinkel@ift-nord.de
PD Dr. phil., Dipl.-Psych. Matthias Morgenstern
morgenstern@ift-nord.de
IFT-Nord, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung gemeinnützige GmbH, Kiel

Unser Betreu

Prävention

Suchtprävention ist dem *Grünen Kreis* ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, MitarbeiterInnen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) ist gedacht für erwachsene Suchtkranke, die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese KlientInnen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 STGB, § 173 STPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbetreuung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung
- Angehörige

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke und Menschen, die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.



Leistungsangebot

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der/des Betroffenen integriert. In unseren fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für Wiener KlientInnen wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für KlientInnen aller übrigen Bundesländer beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate.

Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin genutzt werden. Die langjährigen Erfahrungen des Vereins *Grüner Kreis* mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der Therapeutischen Gemeinschaft oder in einer nahe gelegenen, vom *Grünen Kreis* angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen und/oder illegalen Substanzen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.

Alkoholprävention im Grünen Kreis



von Joachim-Arno Habart

Während Präventionsprogramme früher vornehmlich auf die Wirkung von Abschreckung durch Angstappelle bauten, stehen gegenwärtig zwei Zielsetzungen im Mittelpunkt: Aufbau der Widerstandsfähigkeit gegenüber dem sozialen Einfluss und Förderung von Lebenskompetenzen.

In Österreich gelten etwa 340.000 Menschen als alkoholkrank und knapp 735.000 ÖsterreicherInnen konsumieren Alkohol regelmäßig in einem gesundheitsschädlichen Ausmaß. Dies geht aus der Analyse des Bundesministeriums für Gesundheit hervor, welches weiter feststellte, dass jede/jeder ÖsterreicherIn im Alter von 15 bis 99 Jahren statistisch betrachtet 25,6 g Reinalkohol pro Tag konsumiert. Der Alkoholkonsum in Österreich verteilt sich jeweils zu einem Drittel auf alkoholranke Personen, auf Personen mit problematischem Alkoholkonsum und Personen mit unbedenklichem Trinkverhalten.^{4,5}

Diese Statistik lässt den Schluss zu, dass hinsichtlich der Sensibilität betreffend den gelebten Alkoholkonsum in Österreich alle Warnsignale auf Rot stehen.

Die Sinnhaftigkeit der präventiven Arbeit beim Thema Alkoholkonsum setzt sich in erster Linie aus der gesellschaftlichen Haltung (v. a. der

westeuropäischen Haltung) zum Thema Alkohol und der Notwendigkeit der Aufklärung über die suchtspezifischen Grundlagen, physische und psychische Auswirkungen sowie deren lange Liste an Konsequenzen zusammen.

Es besteht innerhalb unserer Gesellschaft nach wie vor ein zügelloser und ein vor allem informationsloser Umgang mit Alkohol. Teilweise verherrlichend und als ein in der (Kultur-)Geschichte fest verankerter Faktor stellt Alkohol ein seit Jahrtausenden praktiziertes Mittel der Enthemmung, Berausung, Beruhigung, Schmerzlinderung u. v. m. dar.

Präventionsarbeit

Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Suchtvorbeugung können wirksam sein.⁶ Diese Erkenntnis besteht innerhalb der wissenschaftlich agierenden »Präventionszene« seit vielen Jahren und drängt auch immer mehr in den Fokus der Öffentlichkeit.

Für eine wirksame Alkoholprävention muss auch weiterhin an einer Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention festgehalten werden. Bei diesen handelt es sich nicht um zwei völlig unterschiedliche Strategien, sondern um sich ergänzende und gegenseitig bedingende Maßnahmen. Verhältnisprävention bezeichnet hierbei den Ansatz, der in der Form legislativer und regulativer Politikstrategien eine breite Wirkung erzielen soll. Diese strukturorientierte Prävention zielt auf eine Verringerung des missbräuchlichen Alkoholkonsums über eine Reduktion der Verfügbarkeit sowie der Nachfrage.¹ Als suchtrehabilitativer Verein widmet sich der *Grüne Kreis* aktiv dem Feld der Verhaltensprävention.

Während Präventionsprogramme früher vornehmlich auf die Wirkung von Abschreckung durch Angstappelle bauten, stehen gegenwärtig zwei Zielsetzungen im Mittelpunkt: Aufbau der Widerstandsfähigkeit gegenüber dem sozialen Einfluss und Förderung von Lebenskompetenzen.¹⁰ Alkohol als Genussmittel zu verstehen und zu lernen, damit verantwortungsvoll umzugehen, ohne dabei sich oder andere zu gefährden, bildet somit die Kernaufgabe der

alkoholspezifischen Präventionsarbeit.

Alkoholprävention in Schulen

Kurz gesagt: Präventionsmaßnahmen, die bereits in der Jugend ansetzen, helfen, negative Folgen des Alkoholkonsums zu vermeiden. Hierbei zeigt die Präventionsforschung, dass schulische Suchtprävention möglichst frühzeitig beginnen und langfristig erfolgen sollte. Präventionsprogramme, welche bereits in der ersten Klasse einsetzen und die Kinder über die gesamte Grundschulzeit begleiten, können in einer Klasse mit durchschnittlicher Schüleranzahl bei zumindest einer Schülerin/einem Schüler den frühzeitigen Einstieg in den Substanzkonsum für mindestens ein Jahr erfolgreich hinauszögern.⁹ Somit sollte der Früherkennung von alkoholbedingten Fehlentwicklungen im Kindheits- und Jugendalter ein gesellschaftlich größerer Stellenwert eingeräumt werden als bisher. Weitere Forschungsergebnisse legen nahe, dass Alkoholkonsum in der frühen Jugend mit anderen Risikoverhaltensweisen in Verbindung gebracht werden kann, und unterstützen somit die dringende Notwendigkeit von präventiven Maßnahmen, um eine frühe Etablierung und ein Fortschreiten des Alkoholkonsums bei Jugendlichen zu stoppen. Prävention fungiert hierbei als Schlüsselkomponente zur Verhinderung zukünftigen Risikoverhaltens.⁷

Der wissenschaftliche Erkenntnisstand hinsichtlich des Alkoholkonsums im Kindes- und Jugendalter kann über folgende vier Punkte abgebildet werden:⁸

- Je früher Kinder und Jugendliche mit einem regelmäßigen Alkoholkonsum beginnen, desto häufiger mündet dies in einen problematischen Konsum mit häufigen Trinktagen und einer Steigerung der Trinkmenge.

- Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren gilt als bedenklich und unter 14 Jahren als sehr gefährlich.

- Durch ein frühes Einstiegsalter steigt die Wahrscheinlichkeit für alkoholbezogene Verletzungen, Verkehrsunfälle, Mitfahren bei alkoholisierten FahrerInnen und Verwicklungen in

Handgreiflichkeiten sowie gewalttätige Auseinandersetzungen.

■ Besonders wirksam sind feste Regeln (z. B. Trinkverbote) immer dann, wenn von den Kindern und Jugendlichen gleichzeitig elterliche Fürsorge, Unterstützung und Liebe erfahren wird.

Aus diesen Gründen wird im Rahmen von schulischen Präventionsprogrammen ein verantwortlicher und selbst bestimmter Umgang intendiert. Entsprechende präventive Programme richten sich daher vornehmlich an Jugendliche zwischen 14 und 17, da in dieser Entwicklungsphase für gewöhnlich der Konsumeinstieg stattfindet.

Der Grüne Kreis bietet hierbei im Rahmen seines Präventionsangebotes zumeist einen Workshop mit selbst zu gestaltenden Aspekten an, damit sich die SchülerInnen im angeleiteten Rahmen selbst mit der Thematik »Sucht« auseinandersetzen können. Im Rahmen einer solchen Präventionsmaßnahme wird außerdem ein realitätsnaher Input mit aktuellen Zahlen und Fakten gegeben und über Konsumfaszination, Emotionsregulation, Suchtdynamiken, Suchtpotenziale, rechtliche Aspekte, körperliche Auswirkungen u. v. m. gesprochen. Zusätzlich werden auch haptische Übungen aufgrund einer möglichst hohen Bandbreite an Informationszugängen eingebracht. So können individuell auf den Klassenverband zugeschnittene Maßnahmen durchgeführt und viele Impulse gegeben werden, um einerseits möglichst viele sachliche Informationen über die Substanz Alkohol zu erhalten sowie andererseits über das eigene Konsumverhalten (falls schon vorhanden) als auch über den Substanzkonsum im näheren Umfeld nachzudenken.

Alkoholprävention in der Elternarbeit

Eltern haben einen großen Einfluss auf das Trinkverhalten ihrer Kinder, auch dann noch, wenn der Einfluss der FreundInnen größer wird!⁸ Aus diesem Grunde stellt die Elternbildung einen überaus wichtigen Aspekt der alkohol-präventiven Arbeit dar. Hier wird im Sinne einer Multiplikatoren-schulung eine grundlegende Wissensbasis rund um das Thema Alkohol angeboten, um Eltern ein Handwerkszeug in Sachen Alkohol in der Familie und den etwaigen oder bereits stattfindenden Alkoholkonsum des Kindes zu geben.

Im Rahmen einer solch präventiv gestalteten elterlichen Bildungsmaßnahme

stehen folgende Bereiche im Fokus:

- Grundlagen zu Alkohol als Substanz
- Rechtliche Hintergründe
- Somatische Konsequenzen und Reaktionen (kurzfristig/langfristig)
- Möglichkeiten der sachlichen, altersadäquaten (!) Aufklärung von Kindern über Risiken und Hintergründe des Alkoholkonsums
- Interventionsmöglichkeiten und Handlungsleitfäden bei konkreten Hinweisen/Vorfällen
- Rolle der Eltern-Kind-Beziehung
- Vorbildwirkung im Umgang mit Alkohol (eigener Umgang und auch der des Umfeldes)

Außerdem werden schwierige Bereiche wie der selbst bestimmte Alkoholkonsum, der klare Umgang mit Regeln und die im Bedarfsfall wichtigen institutionellen Unterstützungsmöglichkeiten und Interventionsmaßnahmen vorgestellt und besprochen.

Betriebliche Alkoholprävention

Ca. 5% aller Beschäftigten in österreichischen Unternehmen sind alkoholkrank oder konsumieren so viel Alkohol, dass sie in Gefahr sind, alkoholkrank zu werden. Laut Fehlzeitenreport 2013 des AOK-Bundesverbandes gab es bei den suchtbedingten Arbeitsunfähigkeitstagen eine Steigerung um 17 % und 2,42 Millionen Fehltag (2,07 Millionen Fehltag 2012) durch die Hauptursachen Alkoholkonsum, Rauchen und Doping.² Aktuelle Expertenschätzungen gehen davon aus, dass Alkohol bei der Entstehung von einem Drittel aller Unfälle bei der Arbeit oder am Weg zur Arbeit mitbeteiligt ist. Riskant konsumierende MitarbeiterInnen sind bis zu 2,5 Mal häufiger krank. Dies entspricht einem Verlust von 25 % der durchschnittlichen Arbeitsleistung. Jede sechste Kündigung steht in Zusammenhang mit Alkohol.³

Im Rahmen der innerbetrieblich durchgeführten suchtpreventiven Maßnahmen steht v. a. der rechtliche Aspekt im Sinne der Fürsorgepflicht sowie der Informations- und Kontrollpflicht des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin der Treuepflicht der ArbeitnehmerInnen gegenüber. Außerdem werden Informationen über Interventionsmöglichkeiten im Anlassfall gegeben, Personalgespräche im Rollenspiel ausprobiert, Betriebsvereinbarungen überprüft und durchbesprochen, Stufenpläne vorgestellt und über die vorherrschende sowie ideale

betriebliche Haltung gegenüber dem Thema Alkoholkonsum gesprochen.

Subsumierend kann postuliert werden, dass die Präventionsarbeit in den letzten Jahren durch die gesellschaftliche Veränderung hinsichtlich eines gesünderen Lebensstils einen Aufschwung erlebt hat und auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung zunehmend vorangetrieben wird. Es ist jedoch nach wie vor dringendst(!) vonnöten, suchtspezifische Maßnahmen in den unterschiedlichsten Bereichen, jedoch v. a. im schulischen Setting, als festen Bestandteil zu integrieren und nicht nur anlassbezogen einzusetzen.

Literatur

- (1) **Abderhalden, I.** (2010). Alkoholprävention im Spannungsfeld. SuchtMagazin 1, Schweiz.
- (2) **Badura et al.** (2013). Fehlzeiten-Report 2013. Berlin, Heidelberg: Springer.
- (3) **BARMER GEK und Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen** (Mai 2010). Al-kohol am Arbeitsplatz, eine Praxishilfe für Führungskräfte, Wuppertal, S. 16.
- (4) **Bundesministerium für Gesundheit.** (2011). Handbuch Alkohol Österreich 2011, Band 1 Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Wien.
- (5) **Bundesministerium für Gesundheit.** (2007). Der ganz »normale« Alkoholkonsum und seine gesundheitlichen Folgen, Broschüre des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.
- (6) **Hanewinkel, R., Wiborg, G.** (2003). Effektivität verhaltenspräventiver Interventionen zur Suchtvorbeugung. Suchttherapie, 4, 183-191.
- (7) **Komro, K., Tobler, A., Maldonado-Molina, M., Perry, C.** (2010). Effects of alcohol use initiation patterns on high-risk behaviors among urban, low-income, young adolescents. Prevention Science, 11, 14-23.
- (8) **Kuhn, S., Trenkler, F., Kalke, J.** (2011). Empfehlungen für Eltern im Umgang mit dem Alkoholkonsum ihrer Kinder: wissenschaftlicher Kenntnisstand. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD).
- (9) **Maruska, K., Isensee, B., Hanewinkel, R.** (2011). Universelle Prävention des Substanzkonsums: Effekte des Grundschulprogramms Klasse2000. Sucht, 57(4), 301-312.
- (10) **Roth, M., Petermann, H.** (2006). Tabak, Alkohol und illegale Drogen: Gebrauch und Prävention. In: Renneberg B., Hammelstein P. (Hg.): Gesundheitspsychologie. Springer-Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer.

Mag. Joachim-Arno Habart

Klinischer und Gesundheitspsychologe
Sozialhilfeeinrichtung Treinthof
Leitung Präventionsarbeit

Ambulante Psychotherapie mit AlkoholpatientInnen



von Nina Schöninkle

»Auch aus Steinen, die einem in den Weg gelegt wurden, kann man etwas Schönes bauen.«

Johann Wolfgang von Goethe

Kaum jemand kennt es nicht. Man sitzt am Abend in einer gemütlichen Runde in einem Lokal, isst eine Kleinigkeit und trinkt Wein dazu, oder man feiert einen Geburtstag und stößt mit Bier oder Sekt an. Haben Sie schon einmal versucht, mit einem Glas Orangensaft anzustoßen oder statt einem Bier in einer Männerrunde ein Mineralwasser zu trinken? Die Reaktionen auf »Ich trinke heute nichts« sind oft die gleichen. »Komm, ein Glas wird doch gehen!« oder »Hey, wir feiern heute Geburtstag, das kannst du nicht machen. Hier ist dein Glas.«

»Etwa jede siebente Person in Österreich trinkt in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß, wobei der Anteil unter Männern doppelt so hoch ist wie jener unter Frauen«, heißt es im Handbuch »Alkohol« des Gesundheitsministeriums, welches 2018 publiziert wurde.

Selbstmedikation Alkohol

Alkohol ist gerade in Österreich äußerst gesellschaftsfähig, jedoch ist der Grat zwischen Genuss und Abhängigkeit oft

sehr schmal. Der Alkohol ist aber auch leider ein sehr vielseitiges, gesellschaftlich akzeptiertes Mittel sowohl gegen als auch für alle möglichen emotionalen Zustände, die man nicht haben möchte oder dadurch vermeintlich leichter erreichen kann. Die Alkoholsucht ist ein hartnäckiger Begleiter aller Gesellschaftsschichten und nahezu aller Altersklassen. Leider verspricht der Alkohol, teils sehr lange erfolgreich, Erleichterung in allen Lebenslagen, egal ob es um Stressbewältigung, Trauerbewältigung, Feierlaune oder Traumabewältigung geht. Oft funktioniert die Selbstmedikation über einen langen Zeitraum recht gut, womit das Gefühl der Kontrolle nicht abhandelt, und nicht selten vergehen Jahre, bis ein/e Betroffene/r in einem therapeutischen Setting ankommt.

Therapiemethoden in Österreich

Häufig ist ein/e PartnerIn, die Familie, der Arzt/die Ärztin oder auch der/die ArbeitgeberIn ausschlaggebender Anlass, um seinen Alkoholkonsum zu überdenken. Aber auch ein Unfall, eine alkoholinduzierte Einweisung in ein Spital oder die Selbsterkenntnis, dass »es so nicht weitergehen kann«, kann ein erstes Umdenken herbeiführen. Ist der Entschluss zur Therapie erst einmal gefasst, steht man in Österreich vor der Auswahl von 23 anerkannten Therapieschulen, die sich in vier Bereiche teilen lassen und sich im Wesentlichen durch das Verständnis von der Persönlichkeitsstruktur des Menschen und von der Entstehung psychischer Störungen unterscheiden lassen:

1. Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung, die davon ausgeht, dass psychische Störungen durch vergangene Konflikte bedingt sind, die es aufzulösen gilt. »Unbewusste – zumeist lebensgeschichtlich bedingte – Konflikte konstellieren demnach die psychische Dynamik und entfalten pathogene Wirkung.« (Psychotherapie, Schulen und Methoden, 2. Auflage 1994, Seite 23)
2. Humanistisch-existenzielle Orientierung, die davon ausgeht, dass

Umwelteinflüsse die Selbstentfaltung blockieren, wodurch psychische Störungen entstehen. Dementsprechend gilt es, die Selbstheilungskräfte und die Wahrnehmung, inklusive des Erlebens in der Gegenwart, zu aktivieren. »Der Mensch verfügt über ein Potential an Entwicklungsmöglichkeiten, welches er in Beziehung und freier Auseinandersetzung mit seiner sozialen Umgebung identifizieren und realisieren kann.« (Psychotherapie, Schulen und Methoden, 2. Auflage 1994, Seite 140)

3. Systemische Orientierung, die davon ausgeht, dass eine psychische Störung nicht die Störung eines einzelnen Menschen ist, sondern als Folge einer Störung des Systems auftritt. Die Wechselwirkungen zwischen dem/der Betroffenen und seines/ihrer Umfelds stehen im Fokus der Therapie. »Probleme werden nicht als Ausdruck einer inhärenten ‚Dysfunktionalität‘ (einer Pathologie) eines sozialen Systems gesehen, sondern als Folge einer Verkettung von Umständen.« (Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung, 10. Auflage, A. von Schlippe/J. Schweizer)
4. Die verhaltenstherapeutische Orientierung, die davon ausgeht, dass psychische Störungen durch Lernprozesse entstehen. Dementsprechend gilt es, an der Veränderung des Verhaltens zu arbeiten. »Geprägt durch die experimentelle Ausrichtung, wird besonderer Wert auf ein geplantes Vorgehen gelegt, welches auch übende und reflexive Elemente einschließt.« (Psychotherapie, Schulen und Methoden, 2. Auflage 1994, Seite 107)

Zusätzlich kommen je nach Ausbildung unterschiedliche therapeutische Methoden zum Einsatz, wobei jede/r TherapeutIn in der Regel auch Methoden anderer Schulen in ihre/seine Arbeitsweise integriert. In der Arbeit mit Suchtkranken trifft man auf die unterschiedlichsten therapeutischen Themen, was die Arbeit anhaltend vielseitig, spannend und vor allem herausfordernd gestaltet.



Im "Ambulanten Beratungs- und Betreuungszentrum" in Wien 11 wird ganzheitliche ambulante Betreuung, Behandlung und Rehabilitation angeboten.

Der Grüne Kreis kann mit seinen klinischen PsychologInnen und PsychotherapeutInnen auf nahezu alle Therapieschulen zurückgreifen. Durch regelmäßige Intervisionen und Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team (ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen) werden die Lebensgeschichten unserer KlientInnen von den unterschiedlichsten Standpunkten betrachtet.

Die therapeutische Beziehung

Klaus Grawe postulierte in einem schulübergreifenden Modell fünf allgemeine Wirkfaktoren von Psychotherapie, wobei als zentraler Faktor mit 30% die therapeutische Beziehung genannt wird und mit nur 15 % die therapeutische Methode. Wie Hermer und Röhrle betonen, ist eine gute therapeutische Beziehung im Allgemeinen geprägt durch Vertrauen, Empathie, Sympathie, genügend Zeit, ein lösungsorientiertes Vorgehen sowie einen respektvollen Umgang miteinander (Hermer & Röhrle, Handbuch der therapeutischen Beziehung 2008). Das professionelle therapeutische Beziehungsangebot an den Klienten/die Klientin ist ein zentrales Thema im Verein. Mit viel Klarheit in den Strukturen der Therapie, den Rahmenbedingungen in

der Betreuung, egal ob ambulant oder stationär, wird das Gefühl von Sicherheit und Stabilität vermittelt. KlientInnen, die im Verein Grüner Kreis eine Therapie beginnen, wissen, woran sie sind, was sie erwarten können und dass sie in einem multiprofessionellen Team in Krisensituationen jederzeit Ansprechpersonen haben, die ihre Lebenswelt authentisch nachempfinden können. Die Beziehung zwischen dem Klienten/der Klientin und dem Einzeltherapeuten/der Einzeltherapeutin ist angesichts der Dauer und der Intensität der Therapie dennoch eine spezielle.

Therapieziele

Die Zieldefinition zu Beginn einer Therapie ist hier eine sehr wichtige. »Ohne solche Kriterien ist es schwierig, wenn nicht unmöglich, zu beurteilen, ob ein Fortschritt gemacht wurde oder die Behandlungsziele erreicht worden sind« (Insoo Kim Berg, Scott D. Miller, Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz, 7. Auflage 2009). Dennoch kommen einige zum ersten Mal in ein therapeutisches Setting, erfahren vielleicht überhaupt das erste Mal, was eine stabile Beziehung bedeuten kann, weshalb es nicht immer gelingt, in den ersten Sitzungen klare

Ziele zu definieren. Wie Insoo Kim Berg weiterschreibt – und das ist essenziell –, müssen »Ziele im Lebenskontext der Klienten realistisch und erreichbar sein«.

In Wiens Suchttherapielandschaft gibt es eine Vielzahl von Einrichtungen, jeweils mit dem Versuch, ihr Therapieprogramm auf eine bestimmte KlientInnengruppe auszurichten. Der Grüne Kreis zählt hier zu den hochschwelligsten Einrichtungen mit klaren Rahmenbedingungen und Strukturen, sowohl ambulant als auch stationär. So finden sich bei uns überwiegend KlientInnen, die das Ziel der Abstinenz verfolgen oder einen Weg finden wollen, ohne Beikonsum in Substitution ihre neu gewonnene Stabilität dauerhaft halten zu können. Nach jahrelanger Abhängigkeit sozial wieder integriert zu sein, sich in einem Arbeits- oder Arbeitsverhältnis zu befinden, Strategien zu erarbeiten, um mit seiner Suchtproblematik umgehen zu können, und eine zufriedenstellende Wohnsituation zu haben, sind einige der Therapieziele des Vereins.

Nina Schöninkle

seit 2004 diplomierte Sozialarbeiterin, seit 2014 eingetragene Systemische Familientherapeutin. Therapeutischen Leitung im Ambulanten Beratungs- und Betreuungszentrum Wien 11 des Grünen Kreises

Spurensuche

Alkoholsucht

Hallo, ich bin Helmut, ich bin 55 Jahre alt, seit Ende 2013 alkoholabhängig und seit 2000 bipolar affektiv.

Alles fing im November 2012 an, als ich einen schweren Schlaganfall erlitt, ich musste fast alles neu erlernen, was sieben Monate dauerte. Später teilte man mir mit, dass ich nicht mehr arbeiten dürfe, daraufhin erschien mir mein Leben nicht mehr lebenswert.

Es folgten viele Krankenhausaufenthalte (Suizidversuche, Depressionen), der längste Aufenthalt dauerte ein Jahr. Auch konsumierte ich Alkohol während meiner Krankenhausaufenthalte, hauptsächlich benutzte ich Alkohol als Medikament, was sich später änderte.

Die Sucht brauchte nicht lange, um sich zu etablieren. Ich war reiner Rauschtrinker, und das auf höchstem Niveau. Ich fing an zu trinken, weil ich keinen Sinn mehr in meinem Leben sah, und merkte, dass ich dadurch entspannter, mutiger, lustiger und enthemmter wurde.

Außerdem war Alkohol ein vortrefflicher Angstlöser. Ängste waren und sind ein riesiges Thema in meinem Leben. So ging es von Vollrausch zu Vollrausch, ich genoss die Wirkung und dachte, es wäre eine schlechte Angewohnheit, maximal ein kleines Problem.

Ich war im Aloisianum auf Therapie, für 14 Monate, hatte dort aber häufig Probleme, abstinenz zu sein.

Im September 2018 kam ich zum Grünen Kreis nach Schloss Johnsdorf auf Therapie.

Ich habe mich gut in die Therapeutische Gemeinschaft eingebracht, was mir bei meiner Therapie sehr förderlich war, weiters half mir auch die Beschäftigung.

Wenn alles gutgeht, beende ich meine Therapie im Juli 2019.

Helmut

König Alkohol

Mit dem Trinken fangen die meisten so als 14-Jährige an, so auch ich – am Wochenende zum Feiern mit den Kameraden, und schnell merkte ich, dass man dadurch lockerer wird. Und man hat das Gefühl, das Leben intensiver zu spüren, man tanzt unbekümmert, spricht Mädels an usw. Ja, ich konnte Unsicherheiten im Rausch herabsetzen, mir Mut antrinken. Mich im Rausch vergessen, abfeiern, Gas geben.

Richtig angefangen hat das mit dem Trinken erst mit 23. Es ging zu dem Zeitpunkt vieles in die Brüche (Mutter tot, guter Kumpel gelähmt, Freundin weg, Job verloren, Wohnung verloren). Angefangen hat es mit der Freundin, so ging ich wieder mehr aus und trank dort viel, hing in Parks ab, wo ich auch getrunken habe, wenn ich grad nicht arbeiten war. Dazu kamen auch Koks und Heroin, aber der Alkohol gab mir oft den Freibrief, härtere Drogen zu nehmen bzw. meinen Rauschzustand zu verstärken. Aber die Leitdroge Alkohol war immer da, ich konnte mich in der Einsamkeit trösten, über den Niederungen des Alltags schweben.

Über die Jahre habe ich im Rausch aber viel Scheiße gebaut, war manches Mal gewalttätig, habe die Arbeit verloren, schwere Unfälle gehabt, habe aufgehört zu reflektieren. Habe mir keine Ziele mehr gesetzt und verfolgt, nur mehr für den Rausch gelebt. Und habe mit den Rum-Saufen angefangen und bin für sieben Jahre im Knast gelandet. Also alles verloren!

Gottseidank konnte ich im Gefängnis eine neue Berufsausbildung (als Tischler) machen, die mich sehr erfüllt. Nach der Entlassung habe ich probiert, kontrolliert zu trinken, was mir natürlich nicht gelungen ist. Man fängt dort an, wo man aufgehört hat.

Jetzt bin ich seit einem Jahr beim Grünen Kreis, bin clean und trocken, habe wieder Zukunftsperspektiven, arbeite in meinem Beruf, an meinem Verhalten und was das mit meiner Sucht zu tun hat, und man glaubt es nicht, aber das Lernen in zwischenmenschlichen Beziehungen hört nie auf, genauso wie in meinem neuen Beruf!

Pavel

Soziale Arbeit in der ambulanten Alkoholbehandlung



von Veronika Reissert

In Österreich ist Alkohol ein nahezu allgegenwärtiger Teil des Alltags vieler Menschen. Obwohl die Zahlen der problematisch Alkohol konsumierenden Menschen in Österreich alarmierend sind, wird dieses Thema in der Öffentlichkeit oft verharmlost. Mit dem Start des Projekts »Alkohol. Leben können.« wurde auf diese Problematik reagiert.

Das Projekt »Alkohol. Leben können.«

In Zusammenarbeit der Stadt Wien (SDW), der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) wurde ein integriertes Versorgungsangebot für alkoholkrank Menschen in Wien geschaffen. Das regionale Kompetenzzentrum der Suchthilfe Wien dient als zentrale Anlaufstelle. Hier wird mit den Betroffenen ein individueller Maßnahmen- bzw. Behandlungsplan erstellt und die Zuweisung an eine der behandelnden Einrichtungen veranlasst.

Alkoholbehandlung im Verein Grüner Kreis

Seit Beginn des Projekts stellt der Grüne Kreis, als eine von mehreren anerkannten Behandlungseinrichtungen, im Rahmen des Projekts »Alkohol. Leben können.« ein speziell auf Menschen mit Alkoholproblematik zugeschnittenes Therapieangebot auf Grundlage eines ganzheitlichen Konzepts zur Verfügung. Ziel ist es, ein gesünderes und zufriedeneres Leben für die Betroffenen und ihr Umfeld zu erreichen. Dafür stehen neben den stationären Behandlungsmodulen auch ambulante Behandlungsmodule in unterschiedlichen Intensitäten zur Verfügung. Die ambulante Behandlung richtet sich vor allem an Menschen, die im Anschluss an eine stationäre Entwöhnung eine begleitende Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung möchten, bzw. an Menschen, die keine stationäre Intervention benötigen oder aufgrund ihrer beruflichen oder Fürsorgeverpflichtungen keinen stationären Aufenthalt in Anspruch nehmen können. Die ambulanten Module im Alkoholprojekt dauern zwischen 3 und 24 Monaten und beinhalten ein multiprofessionelles Betreuungsangebot zur Stabilisierung der gesundheitlichen, psychischen und sozialen Situation der KlientInnen.

Besonderheiten und Herausforderung im ambulanten Behandlungsablauf

Nach Zuweisung durch das regionale

Kompetenzzentrum der Suchthilfe Wien steht dem Klienten/der Klientin eine Ansprechperson aus dem Team der Sozialarbeit zur Seite, die Kontakt mit dem Klienten/der Klientin herstellt, die notwendigen organisatorischen Schritte zur Aufnahme in die stationäre oder ambulante Betreuung durchführt, sich um das Nahtstellenmanagement von der stationären Entwöhnung zur ambulanten Nachbetreuung kümmert und über den gesamten Betreuungsverlauf als psychosoziale Begleitung für den Klienten/die Klientin zuständig bleibt. Diese BeraterInnen sind bis zur Übergabe in die stationäre oder ambulante Betreuung fallführend und unterstützen danach die fallführenden TherapeutInnen während der Therapie als SozialarbeiterInnen.¹

Im Zuge der ambulanten Alkoholbehandlung gibt es neben dem/der zuständigen Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin und dem/der fallführenden Psychotherapeuten/Psychotherapeutin auch eine/n betreuende/n Facharzt/Fachärztin der Psychiatrie. Alle drei Berufsgruppen arbeiten nachgehend und vernetzen sich regelmäßig miteinander. Diese engmaschige Betreuung durch drei Berufsgruppen stellt die besondere Qualität der Behandlung der ambulanten Alkoholbehandlung im Grünen Kreis dar und bietet mehrere Vorteile. Durch die unterschiedlichen Bezugspersonen werden nicht nur längere Unterbrechungen der Betreuung aufgrund von Krankenständen oder Urlauben vermieden, es wird auch ein möglichst breites Spektrum des Betreuungsbedarfs in Hinblick auf die psychischen, körperlichen und sozialen Folgen der Abhängigkeitserkrankung abgedeckt.

Menschen, die eine ambulante Therapie im Grünen Kreis in Anspruch nehmen, wünschen sich neben Krisenintervention und konkreter Unterstützung bei diversen Problemlagen eine nachhaltige Hilfestellung auf ihrem Weg zur Abstinenz oder eine längerfristige Begleitung und Verbesserung ihrer bestehenden Situation.² Vor allem im Alkoholbereich

1 Vgl. Vorbetreuung. In: Jubiläumsheft, 35 Jahre Grüner Kreis (2018) S. 30–31.

2 Vgl. Therapieangebote im Grünen Kreis. In: Jubiläumsheft 30 Jahre Grüner Kreis (2013) S. 32–35.

haben die Betroffenen häufig eine langjährige Suchtgeschichte hinter sich, bevor sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Aus diesem Grund haben sich oft erhebliche Belastungen angehäuft. Die Menschen kämpfen mit sozialen Lebensumständen, in denen finanzielle Sorgen, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation, negative Beziehungserfahrungen und Traumatisierungen nicht selten sind. »Bei der Auflistung dieser Auswirkungen wird deutlich, dass Suchtfolgen in viele Bereiche ausstrahlen – so ist die Beantwortung dieser Probleme auch nicht einem sozialrechtlichen Leistungsbereich oder einer Profession zuzuordnen, sondern stellt eine geradezu exemplarische Herausforderung für ein professions- und leistungsbereichübergreifendes Schnittstellenmanagement dar.«³

Im Mittelpunkt des ambulanten Angebots im Alkoholprojekt steht die Psychotherapie im Einzelsetting. Hier sollen eine Reflexion des inneren Erlebens der aktuellen Lebenssituation sowie das Verstehen von Suchtmechanismen und Störungsmustern vor dem Hintergrund der eigenen Geschichte eine Entwicklung von neuen Bewältigungsstrategien und tragfähigen sozialen Beziehungen ermöglichen. Die Einzeltherapie kann durch den Besuch eines therapeutisch angeleiteten Gruppenangebotes ergänzt werden. Auf Wunsch ist auch eine Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung möglich.

In Bezug auf psychische Komorbidität und somatische Folgeerkrankungen vieler Betroffener stellt die medizinische Begleitung einen besonders wichtigen Teil der ambulanten Behandlung dar. Diagnosestellung, medikamentöse Einstellung und Stärkung der Krankheits-einsicht zur Linderung der Beschwerden sind Inhalte der psychiatrischen Betreuung im Behandlungsverlauf.

Auf das dritte Standbein des Beratungsangebots auf Grundlage des Bio-Psycho-Sozialen Modells – die

Im Mittelpunkt des ambulanten Angebots im Alkoholprojekt steht die Psychotherapie im Einzelsetting.

soziale Arbeit –, wird im Folgenden näher eingegangen.

Sozialarbeit als Teil der ambulanten Behandlung

»Obwohl sich im Laufe der Zeit oftmals eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten und Fachkräften der Sozialen Arbeit entwickelte, scheint es bis heute unklar zu sein, welche Aufgaben und Funktionen Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Zusammenspiel der Professionen genau wahrnehmen.«⁴

Die aus einem Ehrenamt heraus entwickelte ambulante Suchthilfe war seit ihrem Entstehen ein multiprofessionelles Feld, zunächst vorwiegend geprägt von Geistlichen und Medizinerinnen, aber seit der Nachkriegszeit zunehmend von SozialarbeiterInnen professionalisiert.⁵

»Dies bedeutet also, dass die ambulante Suchthilfe ein klassisches Feld der Sozialen Arbeit war und ist und dass es vornehmlich durch einen sozialarbeiterischen Habitus geprägt sein müsste.«⁶ Auch wenn der Bereich der ambulanten Suchthilfe im Vergleich zur stationären Suchtbehandlung des Gesundheitssystems, wo Sozialarbeit historisch eine eher zuarbeitende Rolle wahrnimmt, ein klassisches Handlungsfeld der Sozialarbeit darstellt, steht die Leistung der Berufsgruppe im öffentlichen Diskurs oft im Hintergrund. Durch Beschreibung der Arbeitsweisen und Aufgaben der Sozialarbeit in der ambulanten Alkoholbehandlung soll hier auf die Wirksamkeit sozialarbeiterischer Methoden, Heilung zu fördern, indem Teilhabe ermöglicht wird, aufmerksam gemacht und ihre zentrale Rolle in der Behandlung unterstrichen werden.

Internationale Definition Sozialer Arbeit

»Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein.«⁷

Die Grundlage professionellen sozialarbeiterischen Handelns ist die der Berufsgruppe eigene Haltung, die kulturellen, sozialen, wirtschaftlichen, psychischen und physischen Bedürfnisse von Menschen zu respektieren und zu bearbeiten, unter Berücksichtigung des Wissens der individuellen und gesellschaftlichen Ursachen, die soziale Benachteiligungen entstehen lassen. Sozialarbeit versteht jeden Menschen als Experte/Experten ihres/seines eigenen Lebens und begegnet dieser Expertise mit Wertschätzung und Gleichberechtigung.⁸

Ein wesentlicher Aspekt des Zugangs der Sozialen Arbeit ist das multiperspektivische Fallverstehen unter Akzeptanz der subjektiven Darstellungen und Wünsche der Betroffenen als Ausgangspunkt für die Ausarbeitung des Hilfeplans. »Die Stärke Sozialer Arbeit liegt darin, lebensweltorientiert, alltagsnah und zielgruppenspezifisch arbeiten zu können [...]«⁹ Vorrangiges Wirkungsziel der sozialarbeiterischen Beratung und Begleitung im Alkoholprojekt ist, dass abhängig Menschen subjektiv und

→ Seite 26

3 Gastinger S., Abstein H. J., in: Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Lambertus Verlag 2012, S. 8.

4 Hansjürgens R., Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe. Optionen zur Professionalisierung und fachlichen Inszenierung als gleichwertige Partnerin in einem multiprofessionellen Feld. ZKS Verlag 2016, S. 3.

5 Vgl. Helas I., Über den Prozess der Professionalisierung in der Suchtkrankenhilfe, zit. n. Hansjürgens R., Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe. ZKS Verlag 2016, S. 34.

6 Vgl. Hansjürgens R., Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe. Optionen zur Professionalisierung und fachlichen Inszenierung als gleichwertige Partnerin in einem multiprofessionellen Feld. ZKS Verlag 2016, S. 34–35.

7 Internationale Definition der Sozialen Arbeit übernommen vom Österreichischen Berufsverband der Sozialen Arbeit OBDS, abgerufen am 29.5.2019 unter https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/definition_soziale_arbeit_-_obds_final.pdf.

8 Vgl. Berufsbild der Sozialarbeit, OBDS, beschlossen von der Generalversammlung am 24.6.2017, abgerufen am 29.5.2019 unter <https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/05/Berufsbild-Sozialarbeit-2017-06-beschlossen.pdf>.

9 Stöver H., Konzepte und Arbeitsmethoden der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe, in: Suchttherapie 13(2012), S.162–166.

objektiv gesünder leben können und ihnen mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich ist. Die Sozialarbeit versteht sich als Schnittpunkt zwischen Individuum und Gesellschaft und widmet sich der sozialen Stabilisierung und Reintegration der suchtkranken Menschen. Demzufolge arbeiten die SozialarbeiterInnen auf der Mikro- und Mesoebene. Grundsätzlich sind die sozialarbeiterischen Interventionen in der Betreuung bedarfsorientiert, nachgehend und empowernd, nach dem Motto »Hilfe zu Selbsthilfe«.

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung einer Suchterkrankung als ein in den Alltag der Betroffenen integriertes Angebot setzt eine gewisse Stabilität in Bezug auf Wohnen, finanzielle Absicherung und Tagesstruktur der KlientInnen voraus, um die nötige Verbindlichkeit in der Betreuung zu erreichen. Daher stellt die sozialarbeiterische Unterstützung einen essenziellen Teil des ambulanten Angebots in der Alkoholbehandlung im *Grünen Kreis* dar. Dies beginnt bereits im Rahmen der Vorbereitung für die Aufnahme. Schon vor Behandlungsbeginn werden teilweise Vernetzungstätigkeiten mit zuweisenden Einrichtungen, wie dem regionalen Kompetenzzentrum, Krankenhäusern oder dem Spitalsverbindungsdienst, sowie eine Unterstützung bei der Beschaffung von Dokumenten oder Abklärung und Herstellung von Versicherungsansprüchen notwendig, was zu den Kernkompetenzen der SozialarbeiterInnen zählt.

Eines der zentralen Themen in der sozialen Arbeit mit Alkoholkranken ist die Beschäftigung mit ihren Wohn- und Lebensbedingungen. »Sie sind wohnungslos, leben bei anderen Menschen, die selbst große Probleme haben, oder haben eine eigene Wohnung in Wohnbezirken, in denen reichlich Alkohol und andere Rauschmittel konsumiert werden.[...] Wenn ein Alkoholkranker durch eine qualifizierte Behandlung [...] in einen stabilen abstinenten Zustand gebracht werden konnte, sind alle Bemühungen schnell umsonst gewesen, wenn die Person wieder in ein solches

Umfeld zurückkehren musste.«¹⁰ Es gilt daher, durch Unterstützung bei der Wohnungssuche, durch Vermittlung zu Angeboten der Wohnungslosenhilfe oder zu betreuten Wohneinrichtungen und durch Delogierungsvermeidung ein möglichst geordnetes und förderliches Umfeld zu schaffen oder zu erhalten.

Die Themen Sucht und Beschäftigung sind ebenfalls eng miteinander verknüpft. Mit einer chronifizierten Alkoholerkrankung gehen oft drohender Jobverlust oder Arbeitslosigkeit einher. Dies hat zur Folge, dass Betroffene ihren finanziellen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen können und Überschuldung, Wohnungsverlust oder Ersatzfreiheitsstrafen drohen. Auch wirken sich das Fehlen von Tagesstruktur und sinnstiftenden Aufgaben massiv auf die Behandlung einer depressiven Symptomatik und auf die Aufrechterhaltung einer Abstinenz aus. Andere Menschen wiederum brauchen das Suchtmittel, um vermeintlich »arbeitsfit« zu bleiben, dem wachsenden Druck im Job standzuhalten und nach der Arbeit entspannen zu können. Demgegenüber stehen Menschen, die ihren Alkoholkonsum unter Kontrolle haben und am Arbeitsmarkt gut vermittelbar sind. »Insofern muss das Thema Arbeit und Beschäftigung für jeden, der Menschen mit Alkoholproblemen helfen will, von großer Bedeutung sein.«¹¹ Aus diesem Problemfeld wird die Komplexität der sozialarbeiterischen Aufgabengebiete deutlich. Die Zusammenarbeit mit dem AMS Wien, mit diversen arbeitsmarktpolitisch tätigen Einrichtungen sowie die Vermittlung zu Projekten aus dem zweiten Arbeitsmarkt zählen genauso zu Inhalten der sozialarbeiterischen Betreuung wie das Erstellen von Bewerbungsunterlagen, die Begleitung im Umgang mit Frustration im Rahmen der Jobsuche oder die Etablierung realistischer Erwartungen an einen zukünftigen Arbeitsplatz. Für Menschen, die noch nicht wieder in den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt integrierbar sind, spielen die Erarbeitung von förderlichen Sozialbeziehungen und einer gesunden Alltagsgestaltung eine große Rolle. »Eine sehr wichtige

Komponente der Behandlung ist eine Unterstützung der PatientInnen bei der Entwicklung zufriedenstellender Sozialkontakte und Freizeitaktivitäten, die mit Konsumverhalten konkurrieren und Abstinenz unterstützen.«¹²

Wie aus den exemplarisch beschriebenen Problemfeldern hervorgeht, müssen die möglichen sozialen Folgen einer Alkoholerkrankung von finanziellen Existenzsorgen über Wohnversorgung bis hin zur Beschäftigung im Zuge einer integrierten Betreuung bearbeitet werden.

Zu diesem Zweck finden im Rahmen der ambulanten Betreuung eine ausführliche soziale Anamnese und regelmäßige Termine mit qualifizierten MitarbeiterInnen der Sozialarbeit statt. Die berufsspezifischen Tätigkeiten der ProfessionistInnen der sozialen Arbeit sind insbesondere: Information, Beratung, Betreuung, Vermittlung, Krisenintervention, Ressourcenerschließung, Vernetzung und Koordination, Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Planung präventiver Maßnahmen, Sozialmanagement, soziale Diagnose, gutachterliche und fachliche Stellungnahmen, Dokumentation und Evaluation.¹³

Diese sozialarbeiterischen Interventionen finden auf Basis der methodischen Zugänge von sozialer Einzelfallhilfe, Case Management, sozialer Gruppenarbeit und methodenintegrativer Sozialarbeit statt und sind durch strukturiertes Vorgehen charakterisiert (Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau, Situations- und Problemerkennung, Klärung der spezifischen Bedarfslagen aus ganzheitlicher Sicht, Zielformulierung und Handlungsplanung).¹⁴

Daraus ergibt sich ein breites und herausforderndes Zuständigkeitsgebiet für die SozialarbeiterInnen in der ambulanten Alkoholbehandlung, das professionelles Fachwissen, Flexibilität und Ressourcen der Organisation für Weiterbildung, intensiven Austausch und Vernetzung erfordert.

Denn nur durch ein gutes Zusammenspiel der einzelnen Berufsgruppen auf Augenhöhe und eine laufende Professionalisierung kann weiterhin eine optimale Unterstützung im Sinne unserer KlientInnen am »Best Point of Service« erreicht werden.

10 Vgl. Reker M., Umgang mit alkoholkranken Patienten. Basiswissen. Köln: Psychiatrie Verlag 2015, S. 118.

11 Reker M., Umgang mit alkoholkranken Patienten. Basiswissen. Köln: Psychiatrie Verlag 2015, S. 112.

12 Meyers R. J., Smith F. J., CRA-Manual zu Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Bonn: Psychiatrie Verlag 2007, S. 180.

13 Vgl. Berufsbild der Sozialarbeit, OBDS, beschlossen von der Generalversammlung am 24.6.2017, abgerufen am 29.5.2019 unter <https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/05/Berufsbild--Sozialarbeit-2017-06-beschlossen.pdf>.

14 Vgl. ebenda

Mag.^a (FH) Veronika Reissert

Teamleitung Sozialarbeit

Ambulantes Betreuungs- und Beratungszentrum
Wien 11

Konsequente PatientInnenorientierung durch das »Regionale Kompetenzzentrum«

In »Alkohol. Leben können.« werden die Betroffenen von Anfang an fachlich durch eine Casemanagerin oder einen Casemanager des »Regionalen Kompetenzzentrums« begleitet. Dies beginnt bei der Abklärungsphase, in der eine erste multidimensionale Diagnostik erfolgt, als Basis für die Erstellung des Maßnahmenplans, der den kompletten Betreuungsbedarf abdeckt: Angefangen von einer eventuell erforderlichen akuten Krankenversorgung über die notwendigen suchtspezifischen therapeutischen Maßnahmen, psychosoziale Maßnahmen und Rehabilitation bis hin zur Hilfe in Bezug auf Wohn- und/oder Arbeitssituation. Dort erfolgt die Koordination der erforderlichen Hilfen, wenn erforderlich auch eine Erstbehandlung bzw. medizinische »Ad-hoc-Maßnahmen« oder die Vermittlung in eine akutmedizinische Einrichtung. Im weiteren Verlauf erfolgt gemeinsam mit der oder dem Betroffenen eine regelmäßige Überprüfung der aktuellen Situation und eventuell eine Anpassung der Hilfsangebote. So wird vermieden, dass die Betroffenen auf sich gestellt durch das Hilfesystem »geistern« und immer wieder zurück zum Start müssen, wo sie dann Gefahr laufen, zum wiederholten Mal jene Angebote zu bekommen, die schon einmal nicht viel geholfen haben. Zentraler Punkt in »Alkohol. Leben können.« ist dementsprechend, dass nicht die Leistungserbringer sich selbst die PatientInnen zuweisen, sondern das einzige Kriterium der Inanspruchnahme einer bestimmten Leistung in einer bestimmten Einrichtung der objektivierte Bedarf der Betroffenen ist – oder anders gesagt: dass die von den Leistungserbringern angebotenen Maßnahmen dem tatsächlichen Bedarf der Betroffenen entsprechen. Eine eventuell durch (durchaus legitime) ökonomische Interessen des Leistungserbringers verzerrte »Bedarfsinduktion« kann so vermieden werden und der Bedarf der Betroffenen kann mit den Leistungserbringern abgestimmt werden. Das »Regionale Kompetenzzentrum« fungiert dabei als direkte Anlaufstelle für Suchtkranke und stellt außerdem die Nahtstelle zu den anderen Systempartnern des Suchthilfenetzwerkes sowie des allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystems

einschließlich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte dar.¹⁰

Dokumentation – Wirkungsmessung – Evaluation¹¹

Eine patientInnenzentrierte, wirkungszielorientierte Betreuung, Behandlung und Rehabilitation mit einrichtungsübergreifenden Maßnahmenplänen ist nur machbar, wenn es auch eine einrichtungsübergreifende Dokumentationsplattform aller beteiligten Einrichtungen gibt. Diese müssen sozusagen eine »gemeinsame Sprache« sprechen – im Interesse der Betroffenen. Solch eine Dokumentation, wie sie in »Alkohol. Leben können.« mit einer wiederkehrenden multidimensionalen Diagnostik implementiert wurde, ist auch die Basis für die Darstellung des Verlaufes der Situation der Betroffenen bzw. der Betreuung über einen längeren Zeitraum und einer allenfalls erforderlichen Verbesserung der Maßnahmen. Aber nicht nur auf der individuellen »PatientInnen-Ebene« wird die Dokumentation gebraucht. Sie ist auch ein unverzichtbares Instrument für die Evaluation, Steuerung und das Controlling des Gesamtsystems im Sinne der Wirkungsorientierung. Nur so können die erforderlichen Angebote auch qualitativ und quantitativ bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt und finanziert werden. Schließlich wäre eine langfristige Qualitätssicherung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ohne diese Dokumentation nicht möglich. Die Vorteile eines integrativen Systems wie »Alkohol. Leben können.« liegen auf der Hand – und sie rechtfertigen den Dokumentationsaufwand jedenfalls.

Neues Bewilligungsverfahren – neues Verrechnungssystem

Im Sinne einer konsequenten PatientInnenorientierung ist ein wichtiges Merkmal von »Alkohol. Leben können.« auch, dass die Betroffenen nur eine Bewilligung für die Kostenübernahme aller Leistungen im Rahmen des gesamten – einrichtungs- und kostenträgerübergreifenden – Maßnahmenplans einholen müssen. Die beteiligten Kostenträger (Landeskostenträger, Krankenkassen und Pensionsversicherung) sind vertraglich übereingekommen, die durch eine von allen autorisierte Stelle (in Wien ist dies

das Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien) durchgeführte Diagnostik kostenwirksam gegenseitig anzuerkennen. Auch dies ist nur auf Basis der Nachvollziehbarkeit der erbrachten Leistungen durch die gemeinsame Dokumentationsplattform möglich. Und last, but not least erfolgt die Verrechnung auch nicht mehr auf der Basis von Tagsätzen, sondern jenen Modulen, die im Maßnahmenplan bewilligt wurden. Dies schafft Transparenz dafür, welche Leistungen die Betroffenen tatsächlich erhalten haben.

Pilotphase abgeschlossen – »Alkohol. Leben können.« im »Echtbetrieb«

Mit Jänner dieses Jahres hat in Wien wie geplant die »Ausrollung« des Systems begonnen, und die Kapazitäten sollen nun systematisch Jahr für Jahr ausgebaut werden, um dem realen Bedarf möglichst gerecht zu werden. Voraussetzung dafür war, dass wir zeigen konnten, dass »Alkohol. Leben können.« die Erwartungen erfüllt: für die Betroffenen, für die Leistungserbringer und für die Kostenträger. Drei weitere Bundesländer planen derzeit, das Projekt in einer für die jeweilige Ausgangslage vor Ort zugeschnittenen Variante zu übernehmen. Mit einem weiteren Bundesland laufen derzeit diesbezügliche Gespräche an. Auch auf Seite der Betroffenen ist das Interesse groß: Seit Projektstart waren insgesamt 6.450 Menschen im Wiener »Regionalen Kompetenzzentrum« in Betreuung und 4.308 von ihnen haben einen Maßnahmenplan in Anspruch genommen, zwei Drittel davon ambulant, ein Drittel stationär.

Weiterführende Literatur

Dornhofer M., Dressel M., Haltmayer H., Kalwoda D., Lochner E. (2017). Wirkungsorientierung in der Suchthilfe: Das Wiener Steuerungssystem. In: Suchtmedizin. Addiction Medicine. Band 19, Nr. 5.

Haltmayer H., Reuvers L. (2015). »Alkohol 2020«: Ein integriertes Versorgungssystem für Menschen mit einer Alkoholerkrankung in Wien. In: Suchtmedizin. Addiction Medicine. Band 17, Nr. 2.

Michael Dressel, MA

Diplomierter Sozialarbeiter und ausgebildeter Psychotherapeut, MA in Comparative European Social Studies, University of North London und Hogeschool Maastricht. In den 1990ern verantwortlich für den Aufbau der niederschweligen Angebote im Suchtbereich in Wien, von 2003-2018 Koordinator für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien, seit 2006 Geschäftsführer der Sucht- und Drogenkoordination Wien.

^[10] Vgl. Alkohol 2020 – Gesamtkonzept für eine integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung in Wien – Endversion, S 24f; SDW, WGKK und PVA 2014

^[11] Vgl. Alkohol 2020 – Gesamtkonzept für eine integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung in Wien – Endversion, S 26f; SDW, WGKK und PVA 2014

FIT FOR LIFE – LITERATURPREIS 2019



von Kurt Neuhold

»Ich komme ohne Alkohol mit der Welt und ihren Abscheulichkeiten einfach nicht zu Rande. Ich kenne, glaube ich, die Welt nur, wenn ich schreibe, und wenn ich die Feder weglege, bin ich verloren ...«

Joseph Roth

Für viele KünstlerInnen ist der künstlerische Schaffensprozess ein existenzielles Überlebensmittel. Das lässt sich erahnen, wenn man die Biografien bekannter AutorInnen, wie E. Hemingway, Marguerite Duras, F.S. Fitzgerald, C. Bukowski, E.T.A. Hoffmann, J. Joyce ..., liest. Jedoch nur wenige SchriftstellerInnen brachten ihr persönliches Alkoholproblem an die Öffentlichkeit, denn obwohl das Klischee des saufenden, Grenzen überschreitenden Künstlers gerne zitiert wird, ist es schwierig, sich öffentlich zu einem Sucht- oder Alkoholproblem zu bekennen.

Umso mehr verdient es unsere Anerkennung, dass sich alle TeilnehmerInnen des Literaturpreises zu ihrem Suchtproblem bekennen, dass sie Hilfe in Anspruch genommen haben, dass sie ein Problem benennen, das gerne verschwiegen oder verharmlost wird, das jedoch bei Auffälligkeit mit sozialer Ausgrenzung und Isolation »bestraft« wird.

Literarisches Schreiben fördert und unterstützt jede Form einer bewussten Auseinandersetzung. Jedes Schreiben braucht Mut, um Eigenes zur Sprache zu bringen. Ulli Klepalski, eine der diesjährigen PreisträgerInnen, schreibt: »... auf den Mut kommt es an, auf den Mut zur Angst vor den Ängsten ...«

Der Literaturpreis wurde von Prim. i.R. MR Dr. Harald David initiiert. Zu diesem Zwecke wurde 2017 gemeinsam mit Dir. Alfred Rohrhofer, Geschäftsführer des Vereins *Grüner Kreis*, der gemeinnützige Verein **FIT FOR LIFE** gegründet.

2018 wurde im Rahmen des 35-jährigen Bestandsjubiläums des Vereins *Grüner Kreis* während des dreitägigen Symposiums »Sucht & Bindung« im Schloss Schönbrunn der Literaturpreis erstmals vergeben.

Der Preis möchte Mut machen und Anerkennung aussprechen, all jenen, die diese Auseinandersetzung wagen. Das literarische Schreiben kann dabei hilfreich und unterstützend sein. Bewertungen, Reihungen, Bestenlisten im Bereich der Kunst sind höchst subjektiv und problematisch. Bewertungskriterien können immer nur auf einen Teilaspekt Bezug nehmen. Denn jeder Text ist einzigartig, geschrieben aufgrund einer inneren Notwendigkeit, als kritische Reflexion, aus Lust am Schreiben und Formulieren, als Erzählung ...

Beim **FIT FOR LIFE – LITERATURPREIS** versucht die Jury, die eingereichten Texte nach der literarischen Qualität zu beurteilen. Ihre Bewertung begründet sie mit folgenden Worten:

BEGRÜNDUNG DER JURY

Wir gingen auf eine Reise, die uns nach Ostende, in ferne Galaxien, eine Polizeistation oder ins Krankenhaus führte. Manchmal mit dem Bus durch Wien mit den Verlockungen der Bierwerbung oder mit romantischen Verflechtungen in der U-Bahn. Wir fanden uns in der Nachkriegszeit wieder wie in weit entfernten Zukunftsvorstellungen. Es war eine lange Reise und sie hat sich gelohnt.



Dir. Alfred Rohrhofer bei seiner Eröffnungsrede zur Verleihung des FIT FOR LIFE - Literaturpreises 2019

Wir lasen Gedichte und Geschichten, durch die große Verletzungen und Trauer durchschienen, die mit Enttäuschungen abschlossen oder keine besseren Ausblicke und Aussichten versprachen, und wir lasen Gedichte und Geschichten, die Zuversicht und Stärke ausdrückten.

Der **FIT FOR LIFE – LITERATURPREIS** verlangt keine Aufarbeitung einer selbst erlebten Suchtvergangenheit, er verlangt keine Nacherzählungen von persönlichen Suchterfahrungen, er möchte das Interesse an Literatur und am Wunsch zu schreiben wecken. Er verlangt auch keine erfolgreiche Beschreibung einer Heilung oder des Versuches einer Heilung. Der **FIT FOR LIFE – LITERATURPREIS** verlangt einfach nur Literatur, gute Literatur.

Die erhielten wir. Geschichten und Gedichte, die uns mitnahmen in ihre Welt und Zeit. Unsere Schwierigkeiten begannen nach dem Lesen. Es gab deutlich mehr preiswürdige Texte, als unser Rahmen ermöglichte, und auch die Reihung wurde von uns lange diskutiert. Es war keine einfache Entscheidung. Jede und jeder von uns hatte ihre oder seine Lieblingstexte. Wir näherten uns durch eine erste Auswahl einer engeren Auswahl sowie durch eine engere Auswahl einer engsten Auswahl und durch diese engste Auswahl dem Kreis der heute

ausgezeichneten Texte. Die Reihung stellte uns vor ähnliche Schwierigkeiten. Um zum heutigen Ergebnis zu kommen, war ein erheblicher Argumentationsaufwand notwendig. Letzten Endes haben wir aber dennoch nicht mehrheitlich, sondern einstimmig entschieden.

Wir sagen Dank für die vielen spannenden Texte, die für diesen Wettbewerb eingereicht wurden. Wir bedanken uns bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern für die Bereitschaft, sich diesem Wettbewerb zu stellen, und gratulieren ihnen zu ihrer Entschlossenheit, sich auf ihre jeweiligen Themen einzulassen und sich als Person mit ihnen zu exponieren. Wir beglückwünschen diejenigen, die mit einem Preis ausgezeichnet wurden. Sie soll dieser Wettbewerb, genauso wie die anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ermuntern, weiterzuschreiben.

Wir hoffen sehr, dass wir von denen, die in diesem Jahr nicht zu den Preisträgerinnen und Preisträgern zählen, im nächsten Jahr wieder Beiträge erhalten, und sehen einer neuen literarischen Reise mit gespannter Erwartung entgegen.

Die **FIT FOR LIFE – LITERATURPREISE** wurden am 16. Mai 2019 auf Einladung von Wolfgang Bauer in der Jugendstilgalerie Bel Etage in Wien vergeben. Die Laudatio hielt Claudia Bitter, eine der PreisträgerInnen des Vorjahrs. Der Schauspieler Erwin Leder las aus den

Texten. Anerkennungspreise erhielten der Text »Die Kavallerie« von Keihan Zahipour Moarefi und der Text »Anleitung für eine Nacht im Gefängnis« von Helga Futter. Den 2. Preis bekam Ulli Klepalski für den Text »Ein Kater und eine Schlange«, den Hauptpreis gewann Martin Pritz mit dem Text »Ostende«.

An dieser Stelle herzlichen Dank von Prim. Harald David und Dir. Alfred Rohrhofer an die ehrenamtliche Fachjury, Manfred Chobot, Margit Niederhuber und Gerhard Ruiss, für ihre ehrenamtliche Tätigkeit.

FIT FOR LIFE – LITERATURPREIS 2020

Der Literaturpreis wird auch 2020 vergeben. Eine ehrenamtliche Fachjury wird wieder vier Preisträgertexte auswählen.

1. Preis: **€ 2.000**

2. Preis: **€ 1.000**

sowie zwei Anerkennungspreise zu **€ 500**

Einreichschluss ist der 31. Jänner 2020.

Informationen und Teilnahmebedingungen:

www.fitforlife-literatur.at

Wir freuen uns auf zahlreiche Einreichungen an:

office@fitforlife-literatur.at

Kurt Neuhold

Leiter Kunst im Grünen Kreis

www.gruenerkreis.at/kunst



FIT FOR LIFE – Literaturpreis 2019: Prim. i.R. MR Dr. Harald David (3. v. li.) gratuliert Martin Pritz zum Gewinn des Hauptpreises in Höhe von 2.000 Euro. .

STENCIL – STREET-ART am Treinthof

Street-Art in der inmitten von Wiesen und Wäldern gelegenen Sozialhilfeeinrichtung Treinthof zu produzieren, mag sonderbar erscheinen, dennoch war der von der Fotografin und Künstlerin Michaela Bruckmüller geleitete Workshop ein voller Erfolg. Stenciling ist eine alte Kunstform, die von der Punkkultur in den späten 1970er Jahren zur Verbreitung ihrer politischen Botschaften in urbanen Räumen wieder aufgegriffen wurde. Street-Art Künstler wie Banksy, der Ende der 1990er Jahren in seiner Heimatstadt Bristol Ratten mittels der Stencil Technik

an Wände sprühte, sind inzwischen weltberühmt.

Bei dieser Technik werden Foto-, Text- oder Grafikvorlagen auf Schablonen (engl. stencil) übertragen, ausgeschnitten und danach mit Farbe oder Sprühdose koloriert. In bester Street-Art-Tradition zeigen die am Treinthof entstandenen Stencils minimalistische Portraits von allen TeilnehmerInnen, aber auch einfache Symbole wie Spiralen, Blumen, Gewehre, Glückskäfer, Herzen,... von Zuzana J.; Angelika G., Martina F., und Leonie N. Besonders

eindrucksvoll und formal gelungen sind die Kunstwerke auf den Standard-Zeitungsseiten von Felix L. und Omid S., die sich nicht nur ironisch kritisch auf die gedruckten Inhalte beziehen, sondern durch Brandspuren an den Seitenrändern das Brennen in der Welt symbolisieren.

Kurt Neuhold, DSA

Künstler

Leiter Kunst im Grünen Kreis

www.gruenerkreis.at/kunst

www.gruenerkreis.at/pool7



Michaela Bruckmüller (3. v. re.) mit den Stencil-KünstlerInnen vom Treinthof

Faselt, F. & Hoffmann S. (2010). Transtheoretisches Modell. In: Hoffmann, S. & Müller, S. (Hrsg.): Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie Prävention. Bern: Hans Huber.

Keller, S. (Hrsg.) (1999). Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg: Lambertus.

Klingemann, H., Sobell, L. C., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellingstad, T. P., Finfgeld, D., Granfield, R., Hodgins, D., Hunt, G., Junker, C., Peele, S., Smart, R., Sobell, M. B. & Tucker, J. (2001). Promoting self-change from problem substance use: Practical implications for policy, prevention, and treatment. Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Körkel, J. (Hrsg.) (1991). Rückfall muss keine Katastrophe sein. Ein Leitfaden für Abhängige und Angehörige. Wuppertal u. a.: Blaukreuz-Verlag u. a.

Durch die Teilnahme an ready4life werden die Inhalte des Workshops über vier Monate hinweg vertieft. Diese Verbindung zwischen Face-to-Face-Kontakt während des Workshops und digitalem Coaching wird von den Lehrlingen und den Lehrpersonen äußerst positiv bewertet. Mehr als 90% der Jugendlichen, die sich entschieden haben, am Programm teilzunehmen, bleiben im Programm.

Das Institut Suchtprävention plant den Umstieg auf die Chatbot-App im Schuljahr 2020/21 und diesen schrittweise über die jeweiligen Fachstellen für Suchtprävention in Österreich auszuweiten.

Ausblick und Diskussion

Die einfache und attraktive Form der Kommunikation im Rahmen eines Chat-Dialogs eröffnet neue Möglichkeiten für die Prävention und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum. Prinzipiell ist neben der ausschließlichen Kommunikation mit einem virtuellen Agenten innerhalb der gleichen Anwendung auch ein Dialog mit einer realen Person und damit ein niedrighschwelliger Übergang vom digitalen Coaching zur persönlichen Beratung möglich, wodurch sich weitere Möglichkeiten für die Optimierung der Versorgung eröffnen.

Referenzen

1. **Collaborators of the Global Burden of Disease Study 2015:** Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study

Körkel, J. (2008). Damit Alkohol nicht zur Sucht wird – kontrolliert trinken. 10 Schritte für einen bewussteren Umgang mit Alkohol. Stuttgart: TRIAS.

Körkel, J. & Kruse, G. (1993). Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel? Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997): The transtheoretical model of health behavior change. In: American Journal of Health Promotion, 12, 38–48.

Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1978). Behavioral treatment of alcohol problems: Individualized therapy and controlled drinking. New York: Plenum Press.

Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Ward, E. (Hrsg.) (1980). Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness: Recent advances. New York: Pergamon Press.

2015. Lancet, 2016, 388(10053), 1659–1724.

2. **Rehm, J. et al.:** Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. BMC family practice, 2015, 16, 90.

3. **Haug, S., Mezzera M.:** Online-Alkoholselbsthilfe: Nutzung mit und ohne Suchmaschinen-Werbung. SuchtMagazin, 2018, 44(6), 32–34.

4. **Haug, S. et al.:** Efficacy of a web- and text messaging-based intervention to reduce problem drinking in adolescents: Results of a cluster-randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol, 2017, 85(2), 147–159.

5. **Suter, L. et al.:** JAMES: Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz [JAMES: Youth, Activity, Media – Data Switzerland]. 2018, Zürich: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.

6. **SaferInternet.at.:** Jugend Internet Monitor 2018; available from: https://www.saferinternet.at/fileadmin/redakteure/Projekt-Seiten/Jugend-Internet-Monitor/Infografik_Jugend-Internet-Monitor_2018.png

7. **PIDAS. Chatbot-Studie:** die digitalen Helfer im Praxistest. 2018 [cited 2019]; available from: <https://www.pidas.com/de/news/2018-10-02/pidas-zhaw-die-chatbot-studie-ist-da>.

8. **Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen EKAL:** Botschaften für eine Orientierungshilfe zum Alkoholkonsum: Kurzversion. 2018, Bern: Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen.

9. **Miller, W. R., Rollnick S.:** Motivational Interviewing: Helping People Change, 3rd Edition. 2013, New York Guilford Press.

10. **McAlister, A. L., Perry, C. L., Parcel, G. S.:** How Individuals, Environments, and Health Behaviour Interact: Social Cognitive Theory in Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. Ed. by K. Glanz, B. K. Rimer and K. Viswanath. 2008, Jossey-Bass: San Francisco.

11. **Haug, S., Künzli, C.:** Förderung von Lebenskompetenzen bei Berufslernenden via Mobiltelefon. SuchtMagazin, 2018. 44(4), 34–37.

Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (Hrsg.) (1987). Moderation as a goal or outcome of treatment for alcohol problems: A dialogue. New York: Haworth Press.

Book version of Drugs & Society, Special Issue Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). Problem drinkers: Guided self-change treatment. New York: Guilford Press. Selection of: Behavioral Sciences Book Service. Psychotherapy Book Club.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (2011). Group therapy for substance use disorders: A motivational cognitive-behavioral approach. New York: Guilford Press

Dr. med. univ. Walter North

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie
Ärztlicher Leiter des Verein Dialog

12. **Haug, S. et al.:** A mobile phone-based life-skills training for substance use prevention among adolescents: a pre-post study on the acceptance and potential effectiveness of the program Ready4life. Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth, 2017, 5(9), e143.

13. **Haug, S., Paz Castro R.:** ready4life 2.0 - Optimierung und Implementierung eines mobiltelefonbasierten Programms zur Förderung der Lebenskompetenz und des Rauchausstiegs bei Lernenden: Evaluationsbericht. 2018, Zürich: Bericht Nr. 381, ISGF Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.

14. **Haug, S. et al.:** Efficacy of a text message-based smoking cessation intervention for young people: a cluster randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research, 2013, 15(8), e171.

15. **Haug, S. et al.:** A pre-post study on the appropriateness and effectiveness of a web- and text messaging-based intervention to reduce problem drinking in emerging adults. Journal of Medical Internet Research, 2013, 15(9), e196.

PD Dr. Dr. Severin Haug

Forschungsleiter am Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich,
Tel. +41 (0)44 448 11 74,
severin.haug@isgf.uzh.ch, www.isgf.ch

Mag. Dr. Rainer Schmidbauer

Leiter des Instituts Suchtprävention der pro mente OÖ, Linz, www.praevention.at
Tel. +43 (0)732 77893613
rainer.schmidbauer@praevention.at

Mag.^a Tanja Schartner, MA

Mitarbeiterin des Instituts Suchtprävention der pro mente OÖ, Linz, www.praevention.at
Tel. +43 (0)732 77893642
tanja.schartner@praevention.at

Claudia Künzli

Leiterin Gesundheitsförderung und Prävention, Lungenliga Schweiz, Bern, Tel. +41 (0)31 378 20 57,
c.kuenzli@lung.ch, www.lungenliga.ch

Vortrag

Alkoholkonsum in Österreich



Österreich befindet sich hinsichtlich des Alkoholkonsums im Spitzenfeld der EU. Dabei pflegen viele Menschen einen verantwortungsvollen Alkoholkonsum – manchen gelingt das allerdings nicht und sie werden abhängig. Die Gründe dafür sollen auf der Basis psychologischer und soziologischer Erkenntnisse diskutiert werden.

Dr. Alfred Uhl

Abteilungsleiter Stv. im Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH, Lehrbeauftragter für Forschungsmethoden an der Sigmund Freud Privatuniversität,

Mag. Julian Strizek

Wissenschaftler und Projektleiter an der Gesundheit Österreich GmbH mit den Schwerpunkten Alkohol- und Suchtepidemiologie.

WISSENSCHAFT IM POOL7
WIIP7

19. September 2019, 19.30 Uhr
POOL7 1010 Wien, Rudolfsplatz 9

Eintritt frei | Um Anmeldung wird gebeten ☎ **+43 1 523 86 54**

Die Veranstaltung wird als Fort- und Weiterbildung gemäß § 33 Psychologengesetz 2013 mit insgesamt 2 Fortbildungseinheiten anerkannt.

Beratungs- & Betreuungsteam

Wien

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at
Mag.^a Mirjam Ohr MA (W)
Tel.: +43 (0)664 8111021
mail: mirjam.ohr@gruenerkreis.at
Sonja Kriegner, BA (Justiz)
Tel.: +43 (0)664 8111018
mail: sonja.kriegner@gruenerkreis.at
Marina Lanver BA, MA (Justiz)
Tel.: +43 (0)664 1809709
mail: marina.lanver@gruenerkreis.at

Niederösterreich, Burgenland

Marianne Weigl, DSA (Most-, Wald- und Weinviertel)
Tel.: +43 (0)664 2305312
mail: marianne.weigl@gruenerkreis.at
Gabriele Stumpf (NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 8111676
gabrielle.stumpf@gruenerkreis.at
Harald Berger (Justizanstalten Krems und St. Pölten)
Tel.: +43 (0)664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at

Oberösterreich

Claudia Neuhold
Tel.: +43 (0)664 8111024
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at
Pamela Harringer
Tel.: +43 (0) 664 811 1007
mail: pamela.harringer@gruenerkreis.at

Steiermark

Benedikt Huber, MA
Tel.: +43 (0)664 8111041
benedikt.huber@gruenerkreis.at

Lisa-Marie Leitner, BA
Tel.: +43 (0)664 8111023
lisa.leitner@gruenerkreis.at

Kärnten, Osttirol

Thomas Liegl, BA
Tel.: +43 (0)664 384 0280
thomas.liegl@gruenerkreis.at

Salzburg

Claudia Neuhold
Tel.: +43 (0)664 8111024
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at

Tirol, Vorarlberg

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA
Tel.: +43 (0)664 8111675
susanne.fessler@gruenerkreis.at

Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren

Wien
1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103
Tel.: +43 (0)1 5269489 | Fax: +43 (0)1 5269489-40
mail: ambulanzen.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11
Tel.: +43 (0)1 710 74 44 | Fax: +43 (0)1 710 74 44-22
mail: ambulanzen.wien@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14
Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721
ambulanzen.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Graz

8020 Graz, Sterngasse 12
Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40
mail: ambulanzen.graz@gruenerkreis.at

Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: +43 (0)463 590126 | Fax: +43 (0)463 590127
mail: ambulanzen.klagenfurt@gruenerkreis.at

Linz

4020 Linz, Sandgasse 11
Tel.: +43 (0)664 8111024 | Fax: +43 (0)732 650275-40
mail: ambulanzen.linz@gruenerkreis.at

Beratung & Hilfe

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | www.gruenerkreis.at



grüner kreis