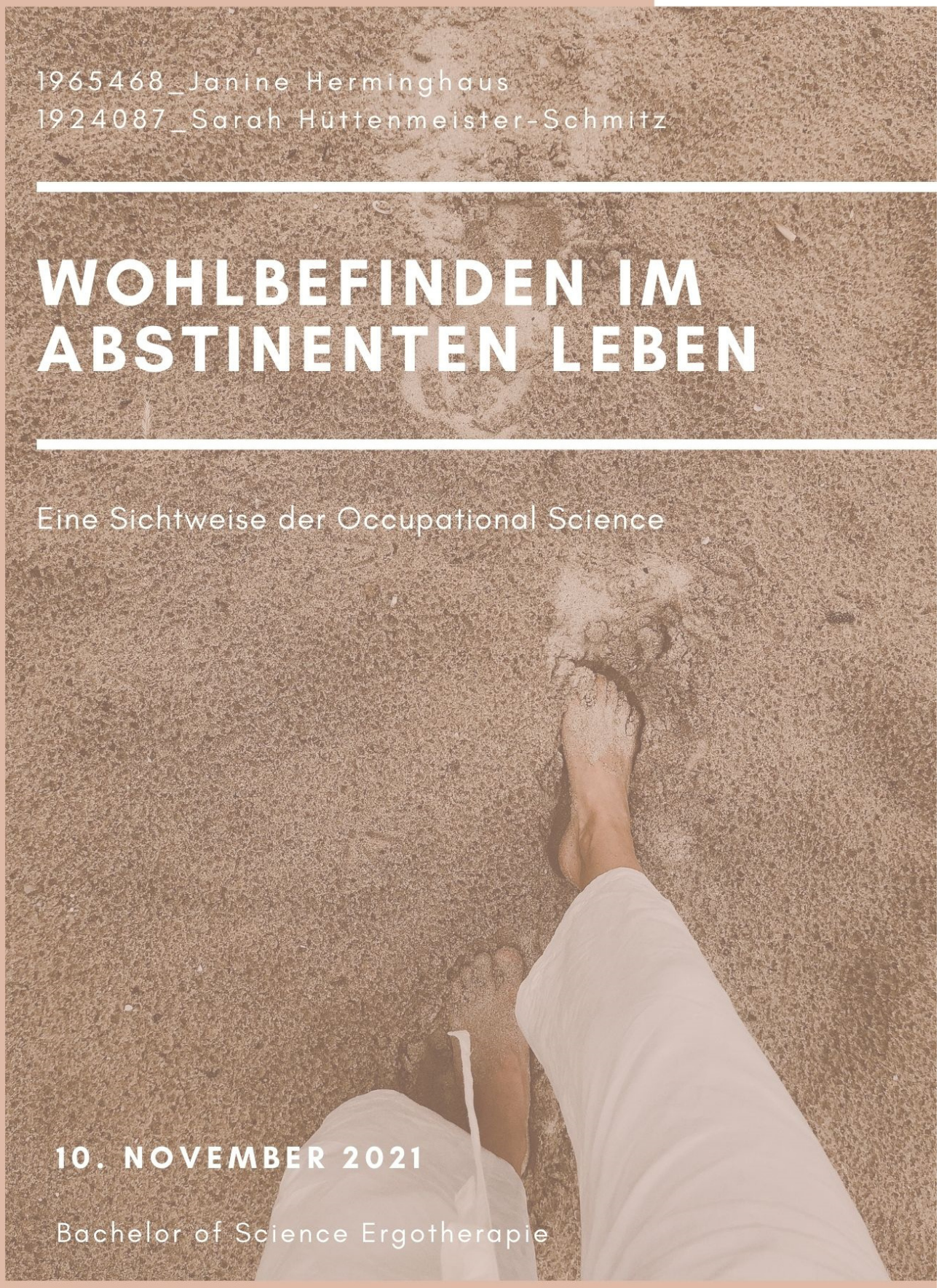
Zuyd University of Applied Sciences

1965468_Janine Herminghaus
1924087_Sarah Hüttenmeister-Schmitz

WOHLBEFINDEN IM ABSTINENTEN LEBEN

Eine Sichtweise der Occupational Science



10. NOVEMBER 2021

Bachelor of Science Ergotherapie

Titelblatt:

Bachelorarbeit der Academie voor Ergotherapie

Studentinnen:	1965468_Janine Herminghaus
	1924087_Sarah Hüttenmeister-Schmitz

Studiengang:	Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool
Titel:	Wohlbefinden im abstinenten Leben
Untertitel:	Eine Sichtweise der Occupational Science
Abgabetermin:	10.November 2021
Bachelorbegleiterin:	Nicole Kaldewei

Corona-Passus zur Aufnahme in die Bachelorarbeit
Die seit Beginn 2020 durch den COVID-19 Virus verursachte pandemische Lage hat auch 2021 Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht oder nur eingeschränkt möglich. Es erforderte den jeweils aktuellen Vorgaben entsprechenden Umgang in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit sowie deren Umsetzung. Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung zur notwendigen Norm (anstatt face-to-face Kontakt), weil der direkte Kontakt mit Klient:innen und Professionals nicht möglich war. Des Weiteren war der Zugang zu den Bibliotheken überwiegend nur online möglich. Alle methodischen Vorgehensweisen sind mit der Begleiterin der Bachelorarbeit und evtl. Auftraggeber:innen abgestimmt. Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung vorliegender Arbeit aufgrund der aktuellen Situation nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

Danksagung

„Im Walde zwei Wege boten sich mir dar und ich ging den, der weniger betreten war – und das veränderte mein Leben“

Walt Whitman

Für die Unterstützung und Begleitung bei der Entstehung dieser Bachelorarbeit möchten wir den folgenden Personen herzlichst danken:

… allen Teilnehmer:innen, ohne deren Beantwortung unseres Fragebogens diese Forschungsarbeit unmöglich gewesen wäre. Wir danken Ihnen für Ihre ehrlichen Gedanken und Gefühle zu einem sehr sensiblen und persönlichen Thema.

… Nicole Kaldewei, unserer Mentorin, die uns jederzeit mit Rat und Tat zur Seite stand und uns konstruktives Feedback entgegenbrachte. Außerdem dafür, dass sie uns immer geholfen hat, unsere Schreibblockaden zu lösen und mit neuer Motivation den Prozess anzugehen und fortzuführen.

…. Dirk Schmitz, Simone Herminghaus, Svenja und Dennis Hüttenmeister sowie Svenja Keup für das kritische Gegenlesen der Arbeit und die hilfreichen Anmerkungen.

…. Petra Cords. Dafür, dass sie unser Abstract ins Niederländische übersetzt hat.

Lesehinweise

Abkürzungen: Die in dieser Forschungsarbeit verwendeten Abkürzungen finden sich in einem Abkürzungsverzeichnis.

Behandlungskontext: Unter den Begriff „stationär“ werden, wenn nicht konkret benannt, Kontexte gefasst, die eine längere Aufenthaltsdauer bieten, u.a. Tageskliniken.
„Ambulant“ bezieht sich nur auf den Praxiskontext.

Bildnachweis: Die in dieser Forschungsarbeit verwendeten Bild(er) sind nicht urheberrechtlich geschützt und wurden der lizenzfreien Plattform Canva entnommen.

Formatierungen im Text: Zur besseren Lesbarkeit wurden im Kap. Resultate relevante Schlagwörter **fett** geschrieben. Die im Fragebogen genutzten Antwortmöglichkeiten wurden mit Anführungszeichen versehen.

Genderaspekt: In dieser Forschungsarbeit wird entweder die neutrale Mehrzahl oder die gendergerechte Schreibweise mit einem Doppelpunkt verwendet. Der Doppelpunkt wurde gegenüber anderen gendergerechten Schreibweisen (z.B. Schrägstrich oder Unterstrich) bevorzugt, da er leser:innenfreundlicher und inklusiver ist. Sprachausgabeprogramme für Menschen mit Sehbehinderungen können diese Schreibform am besten wiedergeben.
Auf Doppelnennungen wird verzichtet.

Glossar: Die in der vorliegenden Forschungsarbeit verwendete Fachterminologie wird in ihrem englischsprachigen Original beibehalten und *kursiv* geschrieben. Im Glossar werden diese Begriffe bei Bedarf übersetzt und erklärt.

Zitation: Die Zitation in dieser Forschungsarbeit wurde anhand der American Psychological Association (APA 7) durchgeführt. Wörtliche Zitate der Teilnehmenden wurden mit Anführungszeichen gekennzeichnet. Folgende Klammern wurden genutzt, um Auslassungen in Zitaten kenntlich zu machen: (...). Wenn Ergänzungen in Zitaten zum besseren Verständnis hinzugefügt wurden, wurden diese in eckige Klammern [...] gesetzt.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung ausgeschrieben	Übersetzung (falls genannt)
AOTA	American Occupational Therapy Association	
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists	
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.	
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information	
DRV	Deutsche Rentenversicherung	
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	
ETM	Evidenzbasierte Therapiemodule	
ICD-10-GM	International Classification of Disease and Related Health Problems	
ICF	International Classification of Function, Disability and Health	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen	
OPH	Occupational Perspective of Health	
OS	Occupational Science	Betätigungswissenschaften
RTS	Reha-Therapiestandards	
SHG	Selbsthilfegruppe	
WHO	World Health Organisation	Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung:

Im Jahr 2018 galten 1,9% der Bevölkerung in Deutschland als Alkoholabhängig. Weitere 8% wiesen einen missbräuchlichen Konsum auf. Neben den persönlichen Folgen der Alkoholabhängigkeit für das Individuum entstehen dem Gesundheitssystem und der Wirtschaft unter anderem durch hohe Rückfallraten immense Kosten.
Innerhalb der verschiedenen (therapeutischen) Hilfsangebote sind Ergotherapeut:innen ein fester Bestandteil. Es fehlen jedoch zeitgenössische Ansätze in der Behandlung und Begleitung abhängigkeitserkrankter Menschen.
Die vorliegende Forschungsarbeit beleuchtet daher aus Sicht der Occupational Science (Betätigungswissenschaft), wie abstinente Menschen ihr Leben seit Beendigung des Konsums gestalten und erleben und welche Faktoren für das Wohlbefinden und eine zufriedene Abstinenz einwirken. Hierdurch sollen erste Rückschlüsse auf Möglichkeiten in der Praxis gezogen werden.

Es wurde eine quantitative Online-Befragung mit zusätzlichen qualitativen Anteilen durchgeführt. Die einzelnen Fragen wurden in die Dimensionen der Occupational Science *doing, being, becoming* und *belonging* und die Rubrik *Wohlbefinden* unterteilt. Die Antwortmöglichkeiten wurden hauptsächlich aus dem Core-Set für Alkoholabhängigkeit der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) generiert. Der quantitative Anteil wurde im Rahmen einer deskriptiven Statistik und der qualitative Anteil nach Mayring (2015) ausgewertet.

In allen Dimensionen zeigen sich Veränderungen sowie Verschiebungen von Wichtigkeiten im Alltag der Teilnehmenden, welche einen Zusammenhang zu Wohlbefinden und Lebensqualität herleiten lassen. So habe sich der Alltag im Rahmen einer Tagesstruktur umfassend verändert und es habe eine Verlagerung von überwiegend passiver zu aktiverer Freizeit ergeben.
Dimensionsübergreifend zeigt sich eine starke Relevanz im sozialen Bereich. Während die sozialen Kompetenzen und das Interagieren zu Zeiten des Konsums teilweise als leichter durchführbar erlebt wurden, wird dieser Bereich seit der Abstinenz als defizitär dargestellt. Die Authentizität von Kontakten sowie das Zugehörigkeitserleben verstärken sich jedoch bei zeitgleicher quantitativer Verringerung des sozialen Umfeldes. Kontakte finden sich vor allem in Peer-Groups, Familie und Partnerschaft. Betätigungen in der "konsumierenden Gesellschaft" werden gemieden.
Auch in anderen Bereichen zeigt sich die Tendenz, dass positive Veränderungen trotz erlebter Defizite einen stärkeren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben. Dies bekräftigt die salutogenetische Sichtweise, laut der Gesundheit und Wohlbefinden trotz tendenziell pathologischer Faktoren erreicht werden kann.
Schwierigkeiten im Umgang mit Stress und Krisen scheinen z.B. einen geringeren Einfluss zu haben als die Ausübung bedeutungsvoller Betätigungen. Auch ein Wohnortswechsel oder Veränderungen der Arbeitsbedingungen konnten stärkend wirken.

Die benannten Aspekte können sowohl im ambulanten wie auch im stationären Setting Beachtung finden. Die vorhandenen Rahmenbedingungen, welche generell vor allem im stationären Bereich einer Reformierung bedürfen, bieten einen Spielraum, der zur Umsetzung klientenzentrierter und betätigungsorientierter Behandlung genutzt werden kann, die das Wohlbefinden beeinflussen. Hierein fallen auch Faktoren auf Meso- und Makrobene.

Abstracts

Zusammenfassung

Einführung: Die vorliegende Forschungsarbeit dient der Erforschung des Zusammenhangs der Dimensionen der Occupational Science (*doing*, *being*, *becoming* und *belonging*) mit dem Wohlbefinden und der Lebensqualität von abstinent lebenden Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit.
Methode: 34 Teilnehmer:innen beantworteten einen hauptsächlich quantitativen Online-Fragebogen, welcher deskriptiv ausgewertet wurde. Vereinzelte qualitative Anteile wurden nach Mayring (2015) analysiert.
Resultate: Es zeigen sich Veränderungen innerhalb aller Dimensionen der Occupational Science und ein Zusammenhang derer zur Lebensqualität. Hier sind vor allem die Unterstützung durch bedeutungsvolle Betätigungen sowie die veränderte Tagesstruktur zu nennen. Der Umgang mit Stress und Krisen wird bei gleichzeitiger Erhöhung der psychischen Stabilität als defizitär erlebt. Soziale Aspekte spielen dimensionsübergreifend eine essentielle Rolle in Bezug auf das Betätigungsverhalten.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse bekräftigen die Annahmen der Salutogenese, aus deren Sichtweise Wohlbefinden trotz tendenziell pathologischer Faktoren erreicht werden kann. Es werden Anregungen zur Integration der Ergebnisse in bestehende Rahmenbedingungen aufgeführt.

Abstract

Introduction: The following study examines the connection between the dimensions of Occupational Science (*doing, being, becoming* and *belonging*) and the well-being and quality of life of abstinent living people with an alcohol addiction.
Method: 34 participants answered a mostly quantitative online survey, which has been evaluated with descriptive statistics. Some qualitative parts of the questionnaire have been examined with qualitative analysis by Mayring (2015).
Results: The study shows changes within all dimensions of the Occupational Science and their connection with quality of life. Meaningful occupations and modified daily structures have been especially supporting. Psychological stability has been improved. Nevertheless, participants experienced difficulties in coping with stress and crises. Social aspects played an essential role in relation to occupational behaviors throughout all dimensions.
Discussion: The results reinforce the perceptions of salutogenesis, according to which well-being can be attained despite potential pathological factors. Ideas for integrating the results into practice are suggested.

Samenvatting

Inleiding: Dit onderzoekswerk dient om het verband te onderzoeken tussen de dimensies van Occupational Science (*doing*, *being*, *becoming* en *belonging*) met het welzijn en de kwaliteit van het leven van geheelonthouders met een alcoholafhankelijkheid.
Methode: Voor dit doel beantwoorde 34 deelnemers, een voornamelijk kwantitatieve online vragenlijst, die beschrijvend werd geevalueerd. Afzonderlijke kwalitatieve aandelen werden geanalyseerd op Mayring (2015).
Resultaten: Er zijn veranderingen binnen alle dimensies van de Occupation Science, en een verbinding tot de kwaliteit van het leven. Hier zijn vooral de ondersteuning door zinvolle activiteiten te noemen, evenals de gewijzigde dagelijkse structuren. De afhandeling van stress en crisis wordt als tekort ervaren terwijl de mentale stabiliteit toeneemt. Sociale aspekten spelen een substantiele rol tussen afmetingen aan het activeringsgedrag.
Conclusie: De resultaten bevestigen de veronderstelling van salutogenese, waaruit welzijn kann worden bereikt, ondanks tendensen en van pathologische faktoren.
Suggesties voor het integreren van de resultaten worden vermeld in bestaande kadervoorwaarden.

Inhaltsverzeichnis

Corona-Passus 2
Danksagung 2
Lesehinweise 3
Abkürzungsverzeichnis 4
Zusammenfassung 5
Abstracts 6
1. Einleitung 11
2. Theoretischer Hintergrund 13
2.1 Occupational Science (OS) 13
2.1.1 Dimensionen der OS **13**
2.1.2 Occupational Risk Factors **15**
2.1.3 Occupational Satisfaction **16**
2.1.4 Occupational Transition **16**
2.2 Definitionen der Abhängigkeit 18
2.3 Gesundheit, Salutogenese und Wohlbefinden 20
2.4 Daten und Fakten in Deutschland 22
2.4.1 Kosten **22**
2.5 Behandlungsmöglichkeiten der Alkoholabhängigkeit in Deutschland 23
2.5.1 Kostenträger **23**
2.5.2 Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung zur stationären Rehabilitation **23**
2.5.3 Rolle der Ergotherapie **24**
2.6 Abhängigkeit aus Betätigungssicht - Forschungsergebnisse 24
2.6.1 Forschungsstand der OS 24
2.6.2 Forschungsstand der betätigungsorientierten Praxis 25
3. Methodik 27
3.1 Fragestellung 27
3.2 Forschungsdesign 27
3.3 Literaturrecherche 28
3.4 Datenerhebung 28
3.4.1 Auswahl der Datenerhebungsmethode 28
3.4.2 Konstruktion des Fragebogens und Pretest 29
3.4.3 Akquise der Teilnehmenden 29
3.5 Datenanalyse 31

3.5.1 Stichprobenbeschreibung **31**
3.5.2 Quantitativer Anteil: Statistische Analyse **32**
3.5.3 Qualitativer Teil: Analyse nach Mayring (2015) **32**
3.5.4 Inhaltliche Interpretation der Ergebnisse **34**
3.6 Forschungsethik 35
3.7 Wissenschaftliche Güte: Kriterien der quantitativen Forschung 36
4. Resultate 38
4.1 Quantitativer Anteil 38
4.1.1 Demographische Daten **38**
4.1.2 *Doing*……40
4.1.3 *Being* **41**
4.1.4 *Becoming* **44**
4.1.5 *Belonging* **47**
4.1.6 Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit **49**
4.2 Qualitativer Anteil……49
5. Diskussion 53
5.1 Erleben des *doing, being, becoming* und *belonging* (Vorher-Nachher) 53
5.1.1 *Doing* **53**
5.1.2 *Being* **55**
5.1.3 *Becoming* **57**
5.1.4 *Belonging* **58**
5.2 Einfluss des Betätigungs- und Alltagserlebens auf Wohlbefinden und Lebensqualität 60
5.3 Fazit 62
5.4 Stärken und Limitationen der Studie 62
6. Schlussfolgerung 65
6.1 Die Dimensionen der OS und die ergotherapeutische Praxis 65
6.2 Schwerpunkt Rehabilitation und ambulante Ergotherapie 67
6.3 Aus- und Weiterbildung 68
6.4 Weitere Forschung 68
Literaturverzeichnis 70
Glossar 79
Abbildungsverzeichnis 82
Tabellenverzeichnis 82
Anhänge 83
Anhang 1 - Ehrenwörtliche Erklärung 84

Anhang 2 - Online-Mindmap (miro, o.D.)……...85
Anhang 3 - *Tabelle (4) – Evidenzen nach Tomlin und Borgetto (2011)*.....86
Anhang 4 - Fragebogen 87
Anhang 5 - *Tabelle 6 – Pretest-Teilnehmende*..... 112
Anhang 6 - Anschreiben 113
Anhang 7 - Flyer (canva, o.D.) 115
Anhang 8 - Ausschnitt Rohdaten 119
Anhang 9 - Kategoriensystem..... 120
Anhang 10 - Kategorienzuordnung..... 121
Anhang 11 - informed consent (informierte Einwilligung) 140

1. Einleitung

Alkohol wird als legale Droge trotz seiner Abhängigkeitsgefahr und deren verheerenden Folgen für das Individuum und dessen Umwelt sowie die Allgemeinheit als gesellschaftsfähig betrachtet (Schindler-Marlow, 2015).
Im Jahr 2018 konsumierten 6,7 Millionen Menschen in der Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren in Deutschland Alkohol auf gesundheitlich riskante Weise. Weitere 1,6 Millionen Menschen galten als alkoholabhängig. Damit läge Deutschland im internationalen Vergleich im oberen Zehntel. Jährlich seien etwa 74.000 Todesfälle auf Alkoholkonsum oder den Konsum von Alkohol und Tabak zurückzuführen. Überdies wird missbräuchlicher Alkoholkonsum als kausaler Faktor für über 200 Erkrankungen und Verletzungen angesehen. (Bundesgesundheitsministerium, 2021)
Laut Weltgesundheitsorganisation (2018) seien außerdem in der Gruppe der 20- bis 39-Jährigen weltweit ca. 13,5 Prozent aller Todesfälle Alkohol zuzuschreiben.

Verschiedene Forschungen zeigen, dass sich Freizeit, Alltagsgestaltung sowie -bewältigung bei vielen Klient:innen durch die Abstinenz grundlegend ändern. Bestimmte Betätigungen werden eventuell zum ersten Mal oder seit Langem ohne den Einfluss von Alkohol erlebt. Das Bedürfnis nach neuen Betätigungen kann bestehen und die Notwendigkeit des Aufbaus eines neuen sozialen Netzwerkes oder Wohnumfeldes kann gegeben sein. Diesbezüglich könnten betätigungsorientierte, nach dem kontemporären Paradigma gestaltete ergotherapeutische Interventionen sowohl die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen als auch die Nachsorge in diesem Bereich sinnvoll ergänzen. Die derzeit geltenden Vorgaben für die Ergotherapie (bspw. durch die Deutsche Rentenversicherung [DRV], 2015) sind jedoch stark funktionsorientiert und beachten den Alltag Betroffener nur wenig.

Die Notwendigkeit dieser Studie wird mit dem Erfordernis, die zeitgenössische Ergotherapie im genannten Arbeitsfeld voranzutreiben, begründet. Hierfür ist eine Evidenzbasierung unbedingt notwendig, welche die wissenschaftliche Forschung in diesem Bereich erfordert. Während sich zum Thema Abhängigkeitserkrankungen international viele Erkenntnisse aus Medizin, Neurologie und Psychologie generieren, weisen die Betätigungswissenschaften hier derzeit einen geringfügigen Kenntnisstand auf. (u.a. Rojo-Mota et al., 2017; Kiepek et al., 2019a)

Hieraus ergab sich die folgende Forschungsfrage:

Wie erleben Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit nach mindestens drei-monatiger Abstinenz ihr *doing*, *being*, *becoming* und *belonging* und wie wirkt sich dies auf ihr Wohlbefinden sowie ihre Lebensqualität aus?

Diese Forschungsarbeit beleuchtet die Mikroebene und bezieht sich dabei auf das Betätigungserleben von abstinent lebenden Menschen mit Alkoholabhängigkeit aus Sicht der Occupational Science. Diese liefert wissenschaftliche und theoretische Grundlagen für die ergotherapeutische Praxis und stellt daher eine der Bezugswissenschaften dar.
Fokussiert werden die Dimensionen der Occupational Science:
doing (Tun), *being* (Sein), *becoming* (Werden) und *belonging* (Zugehörigkeit). Das Ziel der Forschung ist es, darzustellen, ob und wie sich das Erleben und Betätigen von abstinent lebenden Personen mit einer Alkoholabhängigkeit durch ihre Abstinenz verändert und wie sich

dies auf ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität auswirkt. Überdies sollen die Daten Unterschiede im Vorher-Nachher-Vergleich aufzeigen. Hieraus können mögliche Betätigungsanliegen abgeleitet werden und erste Ideen für den Nutzen in der ergotherapeutischen Praxis generiert werden.
Die Auswahl der Studien bezog sich auf nationale und internationale deutsch- und englischsprachige Literatur aus den Bereichen Alkoholabhängigkeit in Zusammenhang mit der Occupational Science, Ergotherapie, Psychologie und Medizin. Ferner wurden die Occupational Science und deren Transitionsprozesse vertieft, um eine Grundlage für den Forschungsgegenstand zu schaffen. Diese wird im theoretischen Hintergrund (Kap. 2) erläutert.
Als Mittel der Datenerhebung wurde ein anonymer Online-Fragebogen genutzt. Nähere Ausführungen zum methodischen Vorgehen sind Kap. 3 zu entnehmen. Die gefundenen Resultate wurden anschließend auf sowohl quantitative als auch qualitative Weise analysiert (Kap. 4). Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden die Ergebnisse der Studie in Kap. 5 ausführlich diskutiert. Hieraus leiten sich wiederum Schlussfolgerungen sowie Implikationen für die ergotherapeutische Praxis ab (Kap. 6).

2. Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel dient als Verständnisgrundlage der Hinführung zum Untersuchungsthema. Hierbei wird zunächst auf die relevanten Grundlagen der Occupational Science, aus deren Sichtweise die Forschungsfrage beantwortet wird, eingegangen, worauf die Definitionen einer Abhängigkeit sowie die Aspekte Salutogenese und Gesundheit folgen. Anschließend wird der aktuelle Forschungsstand aus der Occpational Science und Ergotherapie bzgl. des Forschungsthemas beleuchtet. Zuletzt beschäftigt sich das Kapitel mit der Einbettung der Thematik in den deutschen Kontext. Hier werden sowohl Daten und Fakten als auch Behandlungsmöglichkeiten von Abhängigkeitserkrankungen betrachtet.

2.1 Occupational Science (OS)

"*It provides a theoretical and scientific foundation for occupational therapy practice, approaching occupation as an inherent human phenomenon. Because of its focus on human behavior, OS is considered a social science, like anthropology, psychology, or sociology*" (Yerxa zitiert nach Morrison et al., 2017)

Die OS entstand in den späten 1980er Jahren aus dem Bestreben, Betätigung als eigenständiges Phänomen und deren Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit zu erforschen (le Granse et al., 2019). Sie gehört den Sozialwissenschaften an und ist neben den Ergotherapiewissenschaften eine der Basiswissenschaften der Ergotherapie (u.a. Yerxa, 1998). Die Erkenntnisse der OS dienen Ergotherapeut:innen, ein grundlegendes Verständnis von Betätigung in Bezug auf deren Erleben und Auswirkungen, die Ausführung sowie förderliche und hinderliche Einflussfaktoren zu gewinnen (le Granse et al., 2019).

2.1.1 Dimensionen der OS: *doing, being, becoming* und *belonging*

Zemke und Clark (1996) definierten die Begriffe *form, function* und *meaning. Form* beschreibt die beobachtbaren Aspekte von Betätigung, u.a. in sozialen oder kulturellen Kontexten. *Function* bezieht sich auf die Funktion oder Auswirkung von Betätigungen auf die Gesundheit, Lebensqualität und Umwelt. *Meaning* beschreibt das subjektive Erleben von Betätigung und Partizipation.

Diese Begriffe wurden in der Weiterentwicklung von Wilcock (1999) durch die Begriffe *doing, being* und *becoming* ersetzt und ergänzt. Dr. Ann Allart Wilcock begründete die OS in Australien und Neuseeland im Jahr 1989 und rief 1993 das *Journal of Occupational Science* ins Leben (Hocking, 2020).
Den Kern der Profession, die bedeutungsvolle Betätigung, fasste Wilcock wie folgt zusammen: „*doing well, well-being and becoming what people are best fitted to become is essential to health"* (1999, S.9).
Sie schlussfolgerte daraus, dass eine Evaluation des *doing*, *being* und *becoming* aus Sicht der Klient:innen zur Standardpraxis der Ergotherapie gehören sollte.
Als Koryphäe auf dem Gebiet prägte sie das Konzept der Betätigung als eine Synthese aus *doing, being* und *becoming.* Diese Dimensionen seien ein integraler Bestandteil der ergotherapeutischen Philosophie, des Prozesses sowie des Outcomes. (Wilcock, 1999)
Hieraus entwickelte Wilcock die *Occupational Perspective of Health* (*OPH*) (Wilcock, 2001a; 2001b & 2006). In einer weiteren Veröffentlichung wurde die Dimension des *belonging* ihrerseits eingeführt (Wilcock, 2007).

In einer kritischen Analyse des *OPH* extrahierten Hitch et al. das derzeitige Verständnis der vier Dimensionen aus einer multi-perspektivischen Sicht auf Basis eines umfangreichen Literatur-Reviews (Hitch et al., 2014). Die hierbei entstandenen Definitionen dienen im Folgenden als Verständnisgrundlage für die Forschungsarbeit.

Tabelle 1 – Vergleich: Wilcock (1999 & 2007) und Hitch et al. (2014) zu den Dimensionen der OS

Konzept	Wilcock, 1999	Hitch et al., 2014
doing	• alle alltäglichen Tätigkeiten, die Menschen tun müssen oder wollen • unterschiedliche Effekte: stressend, verunsichernd, stimulierend, begeisternd etc. • "Tun" oder "Nicht-Tun" sind mächtige Determinanten für Wohlbefinden oder Erkrankung	• Medium, durch welches Menschen in Betätigungen eingebunden sind • sind persönlich bedeutsam, jedoch nicht notwendigerweise zielgerichtet, gesund oder organisiert • Eingebundensein kann offen (observierbar, physisch) oder stillschweigend (mental, spirituell) sein • hierfür notwendige Skills und Fähigkeiten akkumulieren sich über die Zeit • folgt in der Population allgemein ähnlichen Mustern • Menschen sind in der Lage, ihr *doing* mehr oder weniger an die umgebenden Umstände anzupassen
being	• sich selbst, seinem Wesen treu sein • erfordert, dass Menschen Zeit haben, sich selbst zu entdecken, zu denken und reflektieren und einfach zu existieren	• Gefühl dafür, wer eine Person als sich betätigendes und menschliches Wesen ist • umfasst die subjektive Lebensbedeutung sowie ihre individuellen physischen, mentalen und sozialen Fähigkeiten • Betätigung kann einen Fokus für das *being* bieten, existiert jedoch auch separiert davon in Form von Reflexion und Selbstfindung • *being* wird durch das Bewusstsein, Kreativität und die Rollen eines Menschen ausgedrückt • idealerweise sind Individuen zum freien Ausdruck ihres *beings* fähig (allerdings nicht immer möglich oder wünschenswert)
becoming	• Aspekt der Zukunft • abhängig davon, was Menschen tun (*doing*) und sind (*being*)	• unaufhörlicher Prozess des Wachstums, der Entwicklung und Veränderung innerhalb einer

	• Potenzial, Wachstum und Selbstverwirklichung	Person über die gesamte Lebensspanne • wird dirigiert von Zielen und Bestrebungen (können durch Wahl oder Notwendigkeit des Individuums oder Kollektivs aufkommen) • regelmäßige Modifikationen dieser sowie die Möglichkeit, neue Situationen und Herausforderungen zu erfahren, helfen, das Momentum des *becoming* zu erhalten
belonging	Wilcock (2007): • kontextuelles Element • Verbundenheit der Menschen zueinander während des Tuns (*doing*) • Wichtigkeit von Beziehungen für Gesundheit	• Gefühl der Verbundenheit zu anderen Personen, Orten, Kulturen, Communities und Zeiten • Kontext für Betätigung, von welchem ein Mensch vielerlei zur selben Zeit erfahren kann • Beziehungen sind ein integraler Bestandteil des *belonging* (Aspekte wie Wechselseitigkeit und Gegenseitigkeit charakterisieren Beziehungen positiv oder negativ)

2.1.2 Occupational Risk Factors

Weitere Faktoren, die sich auf das Betätigungsverhalten und -erleben auswirken, etablierten Wilcock und Townsend (2000) mit dem Konzept der *Occupational Justice*. Dabei geht es darum, auf Mikro-, Meso- und Makroebene das Eingebundensein in bedeutungsvollen Betätigungen und die Verwirklichung von Handlungspotenzial durch das Schaffen gerechter Chancen und das Verfügbar-Machen von Ressourcen zu bewirken. Das Eingebundensein schließt das *doing*, *being*, *becoming* und *belonging* ein (Wilcock & Hocking, 2015).
In diesem Zusammenhang wurden die sogenannten *Occupational Risk Factors* beschrieben:

- *Occupational Deprivation* (dt. Betätigungsdeprivation)
- *Occupational Alienation* (dt. Betätigungsentfremdung)
- *Occupational Imbalance* (dt. Betätigungsungleichgewicht)

Occupational Deprivation beschreibt den Zustand einer Person oder Gruppe, wenn für sie bedeutungsvolle Betätigungen bedingt durch nicht kontrollierbare Faktoren nicht mehr durchgeführt werden können. Kulturell oder sozial relevante Betätigungen können hierbei kaum oder überhaupt nicht mehr durchgeführt werden. Selbstwirksamkeit und Identität können

hierdurch nachhaltig negativ beeinflusst werden. (Whiteford, 2000)
Laut Wilcock (2006) kann dieser Mangel an Eingebundensein in bedeutungsvollen Betätigungen in Krankheit resultieren.

Die *Occupational Alienation* repräsentiert ein Gefühl von Bedeutungslosigkeit, mangelndem Identitätserleben, Unverbundenheit oder Leere bedingt durch einen Mangel an Ressourcen und Möglichkeiten eine Bereicherung durch Betätigungen zu erfahren (Townsend & Wilcock, 2004).

Townsend und Wilcock (2004) beschreiben die *Occupational Imbalance* als Begriff bezogen auf Populationen, die weniger anerkannt sind und nur wenig vom ökonomischen Produktionsprozess profitieren. Hieraus schlussfolgern sie ein Recht auf gleiche Privilegien und faire Entlohnung für verschiedenste Betätigungen und Partizipationsbereiche, wie bspw. in der Familie, Erwerbstätigkeit, der Community oder der Gesellschaft.
Demgegenüber steht die Vorstellung von zufriedenstellenden alltäglichen und bedeutungsvollen Betätigungsmustern als sogenannter *Occupational Balance* (Matuska & Barrett, 2019). Betont wird die Wichtigkeit einer individuellen Balance von kreativen, produktiven, selbstversorgenden und freizeitlichen Betätigungen (Matuska & Christiansen, 2009).

2.1.3 Occupational Satisfaction

Die *Occupational Satisfaction* (Betätigungszufriedenheit) definiert sich als die Teilnahme an Betätigungen, nach denen sich eine Person sehnt. Sie besteht aus drei Konzepten.
Die *Wahrnehmung von Betätigungsbedürfnissen* ist grundlegend dafür, herauszufinden, welche Betätigungen einen individuell erfüllenden Effekt haben. Die *Betätigungsbalance* wird erreicht, wenn die gewünschte Betätigung in einem angemessenen Maß zu einer passenden Zeit umgesetzt wird. Sind beide Aspekte erfüllt, kann es zu einem *Flow-Zustand* kommen, welcher mit einem “Aufgehen in der Tätigkeit” und dem perfekten Zusammenspiel von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wünschen beschrieben wird.
Eine unzureichende Wahrnehmung des Ersehnten kann zu destruktivem Kompensationsverhalten, wie z.B. Abhängigkeiten, führen (Flucht in Betätigungen, die nur eine geringfügige, jedoch schnelle Befriedigung bringen). (Morgan, 2010)

2.1.4 Occupational Transition

Um Betätigungsverhalten zu verändern, bedarf es verschiedener intrinsischer Prozesse, welche zum Teil unbewusst ablaufen.
Der Veränderungsprozess bei gesunden Menschen wurde von Crider et al. (2015) aus Betätigungssicht unter dem Begriff der *Occupational Transition* untersucht und beschrieben. Die Ergebnisse ihrer Metaanalyse deuten auf sieben Stränge innerhalb eines Transitionsprozesses hin. Scalzo et al. (2016) erforschten den beschriebenen Transitionsprozess, welcher durch ein lebensveränderndes Ereignis (z.B. Trauma) erforderlich wird und ergänzten die o.g. Prozessschritte.
Eine solche Transition berge die Gefahr eines Betätigungsidentitätsverlusts, verringere das Selbstwirksamkeitserleben und das Wohlbefinden.
Die Autor:innen fügten dem Prozess daher den Strang *processing the experience* hinzu, welcher als Schritt der Akzeptanz grundlegend für die Ermöglichung von Veränderung sei. Eine

erfolgreich durchlaufene Transition könne anschließend zur Stärkung des Selbstbildes, Selbstwirksamkeitserlebens und Wohlbefindens führen.

Tabelle 2 - Sieben Stränge der Occupational Transition (Scalzo et al., 2016)

Schritt /Phase	
1	*Experiencing of transition* (Veränderungserleben): Eine Transition beginnt, wenn eine Person durch ein lebensveränderndes Ereignis gewohnte Betätigungen / Routinen nicht mehr wie gewohnt ausüben kann (*doing*). Durch die als negativ empfundene Veränderung wird die Betätigungsidentität sowie das Selbstwirksamkeitserleben (*being*) beeinträchtigt. Hiermit geht eine mögliche Verminderung des Wohlbefindens und somit der Wunsch nach Veränderung einher.
2	*processing the experience* (Erlebnisverarbeitung): Stimmen das Selbstbild und das Betätigungserleben nicht überein, kann dies zu Widerständen und Frustration führen. Das *being* und *becoming* müssen angepasst werden. Um eine Veränderung zu ermöglichen, bedarf es demnach zunächst der Akzeptanz der nun vorherrschenden Bedingungen. Ohne den Prozess der Akzeptanz ist langfristig keine Entwicklung möglich.
3	*retaining roles and maintaining purpose through transition* (Rollen): Durch die veränderten Betätigungskompetenzen können gewohnte Rollen möglicherweise nur noch eingeschränkt ausgeführt werden. Rollen werden jedoch als wichtige und bedeutsame Betätigungen zur Ausübung der Identität und Partizipation erlebt. Werden diese nicht zufriedenstellend erfüllt, können Gefühle von Inkompetenz, Verletzlichkeit sowie Abhängigkeit entstehen, welche sich negativ auf das Selbstwertgefühl auswirken können. Ziel der Transition ist daher u.a. die zufriedenstellende Ausübung von Rollen.
4	*occupational adaptation – supporting growth and well-being* (Betätigungsanpassung): Um bedeutungsvolle Betätigungen und Rollen umsetzen zu können, bedarf es einer Betätigungsanpassung. Diese stehen im engen Zusammenhang mit Identität und dem Gefühl des Eingebundenseins (Lexell et al., 2011). Erfolgreiche Anpassungen unterstützen den psychischen Wachstumsprozess sowie das Wohlbefinden.
5	*the ever-changing transition environment* (die sich ständig verändernde Umwelt): Lebensverändernde Ereignisse beeinflussen nicht nur das Individuum selbst, es bewirke außerdem eine wechselseitige Veränderung innerhalb des sozialen Kontextes. Dies kann sich sowohl unterstützend als auch hinderlich auf den Transitionsprozess auswirken. Weiter bedarf es möglicherweise einer Anpassung der physischen Umwelt (Wohnung etc.).
6	*factors that impede transition* (hinderliche Faktoren): Zu den Faktoren, welche die Transition verhindern oder erschweren, gehören u.a. kognitive Einschränkungen, Antriebslosigkeit, negative Denkmuster und Gefühle, fehlender Zugang zu Wissen, mangelnde Unterstützung und kontraproduktive Bewältigungsstrategien.
7	*factors that aid transition* (unterstützende Faktoren): Die Betätigungspartizipation kann durch das Erleben von Betätigungskompetenz das Selbstwirksamkeitserleben stärken. Durch die veränderte Betätigungsidentität können Ängste abgebaut werden und Herausforderungen bzw. Transitionen mit steigender Akzeptanz und Selbstvertrauen begegnet werden.

	Ein unterstützendes Umfeld verstärkt außerdem das Zugehörigkeitsgefühl (*belonging*).

Auch wenn zur Entscheidung für die Abstinenz nicht zwingend ein lebensveränderndes oder traumatisches Ereignis notwendig ist, gilt eine Abhängigkeit als pathologisch und kann daher den Definitionen von Scalzo et al. zugeordnet werden.
Die Akzeptanz bzw. das Anerkennen der Abhängigkeitserkrankung spielt außerdem eine grundlegende Rolle bei der Entwöhnung und der Aufrechterhaltung des konsumfreien Lebens.

2.2 Definitionen der Abhängigkeit

Die Weltgesundheitsorganisation definierte „Abhängigkeit“ wie folgt (1964):

> *Abhängigkeit* ist ein Zustand (psychisch oder auch physisch), der aus der Wechselwirkung eines Pharmakons mit dem lebenden Organismus entsteht und durch Verhaltens- und andere Reaktionen charakterisiert ist, zu denen immer der Drang gehört, das Pharmakon periodisch oder wiederholt einzunehmen, um dessen psychische Effekte zu erleben, und in manchen Fällen auch, um die unangenehmen Effekte seines Fehlens zu vermeiden.
>
> (deutsche Übersetzung, Lexikon der Neurowissenschaft, o.D.)

In der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10-GM* (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2021) werden die o.g. Merkmale von Abhängigkeit ergänzt. Die Symptome einer Abhängigkeit, von denen mindestens drei innerhalb des zurückliegenden Jahres erfüllt sein müssen, werden wie folgt definiert (Glaeske et al., o.D.):

- starker Wunsch und / oder Zwang, das Medikament zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Menge und / oder der Beendigung der Einnahme
- körperliche Entzugssymptome
- Toleranzentwicklung (Wirkverlust) bzw. Dosissteigerung
- erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen oder sich von den Folgen des Konsums zu erholen, verbunden mit der Vernachlässigung anderer Interessen
- fortgesetzter Konsum trotz Folgeschäden

Eine stärker mit der OS vereinbare Sichtweise stammt von Wanke (1985). Dieser beschreibt den Konsum (*doing*) als Drang zur Erreichung eines gewissen Zustandes und Erlebens (*being*), dessen Wunschintensität den Verstand übersteige. Die Persönlichkeits-entwicklung (*becoming*) werde gestört und es bestehen negative Auswirkungen in Bezug auf soziale Beziehungen (*belonging*) und Chancengleichheit (*Occupational Justice*).

Abhängigkeiten sind komplexe Phänomene, die sich nicht ausschließlich anhand einer Wissenschaft erklären lassen (Tretter, 2016). Daher werden zur ganzheitlichen Betrachtung der Thematik relevante psychologische sowie neurologische Grundlagen aufgezeigt.
Aus psychologischer Sicht wird Abhängigkeit als Lernprozess beschrieben, welcher durch zunächst zumeist positive erste Konsumerfahrungen geprägt wird. Neben den neurologischen Effekten erhöhen soziale Faktoren, welche den Konsum ggf. als positiv konnotieren, den Wunsch nach weiterem Konsum. Fehlendes Selbstkontrollverhalten in Bezug auf Mengen- und Dauerkontrolle des Konsums steigere die Gefahr einer Suchtentwicklung. Auch das Lernen am Modell durch abhängigkeitserkrankte Bezugspersonen stellt einen Risikofaktor dar. (Klein, 2021)
Überdies werden folgende Gründe benannt (Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt - Abteilung Sucht, o.D.):

- fehlende Strategien im Umgang mit Stress und Krisen
- mangelnde Konfliktfähigkeit
- negatives Selbstwertgefühl und fehlendes Selbstwirksamkeitserleben
- starke und permanente emotionale Belastung
- psychische Belastungen (z.B. Traumata)

Der Konsum diene bei einigen Betroffenen außerdem als Selbstmedikation zur Betäubung negativer Gefühle, Gedanken oder Körperempfindungen sowie zur Verbesserung des Schlafes (Sucht Schweiz, 2018).

Aus neurologischer Sicht spielt die genetische Vererbung bei der Entstehung einer Abhängigkeit eine Rolle. Neuere Forschung beleuchtet außerdem relevante Umwelteinflüsse, wonach genetische und umweltliche Faktoren als nahezu gleichrangig zu betrachten sind (Kendler et al., 2015).

Auch das sogenannte “Suchtgedächtnis” hat eine große Bedeutung in der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit sowie bei eventuellen Rückfällen. Es ist im Langzeitgedächtnis verankert (implizites Gedächtnis). Werden Erinnerungen des impliziten Gedächtnisses abgerufen, ist dies willentlich kaum bis nicht kontrollierbar. Automatisierte Handlungen sind ebenfalls hier gespeichert. Unbewusste Emotionen oder Handlungsimpulse können in der Folge durch sogenannte Trigger entstehen (z.B. das Geräusch eines zischenden Kronkorkens auf einer Bierflasche). Da diese Erinnerungen unabhängig von späteren Erfahrungen ihre anreizende Funktion behalten, ist z.B. eine “Überschreibung” durch andere konträre Eindrücke erforderlich. (Schneider, 2012)

Eine Übersicht zu den Auswirkungen substanzbezogener Abhängigkeiten findet sich innerhalb der ICF-Core-Sets, die die Einflussbereiche verschiedener Krankheitsbilder abbilden (Bickenbach et al., 2012).
Diese bilden sich aus der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (*ICF*), welche die interdisziplinäre Kommunikation unterstützt. Die ICF ist aufgegliedert in die Komponenten *(b) Körperfunktionen, (s) Körperstrukturen, (d) Aktivitäten und Partizipation, (e) Umweltfaktoren*.
Jede dieser Komponenten beinhaltet codierte Unterkategorien, welche weitere Kategorien und Kapitel beinhalten. (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2005)

2.3 Gesundheit, Salutogenese und Wohlbefinden

Bei einer Alkoholabhängigkeit handelt es sich laut ICD-10-GM um eine chronische Erkrankung. Eine Abstinenz (lateinisch *abstinere* ‚sich enthalten') ist demnach aus pathologischer Sicht nicht gleichzusetzen mit einer vollständigen Genesung. Aus salutogenetischer Sicht ist ein subjektives Erleben von Gesundheit jedoch trotz objektiver Krankheitsfaktoren erreichbar.

International existieren in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Definition von Gesundheit (Ziegelmann, 2002). Eine mit der westlichen Weltanschauung vereinbare Definition liefert die Satzung der Weltgesundheitsorganisation, welche Gesundheit als "*Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur [als] das Fehlen von Krankheit und Gebrechen*" beschreibt (WHO, 2013).
Eine weitere Beschreibung von dem Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann beleuchtet die Komplexität von Gesundheit. Er beschreibt hierzu physische, psychische sowie soziale Komponenten, welche sich wechselseitig beeinflussen würden. Auch die Wertevorstellungen, welche sich innerhalb des Lebensstils und Verhaltens zeigen, würden die Gesundheit prägen. Durch sich verändernde persönliche und kontextbezogene Faktoren wäre es im Laufe des Lebens immer wieder notwendig einen Balancezustand herzustellen, um in allen Bereichen zufriedenstellend handlungsfähig zu sein. (Hurrelmann, 1988)
Diese Definition kann auf die Dimensionen der OS (siehe Kap.2.1) angewendet werden. Die "aktiv betriebene Herstellung und Erhaltung" artikuliert das aktive Tun (*doing*) im Zusammenhang mit Gesundheit. Das Sein (*being*) einer Person findet sich in den verschiedenen Anteilen einer Person sowie ihren "individuellen und kollektiven Wertvorstellungen" wieder. Der sich immer wieder verändernde "Balancezustand" stellt eine Form der Veränderung über eine Lebensspanne hinweg dar (*becoming*). Schließlich zeigen sich auch Elemente des Zugehörigkeitserlebens (*belonging*) in den "soziale[n] … und kulturelle[n] Lebensbedingungen". (Hurrelmann, 1998, S.17)

Aus der Definition von Gesundheit entstand im späteren Verlauf die Salutogenese (Röhrle, 2018). Der Soziologe Aaron Antonovsky entwickelte als Pionier auf dem Gebiet das Modell der Salutogenese zur Erklärung von Gesundheit. Es fokussiert sich auf Faktoren und deren dynamische Wechselwirkungen und versteht Gesundheit und Krankheit als *Kontinuum*. Antonovsky beschreibt *Stressoren* (psychosozial, physikalisch oder biochemisch), z.B. belastende Lebensereignisse, als Determinanten von Gesundheit. Die Art und Weise, wie Menschen diese Stressoren bewältigen, bestimmt die Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Wesentlich sind demnach die *Widerstandsressourcen* einer Person, welche sich aus genetischen, konstitutionellen und psychosozialen Merkmalen zusammensetzen. Diese Merkmale, wie bspw. Bewältigungskompetenzen, Selbstwertgefühl oder gute soziale Bindungen, können dafür sorgen, dass sich eine Person auf dem Kontinuum mehr in Richtung Gesundheit bewegt.
In diesem Zusammenhang benennt Antonovsky das sogenannte *Kohärenzgefühl*, welches einen zentralen Aspekt seines Modells ausmacht. Es setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

- Gefühl der *Verstehbarkeit*
- Gefühl der *Handhabbarkeit / Bewältigbarkeit* (siehe auch Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura, 1992)
- Gefühl der *Sinnhaftigkeit*

Personen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl können demnach Stressoren gut bewältigen und tendieren auf dem Kontinuum eher zur Gesundheit. Demgegenüber sind Menschen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl weniger kompetent in der Bewältigung ihrer Stressoren und bewegen sich auf dem Kontinuum eher in Richtung Krankheit. (Antonovsky, 1997)

Abb. 1: Kohärenzgefühl nach Antonovsky (Jochheim & Jochheim, 2019)

Gesundheit steht demnach im engen Zusammenhang mit Wohlbefinden (Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 2009).
Dieses wird aus psychologischer Sicht in zwei Perspektiven gegliedert, dem *subjektiven und eudämonischen* Wohlbefinden. Ersteres beschreibt eine hohe Lebenszufriedenheit, die einer positiven Grundstimmung zugrunde liege. Letzteres verweist auf das Gelingen bzw. eine angenehme Bewältigung des Lebens aufgrund eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten. (Dorsch Lexikon der Psychologie, o.D.)
Es wird außerdem als ein Zustand der Akzeptanz und Möglichkeit zur Entfaltung der eigenen Persönlichkeit bezeichnet. Das Erleben von Selbstwirksamkeit und einer Balance von Bindung und Autonomie, Genuss und positiver Wahrnehmung werden als förderliche Faktoren beschrieben. (Röhrle, 2018)
Die in der positiven Psychologie benannten Aspekte, wie Menschen Wohlbefinden anstreben, sind Genuss / Vergnügen, Partizipation und Sinnhaftigkeit (Seligman, 2002). Kongruent dazu werden innerhalb der OS (zielgerichtete) bedeutsame Betätigungen (*doing, being*, *becoming*) sowie das Eingebundensein (*belonging*) benannt (Wilcock, 1999). Abhängigkeit gehe mit dem Verlust von Betätigungen einher, was demnach das Wohlbefinden negativ beeinflusse (Hoxmark et al., 2012).

Ein weiterer Aspekt von Gesundheit und Wohlbefinden ist die Selbstwirksamkeitserwartung nach Albert Bandura (1992). Sie beschreibt die Überzeugung, auf herausfordernde Situationen adäquat reagieren und diese bewältigen zu können und resultiert aus Konsequenzerwartungen sowie Kompetenzerwartungen, die zusammengenommen das angestrebte Ergebnis beeinflussen. (Bandura 1992 & 1993)

Der Selbstwirksamkeitserwartung liegt eine realistische Selbstwahrnehmung zugrunde. Bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit liegt häufig eine verminderte Selbstwahrnehmung vor, welche sich in Über- bzw. Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zeigt. (Zingg, 2010)
Laut einer Studie zum Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserleben und Abstinenz, erhöhe sich die Abstinenzwahrscheinlichkeit, je realistischer die Selbstwirksamkeitserwartung sei. Bei zunehmender Konsummenge zeige sich eine überhöhte Selbstwirksamkeitserwartung, was die Autor:innen auf eine verringerte Selbstwahrnehmung zurückführen. Diese Gruppe hatte im Vergleich die höchsten Rückfallraten. (Zingg et al., 2009)

2.4 Daten und Fakten in Deutschland

Katamnese-Befragungen der entlassenen Klient:innen durch Rehabilitationseinrichtungen untersuchen regelmäßig die Wirksamkeit der Rehabilitations-behandlung. In den Berechnungsformen der *Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie* werden Personen, die die Befragung nicht beantworten, per Definition als rückfällig bewertet (Bachmeier et al., 2019). Die Quote der Nicht-Antwortenden liegt bei derartigen Untersuchungen bei 45 Prozent.
2018 wurden erstmalig Personen untersucht, die zu einem späteren Zeitpunkt antworteten (Bernert et al., 2018). In der systematischen Untersuchung der Erfolgsquoten in der stationären Alkoholentwöhnung unter Einbezug der Spät-Antwortenden gaben 64 Prozent der Befragten eine Abstinenz während des Katamnesezeitraums an. Demnach könnten die Erfolgsquoten der stationären Alkoholentwöhnung aussichtsreicher sein als bislang angenommen.

2.4.1 Kosten

Der Gesundheitsökonom Dr. Tobias Effertz beziffert im *Jahrbuch Sucht* 2020 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) die direkten und indirekten ökonomischen Kosten des schädlichen Alkoholkonsums in Deutschland auf etwa 57,04 Milliarden Euro pro Jahr (Effertz, 2020). Hiervon bestehen 16,59 Milliarden Euro aus direkten Kosten für das Gesundheitssystem (Behandlungskosten, Klinikaufenthalte etc.).
40,44 Milliarden Euro fallen durch Produktionsausfälle, Arbeitsunfähigkeit, -losigkeit u.ä. (indirekte Kosten) an.
Demgegenüber beliefen sich die Einnahmen des Staates aus alkoholbezogenen Steuern im Jahr 2020 auf lediglich 3,243 Milliarden Euro (DHS, o.D.a).

Tabelle 3 gibt Aufschluss über die volkswirtschaftlichen Kosten durch Arbeitsunfähigkeit des Jahres 2019 (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2021):

Tabelle 3 – Geschätzte Kosten der Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Erkrankungen

Produktionsausfallkosten anhand der Lohnkosten je Arbeitsunfähigkeitstag	**123 €**
Verlust an **Arbeitsproduktivität** je Arbeitsunfähigkeitstag	**209 €**
Arbeitsunfähigkeitstage durch Erkrankungen der Diagnosegruppe F00-F99 nach ICD-10-GM (Psychische und Verhaltensstörungen)	**117,2 Mio.** (16,5 % der Gesamtfehltage)
Produktionsausfallkosten (Lohnkosten) durch Erkrankungen o.g. Diagnosegruppe	**14,4 Mrd. €**

Verlust an **Arbeitsproduktivität** durch Erkrankungen der o.g. Diagnosegruppe	**24,5 Mrd. €**

2.5 Behandlungsmöglichkeiten der Alkoholabhängigkeit in Deutschland

Behandlungsmöglichkeiten finden in Deutschland im ambulanten und stationären Rahmen statt. In Akutsituationen werden die Betroffenen häufig zunächst zur Entgiftung oder zum Selbst- und Fremdschutz in (psychiatrischen) Krankenhäusern untergebracht. Neben der qualifizierten Entgiftung können weiterführende Behandlungen über den zuständigen Kostenträger beantragt werden. Hier ist die stationäre meist 16-wöchige Rehabilitation vorrangig zu nennen. Auch die Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitation in einer (Fach-)Tagesklinik ist möglich. (Müller & Wiesbeck, 2014)

Im Anschluss an eine Rehabilitationsbehandlung werden Nachsorgeangebote empfohlen. Ferner wird die Teilnahme an Selbsthilfegruppen angeraten, welche einen nachweislichen Effekt auf die Sicherung der Abstinenz vorweist. Ebenfalls finden ambulante Psychotherapie sowie vereinzelt ambulante Ergotherapie statt.
Adaptionsangebote können als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluss an eine Reha beansprucht werden. Ziel ist vorrangig die Förderung der Arbeitsfähigkeit. Menschen, welche in der selbstständigen Lebensführung stark eingeschränkt sind, können Unterbringungen in Wohnheimen oder ambulant betreutes Wohnen beantragen.
Das involvierte Fachpersonal setzt sich zusammen aus der Medizin, Sozialarbeit/-pädagogik und Therapie.
(Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., 2020)

2.5.1 Kostenträger

Die genannten Angebote werden je nach individueller Voraussetzung von der Krankenversicherung oder Rentenversicherung finanziert. Die vorwiegend seitens der Rentenversicherung finanzierte stationäre Entwöhnungsbehandlung stellt die meistgenutzte Therapieform zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankung dar (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, 2019). Die Kostenträger begründen die Finanzierung der Therapieangebote mit dem Ziel der Arbeitsfähigkeit. Laut Gesetz dient beispielsweise eine Rehabilitationsmaßnahme der Beseitigung der „Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit“ und dem „vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben“ (DRV, 2020a, S.4).

Die ambulante Therapie in ergotherapeutischen Praxen wird von den Krankenkassen finanziert. Hierzu ist die (fach)ärztliche Verordnung notwendig, welche neben der Diagnose die Behandlungsart, Frequenz und Indikation vorgibt. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2021)

2.5.2 Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung zur stationären Rehabilitation

Die Reha-Therapiestandards (RTS) für die stationäre Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit gliedern laut der DRV (2016) sich in 13 evidenzbasierte Therapiemodule (ETM), deren Inhalte anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

definiert sind. Die Behandlung setzt sich u.a. zusammen aus (DRV, 2016):

- psychologischen und suchttherapeutischen Angeboten
- Angehörigenarbeit
- arbeitsbezogenen Leistungen (für arbeitslose und arbeitstätige Personen)
- Bewegungstherapie
- Gesundheitsbildung und Ernährungstherapie
- gestalterischer Ergotherapie und künstlerischen Therapien
- Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration
- Weitervermittlung in nachgehende Leistungen.

2.5.3 Rolle der Ergotherapie

Die Ziele der ergotherapeutischen Behandlung im rehabilitationsbezogenen Einzel- oder Kleingruppenkontext gliedern sich laut DRV wie folgt (2015, S. 125):

- Verbesserung bzw. Wiederherstellung motorischer und sensomotorischer Funktionen und Umsetzung in Aktivitäten
- Kompensation von Funktionseinschränkungen
- Verbesserung psychischer Grundleistungsfunktionen (z.B. Antrieb, Selbstständigkeit, Motivation, Belastbarkeit)
- Steigerung des Selbstvertrauens
- Zugang zu innerem Erleben und Ausdruck von Emotionen
- Stärkung der (psycho)sozialen Kompetenz
- PC-gestützte Verfahren mit therapeutischer Betreuung
- ausdruckszentrierte Therapie und Selbsthilfetraining
- Sozialkompetenztraining

Mit welchen konkreten therapeutischen Inhalten die beschriebenen Ziele erreicht werden, wird nicht angegeben.

Im deutschsprachigen Raum findet sich bisher keine ergotherapeutische Leitlinie für die ambulante Behandlung substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen. Jedoch besteht eine evidenzbasierte Leitlinie der Ergotherapie für “Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen” (Brown, 2012).
Die American Occupational Therapy Association (AOTA) sowie die CAOT fokussieren sich in diesem Arbeitsfeld auf die Reflektion der aktuellen Routinen. Die Auswirkungen des Konsums auf den Alltag und das Wohlbefinden werden analysiert, um bedeutsame Rollen und Betätigungen ausfindig zu machen und den Konsum durch sinngebende, bedeutsame Aktivitäten, Gewohnheiten und Rollen zu ersetzen. (Opp, o.D.; CAOT, o.D.)
Laut Rojo-Mota et al. (2017) gebe es in diesem Behandlungsfeld derzeit kein internationales Rahmenmodell, es gebe jedoch potenzielle Ansätze, welche weiterer Forschung bedürfen.

2.6 Abhängigkeit aus Betätigungssicht - Forschungsergebnisse

2.6.1 Forschungsstand der OS

Als ungesund oder von der Norm abweichend geltende Betätigungen, wie beispielsweise missbräuchlicher Alkoholkonsum, sind innerhalb der OS bislang wenig erforscht. Im Folgenden werden Ergebnisse bereits erfolgter Forschungen dargestellt.

Abhängigkeit wird innerhalb der OS als Betätigung deklariert, da sie alle dafür relevanten Kriterien erfülle. Es handele sich dabei um eine Betätigung, die andere verdränge oder ersetze. Diese gehe mit der Ausübung bestimmter Rollen einher und trage zum Wohlbefinden bei. (Kiepek et al., 2011)
Das wiederum unterstütze sie bei der Ausübung sinngebender Aktivitäten (Haltiwanger et al., 2007). Abhängigkeiten würden außerdem mit bedeutungsvollen Betätigungen verbunden und soziale und individuelle Prozesse, durch die Menschen Sinnhaftigkeit erfahren, beeinflussen (Björkman et al., 2008).
Alles, was eine Person am Konsum hindere, habe somit einen potenziell negativen Einfluss auf ihr Wohlbefinden und ihre Betätigungszufriedenheit. Dies würde u.a. mit Stigmatisierung, Lebensmüdigkeit, körperlichen Auswirkungen und Sanktionen einhergehen. (Kiepek et al., 2011)

Durch den Konsum entstünden verschiedene *Occupational Risk Factors*. Indem die Abhängigkeit zum hauptsächlichen Aspekt im Leben der abhängigen Person würde, entstünde eine *Occupational Imbalance*. Der hieraus entstehende Konflikt zwischen dem, was die Person tun sollte und dem, was sie tun möchte, könne infolgedessen zum Rückfall führen.
Die aus einer *Occupational Deprivation* resultierende verminderte persönliche Entwicklung, ein fehlender Sinn im Leben etc. können sowohl als mögliche Gründe als auch als Konsequenzen aus Alkohol- und Drogenmissbrauch betrachtet werden. Schließlich bestünde eine Verbindung zwischen einer, durch eine *Occupational Alienation* verursachte, möglichen Einsamkeit und Verzweiflung zum Rückzug einer abhängigen Person in ihre “eigene Welt”, um die Realität zu bewältigen. (Helbig & McKay, 2003)

Neben dem Genannten werden auch von nicht-abhängigen Menschen kurzfristige positive Aspekte benannt, die mit Alkoholkonsum einhergehen (Kiepek et al., 2019b):

- kognitive Leistungssteigerung
- kreative Problemlösung
- Frustrationsminderung
- Verbesserung sozialer und / oder intimer Beziehungen

2.6.2 Forschungsstand der betätigungsorientierten Praxis

Abhängigkeitserkrankung seien Auslöser multipler physischer und psychischer Probleme, welche die Betätigungsperformanz schwächen würden (Stoffel & Moyers, 2004). Die Betroffenen beschreiben in diesem Zusammenhang gehäuft Schwierigkeiten im Erhalt vorher bestehender Strukturen und Routinen, im Bereich der Arbeit und der Freizeitgestaltung sowie Einbußen der generellen Motivation (Buijsse et. al., 1999).
Durch die Abhängigkeit entstünden neue Strukturen, die sich nach der Ausübung des Konsums richteten. Veränderungen im Zusammenhang mit dem Konsum würden mit einem schnelleren Stresserleben einhergehen, welches die Rückfallgefahr steigere. Auch trage der Konsum maßgeblich zur Entwicklung der Identität bei, welche im Rahmen der Abstinenz einer Anpassung bedürfe. Da der Konsum als extreme, allumfassende Betätigung gelte, welche viele Bereiche befriedige, wird davon ausgegangen, dass die Betroffenen abseits des Konsums einen großen Mangel an Betätigungen erleben. (Wasmuth et al., 2014)
Die Ergotherapie, welche die genannten Schwierigkeiten und Problemfelder betätigungsbasiert fokussiere, sei in der Rehabilitation von substanzmittel-abhängigen Menschen von hoher Bedeutung und würde zu einem besseren Coping-Verhalten führen. (Christiansen, 1991)

Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche direkt in einem realen Setting trainiert würden und einer sofortigen Reaktion bedürfen, würden durch das direkte Training das Selbstwirksamkeitserleben verbessern und die Übertragung in Alltagssituationen erleichtern (Wasmuth, 2015).
In sozialen Kontakten würden Gedanken und Gefühle während des Konsums verschleiert, was zu einer geringeren Authentizität von Kontakten führe (Wasmuth et al., 2014). Da Abhängigkeit dementsprechend mit Defiziten im Bereich der sozialen Kompetenzen einhergehe, sei die Notwendigkeit des Einbezugs des sozialen Umfeldes essenziell (Buijsse et. al., 1999). Die Partizipation habe einen positiven Effekt auf den Rehabilitationsprozess (Wasmuth et al., 2015). Diese betätigungsbasierte Herangehensweise zeige außerdem eine höhere Wirksamkeit als rein funktionelle Ansätze (Rowe et al., 2007; Slesnick et al., 2013).

Die Abwesenheit von Betätigungsorientierung innerhalb der Therapie sowie ein Fehlen neuer, den Konsum ersetzender, Betätigungen führe laut Correia et al. (2015) zu einem verringerten Selbstwirksamkeitsgefühl und einem erhöhten Rückfallrisiko.
Dies wird durch Forschung von Martin et al. (2008) bestärkt, wonach eine Erhöhung der Betätigungsperformanz mit einem besseren Selbstwertgefühl und einer Steigerung der Lebensqualität einhergehe.

3. Methodik

In diesem Kapitel wird die Methodik der Forschungsarbeit erläutert. Zunächst wird die ermittelte Forschungsfrage definiert, um anschließend das gewählte Forschungsdesign nachvollziehen zu können. Die Einschätzung der Evidenz der gefundenen Literatur ergänzt die darauffolgende Schilderung der Literaturrecherche. Im Anschluss wird sowohl auf den Datenerhebungsprozess als auch auf die Datenanalyse eingegangen. Ausführungen zur Forschungsethik und der wissenschaftlichen Güte runden das Kapitel ab.

3.1 Fragestellung

Aus der identifizierten Forschungslücke entstand unter Einbezug der OS als Bezugswissenschaft der Ergotherapie folgende Forschungsfrage:

Wie erleben Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit nach mindestens drei-monatiger Abstinenz ihr *doing, being, becoming* und *belonging* und wie wirkt sich dies auf ihr Wohlbefinden sowie ihre Lebensqualität aus?

Die hier aufgeführten Leitfragen dienen ergänzend der Beantwortung der Forschungsfrage.

- Wie erleben die Teilnehmer:innen ihr *doing, being, becoming* und *belonging* im Vorher-Nachher-Vergleich?
- In welchen Bereichen erleben die Teilnehmer:innen seit ihrer Abstinenz Fortschritte und in welchen bestehen noch Schwierigkeiten?
- Wie beeinflusst das Betätigungs- und Alltagserleben der Teilnehmer:innen ihre Lebensqualität?

3.2 Forschungsdesign

Da es zur ermittelten Forschungsfrage keine passenden Studien gab, wurde der empirische Ansatz gewählt. Empirische Forschung basiert „auf der systematischen Sammlung, Aufbereitung und Analyse von empirischen Daten, d.h. von Informationen über die Erfahrungswirklichkeit" (Döring & Bortz, 2016, S.5).
Die Fragestellung erfragt das Erleben der Teilnehmenden, was laut Ritschl et al. (2016) die Nutzung eines qualitativen phänomenologischen Designs erforderlich macht. Dennoch wurde für diese Studie ein quantitatives Forschungsdesign gewählt, um eine möglichst hohe Zahl an Teilnehmer:innen zu erreichen.
Hierfür wurde eine nicht experimentelle Studie in Form eines Surveys mittels Online-Fragebogen durchgeführt. Mithilfe dessen werden Charakteristika der spezifischen Population erhoben, beschrieben und entsprechende Korrelationen zwischen ihnen identifiziert (Ritschl et al., 2016). Aus der beschriebenen Wahl des Forschungsdesigns leitet sich auch die Wahl der Datenerhebungs-methode ab (siehe Kap. 3.4.1).
Um dem Abbilden der persönlichen Erfahrungen der Befragten trotz quantitativem Verfahren gerecht zu werden, wurden auch qualitative Fragen mit freiem Textfeld zur Beantwortung hinzugefügt, welche mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) analysiert wurden (siehe Kap. 3.5.3).

3.3 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde anhand verschiedener englischsprachiger Suchbegriffe, welche vielfältig miteinander kombiniert wurden, durchgeführt. Unter anderem wurden die folgenden Begriffe genutzt:
OS, Alcohol) Addiction, Occupational Therapy, Doing, Being, Becoming, Belonging, Sobriety, Recovery, Substance Abuse(r), Occupation, Alcoholism, Occupational Performance, Alcoholic, Alcohol Abuser, well-being, Self-efficacy beliefs, Drinking, Ann Wilcock, Niki Kiepek, Elisabeth Yerxa.

Die bool'schen Operatoren AND, OR und NOT wurden in verschiedenen Kombinationen mit den Suchbegriffen verwendet.
Folgende Datenbanken wurden geenutzt: Doorzoek informatiebronnen Zuyd (DiZ), PubMed, OTSeeker und Google Scholar.

Die Literaturrecherche bezog sich auf Veröffentlichungen der vergangenen 25 Jahre. Bezüglich Grundlagenliteratur wurde keine Filterung für den Zeitraum der Veröffentlichung der Quellen vorgenommen.

Im Verlauf wurde ebenfalls eine Literaturrecherche in deutscher Sprache durchgeführt. Hierfür wurden u.a. die folgenden Begriffe genutzt:
Sucht, OS, Betätigungswissenschaft, Ergotherapie, Alkoholabhängigkeit, Abstinenz, Alkoholmissbrauch, Doing, Being, Becoming, Belonging, Betätigungsperformanz, Wohlbefinden, Selbstwirksamkeitserwartung usw.

Diese Recherche ergab jedoch auffallend wenig passende Treffer, was zusätzlich auf die ermittelte Forschungslücke und den hohen Bedarf an aktueller wissenschaftlicher Forschung auf diesem Gebiet im deutschsprachigen Raum hindeutet.
Im Verlauf wurde außerdem mehrfach nach ergänzender Grundlagenliteratur aus Bezugswissenschaften gesucht, um die theoretischen Grundannahmen und notwendigen Erkenntnisse zum Verständnis des Forschungsthemas zu spezifizieren.

Es wurde jede englisch- und deutschsprachige Literatur miteingeschlossen, welche das Forschungsthema konkretisierte und unterstützte. Verschiedene Studien wurden ausgewählt, welche zudem anhand der Forschungspyramide nach Tomlin und Borgetto (2011) hinsichtlich ihres Evidenzlevels eingestuft wurden (siehe Tabelle 4, Anhang 2).

3.4 Datenerhebung

3.4.1 Auswahl der Datenerhebungsmethode

Die folgenden Gründe führten zur Wahl des anonymen Online-Fragebogens als Methode der Datenerhebung.
Die Zusicherung der Anonymität stellt einen wesentlichen Aspekt für die ehrliche Beantwortung heikler und persönlicher Fragen dar, welche aufgrund von Scham und Stigmatisierung im Zusammenhang mit Alkoholabusus (Flanagan, 2013) möglicherweise beeinflusst sein könnte. Um mit dem Phänomen der sozialen Erwünschtheit adäquat umzugehen, ist die Gewährleistung der Anonymität der Teilnehmenden ebenfalls eine notwendige Maßnahme (Ritschl et al., 2016). Ein weiterer Vorteil ist die Einfachheit und der Komfort für die Befragten, da der Fragebogen während des Befragungszeitraums zu einem beliebigen Zeitpunkt in individueller Umgebung ausgefüllt werden kann.

Auch die bestehenden Umstände bedingt durch die Covid-19-Pandemie erfordern eine kontaktlose Teilnehmer:innenakquise und –befragung.
Schließlich entschied sich das Forscherteam für einen Online-Fragebogen, da eine hohe Zahl an potenziellen Teilnehmenden durch die landesweite Verbreitung des Fragebogens idealerweise zu einem umfangreichen, sofort verfügbaren Datenpool führen kann.

3.4.2 Konstruktion des Fragebogens und Pretest

Zunächst wurden Stichpunkte, die sich aus der Literaturrecherche erschlossen, auf einer Online-Mindmap (miro, o.D., siehe Anhang 3) gesammelt. Die Unterteilung erfolgte anhand der Dimensionen der OS (*doing, being, becoming* und *belonging*) sowie der weiteren Aspekte der Forschungsfrage *Lebensqualität* und *Wohlbefinden*.
Der Fragebogen (siehe Anhang 4) wurde mit dem Programm “Questback” erstellt (Questback, o.D.).
Die Befragung beginnt mit demographischen Fragen zum Alter, Familienstand, Geschlecht, weiteren Erkrankungen nach ICD-10-GM (BfArM, 2020) und Abstinenzdauer.
Überdies wird um eine Angabe gebeten, ob die Teilnehmenden von einer ambulanten oder gesetzlichen Betreuung unterstützt werden, wie alt sie zu Beginn des missbräuchlichen Konsums gewesen sind und ob in der Familie weitere Abhängigkeitserkrankungen vorliegen. Der folgende Fragebogen gliedert sich anhand der Dimensionen der OS.
Zu Beginn jedes “Fragenkapitels” erhalten die Teilnehmer:innen eine kurze Definition der jeweiligen Dimension. Diese orientiert sich grob an den Definitionen nach Hitch et al. (2014). Eine thematisch passende Abbildung sowie der Hinweis, dass einige Antwortmöglichkeiten der ICF (DIMDI, 2005) entnommen sind, findet sich ebenfalls zu den vier Dimensionen der OS. Anschließend werden zwei Fragen zum Einfluss der Abstinenz auf das Wohlbefinden gestellt. Zwei Feedback-Fragen runden den Fragebogen ab.

Die Befragung umfasst insgesamt 50 Fragen und beträgt etwa 30 Minuten Bearbeitungszeit. Es werden sowohl Auswahlmöglichkeiten als auch Felder zur freien Beantwortung zur Verfügung gestellt. Genutzt werden geschlossene (quantitativ) und offene Fragen (qualitativ) mit Einzel- und Mehrfachauswahl. Weiter bieten Likert-Skalen die Möglichkeit zur Ausprägungseinschätzung einzelner Aspekte. Zwei Fragen wurden mittels „drag & drop“ gestaltet. Diese wurden lediglich inhaltlich beschrieben. Die Limitationen bzgl. dieser Datenauswertung werden in Kap. 5.4 erläutert.

Eine zwischenzeitliche Speicherungsmöglichkeit bietet das Fragebogen-Tool nicht. Dennoch ist es möglich, den Fragebogen bei geöffnetem Browser / Smartphone für mehrere Minuten zu pausieren, ohne dass Antworten verloren gehen. Diese Information wurde den Teilnehmer:innen zu Beginn der Beantwortung gegeben.

Der Pretest wurde mit fünf Personen durchgeführt. Alle Befragten wurden im erweiterten beruflichen Kontext (z.B. über Kolleg:innen) akquiriert (siehe Tabelle 6, Anhang 5).
Anhand der Anmerkungen der Pretest-Teilnehmer:innen wurde der Fragebogen erneut hinsichtlich Verständlichkeit der Fragen und fehlenden Antwort-Kategorien ergänzt und verändert.

3.4.3 Akquise der Teilnehmenden

Für die Auswahl der Teilnehmer:innen galten die folgenden Ein - und Ausschlusskriterien:
Tabelle 5 – Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
• ≥ 30 Jahre alt • Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit • seit mind. drei Monaten abstinent lebend	• < 30 Jahre alt • weitere Abhängigkeiten (ausgenommen Medikamentenabhängigkeit) • weitere schwerwiegende psychische Erkrankungen (ausgenommen Depression); schwerwiegend wurde in diesem Zusammenhang so definiert, dass das Leben der Person aufgrund der Erkrankung subjektiv stark beeinflusst bzw. beeinträchtigt ist • weniger als drei Monate abstinent lebend

Es sollten ausschließlich Teilnehmer:innen in die Studie eingeschlossen werden, die mindestens 30 Jahre alt sind, da Personen unter 30 Jahren sich je Entwicklungsstand laut diverser Entwicklungspsycholog:innen noch innerhalb der Adoleszensphase (u.a. Seiffe-Krenke & Gehaar, 2006), bzw. im "jungen Erwachsenenalter" befinden, welches mit einer verstärkten Vulnerabilität in Verbindung steht (u.a. Sander, 2016; Herpertz-Dahlmann et al. 2013; Koch, 2016).
Die Hauptdiagnose der Alkoholabhängigkeit galt für alle Befragten. Abgesehen davon sollten keine weiteren Abhängigkeitserkrankungen vorliegen. Eine Ausnahme bildet hierbei die Medikamentenabhängigkeit, da diese statistisch häufig gemeinsam mit Alkoholabhängigkeit erfasst und behandelt wird (Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., 2019).
Ebenfalls sollten keine schwerwiegenden psychischen Erkrankungen, wie bspw. Schizotype Störungen oder Posttraumatische Belastungsstörungen, vorliegen, um sicherzustellen, dass die erlebten Veränderungen und Erfahrungen im alltäglichen Leben der Teilnehmenden zum überwiegenden Teil auf die Alkoholabhängigkeit sowie die Abstinenz zurückzuführen sind. Diesbezüglich ist die Depression als psychiatrische Nebendiagnose ausgenommen, da die Koinzidenz von depressiven Syndromen und Alkoholabhängigkeit durch zahlreiche Studien belegt wurde (Soyka & Lieb, 2004).
Als letztes Kriterium ist die Länge der Abstinenz zu nennen. Hierfür wurde ein Zeitraum von mindestens drei Monaten festgelegt, da die erste Zeit der Abstinenz als besonders kritisch gilt, in der sich viele Rückfälle ereignen.
In den Katamneseergebnissen des Entlassjahrgangs 2018 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige wurde ermittelt, dass sich 56,2 % der Rückfälle des gesamten Katamnesezeitraums eines Jahres in den ersten drei Monaten nach Abschluss der Behandlung ereignet hatten (Bachmeier et al., 2021).

Die Akquise der Teilnehmer:innen erfolgte zum einen über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS, o.D. b). Im Online-Suchthilfeverzeichnis der DHS wurden mittels Filter (Thema = Alkohol; Angebote = Ambulante Beratung / Sucht- und Drogenberatung) Deutschland-weit 948 Treffer erzielt. Einrichtungen, die sich an spezifische Zielgruppen (bspw. Personen mit Trans-Hintergrund, Geflüchtete o.Ä.) richten, wurden händisch aussortiert. An alle hierbei ermittelten Einrichtungen wurde ein Anschreiben sowie ein Flyer (erstellt über canva, o.D.) mit weiteren ergänzenden Informationen und einem zum Fragebogen führenden QR Code per Mail zugesandt (siehe Anhang 6 & 7). Insgesamt wurden 753 Einrichtungen angeschrieben und gebeten, den Fragebogen z.B. in einem Newsletter zu erwähnen und / oder an Interessierte (z.B. Selbsthilfegruppen) weiterzuleiten. Nach einem Zeitraum von zwei Wochen wurde eine Mail mit einer Erinnerung zur Teilnahme an die genannten Stellen versendet.

Zum anderen geschah die Teilnehmer:innen-Akquise über soziale Medien. Über die Plattform Facebook wurde die Studie auf drei verschiedenen Seiten verbreitet (private Gruppe "+ Ergotherapie +", Dienstleistungsseite "Thieme liebt Ergos" und privates Profil einer beteiligten Forscherin).
Von einer weiteren Akquise-Möglichkeit über Onlineforen für Betroffene wurde abgesehen, da sich das Feedback Betroffener zu derartigen Anfragen in der Recherche häufig als negativ erwies.
Vom Fachverband Sucht, dem Deutschen Verband Ergotherapie e.V. sowie der DHS erfolgte keine Rückmeldung auf die Anfrage, innerhalb eines Newsletters erwähnt zu werden.

Alle Akquise-Anfragen wurden mit der Bitte um Weiterleitung an potenzielle Interessent:innen versehen (Schneeball-Verfahren).
Zusätzlich wurde eine eigene Homepage mit Informationen zum Forschungsprojekt sowie zur OS und Ergotherapie erstellt (Abstinent durch Betätigung, 2021). Über einen Link auf der Startseite war die Teilnahme am Fragebogen ebenfalls möglich.
Die Datenerhebung lief vom 20. Juli 2021 bis zum 17. August 2021 über einen Zeitraum von insgesamt vier Wochen.

3.5 Datenanalyse

Innerhalb dieses Abschnitts wird auf die Stichprobenbeschreibung, die Dateninspektion und -analyse sowie die Interpretation der gefundenen Ergebnisse sowohl theoretisch als auch praktisch eingegangen. Hierfür werden die quantitative und qualitative Analyse voneinander unterschieden.

3.5.1 Stichprobenbeschreibung

Aufgrund des angewendeten Schneeballsystems in der Teilnehmer:innen-Akquise ist eine genaue Errechnung der Rücklauf-Quote nicht möglich. Wie in Kap. 3.4.3 erwähnt, wurden mit Hilfe des Fragebogen-Tools "Questback" 753 E-Mails versendet. Von den angeschriebenen Einrichtungen konnten 742 erreicht werden, die übrigen elf konnten aufgrund eines "Hard Bounce" (d.h. E-Mail kann dauerhaft nicht zugestellt werden) nicht zugestellt werden. Insgesamt wurden 22 Antworten aus der E-Mail-Verteilung generiert.
Aus der Link-Verteilung entstanden 34 abgeschlossene Fragebögen. Die Link-Verteilung ergibt sich aus der Weitergabe der E-Mails oder des Flyers sowie der Veröffentlichung des Links über den QR-Code, die Homepage und die verschiedenen Facebook-Seiten.
Insgesamt wurde der Link zum Fragebogen 344-mal geöffnet. Die 56 abgeschlossenen Fragebögen ergeben hieran einen Anteil von 16,28 %. Für 22 Teilnehmende wurde die Befragung aufgrund der festgelegten Ausschlusskriterien vorzeitig beendet. Die 34 abgeschlossenen und in die Studie inkludierten Datensätze ergeben also einen Anteil von 9,88 % der gesamten Link-Öffnungen.
Diesbezüglich stellt das sogenannte Rücklauf-Bias einen wichtigen Aspekt der Analyse der Stichprobe dar.
Nach Weigl (2016, S.175) nimmt das Rücklauf-Bias "auf die Tatsache Bezug, dass Personen mit bestimmten Charakteristika gehäuft an einer Befragung teilnehmen und dadurch die Umfrageergebnisse entsprechend in eine Richtung beeinflussen". Hiermit seien unter anderem bestimmte demographische Faktoren gemeint. Tendenzen, wie z.B. eine gehäufte Angabe zu mehrjähriger Abstinenzzeit, sind innerhalb der Daten zu erkennen. Nähere Beschreibungen hierzu sind Kap.4 zu entnehmen.

3.5.2 Quantitativer Anteil: Statistische Analyse

Innerhalb dieser explorativen Forschungsarbeit geschah die Analyse der Daten des quantitativen Anteils des Fragebogens anhand von deskriptivstatistischen Methoden. Nach Döring und Bortz (2016, S. 621) werden diese verwendet, "um das quantitative Datenmaterial hinsichtlich der Vielzahl der Variablen zu strukturieren sowie besondere und vielleicht auch unerwartete Effekte zu finden".

Die quantitativen Daten wurden anhand von Nominal- und Ordinalskalen ausgewertet. Im ersten Schritt wurde die automatisch generierte Datenauswertung des Fragebogen-Tools "Questback" gesichtet.
Die gesamten Rohdaten wurden heruntergeladen und mit Hilfe des Tabellenkalkulationsprogramms Microsoft Excel dargestellt. Folgend wurden die Datensätze der Teilnehmenden, die aufgrund der Ausschlusskriterien nicht an der Studie teilnehmen konnten, aus der Excel-Tabelle aussortiert (Ausschnitt siehe Anhang 8). Hieraus ergab sich eine Gesamtanzahl der Grundgesamtheit von N = 34.

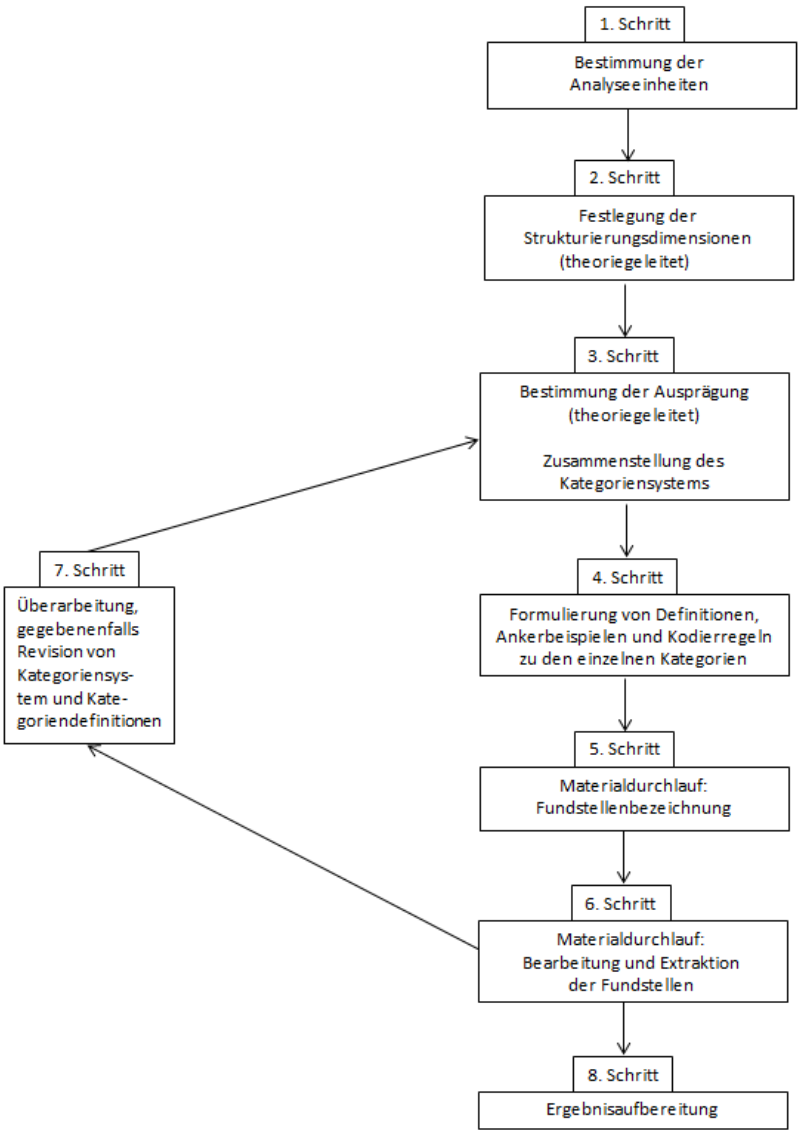
Die Fragen mit Ordinalskalenniveau wurden anhand von Durchschnittswerten (Mittelwert bzw. arithmetisches Mittel) ausgewertet.
Bei einigen dieser Fragen wurde ebenfalls die Standardabweichung errechnet. Sie beschreibt die durchschnittliche Abweichung der betreffenden Werte vom Mittelwert bzw. Durchschnitt (Ritschl et al., 2016).
Die Fragen mit Nominalskalenniveau wurden in Form von prozentualen Anteilen an der Gesamtheit analysiert und zum Teil ebenfalls in ganzen Zahlen dargestellt (siehe Kap. 4).

In der Dateninspektion wurden zunächst die Dimensionen *doing, being, becoming, belonging* und *Wohlbefinden* / *Lebenszufriedenheit* einzeln betrachtet. Dieses geschah auf multiperspektivische Weise durch die beteiligten Forscherinnen, um eine möglichst hohe Qualität der ermittelten Resultate zu gewährleisten. Jede Dimension beinhaltete unterschiedlich viele Fragen im Fragebogen. Jede Frage innerhalb einer Dimension wurde deskriptivstatistisch analysiert, sodass die errechneten Mittelwerte und eventuelle Standarddeviationen Rückschlüsse auf die jeweilige Dimension zuließen.
Die für die Beantwortung der Forschungsfrage wichtigen Variablen wurden anschließend grafisch dargestellt. Zur Visualisierung wurden sowohl Balken- und Säulendiagramme als auch Kreisdiagramme genutzt. Einige Studienergebnisse wurden lediglich deskriptiv beschrieben.

3.5.3 Qualitativer Teil: Analyse nach Mayring (2015)

Der qualitative Anteil der in Kapitel 4 folgenden Auswertung basiert auf der *Strukturierung* bzw. *deduktiven Kategorienanwendung* nach Mayring (2015).
Mayring formuliert hierfür ein allgemeines Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalysen:

Abb. 2 – Ablaufmodell strukturierter Inhaltsanalyse (basierend auf Mayring, 2015)



Für die Datenauswertung wurde ein Kategoriensystem erstellt, mit dessen Hilfe die für die Kategorien relevanten Inhalte systematisch aus dem Material extrahiert werden konnten. Die entsprechenden *Strukturierungsdimensionen*, aus welchen sich anschließend das Kategoriensystem zusammenstellt, müssen laut Mayring "aus der Fragestellung abgeleitet und theoretisch begründet werden" (2015, S. 97).

Genutzt wurde hierzu die ICF (DIMDI, 2005). Auf Basis dieses Klassifikationssystems wurden im Vorfeld Antwortmöglichkeiten innerhalb des Fragebogens konstruiert (siehe Kap. 3.4.2).
Für das Kategoriensystem der qualitativen Datenauswertung wurden die "Klassifikationen der ersten Ebene" genutzt, welche eben jenen Antwortmöglichkeiten entsprechen.
Die insgesamt acht Kategorien setzen sich zusammen aus einem Teil der Komponenten *b*, *d* und *e* (siehe Kap.4.2).

Aufgrund der geringen Menge an qualitativen Daten wurde absichtlich ein Kategoriensystem ohne Unterkategorien erstellt.
Mittels Definitionen (entnommen und leicht modifiziert anhand der ICF, aussagekräftigen Ankerbeispielen und Kodierregeln wurde das Kategoriensystem präzisiert (siehe Anhang 9).

Nach Mayring wird die Tauglichkeit des Kategoriensystems durch einen ersten Materialdurchgang erprobt und das System anschließend eventuell überarbeitet und ergänzt. Hieran schließt sich der Hauptmaterialdurchlauf an. Mayring sieht vor, dass beide Durchläufe aus je zwei Schritten bestehen, der "Bezeichnung der Fundstellen und der Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen" (2015, S. 99). Aufgrund der Kürze des vorliegenden Materials wurde jedoch innerhalb dieser Forschungsarbeit auf die Bezeichnung der Fundstellen verzichtet (Schritt Fünf). Ebenfalls entfiel dadurch der erste Probedurchlauf und die Überprüfung und Ergänzung des Kategoriensystems geschah während der Hauptmaterialanalyse.
In einer Excel-Tabelle wurden alle Antworten der Teilnehmenden im genauen Wortlaut erfasst und den entsprechenden Kategorien zugeordnet (siehe Anhang 10). Eventuelle nicht passende Antworten (z.B. nicht passend zur Fragestellung oder keiner Kategorie zuordenbar) wurden in einem separaten Feld innerhalb der Tabelle dokumentiert und aus dem Analysematerial gestrichen (Makrooperatoren Auslassen und Selektion [Mayring, 2015]).

Mayring differenziert vier Formen der strukturierenden Inhaltsanalysen, welche sich in Schritt Zwei (Festlegung der Strukturierungsdimensionen) und Schritt Acht (Ergebnisaufbereitung) unterscheiden. Die vorliegende Datenauswertung beruht auf dem Vorgehen der *inhaltlichen Strukturierung*. Ziel dieser sei es, "bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen" (Mayring, 2015, S. 103).
Das extrahierte Material wurde dann anhand der Regeln der Zusammenfassung nach Mayring (2015) zusammengefasst. Als Abstraktionsniveau wurde jede vollständige Aussage einer teilnehmenden Person festgelegt, unabhängig von der Länge des Zitates.
Es wurden insbesondere die Makrooperatoren Generalisation und Bündelung verwendet. In einer Rücküberprüfung wurde überwacht, dass das Ausgangsmaterial in der Zusammenfassung korrekt repräsentiert wurde.
Der Anteil von qualitativen Fragestellungen zur freien Beantwortung, welche nach dieser Methode analysiert wurden, belief sich mit insgesamt acht Fragen (eine davon erbat Feedback zum Fragebogen selbst) auf 16 Prozent.
Die Resultate der quantitativen sowie qualitativen Datenanalyse werden in Kap. 4 genau beschrieben. Daraufhin fand die Interpretation der ermittelten Ergebnisse statt (siehe Kap. 5).

3.5.4 Inhaltliche Interpretation der Ergebnisse

Die für die Forschungsarbeit relevanten deskriptivstatistischen Ergebnisse werden bezüglich der Forschungsfrage interpretiert.
Hierfür werden zunächst die Ergebnisse für die einzelnen Unterkategorien der Thematik (Dimensionen der OS und deren Zusammenhang zur Lebensqualität) herausgearbeitet.
Auf Basis dessen wird ein Gesamtergebnis erarbeitet. Überinterpretationen und unzulässige Generalisierungen sind hierbei zu vermeiden. Dies betrifft ebenfalls post-hoc-Erklärungen, "in denen plausibel klingende, aber theoretisch nicht fundierte, mehr oder minder beliebige Begründungen für unerwartete Ergebnisse nachgeliefert werden" (Döring und Bortz, 2016, S. 617). Spekulationen sollten jederzeit als solche gekennzeichnet werden.
Die Erwähnung von Limitationen der Studie sowie daraus folgender etwaiger Grenzen ihrer Aussagekraft und Empfehlungen für weitere Forschung sind ebenso wichtig zu erwähnen, wie die Bedeutung der generierten Ergebnisse für das beschriebene

Forschungsproblem. Hierbei sind die Regeln guter wissenschaftlicher Praxis einzuhalten. (Döring und Bortz, 2016)
Die oben beschriebenen Vorgaben zur inhaltlichen Interpretation der statistischen Ergebnisse werden ebenso auf die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse angewandt.
Die Interpretation und Diskussion der Forschungsergebnisse werden in Kap. 5 erläutert.

3.6 Forschungsethik

Die Forschungsethik beinhaltet nach Döring und Bortz "alle ethischen Richtlinien, an denen sich Forschende bei ihren Forschungsarbeiten – und zwar hier speziell bei der Datenerhebung und Datenanalyse im Rahmen empirischer Studien – orientieren sollen" (2016, S. 123). Ein verantwortungsvoller Umgang mit Teilnehmenden und ihr "Schutz vor unnötigen und unverhältnismäßigen Beeinträchtigungen durch den Forschungsprozess" stehen zentral (Döring & Bortz, 2016, S. 123). Aus diesem Grund ist es nötig, diese Aspekte im Vorfeld einer Studie im Sinne forschungsethischer Praxis eingehend zu berücksichtigen.
Auch der Ethikkodex und die Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie (Deutscher Verband Ergotherapie e.V. [DVE], 2005) weisen auf das Tätigkeitsfeld der Forschung hin. Hier ist Folgendes festgelegt: "Bei der Durchführung von Forschungsarbeiten achten und beachten Ergotherapeuten [*sic*] die damit verbundenen ethischen Grundsätze / Auswirkungen".

Nach Sales und Folkman (2000) besteht ein ethisch verantwortungsvoller Umgang mit Studienteilnehmenden im Wesentlichen aus den folgenden drei Prinzipien.

Freiwilligkeit und informierte Einwilligung
Um sicherzustellen, dass die Teilnahme an der Forschungsarbeit bewusst und auf Basis aller nötigen Informationen erfolgt, wurde eingangs Zielsetzung und Ablauf der Studie in verständlicher Weise beschrieben.
Für das Zusammenstellen der relevanten Informationen (siehe Anhang 11) für einen "informed consent" (informierte Einwilligung), orientierten sich die Forscherinnen an den Ethikrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2004):

- Zweck der Forschungsarbeit
- erwartete Dauer der Studie sowie deren Vorgehen
- Recht auf Ablehnung oder Beendigung der Teilnahme ohne Angabe von Gründen sowie der Hinweis, dass hieraus keinerlei Konsequenzen entstehen (in diesem Fall wurde keine der bereits gegebenen Antworten gespeichert oder in der Studie verwendet)
- Faktoren, die die Bereitschaft zur Teilnahme beeinflussen könnten (im Falle der vorliegenden Forschungsarbeit bezieht sich dieser Aspekt auf sensible Fragestellungen, die möglicherweise unangenehme Empfindungen auslösen könnten)
- voraussichtlicher Erkenntnisgewinn durch die Studie
- Gewährleistung von Anonymität
- Kontaktadressen der Forscherinnen bei etwaigen Nachfragen (über E-Mail)

Durch Zustimmung, dass die personenbezogenen Daten gemäß den dort aufgeführten Einzelheiten verarbeitet werden dürfen, bestätigten die Teilnehmer:innen aktiv ihre freiwillige Teilnahme.
Über das Kontaktformular auf der für die Studie erstellten Homepage bestand bzw. besteht

die Möglichkeit, bei Interesse über die wichtigsten Erkenntnisse der Forschungsarbeit informiert zu werden. Auch dies ist anonym möglich.

Schutz vor Beeinträchtigung und Schädigung
Da sich die Forschungsarbeit mit einer für die Teilnehmenden potenziell problematischen Thematik befasst, lag ein besonderer Fokus darauf, sicherzustellen, dass keine psychischen Beeinträchtigungen aufgrund der Studie bei den Teilnehmer:innen entstehen.
Der Hinweis, dass kurzfristig negative Empfindungen, z.B. durch Reflektion des eigenen Konsumverhaltens, der Krankheitsgeschichte etc., auftreten können, wurde zu Beginn des Fragebogens kommuniziert. Hierfür wurde eine Trigger-Warnung ausgesprochen. Zusätzlich dazu wurde auf die Möglichkeit des Empfindens von Suchtdruck und die Notwendigkeit der Hilfe zur psychischen Entlastung hingewiesen. In diesem Fall wurden die Teilnehmenden gebeten, ihren Notfallkontakt oder eine Selbsthilfegruppe zu kontaktieren. Ebenfalls wurde ein direkter Link zur Seite “Hilfe vor Ort” der DHS (o.D. c) eingefügt.

Anonymisierung und Vertraulichkeit der Daten
Aus forschungsethischer Sicht ist die Anonymität der Teilnehmenden unbedingt zu wahren. Aus diesem Grund geschieht die Datenerhebung mittels eines anonymen Online-Fragebogens. Um eine Vertraulichkeit zu gewährleisten, sind die Datensätze überdies ausschließlich dazu autorisierten Personen (Forscherinnen und Korrigierende) zugänglich, worüber die Studienteilnehmer:innen im Vorfeld aufgeklärt wurden.
Sämtliche Datenschutzvorschriften der Hochschule sowie nationale Datenschutzrichtlinien wurden zu jeder Zeit eingehalten. Über eingefügte Links konnten nähere Informationen zu den entsprechenden Bestimmungen sowie der Datenverarbeitung abgerufen werden. Eine aktive Zustimmung zu den beschriebenen Datenschutzaspekten war für eine Teilnahme an der Forschungsarbeit obligatorisch.

3.7 Wissenschaftliche Güte: Kriterien der quantitativen Forschung

Im Folgenden wird die vorliegende Forschungsarbeit anhand der Gütekriterien für quantitative Forschungen betrachtet.

Validität
Das Kriterium der Validität beschreibt, ob das in der Studie verwendete Messinstrument tatsächlich das misst, was es messen soll. Nach Schönthaler (2016, S.258) sei sie “nicht allgemein die Eigenschaft eines Assessments, sondern die Eigenschaft eines Assessments für die jeweilige Aufgabenstellung (Personengruppe, Region, Zweck etc.)”.
Um also die Personengruppe mit der gewählten Messmethode so genau wie möglich zu erfassen, wurde im Vorfeld eine ausführliche Literaturrecherche zur genauen Definition der Forschungslücke durchgeführt. Auf diese Weise konnte die Thematik umfassend betrachtet werden, was als Basis für die Erstellung des Fragebogens diente. Zur Bewertung der Qualität der gefundenen Quellen wurde die Evidenzpyramide nach Tomlin und Borgetto (2011) zu Rate gezogen. Anhand der ermittelten Literatur wurde die Operationalisierung des Fragebogens vorgenommen (siehe Kap. 3.4.2).
Hinsichtlich der Verbreitung des Fragebogens wurde eine Vorauswahl der Teilnehmer:innen durch eine landesweite Verteilung minimiert. Ebenfalls sorgte die Wahl der Ausschlusskriterien dafür, ein möglichst breites Spektrum an Teilnehmenden in die Studie zu inkludieren. Auf diese Weise soll der Fragebogen das Erleben der beschriebenen Zielgruppe so gut wie möglich darstellen. Ebenfalls wurden nur solche Daten ermittelt, die tatsächlich zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind.
Demzufolge ist das Kriterium der Validität erfüllt.

Reliabilität
Die “Reliabilität bzw. Zuverlässigkeit […] gibt an, wie gering oder stark ein Test durch Messfehler verzerrt ist” (Döring & Bortz, 2016, S. 442). Das bedeutet hierdurch wird die Messgenauigkeit beschrieben.
Der für die Datenerhebung entwickelte Fragebogen ist lediglich teilstandardisiert, er beinhaltet sowohl geschlossene als auch offene Fragen. Er basiert auf einer soliden theoretischen Forschungsgrundlage, was die Zuverlässigkeit erhöht. Bei einer wiederholten Durchführung könnte der Fragebogen genauso verwendet oder nötigenfalls adaptiert werden.
Messfehler werden durch die anonyme Beantwortung durch die Teilnehmenden reduziert, es geschah keine Einflussnahme durch die Forscherinnen. Demnach ist das Phänomen der sozialen Erwünschtheit (“social desirability bias”) geringer ausgeprägt als im persönlichen Kontakt zwischen Forscherinnen und Teilnehmer:innen.
Dennoch würde der Fragebogen höchstwahrscheinlich bei erneuter Anwendung nicht dieselben Ergebnisse liefern, da das Erleben der Befragten subjektiv unterschiedlich ausfällt. Auch dieselbe Person würde zu einem anderen Messzeitpunkt möglicherweise zum Teil andere Antworten geben, da die Einschätzung des eigenen Befindens etc. von sehr vielen Einflussfaktoren abhängig ist. Dennoch würden die Ergebnisse vermutlich ähnlich ausfallen.
Zusammenfassend ist also das Kriterium der Reliabilität nur teilweise erfüllt.

Objektivität
Nach Döring und Bortz (2016, S. 442) sagt die Objektivität aus, “ob ein Test bzw. dessen Ergebnis von der Person des Testanwenders [*sic*] unabhängig ist. Ein Test ist objektiv, wenn verschiedene Testanwender [*sic*] bei denselben Testpersonen zu denselben Testergebnissen gelangen.”.
Innerhalb des gesamten Forschungsprozesses wurde die Vorgehensweise genau geplant und beschrieben. Um ein eventuelles Bias zu verhindern, geschah eine kontinuierliche Reflektion der Forscherinnen während der Konstruktion des Messinstruments, der Datenerhebung und –analyse.
Um eine Objektivität zu gewährleisten, wurde der Fragebogen verständlich formuliert. Hierfür wurde ebenfalls das Feedback aus den Pretests genutzt. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Teilnehmenden die Befragung selbstständig ohne ungewollte Einflüsse weiterer Personen ausfüllen können. Durch die Verbreitung via Online-Tools ist ein Ausfüllen des Fragebogens unabhängig vom Ort, in von den Teilnehmenden gewünschter Atmosphäre möglich.
Ferner ist die deskriptive Statistik eine objektive Methode der Datenanalyse. Auch die qualitative Datenanalyse wurde in Teilen objektiviert, indem die Kategorien für die Inhaltsanalyse anhand von bereits bestehender gängiger wissenschaftlicher Praxis generiert wurden.
Das Kriterium der Objektivität konnte also ebenfalls erfüllt werden.

4. Resultate

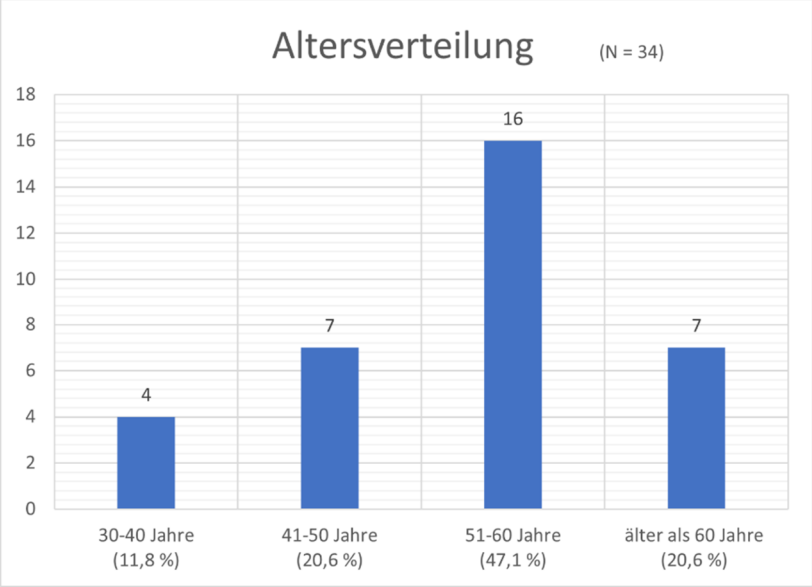
In dieser Sektion werden die Ergebnisse der Online-Befragung berichtet. Dies geschieht zunächst mittels deskriptiver Statistik für den quantitativen Anteil, welcher sich aus den demographischen Daten, den Dimensionen der OS sowie Ergebnissen des Themenbereichs *Wohlbefinden* zusammensetzt. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse des qualitativen Anteils des Fragebogens dargestellt. Hierbei wird die *deduktive Kategorienanwendung* nach Mayring (2015) für die Zusammenfassung der Inhalte genutzt.

4.1 Quantitativer Anteil

4.1.1 Demographische Daten

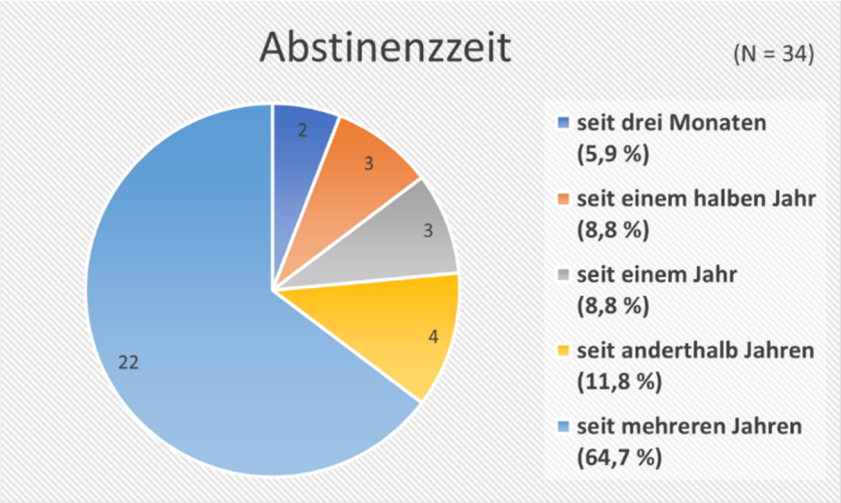
Von insgesamt 56 Teilnehmer:innen (TN) schlossen 34 Personen die Befragung vollständig ab (Gesamtmenge N = 34). Für 22 Teilnehmende wurde sie aufgrund der festgelegten Ausschlusskriterien (siehe Kap. 3.4.3) vorzeitig beendet.
Von den 34 TN, definierten sich 13 Personen (38,24 %) als weiblich und 21 Teilnehmende (61,76 %) als männlich.
Elf Personen (32,4%) gaben als zusätzliche Diagnose eine affektive Störung und 23 Personen (67,6%) keine der genannten Störungen an. Bei etwa dreiviertel der Teilnehmenden (76,47 %) fanden sich weitere Abhängigkeitserkrankungen innerhalb der Familie. Lediglich fünf Befragte verneinten dies (14,71 %), drei Personen war diese Information nicht bekannt (8,82 %).
Der Familienstand gliederte sich wie folgt: ledig 14,01 % (5 TN), in einer Partnerschaft 26,47 % (9 TN), verheiratet 47,01 % (16 TN), geschieden 11,76 % (4 TN).
Bezüglich einer ambulanten oder gesetzlichen Betreuung gab die Hälfte der Befragten (18 TN) an, durch diese nicht unterstützt zu werden. Die andere Hälfte der Teilnehmenden äußerte, durch derartige Angebote derzeit unterstützt zu werden (7 TN) bzw. in der Vergangenheit unterstützt worden zu sein (9 TN)
Der größte Anteil der Teilnehmenden befindet sich in der Altersgruppe von 51 bis 60 Jahren (16 TN). Gleichermaßen viele Personen (7 TN) entfallen auf die Alterskategorien von 41 bis 50 Jahren sowie älter als 60 Jahren. Lediglich vier Teilnehmer:innen gaben an, 30 bis 40 Jahre alt zu sein.

Abb. 3 - Altersverteilung



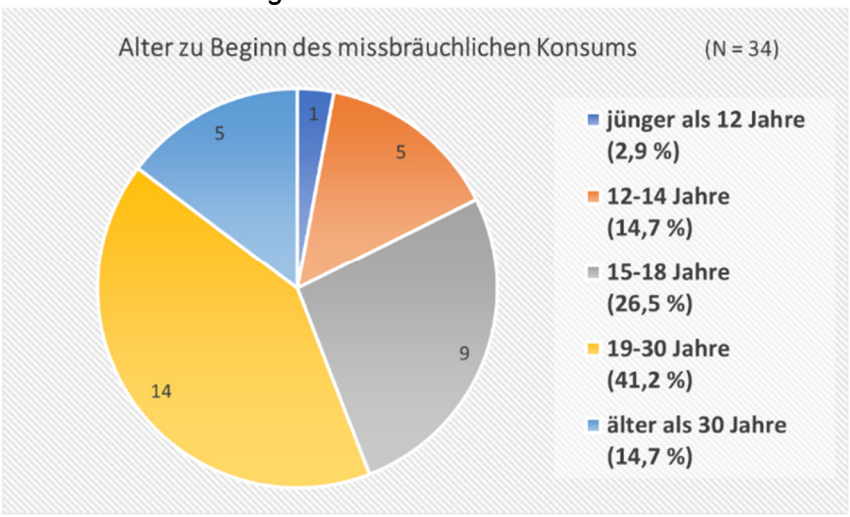
Die Abstinenzzeit der befragten Personen gliedert sich wie in Abb. 4 dargestellt. Mehr als die Hälfte aller Teilnehmenden (64,7 %) gab an, bereits seit mehreren Jahren abstinent zu leben. In der Kategorie mit der für die Forschungsarbeit festgelegten Mindest-Abstinenzzeit von drei Monaten finden sich zwei Personen. Je drei Teilnehmende erklärten, seit einem halben Jahr bzw. einem Jahr abstinent zu sein. Vier Personen deklarierten eine Abstinenzzeit von anderthalb Jahren.

Abb. 4 - Abstinenzzeit



Die Teilnehmer:innen wurden ebenfalls zu ihrem Alter zu Beginn des missbräuchlichen Alkoholkonsums befragt. Hierbei gab lediglich eine Person an, dabei jünger als zwölf Jahre alt gewesen zu sein. Fünf Teilnehmende deklarierten die Altersspanne von zwölf bis 14 Jahren als Beginn ihres Konsums. Etwa ein Viertel der Befragten (9 Personen = 26,5 %) sei zu Konsumbeginn zwischen 15 und 18 Jahren alt gewesen. Der größte Anteil (14 Personen = 41,2 %) sagte aus, zwischen 19 und 30 Jahren alt gewesen zu sein. In der ältesten Kategorie von über 30 Jahren gaben wiederum fünf Personen an, mit dem missbräuchlichen Konsum begonnen zu haben.

Abb. 5 – Alter zu Beginn des missbräuchlichen Konsums



4.1.2 *Doing*

Seit der Abstinenz erleben die Teilnehmer:innen überwiegend mittelstarke bis starke **Veränderungen ihrer Alltagsbetätigungen** (Gesamtdurchschnitt = 3,75 von 6), wobei diese hier keiner Positiv- oder Negativwertung unterliegen. Die **Relevanz** der einzelnen Faktoren wurde gehäuft als wichtig bis sehr wichtig eingestuft (Gesamtdurchschnitt = 4,08 von 6) (siehe Tabelle 7).
"Auf die Gesundheit achten" zeigt sowohl bei der Stärke der Veränderung sowie der Wichtigkeit die höchsten Werte an. Die niedrigsten Werte wurden beim "Einkaufen" ersichtlich.
Ein großer Teil der Befragten bewertete das "Einkaufen" in der Folgefrage („drag & drop") mit einer erhöhten Schwierigkeit.
Ebenfalls hohe Veränderungswerte ergaben die Antwortmöglichkeiten "Mit Stress umgehen" und "Mit Krisensituationen umgehen", welchen gleichzeitig ein hoher Wichtigkeitswert zugeordnet wurde. Die größte Diskrepanz zwischen Veränderung und Wichtigkeit zeigte sich im Bereich "Entspannung und Erholung". Während der Mittelwert der Abweichung bei 0,33 liegt, erreichte er hier einen Wert von 0,65.

Tabelle 7 – Alltagsbetätigungen sortiert nach „Wichtigkeit"

	Wichtig-keit	Verände-rung	Abweichung Wichtigkeit zu Veränderung
Auf die eigene Gesundheit achten (physisches und mentales Wohlbefinden)	4,68	4,50	0,18
Mit Krisensituationen umgehen	4,62	4,32	0,30
Entspannung und Erholung	4,53	3,88	0,65
Mit Stress umgehen	4,47	4,26	0,21
Studium / Arbeit / Ehrenamt	4,38	4,09	0,29
Konversation (mündlich oder schriftlich, mit Bekannten oder Fremden)	4,29	3,91	0,38
Finanzen (z.B. Geld sparen, ein Bankkonto unterhalten, wirtschaftliche Eigenständigkeit)	4,09	3,65	0,44
aktive Freizeit (Sport, Hobbys etc.)	4,00	3,76	0,24
passive Freizeit (Lesen, TV etc.)	4,00	3,56	0,44
Sich um (Haus)Tiere kümmern	4,00	3,53	0,47
Hausarbeiten erledigen (z.B. Wäsche waschen, Wohnraum reinigen)	3,88	3,62	0,26
Verwandte oder Freund:innen treffen	3,85	3,29	0,56
Gemeinschaftsleben (z.B. soziale Vereinigungen, gesellschaftliche Feierlichkeiten)	3,79	3,62	0,17
Tägliche Routinen durchführen (z.B. Zeit- und Tagesplanung)	3,79	3,65	0,14
Mahlzeiten vorbereiten	3,62	3,44	0,18
Einkaufen (z.B. Lebensmittel für den täglichen Bedarf)	3,41	2,97	0,44
Mittelwerte	**4,09**	**3,75**	**0,34**

88,2% der Teilnehmenden gaben an, dass seit ihrer Abstinenz **neue Betätigungen** zu ihrem Alltag dazu gekommen seien. 66,1% sagten aus, dass diese erfüllender als die bereits bekannten Betätigungen zu Konsumzeiten seien. Das veränderte Betätigungsverhalten und -erleben im *doing* wird unter Kap. 4.2 näher erläutert.
Eine Einschätzung über die **Leichtigkeit der Durchführung verschiedener Alltagsbetätigungen** lieferte folgende Erkenntnisse („drag & drop“ Frage). Die Anzahl der Antworten variierte von 31 (“Hobbys nachgehen”) bis 17 (“Sich um (Haus)Tiere kümmern”) und wurde von 1 = leicht bis max. 15 = schwer angeordnet.
Häufig im obersten Bereich (<3) wurden die Betätigungen “Hobbys nachgehen”, “Tägliche Routinen durchführen” sowie “Hausarbeiten erledigen” angegeben.
Im unteren Bereich (>8) zeigten sich die Aspekte “Mit Krisensituationen umgehen”, “Mit Stress umgehen” und “Gemeinschaftsleben”.
Die größte Standardabweichung (bei den Aspekten, die von den meisten Personen beantwortet wurden) fand sich mit einem Wert von 4,63 bei der “Erholung und Freizeit”, wohingegen die geringste Standardabweichung im Bereich “Studium / Arbeit / Ehrenamt” (3,17) sichtbar wurde.

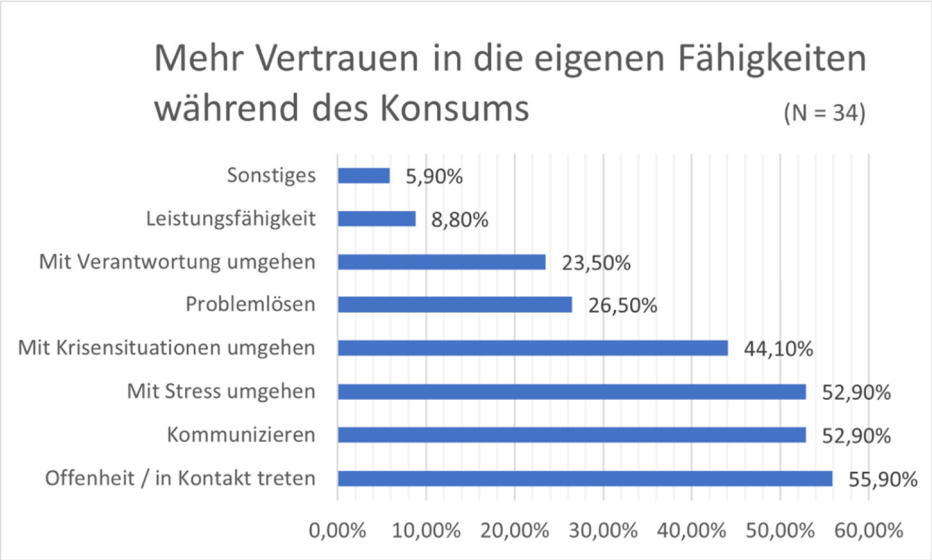
Im Bereich des *doing* wurden die Teilnehmenden außerdem dazu aufgefordert, ihr **Betätigungsverhalten während des aktiven Konsums** zu reflektieren. Erfragt wurden die Betätigungen bzw. Techniken, die im Alltag angewandt wurden, um ein positives Erleben zu erzielen (mit Ausnahme des Konsums). 55,9 % der Teilnehmer:innen nutzten hierfür Betätigungen der “passiven Freizeit” (bspw. Lesen oder TV schauen). Etwa die Hälfte der 34 Befragten (47,1 %) wählte hier außerdem die Antwortmöglichkeit “Soziales, z.B. Freund:innen treffen, mit anderen sprechen”.
Bezüglich ihrer **Tagesstruktur** gaben 67,6 % der Teilnehmenden an, dass sich diese seit der Abstinenz verändert habe. Die restlichen 32,4 % äußerten sich differenzierter, ihre Tagesstruktur habe sich nur teilweise verändert. Keine der befragten Personen sagte aus, dass sich ihre Tagesstruktur gar nicht verändert habe. Im Folgenden wurde dazu aufgefordert, nuancierter darzustellen, inwiefern sich die Tagesstruktur verändert hat (siehe Kap. 4.2).

4.1.3 *Being*

In dieser Dimension wurde zunächst das subjektive **Wohlbefinden** der Teilnehmenden im Vergleich zur Zeit vor der Abstinenz erfragt. 33 von 34 Antwortende äußerten ein besseres Wohlbefinden seit ihrer Abstinenz. Nur eine Person schätzte ihr Wohlbefinden als unverändert ein.
Ob der Konsum die Entwicklung der eigenen **Identität** bzw. Persönlichkeit beeinflusst hat, bestätigten ebenso 31 Personen. Drei Teilnehmende wählten die Antwort “Weiß nicht”.
Die Teilnehmer:innen wurden überdies gebeten, zu beurteilen, wann sie sich eher als “**sie selbst**” gefühlt haben. 29 Personen sagten aus, dies sei seit ihrer Abstinenz der Fall, wohingegen drei Personen sich eher während des Konsums als “sie selbst” gefühlt haben. Zwei Teilnehmende wählten hier die Antwortmöglichkeit “Weiß nicht”.
Der Fragebogen beschäftigte sich auch mit dem gewünschten **Selbstbild** der Befragten. Die Frage, ob der Konsum sie näher an die Person gebracht habe, die sie gern sein wollten (z.B. offener, entspannter, leistungsfähiger etc.), offenbarte ein gemischtes Ergebnis. In etwa gleich viele Personen gaben an, dass dies zutreffe (35,3 % = 12 Personen), nicht zutreffe (26,5 % = 9 Personen) oder teilweise zutreffe (38,2 % = 13 Personen).
Erfragt wurde außerdem der **Einfluss des Konsums auf das Selbstvertrauen**. 41,2 % sagten aus, dass der Konsum dieses Selbstvertrauen nicht erhöht habe. 26,5 % äußerten sich hingegen positiv. 32,4 % empfanden eine teilweise Erhöhung des Selbstvertrauens durch den Konsum.

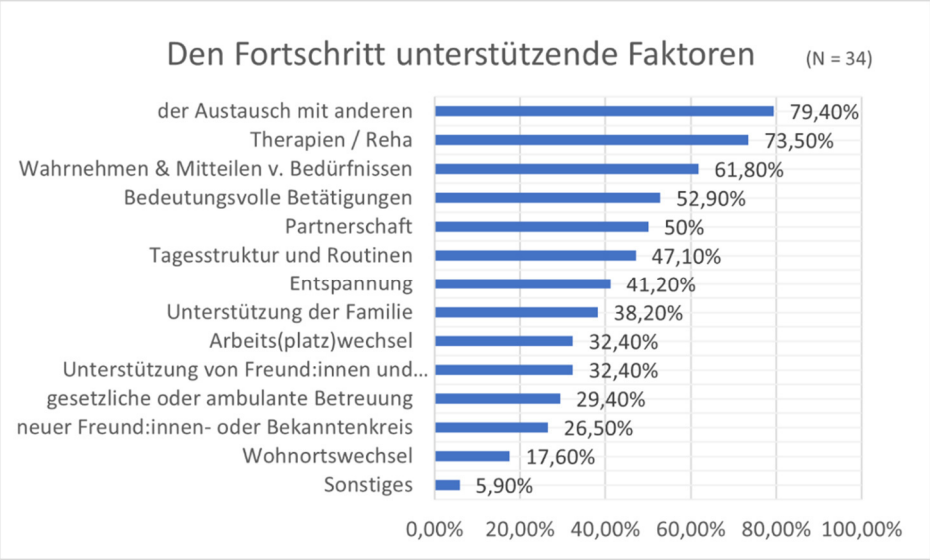
Mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten unter Einfluss des Konsums wurde von 55,9 % der Befragten im Bereich “Offenheit / in Kontakt treten” dargelegt (siehe Abb. 6). Ebenfalls hohe Werte (je 52,9 %) erzielten die Antwortmöglichkeiten “Kommunizieren” sowie “Mit Stress umgehen”. Das Vertrauen in die “Leistungsfähigkeit”, z.B. bei der Arbeit oder im Studium, wurde durch den Konsum durchschnittlich wenig positiv beeinflusst (8,8 %).

Abb. 6 – Einfluss des Konsums auf das Selbstvertrauen



Die Fähigkeit, auf zukünftige, herausfordernde Situationen konsumfrei zu reagieren und diese zu bewältigen wurde insgesamt als sehr gut (55,9 %) bis gut (41,2 %) eingestuft. Lediglich eine Person (2,9 %) befand diese Fähigkeit als mittelmäßig.
Gezielter erfragt wurde die Einschätzung der persönlichen **Fortschritte** in verschiedenen Bereichen des *being*. Allgemein wurden die Fortschritte gehäuft als “stark” bis “etwas” mit einem Durschnitt von 3,41 von 4 benannt. Am häufigsten als starker Fortschritt wurden die Antwortmöglichkeiten “Selbstwahrnehmung” (73,5 %), “Motivation” (64,7 %) sowie “Selbstvertrauen” (61,8 %) festgestellt.
Die Bereiche mit den meisten “kaum Fortschritt”-Antworten waren “Kontaktfreudigkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit” (17,6 %), “Impulskontrolle” (14,7 %) und “Psychische Stabilität” (11,8 %).
Vereinzelt sagten Teilnehmer:innen aus, dass sie in gewissen Bereichen keinen Fortschritt gemacht hätten. Zwei Personen bezeichneten den Fortschritt des Aspekts “verminderter Drang nach Suchtmitteln” als nichtzutreffend. Die größte Standardabweichung mit einem Wert von 1,15 war ebenfalls in diesem Bereich zu verzeichnen (Durchschnitt 3,26 von 4).
Unterstützung im Fortschritt der o.g. Bereiche erfuhren die Teilnehmer:innen auf verschiedenste Weise. Durchschnittlich waren der “Austausch mit anderen” (74,4 %), “Therapien / Reha” (73,5 %) sowie “Wahrnehmen und Mitteilen von Bedürfnissen” (61,8 %) am meisten unterstützend (siehe Abb. 7). “Bedeutungsvolle Betätigungen” wurden gleichermaßen von etwa der Hälfte der Befragten (52,9 %) als unterstützend erlebt. Es bestand die Möglichkeit, unter dem Feld “Sonstiges” freie Antworten zu formulieren. Hier wurden die Aspekte “Elternschaft” sowie “Motivation durch Erreichen selbstgesteckter Abstinenzziele” als unterstützende Faktoren beschrieben.

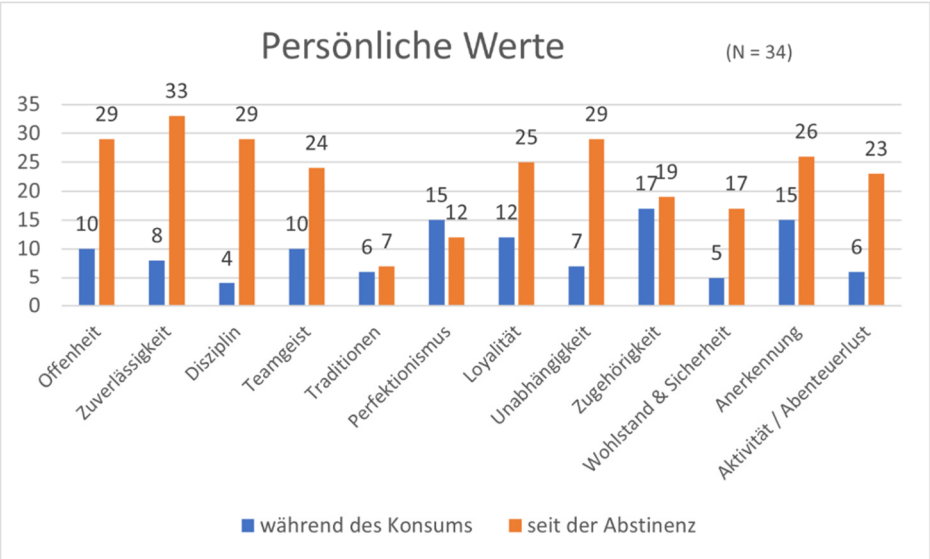
Abb. 7 – Den Fortschritt unterstützende Faktoren



Eine deutliche Mehrheit der Teilnehmenden (97,1 %) war der Meinung, dass ihnen die o.g. erreichten Fortschritte bei der Bewältigung zukünftiger Herausforderungen helfen können. Lediglich eine Person (2,9 %) glaubte nicht daran.

Schließlich wurden die Teilnehmer:innen zu ihren **persönlichen Werten** befragt (siehe Abb. 8). Es sollte differenziert dargestellt werden, welche Werte während des Konsums auf das individuelle Handeln zutrafen und welche seit der Abstinenz. Hierbei zeigte sich, dass einzig der “Perfektionismus” während des Konsums von mehr Personen angegeben wurde (15), als seit der Abstinenz (12).
Die größte Steigerung im Vergleich zur Konsumzeit erfuhren die Werte “Zuverlässigkeit” (33 Personen, zuvor 8), “Disziplin” (29 Personen, zuvor 4) und “Unabhängigkeit / Selbstbestimmtheit” (29 Personen, zuvor 7).
Zu Zeiten des Konsums wurde der Wert “Zugehörigkeit” insgesamt am häufigsten angegeben (17).

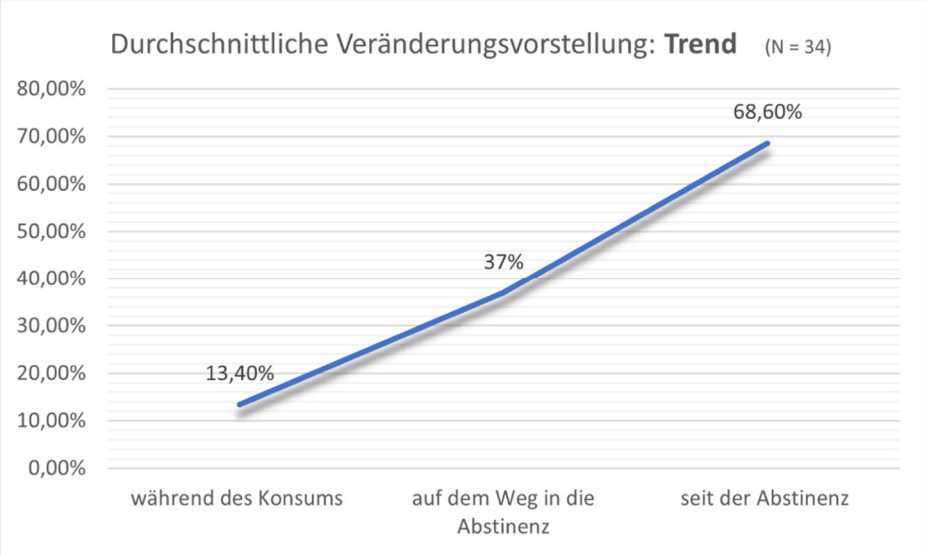
Abb. 8 – Persönliche Werte



4.1.4 *Becoming*

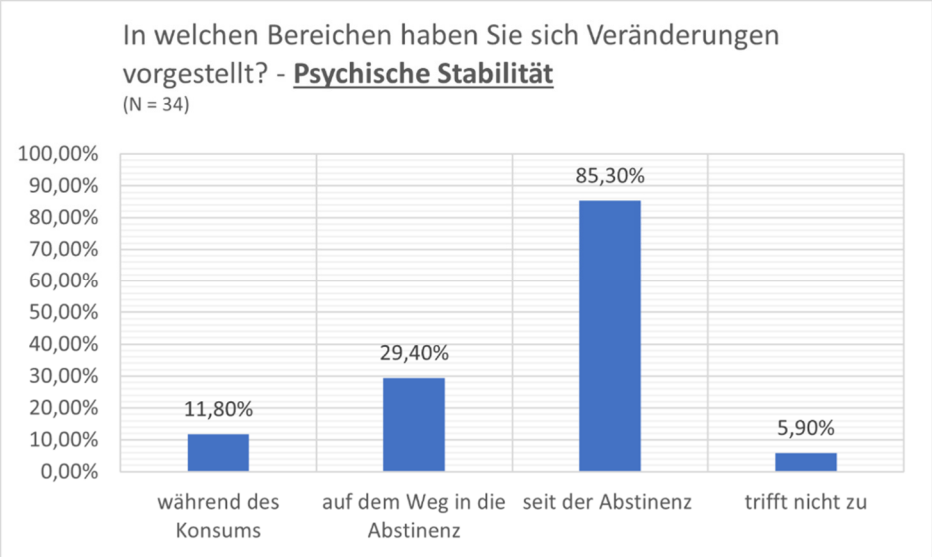
Im *becoming* wurden die Teilnehmenden zunächst danach befragt, in welchen Bereichen der mentalen Funktionen sie sich Veränderungen vorgestellt haben (während des Konsums, auf dem Weg in die Abstinenz und seit der Abstinenz) und wie sie diese Veränderungen derzeit einschätzen.
Insgesamt lagen die **Veränderungsvorstellungen** während des Konsums bei durchschnittlich 13,4 % (Spanne von 5,9 % für “Motivation / Antrieb” bis 23,5 % für “Kontaktfreudigkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit”). Je mehr Zeit verging, desto mehr Veränderungsvorstellungen wurden angegeben (siehe Abb. 9). Auf dem Weg in die Abstinenz lag diese bei durchschnittlich 37 % (Spanne von 17,6 % für “Selbstvertrauen”
bis 52,9 % im Bereich der “Selbstwahrnehmung”).
Seit der Abstinenz steigerte sich dieser Wert erneut auf durchschnittlich 68,6 % (Spanne von 61,8 % bei der “Impulskontrolle” / “Umgang mit Krisensituationen” bis 85,3 % im Bereich der “psychischen Stabilität”).

Abb. 9 - Veränderungsvorstellungen



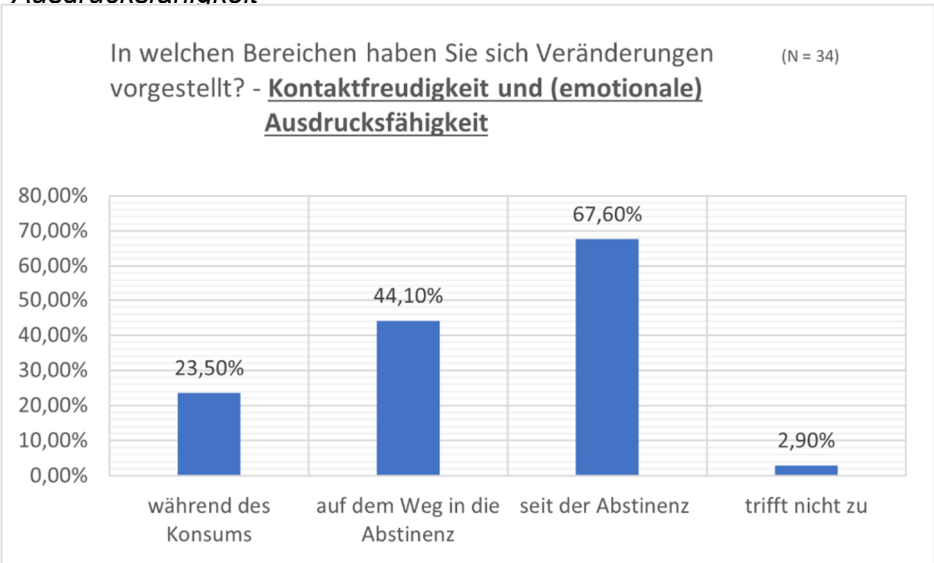
In allen Teilbereichen war eine Steigerung der Veränderungsvorstellungen zu verzeichnen. Die größte Steigerung zeigte sich bei der “psychischen Stabilität” (siehe Abb. 10).

Abb. 10 – Veränderungsvorstellungen: psychische Stabilität



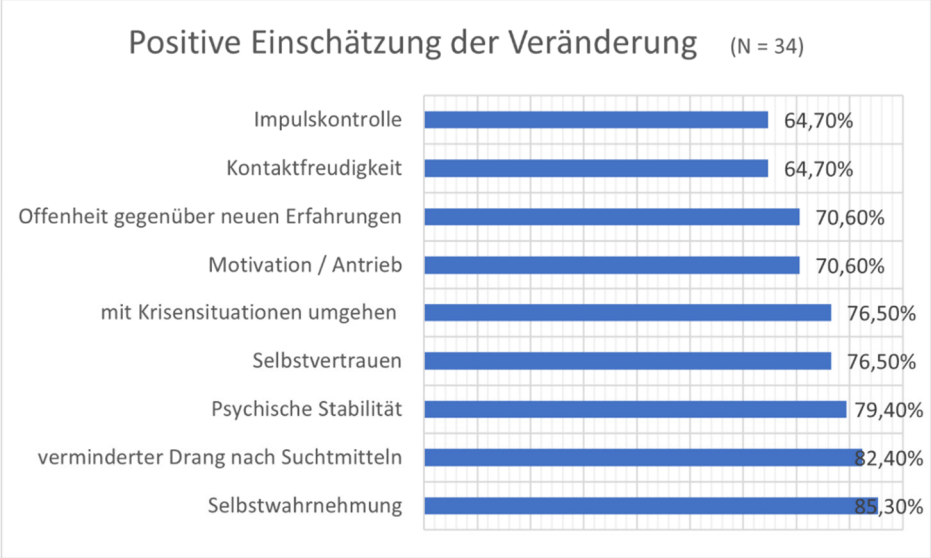
Die vorgestellte Veränderung im Bereich der “Kontaktfreudigkeit und (emotionalen) Ausdrucksfähigkeit” verzeichnete während des Konsums den höchsten Wert. Dieser steigerte sich zwar kontinuierlich, blieb aber nicht mehr an der Spitze der Veränderungs-vorstellungen (siehe Abb. 11).

Abb. 11 – Veränderungsvorstellungen: Kontaktfreudigkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit



Überwiegend wurden die Veränderungen als positiv eingeschätzt (64,7 bis 85,3 %, siehe Abb.12). Die stärksten positiven Veränderungen zeigten sich im Bereich der “Selbst-wahrnehmung” (85,3 %) sowie dem “verminderten Drang nach Suchtmitteln” (82,4 %). Die niedrigsten Werte der positiven Veränderung fanden sich in den Aspekten der “Kontakt-freudigkeit” und der “Impulskontrolle” (je 64,7 %). Die Teilnehmer:innen wurden ebenfalls um eine Einschätzung ihres Hilfebedarfs bezüglich der genannten Antwortmöglichkeiten gebeten. Die diesbezüglichen Werte fielen gering aus (0 bis 2,9 %).
Nur selten wurden Veränderungen von den Teilnehmenden als negativ eingeschätzt. Hierbei zeigte sich, dass eine Veränderung in der ”Kontaktfreudigkeit und emotionalen Ausdrucksfähigkeit” mit 5,9 % am häufigsten negativ eingeschätzt wurde.

Abb. 12 – Positive Einschätzung der Veränderung

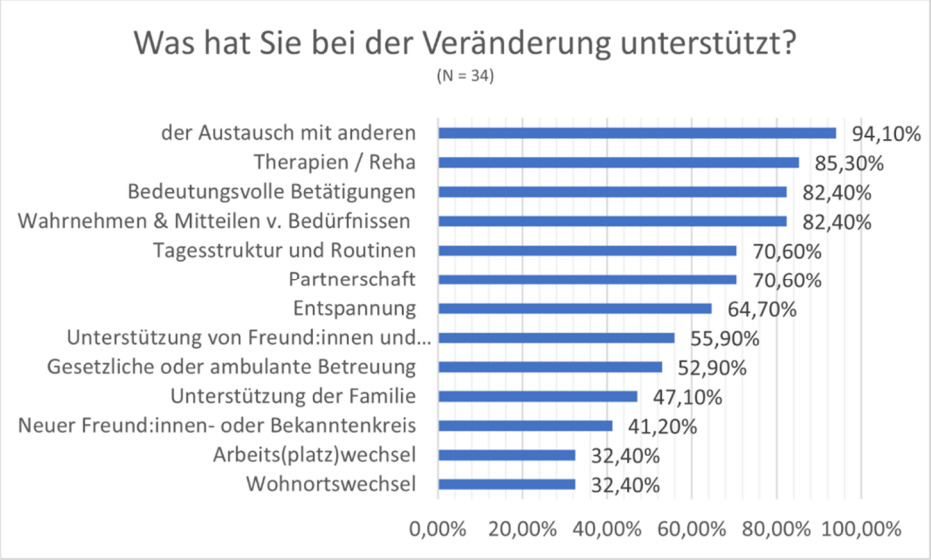


Die Resultate, in welchen Bereichen die Teilnehmenden derzeit **Hilfe** erhalten, lieferte höhere Werte. Zu allen Aspekten gab eine oder mehrere Personen an, in jenem Bereich Hilfe zu erhalten. Durchschnittlich wird am meisten Hilfe beim
“verminderten Drang nach Suchtmitteln” und dem “Umgang mit Krisensituationen” (je 20,6 %) sowie der “Selbstwahrnehmung” und “psychischen Stabilität” (je 17,6 %) erhalten.

Die Frage nach der **Beeinflussung der individuellen Zufriedenheit** durch die o.g. Veränderungen stellte sich wie folgt dar. Ein sehr starker Einfluss wurde den Aspekten ”Selbstwahrnehmung“ (79,4 %), ”psychische Stabilität“ (79,4 %), ”Umgang mit Krisen-situationen“ (73,5 %) sowie ”Motivation“ (67,6 %) zugeschrieben.
Demgegenüber wurde durch einige der Befragten ein geringer Einfluss auf die Zufriedenheit durch die Bereiche ”Impulskontrolle“, ”psychische Stabilität“, ”Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen” und ”Umgang mit Krisensituationen“ (je 5,9 % = 2 Teilnehmer:innen) angegeben.

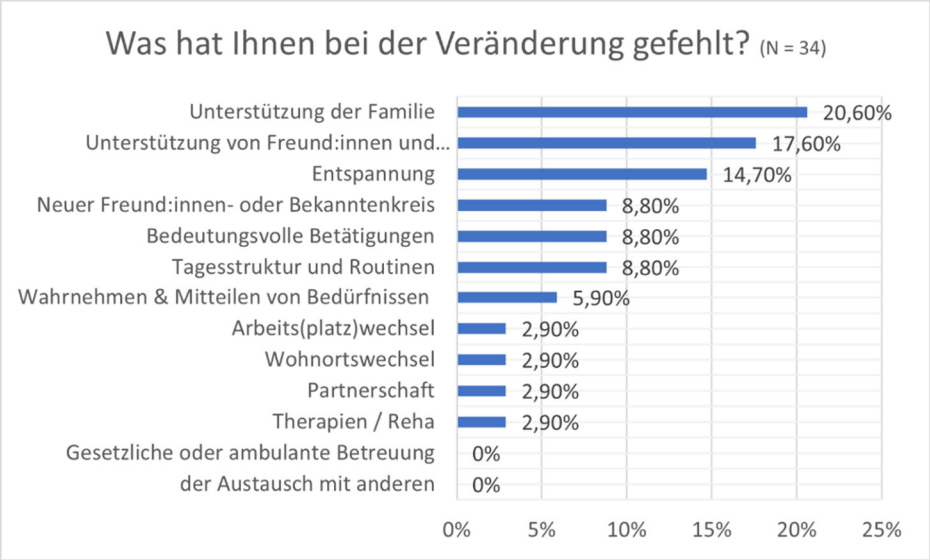
Zur Einschätzung der **Unterstützungsfaktoren** innerhalb dieser Veränderungsprozesse wurden die Teilnehmenden nach ihrer Perspektive befragt.
Am meisten unterstützt habe demnach der ”Austausch mit anderen“ (94,1 %), ”Therapien / Rehabilitation“ (85,3 %), das Durchführen ”bedeutungsvoller Betätigungen“ (82,4 %) und das ”Wahrnehmen und Mitteilen von Bedürfnissen“ (82,4 %). (siehe Abb. 13)

Abb. 13 – Unterstützung bei der Veränderung



Die Befragten konnten ebenfalls angeben, welche potenziell unterstützenden Aspekte ihnen in ihrer Veränderung gefehlt haben (siehe Abb. 14). Die höchsten Werte zeichneten sich hier im Bereich der Unterstützung des sozialen Umfeldes ab: “Unterstützung der Familie” (20,6 %), “Unterstützung von Freund:innen und Bekannten” (17,6 %). Beide Aspekte wurden ebenfalls gehäuft als nichtzutreffend eingestuft (32,4 und 26,5 %).
Überdies hat “Entspannung” fünf der befragten Personen (14,7 %) gefehlt.

Abb. 14 – Fehlende Unterstützungsfaktoren



Die Frage nach aktuellen **Zielen** stand zur freien Beantwortung und wurde somit dem qualitativen Datensatz zugeordnet (siehe Kap. 4.2).
Daran anschließend wurden durch die Teilnehmenden die Tätigkeiten angegeben, die der Erreichung eben jener Ziele dienen.
Am häufigsten berichteten die Befragten hierbei ”mit anderen in Kontakt zu treten“ (79,4 %) sowie etwas ”Neues auszuprobieren / zu lernen“ (61,8 %). Den niedrigsten Wert erreichte die Antwortmöglichkeit der ”Inanspruchnahme von Hilfe“, z.B. durch Betreuung (20,6 %).
Ebenfalls bestand die Möglichkeit, unter “Sonstiges” eine eigene Antwort zu notieren. Zwei Personen machten an dieser Stelle Angaben (“Geld sparen”; “abstinent sein”).

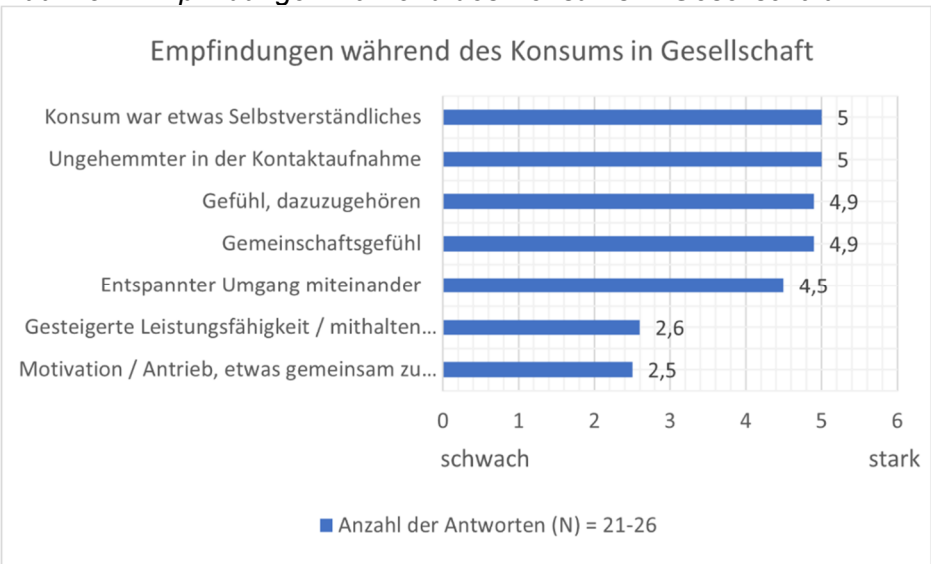
4.1.5 *Belonging*

Im *belonging* wurden die Teilnehmer:innen zunächst danach befragt, welche Betätigungen sie hauptsächlich mit anderen gemeinsam ausführen. Mit 70,6 % erreichte die Betätigung “Arbeit / Studium / Ehrenamt” den höchsten Wert. Etwa die Hälfte der Befragten deklarierte die “aktive Freizeitgestaltung” wie bspw. Sport (55,9 %), “Ausgehen” (52,9 %) sowie den “Umgang mit Stress durch Kommunikation und / oder Austausch” (47,1 %) als **gemeinschaftliche Betätigungen**.
Die Empfindungen, die bei derartigen Betätigungen auftreten, wurden von den Befragten überwiegend positiv beschrieben. Hierzu zählte das “Zugehörigkeitserleben” (76,5 %), “Freude” (67,6 %), “Ausgleich / Entspannung” (55,9 %) und “Entlastung” (41,2 %). Negative Empfindungen wie “Druck” (14,7 %) und “Stress” (11,8 %) wurden seltener geäußert.
Differenzierter betrachtet wurde das **Zugehörigkeitserleben** bei gemeinschaftlichen Betätigungen. Die Teilnehmenden wurden dazu aufgefordert, einzuschätzen, ob dies während des Konsums oder seit der Abstinenz stärker empfunden wird. Durchschnittlich war das Zugehörigkeitsgefühl der Befragten während des aktiven Konsums deutlich geringer ausgeprägt. Jedoch gaben sechs Personen innerhalb dieser Phase ein stärkeres Zugehörigkeitsgefühl im Bereich der “passiven Freizeit und Erholung” (z.B. “nichts tun”, TV schauen etc.; 17,6 %) sowie vier Befragte innerhalb der Kategorie “Ausgehen” (11,8 %) an.
Eine deutliche Veränderung des Zugehörigkeitserlebens zugunsten der Abstinenz zeigte sich in den Bereichen “Umgang mit Stress” (73,5 %), “Arbeit / Studium / Ehrenamt” (67,6 %) sowie “aktive Freizeit” (67,6 %).

Die Frage nach möglichen gemeinschaftlichen Betätigungen, die seit der Abstinenz gemieden werden, wurde von 58,8 % der Befragten mit Ja beantwortet. Welche Betätigungen hiermit gemeint sind, wurde mittels einer offenen Fragestellung eruiert (siehe Kap. 4.2).

Fragen zur Dimension des *belonging* beschäftigten sich ebenfalls mit dem missbräuchlichen **Konsum in Gesellschaft** und den dabei aufgetretenen Empfindungen. Etwa die Hälfte der Befragten (47,1 %) hat hauptsächlich allein konsumiert, die andere Hälfte gleichermaßen häufig allein und in Gesellschaft (50 %).
Die Antwort "Konsum war etwas Selbstverständliches, gehörte einfach dazu" wurde am häufigsten als stärkste Empfindung während des Konsums in Gesellschaft benannt (34,6 %). Jedoch zeigte sich hier auch die größte Standardabweichung von 2,03 (Durchschnitt 2,96). Auch das "Gefühl dazu zugehörigen / akzeptiert zu werden" sowie "ungehemmter in der Kontaktaufnahme" zu sein, wurde von vielen Befragten als stark eingeschätzt (siehe Abb. 15).

Abb. 15 – Empfindungen während des Konsums in Gesellschaft



Genauer betrachtet wurde ebenfalls das **Erleben des sozialen Umfelds seit der Abstinenz**. Durchschnittlich am häufigsten als angenehmer wurden die Familie (64,7 %), Freund:innen und Bekannte (64,7 %) sowie Partner:innen (61,8 %) empfunden. Demgegenüber wurden jedoch sowohl Freund:innen und Bekannte (14,7 %) als auch die Familie (8,8 %) mit den meisten Antworten der Kategorie "weniger angenehm" beschrieben. Insgesamt beschrieben etwa Dreiviertel (76,5 %) der Teilnehmer:innen eine Veränderung des sozialen Umfelds. Die restlichen 23,5 % gaben an, dieses habe sich durch die Abstinenz nicht verändert.

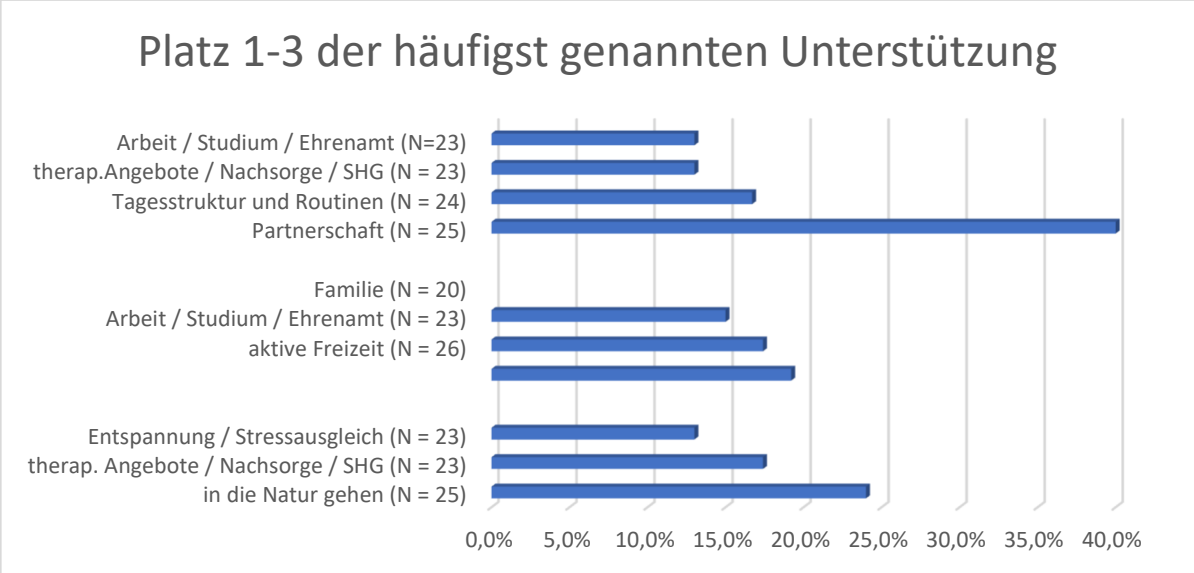
Schließlich bezog sich eine Frage auf die **Authentizität der sozialen Kontakte**. Die überwiegende Mehrheit (88,2 %) gab an, die sozialen Kontakte seit der Abstinenz als "echter" zu empfinden, wohingegen 11,8 % diesbezüglich keinen Unterschied zur Zeit des aktiven Konsums beobachteten.

4.1.6 Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit

Zum Ende wurde der Fokus auf die **Lebenszufriedenheit** gelegt. Eine Einschätzung des Einflusses der Abstinenz ergab eine deutliche Mehrheit von 94,1 % der Befragten, die einen positiven Effekt der Abstinenz auf ihre Lebenszufriedenheit konstatierten.
Schließlich wurde die Frage beantwortet, welche Aspekte die Teilnehmenden wie stark in ihrem abstinenten Leben unterstützen (1 = stark; 14 = kaum). Die meisten Antworten fanden sich in den Kategorien “aktive Freizeit” (26), “Entspannung / Stressausgleich“ (26), “in die Natur gehen” und “Partnerschaft” (je 25). Die wenigsten hingegen in den Kategorien “ambulante / gesetzliche Betreuung” (12, wovon 33,3 % die diesbezügliche Unterstützung als schwach einstuften), “sich um (Haus)Tiere kümmern” (16) und “Familie” (20).

Die Aspekte “Partnerschaft”, “in die Natur gehen” sowie “therapeutische Angebote / Nachsorge / Selbsthilfegruppen” wurden im obersten Bereich angeordnet (<3). “Entspannung / Stressausgleich” wurde am häufigsten auf dem sechsten Rang aufgelistet (30,4 % von 26 Teilnehmenden).
Der Rangfolge nach im untersten Bereich (>9) wurden die “passive Freizeit” und “ambulante und gesetzliche Betreuung“ angeordnet. Die größte Standardabweichung von 3,81 bei einem Durchschnitt von 5,87 war in der Kategorie “Studium / Arbeit / Ehrenamt” zu verzeichnen, wohingegen die geringste Standardabweichung bei den Angaben zu “sozialen Kontakten” bestand (2,70 bei einem Durchschnitt von 5,39).
Zur besseren Veranschaulichung folgen drei Abbildungen mit Auswertungen, wie häufig die verschiedenen Antworten auf dem ersten, zweiten und dritten Platz (also unterstützend bis sehr unterstützend) positioniert wurden (siehe Abb. 16).

Abb. 16 – Häufig genannte Unterstützungsfaktoren



4.2 Qualitativer Anteil

Die folgende Zusammenfassung für die *deduktive Kategorienanwendung* nach Mayring (2015) basiert auf dem aus der Fragestellung abgeleiteten und theoretisch begründeten Kategoriensystem:

Kategorie 1: Mentale Funktionen
Kategorie 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
Kategorie 3: Selbstversorgung
Kategorie 4: Häusliches Leben
Kategorie 5: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
Kategorie 6: Bedeutende Lebensbereiche
Kategorie 7: Gemeinschafts- und soziales Leben
Kategorie 8: Dienste des sozial- und Gesundheitswesens

Eine ausführliche Darstellung des Kategoriensystems (Anhang 9) sowie eine vollständige Übersicht der Zitate (Anhang 10) der Teilnehmenden ist dem Anhang zu entnehmen.

Doing: **Neu hinzugekommene Betätigungen und Veränderungen der Tagesstruktur**
Zu den neu im Alltag der Befragten etablierten Betätigungen zählten unter anderem Tätigkeiten des häuslichen Lebens, wie Kochen, Gartenarbeit etc. (Kategorie 4). Andere Betätigungen entstanden im Zusammenhang mit interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (Kategorie 5). Dies betraf sowohl familiäre Betätigungen wie beispielsweise Vaterschaft, als auch beendete Beziehungen zu Freunden.
Eine Person gab das Besuchen von Therapiestunden als neue Betätigung an (Kategorie 8).

Veränderungen im Betätigungsbereich Arbeit schilderten ebenfalls zehn Teilnehmende (Kategorie 6). Fünf Teilnehmer:innen berichteten von Veränderungen innerhalb einer bezahlten Tätigkeit. Neu aufgenommene ehrenamtliche Tätigkeiten wurden ebenfalls von vier Personen angegeben.
Die meistgenannten neuen Betätigungen lassen sich dem Bereich Gemeinschaft- und soziales Leben zuordnen (Kategorie 7). Hierbei wurden insbesondere Tätigkeiten in sozialen Vereinigungen, wie z.B. Selbsthilfegruppen, als auch Betätigungen, die der Erholung und Freizeit dienen, erwähnt. Die veränderte aktive Freizeitgestaltung der Teilnehmenden umfasste ein breites Spektrum: Urlaubsreisen, Spaziergänge, Entspannungsmethoden, verschiedenste Sportarten, (kommunal)politische Aktivitäten, Musik und andere Hobbys sowie Verabredungen wurden unter anderem genannt. Dazu beschreibt TN 1: „die freie Zeit nutze ich aktiver z.B. Sport und Freunde treffen“.
Insgesamt gaben 15 Befragte Veränderungen in ihren täglichen Routinen an, was sich u.a. durch schriftliche Planung des Tages oder der Woche, geregeltere Arbeitszeiten und das tatsächliche Umsetzen von geplanten Betätigungen, anstatt Dinge aufzuschieben, äußerte (Kategorie 2). Eine befragte Person führte aus: „überhaupt eine Tagesstruktur haben und konsequent Termine einhalten können“ (TN 2).
Geregeltere Schlafzeiten (Kategorie 1) sowie Betätigungen der Selbstversorgung, wie z.B. regelmäßig Essen und Trinken (Kategorie 3), beeinflussen ebenfalls das Erleben der Tagesstruktur.

Being: **Notwendiges, um sich bei der Bewältigung zukünftiger Herausforderungen sicher zu fühlen**
Hier antwortete lediglich eine Person. Als notwendig wurde „mehr Abstinenzgewinn“ (TN 3) beschrieben. Dieses bezog sich auf „Gesundheit [und] Elan für Neues“ (Kategorie 1).

Becoming: **Ziele**
Eine Verbesserung und / oder Stabilisierung der mentalen Funktionen wurde von zahlreichen Teilnehmenden als Ziel benannt (Kategorie 1). Fünf Personen gaben das Ziel an, psychisch stabil werden zu wollen bzw. zu bleiben: „(...) an meiner Gelassenheit arbeiten“ (TN 4). Laut

den Teilnehmenden gehörte dazu u.a. das Praktizieren von Achtsamkeit und eine klare Position zu beziehen. Auch das Selbstvertrauen wurde als relevanter Faktor benannt, vor allem in Form einer verbesserten Abgrenzungsfähigkeit.
Der größte Fokus lag auf der Abstinenz. Zehn Teilnehmende gaben an, dass das abstinente Leben zu ihren Zielen gehöre.
Überdies deklarierten drei Personen das Erkennen und Beachten eigener Bedürfnisse und Gefühle als Vorstellung für die Zukunft.
Weitere sechs Personen legten Wert auf das Beachten und Aufrechterhalten ihrer Gesundheit. TN 5 schilderte dieses Ziel wie folgt: „Gesund, zufrieden und ausgeglichen leben können bzw. ständig daran arbeiten" (Kategorie 3).

Bezüglich des sozialen Umfelds schilderten die Teilnehmenden verschiedene Ziele (Kategorie 5). Während eine befragte Person das Ziel eines intensiveren Soziallebens angab, benannte die andere Person das Aussortieren ihres Freundeskreises als Wunsch für die Zukunft. Innerhalb dieser Kategorie wurden ebenso der verbesserte Kontakt zur Ursprungsfamilie und das Vertrauen und die Verbindung zu den eigenen Kindern als Ziele beschrieben. Auch das Festigen einer glücklichen Partnerschaft war für eine befragte Person ein Ziel.

Neun Mal wurden überdies Ziele bezüglich der Arbeit erwähnt. Hierzu zählte das Erhalten eines (neuen) Jobs, der Beginn einer Berufsausbildung, selbstständige Tätigkeiten sowie ein gesunder Eintritt in die Rente (Kategorie 6). Eine Person gab überdies an, weiterhin (ehrenamtlich) in der Suchtselbsthilfe tätig sein zu wollen.
Auch Wünsche im Bereich der zukünftigen Freizeitgestaltung und Erholung wurden deutlich (Kategorie 7). Unter anderem wurden Sport und Reisen aufgezählt.

Belonging: Gemeinschaftliche Betätigungen und Veränderungen des sozialen Umfelds

Betätigungen, die seit der Abstinenz gemieden werden, wurden ausschließlich dem Gemeinschafts- und sozialen Leben zugeordnet (Kategorie 7). Hierbei wurden insbesondere Feierlichkeiten und Partys sowie Treffen in der Öffentlichkeit, z.B. in Kneipen, Cafés, Stammtisch etc., aufgezählt. Zu Vereinen und ähnlichen Gruppierungen gaben drei Teilnehmende an, diesbezügliche Betätigungen seit der Abstinenz zu vermeiden. Demgegenüber sagten zwei Personen aus, in Vereinen, wie z.B. Selbsthilfegruppe oder Kleingartenverein, (wieder) aktiv mitzuwirken.
Überdies wurden viele Antworten zum Thema Veränderung des sozialen Umfelds generiert. So gaben vier befragte Personen an, den Wohnort gewechselt zu haben, wodurch sich die persönliche Umgebung und zum Teil auch die bewohnte Stadt geändert habe (Kategorie 3). Auch Veränderungen im Lebensbereich Arbeit standen nach Angaben von vier Teilnehmenden im Zusammenhang zu Veränderungen ihres sozialen Umfeldes (Kategorie 6). Genannt wurden ein neues Arbeitsumfeld sowie ehrenamtliche Tätigkeiten. Hierzu schildert TN 6: „Ich gehe in Schulen und Firmen und mache dort Suchtprävention usw.“

Ausführlich wurden außerdem Veränderungen der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen beschrieben (Kategorie 5). Diese bezogen sich überwiegend auf das allgemeine soziale Umfeld. Beziehungen seien quantitativ weniger, dafür jedoch authentischer und angenehmer geworden. Nach Angaben von TN 7 sei „das soziale Umfeld (…) quantitativ kleiner-[*sic*] und qualitativ hochwertiger geworden“. Häufig wurde ebenfalls ein Kontaktabbruch zu ehemaligen Kontakten, die im Zusammenhang mit dem Konsum standen, sowie das Etablieren neuer Beziehungen seit der Abstinenz benannt.
Vier Personen legten Veränderungen in den Familienbeziehungen dar. Mehr Kontakt, Liebe und Wertschätzung zur Ursprungsfamilie wurden hierbei beobachtet. TN 8 beschreibt das geänderte Zugehörigkeitserleben folgendermaßen: „Kann meine Familie endlich lieben und

schätzen.“
Ebenfalls tätigte eine befragte Person eine Aussage zur veränderten Einstellung ihres sozialen Umfelds: „Ich werde als abstinenter Mensch akzeptiert“ (TN 9).

5. Diskussion

Innerhalb dieses Kapitels setzen sich die Forscherinnen mit den Ergebnissen dieser Studie zur Beantwortung der Forschungsfrage auseinander. Da innerhalb der Ergebnisse eine starke Verknüpfung der Dimensionen ersichtlich wurde, werden diese im Folgenden zusammenhängend diskutiert. Abschließend werden Stärken und Limitationen der Studie aufgeführt.

5.1 Erleben des *doing, being, becoming* und *belonging* im Vorher-Nachher-Vergleich

5.1.1 *Doing*

Es werden zahlreiche neugewonnene Betätigungen im Alltag beschrieben. Diese reichen von veränderter Schlafhygiene und häuslichen Aktivitäten über Therapien bis zu Veränderungen in den familiären Betätigungen.
Das stark veränderte Betätigungserleben im *doing* lässt sich mit den Studienergebnissen von Wasmuth et al. (2014) erklären, wonach eine Abhängigkeit eine allumfassende Betätigung ist, welche den Mangel an verschiedenen anderen Betätigungen auszugleichen versucht. Fällt nun diese Betätigung aufgrund der Abstinenz weg, besteht für Betroffene die Notwendigkeit, diesen Betätigungsverlust anderweitig auszugleichen.
Betrachtet man diesen Aspekt aus Sicht der *Occupational Transition*, befindet sich die betroffene Person beim ersten Schritt der Entwöhnung in Phase 1. Gewohnte Betätigungen können nicht mehr ausgeübt werden, es entsteht eine *Occupational Imbalance*. Eine erfolgreiche Überwindung des durch die Abstinenz entstehenden Betätigungsmangels könnte jedoch langfristig auch die Rückfallprophylaxe unterstützen.

Tagesstruktur / Routinen
Innerhalb ihrer Tagesstruktur erleben die Teilnehmer:innen mittelgradige bis starke Veränderungen im Vergleich zur Zeit vor ihrer Abstinenz. Demnach scheinen strukturiertere Abläufe und das (schriftliche) Planen der Tagesstruktur die Abstinenz zu unterstützen. Dies lässt sich unter anderem mit der Annahme erklären, dass das Konsumverhalten im Leben einer abhängigen Person als strukturgebend wahrgenommen wird und durch die routinierte Durchführung den Alltag, die Rollen und Identität der Betroffenen begleitet (Wasmuth et al., 2014). Kommt es also zu einem Verlust der gewohnten Struktur aufgrund der Abstinenz, ist das Etablieren einer veränderten Tagesstruktur nötig. Hierzu äußert sich eine Teilnehmer:in: “vorher bestand mein Leben nur aus saufen arbeiten und schlafen [sic]. Struktur habe ich überhaupt erst wieder, seit ich trocken bin.” (TN 9).
Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass die Tagesstruktur sich aufgrund des Betätigungsaustauschs zum Teil grundlegend verändert hat. Während der Tagesablauf zuvor auf den Konsum ausgerichtet war (“(…) musste aber meinen Tagesablauf nach meinem Alkoholpegel einrichten” TN 10), besteht nun die Chance, die Tagesstruktur und Routinen nach eigenen Vorlieben zu gestalten. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der Wert “Unabhängigkeit / Selbstbestimmtheit” insbesondere seit der Abstinenz für viele Befragte auf ihr Handeln zutrifft. Auch der Wert “Disziplin” wird gehäuft genannt, was in Kombination mit kontinuierlicher Wiederholung und Zeit für das Aufbauen neuer Routinen und zur Verhinderung von Verhaltensrückfällen notwendig ist.

Umgang mit Stress und Krisen
In den Bereichen “mit Stress und Krisensituationen umgehen” wird ein höheres

Selbstvertrauen während des Konsums angegeben (siehe Kap. 5.1.2). Beide Aspekte werden seit der Abstinenz als am schwierigsten in der Durchführung angegeben.
Abhängigkeit gilt als Bewältigungsmechanismus bei Stress, bzw. als Flucht vor der Realität und den eigenen Gedanken (Sucht Schweiz, 2018). Dies passt zu den Antworten der Umfrage, in der ein hoher Anteil angibt, während des Konsums ein hohes Maß an Entspannung erlebt zu haben. Die von den Teilnehmenden angegebene Verbesserung der Selbstwahrnehmung (siehe Kap. 5.1.2.) kann insgesamt zu einem frühzeitigeren und intensiveren Wahrnehmen von Stressoren führen. Unangenehme Gefühle, Gedanken und Körperempfindungen, welche vorab vermieden bzw. mit Hilfe des Konsummittels kompensiert wurden, bedürfen nun neuer Coping-Strategien. Ohne erfolgreiche Distanzierungs- und Bewältigungsstrategien kann eine gesteigerte Selbstwahrnehmung als unangenehm wahrgenommen werden, wodurch Stress und Krisen mehr in den Fokus geraten und einen intensiveren Einfluss auf Handlungen haben können. Es bedarf außerdem einer guten Impulskontrolle, um nicht rein affektiv oder destruktiv zu handeln.

Entspannung und Gesundheit
Ausgehend von den ermittelten Resultaten ist der Betätigungsbereich “Entspannung und Erholung” für einige Befragte noch nicht ausreichend zufriedenstellend. Da „Achtsamkeit / Entspannungsverfahren“ häufig den Kontakt mit inneren Empfindungen fokussieren, könnte das Nicht-Durchführen als Erlebnisvermeidung gesehen werden. Daher kann auch hier davon ausgegangen werden, dass einige abstinent lebende Personen keine anderen entspannenden Betätigungen neben dem Konsum gelernt oder genutzt haben. Ein Defizit an Coping-Strategien könnte hier demnach zum Risiko werden.
Ob die Veränderungen innerhalb des *doing* als Stressausgleich empfunden werden, ist fraglich.

Soziale Interaktion
Die Betätigungen, die von ca. der Hälfte der Befragten seit der Abstinenz vermieden werden, sind ausschließlich dem Bereich “Gemeinschafts- und soziales Leben” zugeordnet und beziehen sich hauptsächlich auf Betätigungen im Zusammenhang mit Feierlichkeiten oder Geselligkeit: „Ausgehen in Cafe [*sic*] oder Kneipe, Restaurants, private Treffen abends“ (TN 3). Die benannten Betätigungen stehen im Zusammenhang mit einer möglichen Konfrontation mit dem Suchtmittel. Diese Vermeidung möglicherweise bedeutungsvoller Betätigungen im sozialen Kontext, kann zu einer Verschlechterung der Betätigungsidentität führen. Gewünschte Rollen können eventuell nicht mehr ausgeübt werden und es müssen zufriedenstellende Alternativen gefunden werden.
Dieser Betätigungsverzicht könnte durch die Betroffenen als *Occupational Deprivation* erlebt werden. Möglicherweise wird soziale Ausgrenzung erlebt. Ferner kann eine erhöhte Selbstwahrnehmung in Bezug auf das Konflikterleben, bei gleichzeitigen Schwierigkeiten im Umgang mit Stress, Krisen und Konflikten (siehe Kap. 5.1.4), eine zusätzliche Komponente darstellen, die den Rückzug in diesem Bereich begünstigt.
Der Austausch mit anderen wird dennoch auch in den Dimensionen *being*, *becoming* und *belonging* als essenziell dargelegt. Gehäuft wird die Teilnahme an Selbsthilfegruppen als neugewonnene Betätigung benannt. Hieraus lässt sich schließen, dass soziale Interaktion innerhalb einer Peer-Group sowohl als stabilisierend und positiv erlebt wird, als auch als leichter durchführbar als sonstige soziale Interaktionen.

Freizeit
“Passive Freizeitaktivitäten“ wurden während des Konsums als Mittel genutzt, um ein positives Erleben zu erzielen. Möglicherweise standen diese im direkten Zusammenhang zum Konsum. Dass die passive Freizeit nach wie vor als wichtig deklariert wird, steht nun eventuell mit Ausgleich und Ruhe Verbindung.

Die Fähigkeit zu der in der Abstinenz gestiegenen aktiven Freizeitbetätigung könnte ferner durch den Konsum eingeschränkt gewesen sein. Aktuell wird eine ungefähre Balance zwischen aktiver und passiver Freizeit ersichtlich. Hobbys werden womöglich häufig innerhalb einer Peer-Group oder allein erlebt und daher gehäuft als leicht eingestuft.

Einkaufen
Die unterschiedliche Bewertung des "Einkaufens" lässt mehrere Schlussfolgerungen zu. Es besteht die Möglichkeit, dass jene, die eine "ambulante Betreuung" erhalten, hierzu begleitet werden und dadurch derzeit kein Veränderungsbedarf gesehen wird. Weiter könnte das "Einkaufen" mit einer Konfrontation mit dem Suchtmittel in Verbindung stehen und somit als schwierig erachtet werden. Letzteres könnte damit belegt werden, dass der Fortschritt im Bereich "Drang nach Suchtmitteln" von ca. einem Drittel mit "etwas" oder "weniger" konnotiert wurde.

5.1.2 *Being*

Identität und Rollen
Die Mehrheit der Teilnehmenden bestätigt, dass der Konsum die Entwicklung ihrer Identität und Persönlichkeit beeinflusst habe, was die Forschungsergebnisse von Wasmuth et al. (2014) widerspiegelt. Nach Haltiwanger et al. (2007) geht mit einer Abhängigkeit ebenfalls die Ausübung bestimmter Rollen einher, welche zum Wohlbefinden beitragen. Andere Forschungen (u.a. Wilklund, 2008) belegen, dass eine Abstinenz zu einer Identitätskrise führen kann. Dies hat einen starken Einfluss auf die Bewältigung einer Transition.
Auffällig in den Forschungsergebnissen ist, dass der Großteil der Befragten seit der Abstinenz ein verändertes Selbstgefühl angibt, da sie sich seitdem mehr als "sie selbst" fühlen würden. Demnach ist davon auszugehen, dass sich Betätigungskompetenzen und –rollen im Laufe der Abstinenz verändern, was in der Folge zum Konflikt führen kann. Diverse neue Rollen sind nach Angaben der Befragten erst durch die Abstinenz aufgekommen, wie z.B. Mitglied einer Selbsthilfegruppe oder ehrenamtlich tätige Person in der Suchthilfe. Weitere sind zwar nicht aufgrund der Abstinenz angenommen worden, entstanden jedoch im Zusammenhang mit ihr. Hierbei werden Rollenveränderungen durch (Groß)Elternschaft, Partnerschaft oder neues Arbeitsverhältnis deutlich, welche von jenen Befragten im positiven Kontext geschildert werden.

Durch einen Wechsel von familiären und / oder freundschaftlichen Rollen und deren Ausführung können jedoch auch Rollenkonflikte entstehen, welche die Interaktion innerhalb einer Familie oder eines Freundeskreises beeinflussen können. Die Unterstützung des sozialen Umfelds wird von einigen Teilnehmer:innen als "fehlend" oder "nicht vorhanden" erlebt (siehe Kap. 5.1.3), was u.a. durch die gehäuft angegebenen Abhängigkeiten innerhalb der Familie begründet sein kann.
Um eine Kongruenz und damit eine erfolgreiche *Occupational Transition* zu gewährleisten, ist es notwendig, dass Betätigungsrollen und die Identität übereinstimmen.

Reflektion des Selbstbilds
Etwa dreiviertel der Teilnehmer:innen geben an, dass der vergangene Konsum sie näher an die Person gebracht habe, die sie gerne sein wollten. Dies untermauert den Einfluss der Abhängigkeit auf die Bildung der eigenen Persönlichkeit bzw. Identität. Überdies hat der Konsum viele Teilnehmer:innen in ihrem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten bestärkt. Insbesondere betrifft dies die Bereiche "Kommunikation" und "Umgang mit Stress und Krisen".
Die realistische Einschätzung der kontextabhängigen (während des Konsums oder abstinent) eigenen Fähigkeiten erfordert ein angemessenes Maß an "Selbstwahrnehmung" und

“psychischer Stabilität” (siehe Kap. 5.2). Beides scheint durch die Abstinenz verbessert worden zu sein, sodass die Befragten retrospektiv den Einfluss des Konsums auf ihr Selbstbild darlegen können.
Über die Hälfte der Befragten bestätigt während des Konsums die “Steigerung des Selbstvertrauens, etwas schaffen zu können”. Hier stellt sich die Frage, ob ein reduziertes Selbstvertrauen seit der Abstinenz die Folge ist. Dies scheint jedoch nicht der Fall zu sein, da fast alle Teilnehmer:innen von ihrer Fähigkeit, auf zukünftige Herausforderungen konsumfrei zu reagieren, überzeugt sind. Dennoch werden die persönlichen Fortschritte in einigen dafür relevanten Bereichen, wie bspw. der “Impulskontrolle”, zum Teil als gering eingeschätzt. Eine mögliche Erklärung kann auch hier die vorherige Kompensation möglicher Selbstwertdefizite durch den Konsum darstellen.

Werte
Grundsätzlich werden deutlich mehr das Handeln beeinflussende Werte seit der Abstinenz dargelegt. Auch dies könnte auf eine verbesserte Selbstwahrnehmung in diesem Zusammenhang zurückzuführen sein, da die persönlichen Werte zuvor möglicherweise nicht wahrgenommen wurden.
Lediglich der “Perfektionismus” hat sich im Zuge der Abstinenz reduziert. Dieser steht häufig im Zusammenhang mit einem negativen Selbstwertgefühl (Maiwald, o.D.).
Möglicherweise war ein hohes Maß an Perfektionismus verbunden mit dem Wunsch nach Anerkennung für einige Teilnehmende ein auslösender oder zumindest forcierender Faktor für die Abhängigkeit.
Dazu passt auch, dass “Leistungsfähigkeit” und “Selbstvertrauen” während des Konsums als gering eingeschätzt wurden. Es stellt sich die Frage, ob die Leistungsfähigkeit aufgrund der Alkoholwirkung nachließ oder diese aufgrund des Selbstbildes tendenziell als defizitär betrachtet wurde. Seit der Abstinenz steigerte sich das Selbstvertrauen in diesem Bereich bei gleichzeitiger Abnahme des perfektionistischen Bestrebens. Die Leistungsfähigkeit könnte demnach durch den Verzicht auf das Suchtmittel und die Verbesserung des Stärkenbewusstseins bzw. der Selbstwahrnehmung gestiegen sein, welches eine Wirkung auf das Selbstbewusstsein hat.
Überdies birgt Perfektionismus ein hohes Frustrationsrisiko (Maiwald, o.D.). Demnach könnte das Konsummittel auch als Ausgleich für einen hohen Energieaufwand und Stress genutzt worden sein. Wird dieser Stressor nun besser wahrgenommen, kann dem besser entgegengewirkt werden. Die stärkere Balance im *doing* (siehe Kap. 5.1.1) kann ferner mit einer Verschiebung des Fokus einhergehen.

Die enorme Steigerung des Werts “Zuverlässigkeit” könnte im Zusammenhang mit der zuvor häufig beschriebenen mangelnden Tagesstruktur während des Konsums stehen. Möglicherweise wurden ebenfalls zuvor eher unverbindliche Kontakte gepflegt oder bestimmte Situationen gemieden, damit die Abhängigkeit “nicht auffällt” (bspw. bei der Arbeit).
Das gleiche gilt womöglich für den Wert “Disziplin”. In der Vergangenheit bestimmte in der Regel überwiegend der Konsum den Alltag der Betroffenen. Möglicherweise wurde keine oder nur eine unzufriedenstellende Arbeit ausgeführt und es existierten wenig persönliche Ziele. Aktuell werden jedoch viele verschiedene Ziele von den Teilnehmenden fokussiert, wofür ein adäquates Maß an Disziplin notwendig ist. Eine gesteigerte Betätigungskompetenz kann hierbei unterstützend wirken.
Schließlich lässt sich die Steigerung des Werts “Unabhängigkeit” mit den Charakteristika einer Abhängigkeitserkrankung erklären. Der starke Drang, das Suchtmittel konsumieren zu müssen, der Verlust der Kontrollfähigkeit und mögliche körperliche Entzugssymptome sind in diesem Zusammenhang entscheidend. Gelingt einer abhängigen Person der Weg in die (nachhaltige) Abstinenz, kann eine Unabhängigkeit gespürt werden, die zuvor so nicht mehr existierte. Diese Erfahrung kann als Abstinenzgewinn den weiteren Verlauf positiv beeinflussen.

Abschließend stellt sich die Frage, ob mit einer Veränderung der Werte ebenfalls eine Veränderung der Identität bzw. der Rollen zusammenhängt, was anhand der Ergebnisse nicht mit Sicherheit zu bestätigen ist. Ein Einfluss der Werte auf die Rollenausübung und Identität ist jedoch stark anzunehmen.

5.1.3 *Becoming*

Selbstwirksamkeitserwartung und psychische Stabilität
Es zeigt sich eine deutliche Steigerung der Veränderungsvorstellungen der Teilnehmenden, je länger die Abstinenz andauert. Dies lässt sich durch eine damit verbundene Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura,1992) erklären. Das hierfür notwendige Selbstvertrauen wiederum entwickelt sich durch positive Erfahrungen im eigentlichen Handeln, dem *doing*. Die eingangs beschriebene teilweise Verlagerung von passiven zu aktiven Betätigungen und das Etablieren (bedeutungsvoller) Betätigungen, Strukturen und Routinen in den abstinenten Alltag, sorgt möglicherweise für eine verbesserte subjektive Betätigungskompetenz (siehe Kap. 2.6.1). Die durch die Befragten angegebene gesteigerte Überzeugung, zukünftige Herausforderungen konsumfrei bewältigen zu können, bestätigt diese Annahme. Demnach scheint die Befragten seit der Abstinenz ein höheres Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1997) auszuzeichnen. Dies könnte mit erlernten Coping-Strategien im Sinne der Rückfallprävention sowie im Umgang mit Suchtdruck und anderen unangenehmen Empfindungen zusammenhängen. Überdies wird kaum zusätzlicher Hilfebedarf in Bezug auf die mentalen Funktionen (z.B. “Selbstwahrnehmung”, “Kontaktfreudigkeit”, “psychische Stabilität” etc.) beschrieben. Geht man davon aus, dass die Teilnehmenden hierfür keine externe Hilfe in Anspruch nehmen möchten, da sie sich in der Selbsthilfe ausreichend kompetent fühlen, ist eine Steigerung der Selbstwirksamkeit anzunehmen. Aus Sichtweise der OS gehört das Selbstwirksamkeitserleben zu den unterstützenden Faktoren innerhalb der Transition. Dennoch wird teilweise externe Hilfestellung z.B. in den Bereichen “verminderter Drang nach Suchtmitteln” sowie “Umgang mit Krisensituationen” benötigt. Dies kann damit in Verbindung stehen, dass das Suchtgedächtnis unabhängig von Selbstwirksamkeitserwartungen getriggert werden kann. Auch genetische Faktoren sowie erlernte Verhaltensweisen durch ein konsumierendes Umfeld beim Aufwachsen erschweren die Abstinenz.

Unterstützungsfaktoren bei der Veränderung
Die stark erlebten Veränderungen seit der Abstinenz können in der Wahrnehmungssteigerung, neuen Rollen und Erwartungen, einer damit einhergehenden Umgestaltung des sozialen Umfeldes sowie den Reaktionen der Umwelt begründet sein. Auch die fehlende Flucht in das Konsummittel in Konfliktsituationen ohne vorhandene Alternativen könnten mit den erlebten Unzufriedenheiten in Verbindung stehen.

Der “Austausch mit anderen”, “Therapien und / oder Reha”, “bedeutungsvolle Betätigungen” und das “Wahrnehmen und Mitteilen der eigenen Bedürfnisse” zählen zu den meistgenannten Unterstützungsfaktoren bei der persönlichen Veränderung der Befragten.
Diese Erkenntnisse stützen Forschungsergebnisse in der betätigungsbasierten Therapie von Abhängigkeitserkrankungen. Nach Wasmuth et al. (2015) beeinflusst vor allem der Einbezug des sozialen Umfelds den Rehabilitationsprozess positiv. Ein unterstützendes Umfeld wird auch innerhalb der *Occupational Transition* als förderlicher Faktor angesehen, welcher ebenfalls das Zugehörigkeitsgefühl stärkt.
Etwa die Hälfte der Befragten bestätigen diese Theorie. Die andere Hälfte der Teilnehmer:innen geben eine fehlende bzw. als nichtzutreffend empfundene Unterstützung von Familie, Freund:innen und Bekannten an. Hier liegt die Vermutung nahe, dass im sozialen Umfeld der Befragten möglicherweise andere Abhängigkeitserkrankte zu finden sind, was eine

nachhaltige Abstinenz erschweren kann (“Weniger Kontakt mit Personen die regelmäßigen Konsum betreiben [*sic*], auch von deren Seite” TN 5).

In etwa ausgeglichen ist auch das Unterstützungserleben “bedeutungsvoller Betätigungen“. Diese stellen nach heutigem Verständnis den Kern und die Basis der ergotherapeutischen Sichtweise und Intervention im zeitgenössischen Paradigma dar. Hier stellt sich die Frage, ob es einen Zusammenhang zu ergotherapeutischen Behandlungen gibt. Möglicherweise haben einige auf dem Weg in die Abstinenz keine ergotherapeutische Behandlung nach dem zeitgenössischen Paradigma erhalten, während andere betätigungsbasierte Interventionen erfahren haben.
Es zeigt sich eine große Diskrepanz in der Wahrnehmung der Unterstützung durch Angebote sowie Maßnahmen und Verhaltensweisen, welche in unterschiedlichen Therapien erlernt wurden. Bei den Personen, welche in der Therapie erlernte Verhaltensweisen als nicht unterstützend erleben, stellt sich die Frage, ob diese therapeutischen Interventionen entweder nicht geeignet oder hilfreich für die betreffende Person waren (da sie z.B. nur an der Funktionsebene und nicht an den Betätigungen des Alltags angesetzt haben) oder durch einen möglicherweise fehlenden Alltagsbezug nicht nachhaltig umgesetzt werden können.
Im Durchschnitt scheinen therapeutische Angebote, wozu auch Nachsorge und Selbsthilfegruppen zählen, jedoch als unterstützend wahrgenommen zu werden. Dies lässt sich auch dadurch begründen, dass viele Angaben zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen gemacht wurden und die Akquise der Teilnehmer:innen zum Teil über derartige Gruppen geschah.

5.1.4 *Belonging*

Soziale Beziehungen und Interaktion
Es zeigt sich ein großer Einfluss der Abstinenz auf das Erleben der Beziehung zu Familie sowie Freund:innen und Bekannten, sowohl positiv als auch negativ. Hier scheint es stark auf den individuellen sozialen Kontext anzukommen.
Positiv wird die qualitative Steigerung bei quantitativer Verringerung der sozialen Kontakte beschrieben (“Kontakte sind weniger, aber authentischer” TN 8). Hierbei wurde gehäuft eine Abgrenzung vorgenommen: “ich meide Menschen, die mir nicht guttun.” (TN 9). Auch der Wechsel des sozialen Umfeldes sowie der Wohnortswechsel werden als unterstützend beschrieben.
Werden soziale Kontakte seit der Abstinenz nun als angenehmer und authentischer erlebt, kann dies den Bedarf an offener Kommunikation erhöhen. Möglicherweise werden Familie, Partner:innen, Freund:innen etc. positiver erlebt, da weniger Konflikte durch den Wegfall des Streitthemas Alkohol entstehen.

Werden die sozialen Beziehungen seit der Abstinenz als negativer eingestuft, könnte dies möglicherweise daran liegen, dass Personen innerhalb der sozialen Umwelt aktiv konsumieren (siehe Kap. 5.1.4). Viele der Befragten geben an, häufig in Gesellschaft konsumiert zu haben (Konsum war “selbstverständlich”).
Eine andere Erklärung liegt in der veränderten Wahrnehmung der abstinenten Personen bezüglich ihrer sozialen Beziehungen und der eigenen sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Durch die verbesserte Selbstwahrnehmung werden möglicherweise Konflikte in Beziehungen erkannt, die zuvor nicht bewusst waren. Dies geht mit den Studienergebnissen von Wasmuth et al. (2014) einher, die besagen, dass Gefühle und Gedanken in Beziehungen während des Konsums verschleiert werden. Auch durch die anhaltende Beschäftigung (z.B. innerhalb von Therapien oder Selbsthilfegruppen) mit dem eigenen Befinden sowie den Auswirkungen einer Abhängigkeit auf soziale Beziehungen, erfolgt möglicherweise eine Sensibilisierung für diese Themen.

Unsicherheiten im Kontakt werden hierdurch eventuell stärker wahrgenommen, obwohl die Wichtigkeit von Konfliktklärungen steigt. Während das “Wahrnehmen und Mitteilen von Bedürfnissen” überwiegend als hilfreich empfunden wird, wird die Umsetzung als defizitär beschrieben. Dazu passt auch, dass das Treffen von Verwandten und Freund:innen durchschnittlich als schwierig eingeschätzt wird.
Es kann davon ausgegangen werden, dass Fertigkeiten in diesen Bereichen zum Teil nicht ausreichend oder auf übertragbare Weise erlernt wurden. Auch Fortschritte im Bereich “Kontaktfähigkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit” wurden als gering eingeschätzt. Da hier eine hohe subjektive Relevanz beschrieben wird, besteht möglicherweise eine Diskrepanz zwischen der Betätigungsidentität (vorher evtl. gesellig, nun fehlt diese Betätigung) und der tatsächlichen Ausführung und dem Erleben dieses Bereiches.
Mehr als die Hälfte der Befragten geben an, dass sie während des Konsums mehr Selbstvertrauen hatten, mit anderen in Kontakt zu treten. Dies wurde bereits durch zahlreiche Studien untermauert (u.a. Wasmuth et al., 2014) und zeigt sich auch in der Einschätzung der Teilnehmenden zu ihrer “Kontaktfreudigkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit”.

Schlussfolgernd kann von einer Diskrepanz zwischen Funktions- und Betätigungsebene ausgegangen werden. Die eigenen Bedürfnisse sind wahrnehmbar (Funktion), das Umsetzen im Rahmen der Kommunikation etc. (Betätigung) außerhalb der Peer-Group wird als schwierig erlebt. Demnach besteht möglicherweise nicht lediglich eine nun bestehende Schwierigkeit, sondern ein subjektiv erlebter Rückschritt.
Die Ausübung neuer Rollen und das Knüpfen neuer Kontakte gestalten sich durch die Defizite der interaktionellen Fähigkeiten als schwierig, was sich im Sinne einer *Occupational Alienation* langfristig negativ auf das Wohlbefinden auswirken kann.
Insgesamt werden trotz empfundener Defizite Verbesserungen in den genannten Bereichen erlebt.

Mehr Zugehörigkeitsgefühl seit der Abstinenz
Insgesamt wird dem sozialen Umfeld und dem Zugehörigkeitserleben eine hohe Relevanz für ein zufriedenes abstinentes Leben zugeschrieben.
Im Zugehörigkeitsgefühl wird im Vorher-Nachher-Vergleich eine große Steigerung angegeben. Dies bezieht sich beispielsweise auf den Lebensbereich “Arbeit / Studium / Ehrenamt“. Für viele Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung kann die Arbeit als konsumauslösender Stressor wahrgenommen werden, was tendenziell mit einem verminderten Gefühl des *belonging* einhergehen kann. Andererseits kann der Lebensbereich Arbeit neben möglichen Erfolgserlebnissen und Bedeutungserleben auch für soziale Kontakte sorgen, was das Wohlbefinden steigern kann.
Auch bei der aktiven Freizeitgestaltung wird das Zugehörigkeitsgefühl seit der Abstinenz im Durchschnitt stärker beschrieben. Viele Teilnehmer:innen geben an, dass Freizeitaktivitäten wie z.B. Sport als neue Betätigungen in ihrem Leben dazugekommen sind. Dies lässt die Vermutung zu, dass derartige gemeinschaftliche Betätigungen von den Befragten als bedeutungsvoll empfunden werden.
Auch im “Umgang mit Stress” ist eine deutlich höhere Einschätzung der Zugehörigkeit zugunsten der Abstinenz zu verzeichnen. Eventuell wurde während des Konsums eher versucht, Stress allein zu kompensieren, was wiederum im erneuten Konsum mündete.
Auch wenn im Umgang mit Stress und Krisen nach wie vor Defizite bestehen, kann ein erhöhtes Zugehörigkeitsgefühl hier auf eine offenere Kommunikation z.B. im Rahmen von Selbsthilfegruppen oder anderen unterstützenden Kontakten hinweisen.
In den Bereichen “passive Freizeit” und “Ausgehen” wird hingegen stärkeres Erleben des *belonging* während des Konsums deklariert. Möglicherweise sind dies Betätigungen, die für jene Teilnehmende mit dem vergangenen Konsum einhergingen. Durch den Wegfall dieser könnte sich somit auch das Zugehörigkeitsgefühl reduzieren. Auch mögliche Selbstwertdefizite sowie die erlebten Schwierigkeiten in der Kontakt- und Ausdrucksfähigkeit können ein

Gefühl, nicht dazuzugehören, begünstigen, obwohl Kontakte vorhanden sind. Durch die gestiegene Selbstwahrnehmung erhalten diese Defizite eventuell eine stärkere Aufmerksamkeit, was zu Ängsten in der Kontaktaufnahme und Rückzug führen kann.

Da das Eingebundensein von den Teilnehmenden als wichtig gewertet und innerhalb der OS als bedeutsam deklariert wird, können ein fehlendes Zugehörigkeitserleben oder eine mangelnde Identifikation mit den neuen Rollen dazu führen, dass eine erfolgreiche Transition gestört wird. Defizite in diesem Bereich gelten demnach als Risikofaktor. In diesem Fall ist eine Betätigungs- oder Umweltanpassung notwendig. Fokussiert man in diesem Zusammenhang die umgesetzten Anpassungen der Teilnehmenden, zeigt sich neben der Vermeidung destabilisierender Aktivitäten (siehe Kap. 5.1.1) eine Veränderung im Erleben und im Umgang mit vorhandenen Kontakten.

Nachsorge, Selbsthilfegruppen und therapeutische Angebote
Viele der Befragten geben an, dass sie nun Teil einer Selbsthilfegruppe sind und dort teilweise verantwortungsvolle Positionen besetzen. Das von vielen bereits während des Konsums als unproblematisch deklarierte „Verantwortung übernehmen“, wird hier möglicherweise im Sinne einer ressourcenorientierten Betätigung eingesetzt. Die Kommunikation und Kontaktaufnahme innerhalb der Peer-Group sind möglicherweise erleichtert, da es hierbei in der Regel weder zu Stigmatisierung und gesellschaftlichem Druck noch zu Konfrontation mit dem Suchtmittel kommt. Ebenfalls verbinden die Selbsthilfegruppenmitglieder ähnliche Erfahrungen, was mehr Offenheit begünstigt. Das Zugehörigkeitsgefühl ist hier und bei engen Bezugspersonen ggf. stärker als bei anderen Personen, da keine Notwendigkeit der Erklärung oder Rechtfertigung bestimmter Verhaltensweisen oder Reaktionen besteht und in der Regel Verständnis und Unterstützung zugesagt werden (“Insgesamt weniger Kontakt mit anderen, das empfinde ich aber als sehr angenehm, da konsequent alkoholfreie Kontakte.” TN 11). Dieses Gefühl der Verbundenheit kann einer möglichen *Occupational Alienation* vorbeugen.
Dennoch sind die Angebote einer Selbsthilfegruppe begrenzt und ein gänzlicher Rückzug aus der „konsumierenden“ Gesellschaft ist nicht möglich. Nicht alle notwendigen oder bedeutungsvollen Betätigungen sind innerhalb eines geschützten Rahmens gegeben.

5.2 Einfluss des Betätigungs- und Alltagserlebens auf Wohlbefinden und Lebensqualität

Innerhalb des Wohlbefindens wird ein deutlicher Unterschied zur Konsumzeit ersichtlich. Der Großteil der Teilnehmer:innen bestätigt eine positive Wirkung der Abstinenz auf ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.
Betrachtet man die *Occupational Satisfaction* wird deutlich, dass für ein zufriedenes Betätigungserleben unter anderem die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse sowie das Ausüben dieser grundlegend notwendig ist. Eben jenen Aspekt geben die Befragten als Unterstützungsfaktor an.
Innerhalb der Selbstwahrnehmung werden starke Veränderungen geschildert, was sich u.a. darin begründen lässt, dass Konsummittel die eigene Wahrnehmung betäuben und dies einen häufigen Konsumgrund ausmacht. Außerdem stellt die Wahrnehmung eigener Empfindungen einen Fokus innerhalb von Therapien dar, da die Vermeidung negativer Empfindungen und Gedanken als ein Grund für Konsumverhalten betrachtet wird.
Die beschriebene Veränderung beeinflusst die Zufriedenheit der Teilnehmenden scheinbar stark. Da diese Beeinflussung keiner Positiv- / Negativwertung unterliegt, können verschiedene Schlussfolgerungen gezogen werden.

Zum einen ist eine gute Selbstwahrnehmung förderlich zur Wahrnehmung eigener Grenzen, Risikofaktoren und Bedürfnisse sowie dessen, was guttut oder schadet. Nur durch die Wahrnehmung von Bedürfnissen können gezielt bedeutungsvolle Betätigungen durchgeführt und als solche erlebt werden. Ein Großteil der Befragten gibt in diesem Zusammenhang an, dass jene Betätigungen unterstützend auf die Abstinenz wirken. Ferner hätten sie einen intensiven Einfluss auf die Zufriedenheit. Eine realistische Selbstwahrnehmung begünstigt außerdem ein stärkeres Ressourcenbewusstsein.
Überdies werden zahlreiche neugewonnene Betätigungen im Alltag beschrieben, welche im Vorher-Nachher-Vergleich als zufriedenstellender erlebt werden. Wie frühere Forschungen belegen (Hoxmark et al., 2012), geht mit einem Verlust bzw. Mangel an Betätigungen für Personen mit einer Abhängigkeit ein mangelndes Wohlbefinden einher. Daher lässt sich vermuten, dass eine Zunahme der Betätigungen im *doing* seit der Abstinenz zu einer Verbesserung des *Wohlbefindens* führt. Betrachtet man das Suchtmittel als Kompensationsstrategie, könnte der verminderte Drang nach Suchtmitteln u.a. auf neue Betätigungen als Coping-Strategien zurückzuführen sein.

Andererseits können durch die gesteigerte Selbstwahrnehmung auch Stressoren, Konflikte, unangenehme Gefühle und Gedanken sowie Körperempfindungen stärker wahrgenommen werden. Fraglich ist jedoch, ob zu diesen inneren Prozessen ausreichend Distanz hergestellt werden kann und ein adäquater Umgang erlernt wurde. Dass schlussfolgernd eine tiefe Auseinandersetzung mit den Themen als unangenehm empfunden wird, könnte auch begründen, dass es kaum Antworten in der offenen Fragestellung des *being* gab (siehe Kap. 4.2).

Das Zugehörigkeitserleben kann ebenfalls als ein wichtiger Faktor für das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität angenommen werden. Infolgedessen kann eine Reduzierung des Zugehörigkeitsgefühls möglicherweise als Risikofaktor die *Occupational Transition* behindern und neben dem Verzicht auf das Konsummittel eine zusätzliche Belastung darstellen. Diese Vermutung wird durch bestehende Forschung (u.a. Seligman, 2002) untermauert. Die ermittelten Studienergebnisse belegen jedoch eine Zunahme des Zugehörigkeitserlebens in nahezu allen Bereichen (siehe Kap. 5.1.4), weshalb angenommen werden kann, dass das Wohlbefinden hierdurch positiv beeinflusst wird.
In diesem Zusammenhang nehmen aus Sichtweise der *Occupational Transition* auch die (Betätigungs-)Rollen eine wichtige Funktion ein. Ziel ist deren zufriedenstellende Ausübung. Da die neu angenommenen Rollen der betroffenen Teilnehmer:innen im positiven Kontext geschildert werden, ist davon auszugehen, dass jene Personen Schritt 3 der *Occupational Transition* erfolgreich gemeistert haben.

Nimmt man entsprechend an, dass das Ausüben zufriedenstellender Betätigungen in Kombination mit neuen Routinen und einer individuell angemessenen Tagesstruktur einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität hat, können bedeutungsvolle Betätigungen allgemein als Unterstützungsfaktor im abstinenten Leben angenommen werden. Auch der Punkt “auf die Gesundheit achten” wird von einem großen Anteil der Teilnehmenden als wichtig und intensiv verändert bewertet, bei zeitgleicher Erhöhung der Zufriedenheit. Demnach kann daraus geschlossen werden, dass die beschriebenen Veränderungen einen stärkeren Einfluss auf das Wohlbefinden haben als die erlebten Defizite. Dies kann im Rahmen eines gesteigerten Wohlbefindens rückfallprophylaktisch und stabilisierend auf die Abstinenz wirken und zeigt eine klare Notwendigkeit bedeutungsvoller Betätigungen im Alltag der Teilnehmenden auf.

5.3 Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Befragten Veränderungen in allen Dimensionen der OS erleben. Größtenteils wirken sich die Veränderungen positiv aus und das Wohlbefinden sowie die Lebensqualität sind gestiegen. Dies spiegelt sich auch in der hauptsächlich langen Abstinenzzeit der Teilnehmenden wider. Die lange Dauer der konsumfreien Zeit spricht außerdem dafür, dass Transitionsprozesse in verschiedenen Bereichen erfolgreich durchlaufen wurden.
Solche Transitionen, wie die zum abstinenten Leben, haben einen positiven Einfluss auf das Selbstwirksamkeitserleben, was wiederum weitere erfolgreiche Veränderungsprozesse begünstigt. Das hierdurch verstärkte Selbstvertrauen erhöht die Wahrscheinlichkeit, auf zukünftige Krisensituationen konsumfrei reagieren zu können, wie auch von den Teilnehmenden angegeben.
Trotz bestehender Schwierigkeiten in einigen Bereichen, erleben sich die Befragten insgesamt als handlungsfähig und lebenszufrieden, was als Beleg für die salutogenetische Sichtweise auf Gesundheit interpretiert werden kann. Trotz potenziell pathologischer Faktoren wird ein subjektives Wohlbefinden bzw. Gesundheitserleben erreicht, indem z.B. ein zufriedenstellender Alltag erlebt wird. Auch bestätigt dies die Annahme, dass ausreichend vorhandene Ressourcen etwaige noch vorhandene Problematiken ausgleichen können. Ein subjektives Wohlbefinden ist demnach nicht abhängig von objektiv vorhandenen Defiziten.

Wie in der vorangegangenen Diskussion ersichtlich wird, erleben die Teilnehmenden Veränderungen der Dimensionen *doing, being, becoming* und *belonging* teilweise sehr unterschiedlich. Ebenfalls stehen diese Aspekte in ständiger Wechselwirkung, wodurch das Alltagserleben individuell verschieden ist.
Sämtliche Betätigungen im Bereich *doing* stehen auch in wechselseitiger Beziehung mit der sozialen Umwelt der Befragten. Somit hat auch diese einen großen Einfluss auf das Betätigungserleben sowie die damit verbundene Zufriedenheit. Unter dem Einfluss verinnerlichter Werte, Denkmuster, Betätigungserfahrungen etc. stehen die Dimensionen über die gesamte Lebensspanne hinweg in einem ständigen Wandel.
Aus Betätigungserfahrungen (*doing*), welche sich durch die Abstinenz verändert haben, entsteht wiederum ein verändertes *being*, *becoming* und *belonging*.
Wenn beispielsweise eine abstinent lebende Person mehr Kontaktaufnahme außerhalb ihrer gewohnten konsumierenden Umwelt initiiert (*doing*), kann hieraus die Erfahrung entstehen, sich in sozialen Kompetenzen sicher zu fühlen (z.B. “ich bin offen und gehe auf Menschen zu”, *being*). Es entsteht ein Entwicklungsprozess mit dem Ziel des Aufbaus eines neuen wertschätzenden sozialen Umfelds (*becoming*). Wird dieses Ziel in einer für die Person zufriedenstellenden Art und Weise erreicht, kann sich hierdurch das Zugehörigkeitserleben steigern (*belonging*), was langfristig sowohl das Wohlbefinden als auch die Lebensqualität intensiviert und die Abstinenz nachhaltig unterstützt.

Wenngleich die Einflussfaktoren auf Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit bei den Teilnehmenden individuell unterschiedlich ausfielen, ließen sich dennoch einige Schwerpunkte ermitteln, welche in Kap. 6 schlussfolgernd dargestellt werden.

5.4 Stärken und Limitationen der Studie

Stärken

Durch die genaue Beschreibung des Vorgehens und den teilstandardisierten Fragebogen ist eine gute Replizierbarkeit der Studie gegeben. Die Nutzung von evidenzbasierter Theorie,

sowohl als Verständnisbasis für das Forschungsthema als auch in der Erstellung des Datenerhebungsinstruments, erhöht die wissenschaftliche Qualität.
Bei einer Studienarbeit mit quantitativem Design ist in der Regel gegenüber einer qualitativen Forschung eine höhere Effizienz gegeben, da in kürzerer Zeit mehr Personen teilnehmen können (größere Stichprobe). Dies bestätigt sich zum Teil auch innerhalb dieser Forschungsarbeit, da sehr viele Personen den Fragebogen mindestens einmal geöffnet haben (siehe Kap. 3.5.1). Leider ist mit Hilfe des Fragebogen-Tools "Questback" keine genauere Auswertung möglich, sodass nicht analysiert werden konnte, an welcher Stelle der Fragebogen wieder geschlossen wurde.
Aufgrund der Online-Befragung war eine landesweite Verbreitung des Fragebogens ohne hohen Zeit- oder Kostenaufwand möglich. Dadurch, dass Teilnehmende bei der Beantwortung der Fragen zeitlich nicht unter Druck gesetzt werden (wie beispielsweise in einer face-to-face Interviewsituation), können die Antworten in Ruhe überlegt werden. Auch das Ausfüllen des Fragebogens in gewohnter, privater Umgebung kann das Stresserleben der Befragten reduzieren.

In Ergänzung zur quantitativen Datenauswertung geschah ebenfalls eine qualitative Inhaltsanalyse der entsprechenden Fragestellungen nach Mayring (2015). Diese hat den Vorteil, dass kleine Datenmengen (wie im Falle dieser Studie) ebenso gut analysiert werden können, wie große. Auch eine semiquantitative Auswertung der Resultate ist hiermit möglich, indem z.B. angegeben werden kann, wie viele Personen eine bestimmte Antwort gegeben haben. (Ritschl & Stamm, 2016)
Ein weiterer Vorteil der offenen Fragestellungen liegt in den differenzierteren Antworten der Teilnehmer:innen. Dies lässt sich exemplarisch am Beispiel "tägliche Routinen durchführen" erläutern. Während bei der quantitativen Befragung zur Stärke der Veränderung in diesem Bereich lediglich geringe Veränderungen angegeben wurden, lieferte die offene Fragestellung, inwiefern sich die Tagesstruktur der Teilnehmenden verändert habe, ein detaillierteres Bild.
Insgesamt scheinen also die quantitativen und qualitativen Anteile am Fragebogen eine sinnvolle Kombination zu sein.
Eine weitere Stärke liegt in der Bereicherung der bestehenden Forschung zu den Dimensionen der OS *doing, being, becoming* und *belonging*. Nach Angaben verschiedener Forscher:innen sei das *belonging* noch nicht ausreichend erforscht (Hammel, 2014). Durch intensive Betrachtung dieser Dimension innerhalb der vorliegenden Studie, konnten wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse hierzu ergänzt werden.

Limitationen
Eine Schwäche der Studie, welche die Aussagekraft der Ergebnisse einschränkt, ist die geringe Teilnehmer:innen-Zahl. Diese begründet sich zum einen durch die Ausschlusskriterien, da verhältnismäßig viele Befragte deshalb vorzeitig aus der Studie ausgeschlossen wurden. Zum anderen ist aufgrund der Befragung über ein Online-Medium zwingend ein Internet-Anschluss sowie ein gewisses Maß an Kenntnissen im Umgang mit Computer oder Smartphone von Nöten.
Bei der Akquise der Teilnehmenden waren die Forscherinnen überdies auf die Mithilfe der angeschriebenen Einrichtungen angewiesen, da es sich sehr schwierig gestaltete, die gewünschte Zielgruppe direkt persönlich zu erreichen.
Die Demographie der Teilnehmer:innen ist nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation. Da der überwiegende Teil eine Abstinenzphase von mehreren Jahren angegeben hat, könnte möglicherweise die Genauigkeit der retrospektiven Angaben zum Vorher-Nachher-Vergleich limitiert sein.
Durch die Methode des Fragebogens ist ausschließlich eine schriftliche Fragestellung möglich. Aus diesem Grund ist das Verständnis der gestellten Fragen der Teilnehmer:innen entscheidend für die Qualität und Aussagekraft der Resultate. Hierdurch kann es dazu kommen,

dass Personen mit einem geringen Bildungsstand frühzeitig die Befragung abbrechen, was in der Folge wie in Kap. 3.5.1 beschrieben zu einem Rücklaufbias führen kann. (Weigl, 2016)
Etwaige Missverständnisse können aufgrund des fehlenden persönlichen Gesprächs in der Regel nicht geklärt werden und auch die Länge des Fragebogens wurde laut Feedback einiger Teilnehmenden als zu lang bewertet.
Bezüglich der Methodik ist ebenfalls die Nutzung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) zu reflektieren. Neben genannten Vorteilen der Methodik, ist eine längere Einarbeitungszeit aufgrund der Komplexität notwendig.
Die Nutzung der ICF gewährleistet zwar eine Evidenzbasierung und Orientierung an wissenschaftlicher Theorie, jedoch bleiben hierdurch eventuell relevante Themen unbeachtet, da diese nicht im ICF vorkommen. So betrachtet die ICF bspw. Schlaf als Funktion, wohingegen die Teilnehmenden dieser Studie Schlaf und dazugehörige Aspekte eher als Betätigung wahrgenommen haben.

Die genutzten “drag & drop“ Fragen eigneten sich rückblickend nicht für die deskriptivstatistische Auswertung, da nicht ersichtlich ist, wie viele Bereiche von den jeweiligen Teilnehmenden bewertet wurden. Somit war es nicht möglich, Mittelwerte zu errechnen oder im Rahmen der hiesigen Methodik aussagekräftige Analysen durchzuführen. Daher wurden die Auswertungen anhand observierbarer Angaben dargelegt.

6. Schlussfolgerung

Im Folgenden wird ein Überblick über die entstandenen und erläuterten Thesen der Forschungsarbeit gegeben. Eine entsprechende Schlussfolgerung für die eingangs erläuterte Thematik wird in diesem Kapitel angeknüpft. Dieser Abschnitt schließt mit Implikationen für die Ergotherapie und einem Ausblick für weitere Forschung.

Überträgt man die beschriebenen Ergebnisse in die Praxis, belegen sie die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Viele der genannten Aspekte finden innerhalb der Behandlung bereits auf funktioneller Ebene Beachtung. Defizitausgleichende Interventionen nach dem Bottom-Up Ansatz können das Selbstvertrauen verbessern. Es stellt sich jedoch die Frage, inwiefern sich das Erlernte in den Alltag integrieren lässt. Es werden demnach im Schwerpunkt Top-Down Ansätze empfohlen, die sich auf individuelle Stärken beziehen. Eine ressourcenorientierte Arbeitsweise kann die Transition in ein abstinentes Leben und dessen nachhaltige Umsetzung positiv unterstützen. Die Ergebnisse stützen demnach die salutogenetische Sichtweise, da trotz erlebter Schwierigkeiten langjährige Abstinenzzeiten bestehen und das Wohlbefinden gesteigert ist.

6.1 Die Dimensionen der OS und die ergotherapeutische Praxis

Innerhalb des *doing* kann das häufig benannte “Achten auf die Gesundheit“ als Motivator verstanden werden. Vor allem die Durchführung bedeutungsvoller Betätigungen, die von vielen als unterstützend erlebt werden, gilt im Sinne des Wohlbefindens als gesundheitsförderlich. Jene Aktivitäten können sinn- sowie strukturgebend wirken und im häufig als defizitär erlebten “Umgang mit Stress und Krisen“ gezielt als Kompensationsstrategien eingesetzt werden.
Da die Nutzung der klassischen „Achtsamkeit / Entspannungsverfahren“ bei weniger als der Hälfte der Teilnehmenden Anwendung fand, ist es ratsam in diesem Zusammenhang vorhandene Routinen und Ressourcen zu nutzen, die präventiv mit gesundheitsförderlichem oder entlastendem Verhalten kombiniert werden können. Sie sollten demnach alltagstauglich sein und gut in das Leben außerhalb von Therapien transferiert werden können (z.B. achtsam Zähneputzen oder Essen, mehr Bewegung durch regelmäßige Spaziergänge etc.). Wichtig ist hierzu das Schaffen eines Bewusstseins dafür, dass die erlernten Handlungen (Coping-Strategien) willentlich durchführbar sind.

Jene Betätigungen können innerhalb der Therapie vorbereitend geplant und wenn möglich durchgeführt werden. Vor allem Aufenthalte, welche einen längerfristigen Zeitraum umfassen (z.B. in Rehakliniken), begünstigen Veränderungsprozesse über das Sammeln von Erfahrungen.
Die während der Abstinenz stark steigende Selbstwahrnehmung kann zur Identifikation und Nennung von Werten, Ressourcen (*being*) und Zielen (*becoming*) innerhalb verschiedener ergotherapeutischer Assessments genutzt werden. Auch persönliche Stresszeichen, Grenzen sowie äußere Risikofaktoren können erfasst werden.
Zu Beginn der Entwöhnung werden diese Faktoren evtl. erst innerhalb des *doing* bewusst, was die Begleitung der Betätigung durch Ergotherapeut:innen bekräftigt.
Werte und Selbstbilder (*being*) sind als Handlungs-Kompass der Person zu verstehen. Diese zu kennen, ermöglicht eine kongruente Ausübung von Betätigungen (*doing*), welche maßgeblich die Lebensqualität beeinflusst.
Anhand der Ergebnisse dieser Forschung lässt sich vermuten, dass eine intensivere Auseinandersetzung mit der eigenen Identität sowie Rollenvorstellungen und Ressourcen bisher nicht ausreichend fokussiert oder vermieden wurde, was das Risiko

einer *Occupational Alienation* verstärkt. Konkrete, realisierbar und klientenzentrierte Wünsche / Ziele zu fokussieren (*becoming*) stellt jedoch die Grundlage dar, um motiviert eine *Occupational Transition* zu durchlaufen.

Dass sich das etablierte und aus der Lernerfahrung entwickelte *being* nur schwer ändern lässt, zeigt sich u.a. in den geringen Veränderungen innerhalb des *being* seit der Abstinenz (höheres Kompetenzerleben während des Konsums in den Bereichen, die seit der Abstinenz als defizitär empfunden wurden). Es empfiehlt sich, Ziele stärker zu fokussieren, welche das Hinzufügen neuer, auf Ressourcen basierender Selbstkonzepte (Selbstbild, Rollen etc.) begünstigen. Da der Fokus sich von den Defiziten auf die Stärken verlagert, kann hierdurch die Lebensqualität erneut gesteigert werden, was sich wiederum positiv auf das Selbstbild und das Selbstwirksamkeitserleben auswirkt. Überwiegen die positiven Selbstkonzepte, kann die Akzeptanz negativ empfundener Gefühle und Situationen begünstigt werden (anstatt “ich bin falsch”, “es ist ok, dass diese Gefühle da sind”). Hierdurch kann ferner einer Vermeidung von Betätigungen und negativem Kompetenzerleben entgegengewirkt werden, da die Bereitschaft unangenehme Empfindungen anzunehmen, die Handlungsfähigkeit und somit auch die *Occupational Balance* fördert.

Betrachtet man die Ergebnisse dieser Forschung lässt sich annehmen, dass der Fokus derzeit auf den Defiziten und der Vermeidung von Betätigungen liegt, die diese forcieren**.**
So werden im Bereich *belonging* viele Betätigungen vermieden, in denen möglicherweise eine Konfrontation mit dem Suchtmittel stattfindet, während gehäuft an Selbsthilfegruppen und weiteren Nachsorgeangeboten teilgenommen wird.
Innerhalb dieser Peer-Groups sind Stigmata vermutlich nicht vorhanden, es werden Zugehörigkeit und ein höheres Verständnis durch eigene Erfahrungen erlebt. Weiter können aus Selbsthilfegruppen einzelne Subgruppen entwickelt werden, welche bedeutungsvolle Betätigungen konsumfrei durchführen (z.B. Fußball, Fahrrad, Ausflüge etc.). Zu deren Entwicklung könnten Ergotherapeut:innen z.B. im Rahmen der Gemeinwesenorientierung unterstützend beitragen. Diese Gruppenbetätigungen können wiederum als Medium, Übungsfeld oder vorbereitende Maßnahme betrachtet werden. Da innerhalb von Selbsthilfegruppen nicht alle relevanten Betätigungen abgebildet werden, jedoch Alkohol innerhalb der Gesellschaft präsent ist, ist die schrittweise Einführung in die Realität notwendig, um einer *Occupational Deprivation* entgegenzuwirken. Auch gibt es unvermeidbare Betätigungen, bei denen sich Kontakte zur konsumierenden Gesellschaft nicht vermeiden lassen (z.B. Arbeit).
Sobald also ausreichend Selbstvertrauen im Umgang innerhalb der Peer-Group entstanden ist, kann hieraus ein Bewusstsein der bestehenden sozialen Kompetenzen erlangt werden, welches sich auf weitere Kontexte übertragen lässt. Das Üben im realen Kontext könnte nun durch die Ergotherapie z.B. im Rahmen von stufenweiser Heranführung, begleitet werden.
Auch wenn die als verbessert empfundene psychische Stabilität eine gute Unterstützung darstellt, empfiehlt sich dennoch die vorherige Erarbeitung eines Notfallpasses oder Notfallkoffers mit Skills, Telefonnummern von Ansprechpartner:innen und Kontakten der Suchthilfe etc. für mögliche Trigger.

Besteht keine Anbindung zu Peer-Groups könnte dies eine erste Maßnahme innerhalb der Ergotherapie darstellen. Diese Möglichkeit bietet sich vor allem nach einem Wechsel des sozialen Umfeldes oder des Wohnortes an, bzw. wenn Kontakte innerhalb der Familie, Freund:innen und Bekannten nicht ausreichend vorhanden sind.
Ergotherapeut:innen können außerdem als Fürsprecher:innen aktiv werden und die erweiterten Klient:innen (z.B. Angehörige) im Rahmen einer Beratung aufklären.
Derlei Aufklärung findet außerdem in Form von Suchtpräventionsarbeit auf Meso- (bspw. in Firmen oder Schulen) und Makroebene (gesellschaftliche Aufklärung, z.B. mittels Präventionskampagnen) statt. Diese wird häufig von Betroffenen durchgeführt und / oder unterstützt.
Sind Klient:innen ausreichend stabil, können sie durch die Ergotherapie ermutigt werden,

sich ebenfalls in diesem Bereich einzusetzen.

6.2 Schwerpunkt Rehabilitation und ambulante Ergotherapie

Im Kontext Rehabilitation zeigt sich die derzeitige Bezeichnung der Ergotherapie der DRV als “gestalterische Therapie” zwar kongruent zu häufig vermittelten Ausbildungsinhalten, ist jedoch nach heutigem Kenntnisstand nicht mehr zeitgemäß. Die wenig beschriebenen KTL bieten dennoch einen Gestaltungsspielraum, der genutzt werden kann, solange keine Reformierung stattgefunden hat. Auch aus wirtschaftlicher Sicht sind Neuerung und eine Umorientierung zur Betätigungsorientierung und Kontextbasierung empfehlenswert, da Forschungen belegen, dass diese Herangehensweise deutlich wirkungsvoller (siehe Kap. 2.6.2). Die Ergotherapie macht im stationären Kontext innerhalb der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen einen beträchtlichen Anteil aus. Sie bietet daher den zeitlichen Rahmen zur Umsetzung möglichst realitätsnaher bedürfnisorientierter Angebote.

Zur Sicherung des evidenzbasierten Arbeitens empfiehlt es sich, die Ergotherapie im ambulanten wie auch im klinischen Setting anhand eines Frameworks wie dem OTPF (AOTA, 2014) auszurichten. Auch können Ergotherapeut:innen die evidenzbasierte Leitlinie der Ergotherapie für “Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen” (Brown, 2012) nutzen. Innerhalb der klientenzentrierten Einzelbehandlungen können die individuellen Bedürfnisse gezielter beschrieben und begleitet werden. Sollte aufgrund der Wirtschaftlichkeit (z.B. Vorgaben des Arbeitgebers) keine Einzelbehandlung möglich sein, besteht die Möglichkeit, die Klient:innen selbst ressouren- und betätigungsorientierte Gruppeninhalte gestalten zu lassen Die Ergotherapeut:innen begleiten diesen Prozess und bieten den Rahmen zur Planung und Umsetzung. Diese können als Anregung zur Freizeitgestaltung für die Zeit außerhalb der Behandlung dienen. Außerdem können im Gruppenkontext die sozialen Fertigkeiten erprobt und erweitert werden.

Auch auf der Mesoebene können Anpassungen bereits während der Rehabilitation erfolgen. Demnach können in Bezug auf den Bereich Arbeit innerhalb der Ergotherapie “externe Belastungserprobung” am Arbeitsplatz (KTL E622), “Arbeitsplatzbesuch einzeln” (KTL E672) sowie “Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum” (KTL E630) durchgeführt werden. Zudem kann, wenn nötig, eine Beratung zu einem GdB (Grad der Behinderung), zu einer stufenweisen Wiedereingliederung etc. erfolgen.
Wie häufig die einzelnen KTL derzeit in Anspruch genommen werden, ist innerhalb der Statistiken nicht ersichtlich.

Im ambulanten Setting besteht ebenfalls die Möglichkeit der Beratung und Umweltanpassung vor Ort. Weiter können Ergotherapeut:innen als Jobcoaches im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung oder der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützend tätig werden. Bei einem Wechsel des Wohnumfeldes, welcher durch die Abstinenz notwendig werden kann, empfiehlt sich die Weitervermittlung an eine ambulante Ergotherapie vor Ort. Diese könnte die betroffene Person beispielsweise in das neue Wohnumfeld einführen und zu ihm / ihr passende Angebote vor Ort ausfindig machen und / oder erkunden.

In den Entlassungsbögen der Rehakliniken können u.a. eine ambulante Ergotherapie sowie die Anpassungen der Umwelt empfohlen werden. Aufgrund ihres Alltagsbezugs stellt die Ergotherapie einen wichtigen Faktor im Übergang in das Leben nach der Entwöhnung dar. Neben den bereits genannten Aspekten auf der Mikroebene identifiziert und passt sie die Möglichkeiten sowie Risikofaktoren innerhalb der Meso- und Makroebene an oder nutzt sie.

Möglicherweise profitieren auch jene, die ambulante Betreuung beanspruchen (in der sich auch Ergotherapeut:innen zunehmend etablieren), von der betätigungsorientierten Sichtweise.

6.3 Aus- und Weiterbildung

Betrachtet man die derzeit gültigen Ausbildungsinhalte der Ergotherapie in Deutschland ([ErgThAPrV von 1999], Bundesamt für Justiz, o.D.), wird ein dringender Modernisierungsbedarf hin zum internationalen Standard ersichtlich.
In Hinblick auf diese Forschungsarbeit ist die innerhalb des ergotherapeutischen Kompetenzprofils genannte *Fürsprache* (DVE, 2019) maßgeblich an der Förderung des Wohlbefindens beteiligt. Ob und wie diese Kompetenzen in der Ausbildung vermittelt werden, ist jedoch nicht eindeutig festgelegt und obliegt den Ministerien der Länder.
Wichtig wäre in diesem Sinne außerdem eine Sicherstellung des Theorie-Praxis-Transfers sowie die Forschungsmöglichkeit im Bereich OS, Betätigungswissenschaften und Ergotherapie an Hochschulen. Studiengänge der Ergotherapie sind derzeit in Deutschland kaum vertreten und auch in den Bereichen der OS und Ergotherapiewissenschaften finden sich in Deutschland derzeit keine Angebote. Es besteht jedoch zunehmend die Möglichkeit jene Studiengänge international im Fernstudium zu studieren. Die Modellklausel zur Akademisierung der Heilmittelberufe wurde in diesem Jahr erneut bis 2024 verlängert (Schwabe-Fleitmann, 2021).

Um Menschen fundiert zu begleiten, werden international verschiedene ergotherapeutische Fähigkeiten und Fertigkeiten beschrieben (z.B. Enablement Skills nach Townsend & Polatajko, 2007), deren Notwendigkeit je nach Arbeitssetting in ihrer Intensität variieren. Zur Aneignung dieser Skills können hierzulande derzeit eher professionsübergreifende Fortbildungen besucht werden. Dazu passende Angebote finden sich u.a. im Rahmen systemisch-lösungsorientierter Ansätze, welche zunehmend gezielt für Ergotherapeut:innen offeriert werden. Auch steigt das Angebot fachbezogener und betätigungsorientierter Fortbildungen.
Suchtspezifische Fortbildungen sind derzeit in Deutschland hauptsächlich im psychologischen Bereich möglich. Zur Teilnahme sind Ergotherapeut:innen teilweise berechtigt, jedoch ist hier die Sichtweise der Pathogenese und der Ausgleich von Funktionsdefiziten stärker vertreten als die der Ergotherapie näheren Salutogenese und Ressourcenorientierung.

6.4 Weitere Forschung

Eine Untersuchung der *Occupational Transition* der Alkoholentwöhnung könnte Aufschluss darüber geben, in welchem Bereich die Betroffenen besondere Unterstützung benötigen und welche hinderlichen sowie förderlichen Faktoren in der Arbeit mit Menschen mit Alkoholabhängigkeit eine besondere Rolle spielen. Passend dazu wäre eine Fokussierung auf die Bereiche *being* und *becoming* sowie deren Auswirkungen auf die Betätigungszufriedenheit.
Auch die Entwicklung eines Assessments, welches die Dimensionen und die Einflussfaktoren auf Meso- und Makroebene innerhalb der Transitionsphasen erfasst, könnte eine evidenzbasierte Hilfe darstellen.

Für zukünftige Forschung aus salutogenetischer Sichtweise ist die Verwendung des ICF weniger empfehlenswert. Zwar beschreibt sie zahlreiche Faktoren, welche sich auf die Gesundheit auswirken können, jedoch fehlt bspw. eine Möglichkeit der Einschätzung des

Wohlbefindens und des Zugehörigkeitsgefühls: “Informationen, die das Gefühl des Einbezogenseins einer Person oder ihrer Zufriedenheit über das Niveau ihrer Funktionsfähigkeit widerspiegeln, sind gegenwärtig nicht in der ICF kodiert.” (DIMDI, 2005, S.155).

Der in der Forschungsarbeit entwickelte Fragebogen könnte außerdem durch weitere detailliertere Fragen bzgl. bedeutungsvoller Betätigungen und entwickelten Kompensationsstrategien bzw. Alternativen zum Konsum sinnvoll ergänzt werden. Diesbezüglich scheinen weitere Fragen zur offenen Beantwortung lohnenswert.

Literaturverzeichnis

Abstinent durch Betätigung. (2021*). Alltagserleben und Wohlbefinden bei Abstinenz.* https://abstinent-durch-betaetigung.jimdosite.com/

American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process, 3rd edition. *American Journal of Occupational Therapy, 68*(1), 1-48. doi: 10.5014/ajot.2014.682006.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* DGVT-Verlag.

Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Funke, W., Granowski, M., Kemmann, D., Kersting, S., Klein, T., Medenwaldt, J., Premper, V., Reger, F., Teigeler, H., Wagner, A., Weissinger, V. (2021). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2018 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell – Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V.,* 69-83.

Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3–38). Hemisphere Publishing Corporation.

Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist. 28*(2), 117–148. doi: 10.1207/s15326985ep2802_3

Bernert, S., Krüger, T. & Spyra, K. (2018). *Kurzbericht des BMG-geförderten Forschungsvorhabens*. Abgerufen am 19 November 2020, von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht_Non_Responder_Studie.pdf

Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., Stucki, G. (2012). *Die ICF Core Sets. Manual für die klinische Anwendung*. Hofgrefe Verlag.

Björkman, T., Eklund, M., Erlandsson, L.-K., Leufstadius, C. (2008). Meaningfulness in daily occupations among individuals with persistent mental illness. *Journal of Occupational Science, 15*(1), 27–35. doi: 10.1080/14427591.2008.9686604

Buijsse, N., Caan, W. & Davis, S.F. (1999). Occupational Therapy in the treatment of addictive behaviours. *British Journal of Therapy and Rehabilitation, 6*, 300-307

Bundesamt für Justiz (o.D). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.* Abgerufen am 02.11.2021 von http://www.gesetze-im-internet.de/ergthaprv/index.html#BJNR173100999BJNE001100301

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2021). *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2019.* Abgerufen am 29. August 2021, von https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-

Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Bundesgesundheitsministerium (2021). *Alkohol*. Abgerufen am 10.02.2021, von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alkohol.html

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte BfArM (2020, 18. September*). ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (10. Revision). Abgerufen am 5. Juli 2021, von https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (2019). *Auswertung der indikationsbezogenen Basisdaten zum Entlassungsjahrgang 2018*. Abgerufen am 21. August 2021, von https://suchthilfe.de/informationen/Basisdaten-2018.pdf

Brown, C. (2018). *Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: Leitlinie der Ergotherapie* (Band 4). AOTA (Hrsg.). Hofgrefe Verlag (Übersetzt von Kim Roos)

Canadian Association of Occupational Therapists (2009). CAOT Position Statement: Occupations and health. *Occupational therapy now,* 11(1), 24-26

Canadian Association for Occupational Therapists (o.D.). *Occupational Therapy and Substance Use.* Abgerufen am 03.05.2021 von https://www.caot.ca/document/4075/Substance%20Use%20-%20Fact%20Sheet.pdf

Canva (o.D.). *was willst du gestalten?.* https://www.canva.com/de_de/

Christiansen, C. (1991). Performance deficits as sources of stress: Coping theory and occupational therapy. In C. Christiansen & C. Baum (Eds.), *Occupational therapy: Overcoming human performance deficits*. SLACK Incorporated.

Correia, C.J., Benson, T.A. & Carey, K.B. (2005). Decreased substance use following increases in alternative behaviours: A preliminary investigation. *Addictive Behaviors, 30*(1), 19-27
doi: 10.1016/j.addbeh.2004.04.006

Crider, C., Bunting, K. L., Calder, C. R. & Forwell, S. (2015). An Integrative Review of Occupational Science And Theoretical Literature Exploring Transition. *Journal of Occupational Science, 22*(3), 304-319.
doi: 10.1080/14427591.2014.922913

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (2004). *Revision der auf die Forschung bezogenen ethischen Richtlinien.* Abgerufen am 22. Oktober 2021, von https://www.uni-due.de/imperia/md/content/kognitionspsychologie/richtlinien.pdf

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (2020). *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". AWMF-Register Nr. 076-001*. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.). AWMF online

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. DHS (o.D.a). *ALKOHOL – ZAHLEN, DATEN, FAKTEN.* Abgerufen am 20. August 2021, von https://www.dhs.de/suechte/alkohol/zahlen-daten-fakten

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. DHS (o.D.b). *Hilfe vor Ort.* Abgerufen am 30. Oktober 2021, von https://www.alkoholrueckfall.de/hilfe-vor-ort-2/

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. DHS (o.D.c). *Suchthilfeverzeichnis*. Abgerufen am 20. August 2021, von https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. DHS (2020, 8. April). *Pressemitteilung. Zahlen und Fakten zu Suchtmittelkonsum und –verhalten.* Abgerufen am 20. August 2021, von https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/PM_Daten_Fakten_2020.pdf

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (2005, Stand Oktober). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. MMI.

Deutsche Rentenversicherung (2015*). KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation* (6. Auflage). Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 125

Deutsche Rentenversicherung (2016). *Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Reha-Qualitätssicherung.* Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutsche Rentenversicherung (2020a). *Mit Rehabilitation wieder fit für den Job*. Deutsche Rentenversicherung Bund, 15(8), 4.

Deutsche Rentenversicherung (2020b). *Entwöhnungsbehandlung - ein Weg aus der Sucht.* Abgerufen am 12. Juni 2021, von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/entwoehnungsbehandlung.html

Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (2005, Oktober). Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie. Abgerufen am 08.11.2021 von https://dve.info/recources/pdf/infothek/193-Ethik-1/file

Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (2019). Kompetenzprofil Ergotherapie. Abgerufen am 03.11.2021 von https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3633-2019-kompetenzprofil/file

Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Springer.

Dorsch Lexikon der Psychologie (o.D). *Wohlbefinden*. Abgerufen am 12.02.2021 von https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/wohlbefinden

Effertz, T. (2020). Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). *DHS Jahrbuch Sucht 2020*. Pabst Science Publishers.

Flanagan, O. (2013). The Shame of Addiction. *Frontiers in Psychiatry, 4*, 120.

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt - Abteilung Sucht (o.D). *Ursachen*. Abgerufen am 02.04.2021 von https://www.sucht.bs.ch/sucht/ursachen.html

Glaeske, G., Boeschen, D. & Holzbach, R. (o.D.). *Abhängigkeit: Diagnosekriterien gemäß ICD-10.* Abgerufen am 28. August 2021, von https://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/medikamentensicherheit/missbrauch-und-abhaengigkeit/abhaengigkeit-diagnosekriterien.html

Haltwanger, E., Lazzarini, I. & Nazeran, H. (2007). Application of nonlinear dynamics theory to neuro- ccupation: A case study of alcoholism. *British Journal of Occupational Therapy, 70*, 349-357

Hammell, K.R.W. (2014). Belonging, Occupation, and human well-being: An exploration. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 81*(1), 39-50 doi: 10.1177/0008417413520489

Helbig, K. & McKay, E. (2003). An Exploration of Addictive Behaviours from an Occupational Perspective. *Journal of Occupational Science, 10*(3), 140-145. doi: 10.1080/14427591.2003.9686521

Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, K. & Remschmidt, H. (2013). Erwachsen werden ist schwer: Psychische Störungen in der Adoleszenz. *Deutsches Ärzteblatt*, *111*(1)

Hitch, D., Pépin, G. & Stagnitti, K. (2014). In the Footsteps of Wilcock, Part One: The Evolution of Doing, Being, Becoming, and Belonging. *Occupational Therapy in Health Care, 28*(3), 231-246.

Hocking, C. (2020). A Tribute to Dr. Ann Wilcock. *Journal of Occupational Science, 27*(1), 1-4. doi:10.1080/14427591.2020.1739596

Hoxmark, E., Nydal Wynn, T. & Wynn, R. (2012). Loss of activities and its effect on the well-being of substance abusers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 19*, 78–83. doi: 10.3109/11038128.2011.552120.

Hurrelmann, K. (1988). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. Juventa-Verlag. Seiten

Jochheim, R. J. & Jochheim, S. (2019). Der Schlüssel zu mentaler Stärke. Kohärenzgefühl und Resilienz. *COPD in Deutschland, 1*(19)

Kendler, K. S., Edwards, A. C., Ji, J., Ohlsson, H., Sundquist, J. & Sundquist, K. (2015). An extended swedish national adoption study of alcohol use disorders. *JAMA Psychiatry, 72*(3), 211-218. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2138

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021, 01. Januar). Die Heilmittelrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses. Abgerufen am 04.05.2021 von https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel_Richtlinie_Katalog_Diagnoselisten.pdf

Kiepek, N. C. & Magalhães, L. (2011). Addictions and Impulse-Control Disorders as Occupation: A Selected Literature Review and Synthesis. *Journal of Occupational Science, 18*(3), 254-276. doi: 10.1080/14427591.2011.581628

Kiepek, N. C., Beagan, B., Laliberte Rudman, D., Phelan, S. (2019a). Silences around occupations framed as unhealthy, illegal, and deviant. *Journal of Occupational Science, 26*(3), 341-353. doi: 10.1080/14427591.2018.1499123

Kiepek, N. C., Beagan, B. & Phelan, S. (2019b). Substance use to enhance occupational performance and experience: critical interpretive synthesis. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 27*(4), 843-857. doi: 10.4322/2526-8910.ctoAR1926

Klein, M. (2021). *Suchterkrankungen: Medizinisch-psychologische Grundlagen der Entstehung*. Abgerufen am 03.06.2021 von https://www.addiction.de/suchterkrankungen/

Koch, C. (2016). *Pubertät war erst der Vorwaschgang – Wie junge Menschen erwachsen werden und ihren Platz im Leben finden*. Gütersloher Verlagshaus.

Kranz, F. (2017). Occupational Science – Betätigung verstehen. *ergopraxis*, *10*(10), 12-13.

le Granse, M., Hartingsveldt, M. von & Kinébanian, A. (2019). *Grundlagen der Ergotherapie*. Thieme Verlag.

Lexikon der Neurowissenschaft (o.D.). *Sucht*. Abgerufen am 12.02.2021. Von https://www.spektrum.de/lexika/showpopup.php?lexikon_id=3&art_id=12503&nummer=1640

Maiwald, G. (o.D.). Psychische Auswirkungen der Esssucht. Abgerufen am 01.10.2021 von https://www.esssucht.net/psychische-auswirkungen-einer-esssucht/

Martin, L.M., Bliven, M. & Boisvert, R. (2008). Occupational Performance, Self-Esteem, and Quality of Life in Substance Addictions Recovery. *OTJR: Occupation, Participation and Health, 28*(2), 81-88 doi: 10.3928/15394492-20080301-05

Matuska, K. & Barrett, K. (2019). Patterns of Occupation. In B. A. B. Schell & G Gillen ((Hrsg.). *Willard and Spackman's Occupational Therapy 13th ed* (S. 212- 222). Wolters Kluwer.

Matuska, K. & Christiansen, C. (2009). *Life balance: Multidisciplinary theories and research.* Editorial SLACK Incorporated.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken.* (12., überarbeitete Auflage). Beltz.

Miro (o.D.). *Miro – Virtuelle Online Kollaborations-Plattform für Teams*. https://miro.com/de/

Morgan, W. J. (2010). What, exactly, is occupational satisfaction?. *Journal of Occupational Science, 17*(4), 216-223.

doi: 10.1080/14427591.2010.9686698

Morrison, R., Gómez, S., Henny, E., Rueda, L., Tapia, M. J. (2017). Principal Approaches to Understanding Occupation and Occupational Science Found in the Chilean Journal of Occupational Therapy (2001–2012). *Occupational Therapy International, 4*, 1-11.

Müller, S. & Wiesbeck, G. (2014). Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *Psychiatrie & Neurologie*, *1*(14)

Opp, A. (o.D.). *Recovery With Purpose: Occupational Therapy and Drug and Alcohol Abuse*. Abgerufen am 20.04.2021 von https://www-aota-org.zuyd.idm.oclc.org/about-occupational-therapy/professionals/mh/articles/recoverywithpurpose.aspx

Pexels (o.D.). *Die schönsten kostenlosen Fotos, lizenzfreien Bilder und Videos von unseren kreativen Nutzern*. https://www.pexels.com/de-de/

Questback (o.D.). *Questback. Rocket fuel for curious organisations.* https://www.questback.com/

Ritschl, V., Stamm, T.A. & Weigl, R. (Hrsg.). (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis.* Springer.

Röhrle, B. (2018). *Wohlbefinden / Well-being*. Abgerufen am 13. Februar 2021, von https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/wohlbefinden-well-being/

Rowe, M., Baranoski, M., Bellamy, C., Benedict, P., Buchanan, J., Davidson, L., O'Connell, M.J., Sells, D., Wieland, M. (2007). A peer-support group intervention to reduce substance use and criminality among persons with serve mental illness. *Psychiatric Services, 58*(7). 955-961.
doi: 10.1176/ps.2007.58.7.955

Sales, B. D. & Folkman, S.(2000). *Ethics in research with human participants.* American Psychological Association.

Sander, M. (2016). *Info 02.01 Entwicklungsaufgaben.* Abgerufen am 08.11.2020, von https://www.bpb.de/lernen/grafstat/krise-und-sozialisation/224837/info-02-01-entwicklungsaufgaben

Scalzo, K., Forwell, S. J. & Suto, M. J. (2016). An integrative review exploring transition following an unexpected health-related trauma. *Journal of Occupational Science*, *23*(4), 464–483.
doi: 10.1080/14427591.2016.1223742

Schindler-Marlow, S. (2015). Alkohol – das unterschätzte Problem?!. *Rheinisches Ärzteblatt Praxis, 5*, 23-24

Schneider, R. (2012). *Die Suchtfibel: Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte.* Schneider Verlag.

Schönthaler, E. (2016). Validität. In V. Ritschl., R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 258). Springer.

Schwabe-Fleitmann, K. (2021, 02. Juni). *Verlängerung der Modellklausel nun bis Ende 2024 befristet*. Abgerufen am 05.10.2021 von https://www.up-aktuell.de/aktuell/2021/06/verlaengerung-der-modellklauseln-nun-bis-ende-2024-befristet.html

Seiffe-Krenke, I. & Gehaar, T., (2006). Entwicklungsregulation im jungen Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie (2006), 38*, 18-31. doi: 10.1026/0049-8637.38.1.18

Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. Free Press.

Slesnik, N., Bartle-Haring, S. & Brigham, G.S.y., Erdem, G. (2013). Interventions with substance-abusing runaway adolescentes and their families: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4) doi: 10.1037/a0033463

Soyka, M & Lieb, M. (2004). Depression und Alkoholabhängigkeit - Neue Befunde zu Komorbidität, Neurobiologie und Genetik. Journal für Neurologie, *Neurochirurgie und Psychiatrie, 5*(3), 37-46.

Stoffel, V.C. & Moyers, F.A. (2004). An evidence-based and occupational perspective of interventions for persons with substance-use disorders. *The American Journal of Occupational Therapy*, *58*, 570- 586 doi: 10.5014/ajot.58.5.570

Rojo-Mota, G. Huertas-Hoyas, E. & Pedrero-Pérez, E.J. (2017). Systematic Review of Occupational Therapy in the Treatment of Addiction: Models, Practice, and Qualtiativ and Quantitativ Research. *The American Journal of Occupational Therapy, 75*(5) doi: 10.5014/ajot.2017.022061

Sucht Schweiz (2018). *Wenn Alkohol zum Medikament wird.* Abgerufen am 20.06.2021 von https://www.suchtschweiz.ch/aktuell/medienmitteilungen/article/wenn-alkohol-zum-medikament-wird/

Tomlin, G & Borgetto, B. &. (2011). Research Pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy, 65,* 189–196. doi: 10.5014/ajot.2011.000828

Townsend, E., & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-87. doi: 10.1177/000841740407100203

Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. & (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. CAOT Publications ACE.

Tretter, F. (2016). *Suchtmedizin griffbereit. Suchtkrankheiten in Klink und Praxis*. (3. Auflage). Schattauer Verlag

Wanke, K. (1985). In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Süchtiges Verhalten.* (S. 20).

Wasmuth, S., Crabtree, J. L. & Scott, P. J. (2014). Exploring addiction-as-occupation. *British Journal of Occupational Therapy, 77*(12), 605-613. doi:10.4276/030802214X14176260335264

Wasmuth, S., Pritchard, K. & Kaneshiro K. (2015). Occupational-Based Interventions for Addictive Disorders: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 62*, 1-9. doi: 10.5014/ajot.2015.69S1-PO3103

Weigl, R. (2016). Quantitative Messverfahren. Fragebogen. In V. Ritschl., R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 175). Springer.

Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, *1*, 200 -204. doi: 10.1177/030802260006300503

Wilcock, A. A. (1999). Reflections on doing, being and becoming*. *Australian Occupational Therapy Journal, 46,* 1-11. doi: 10.1046/j.1440-1630.1999.00174.x

Wilcock, A. A. (2001a). Occupation for health: A journey from self-health to prescription (Vol. 1). College of Occupational Therapists.

Wilcock, A. A. (2001b).Occupation for health: A journey from prescription to self-health(Vol. 2). College of Occupational Therapists.

Wilcock, A. A. (2006). *An Occupational Perspective of health* (2nd ed.). SLACK Incorporated.

Wilcock, A.A. (2007). Occupation and health: Are they one and the same?. *Journal of Occupational Science, 14*(1), 3–8. doi: 10.1080/14427591.2007.9686577

Wilcock, A. A. & Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health* (3rd ed.). SLACK Incorporated.

Wilcock, A. A. & Townsend, E. A (2000). Occupational justice: occupational terminology interactive dialogue. *Journal of Occupational Science, 7*(2) doi: 10.1080/14427591.2001.10597264

World Health Organization (1964). WHO EXOERT COMMITTEE ON ADDICTION-PRODUCING DRUGS. Abgerufen am 23.03.2021 von http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40580/WHO_TRS_273.pdf;jsessionid=7960E1F52C5670ADE2F2C7A045852F44?sequence=1

World Health Organization. (2013). *WHO verweist in neuem Bericht auf ungleiche gesundheitliche Fortschritte in Europa und fordert zur Messung des Fortschritts eine*

genauere Erfassung des Wohlbefindens. Abgerufen am 11.02.2021 von https://www.euro.who.int/de/about-us/regional-director/regional-directors-emeritus/dr-zsuzsanna-jakab,-2010-2019/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020

World Health Organization. (2018, 21. September). *Key facts.* Abgerufen am 17. Juli 2021, von https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol

Yerxa, E. (1998). Occupational science: A renaissance of service to humankind through knowledge. *Occupational Therapy International, 7*(2), 87-98. doi:10.1002/oti.109

Zemke, R. & Clark, F. (1996). *Occupational Science: The Evolving Discipline*. F.A. Davis Company

Ziegelmann, J.P. (2002). Gesundheits- und Krankheitsbegriffe. In: R. Schwarzer, M. Jerusalem, & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 149-152). Hogrefe Verlag.

Zingg, C., Schmidt, P., Küfner, H., Kolb, W., Zernlin U., Soyka, M. (2009). Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Alkoholabstinenz bei ambulant und stationär behandelten Patienten: Ergebnisse einer 2-Jahre Katamnese*. Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 59*, 307-313. doi: 10.1055/s-2008-1067530

Zingg, C. A. (2010). *Kontrollüberzeugungen und kognitive Leistungsfähigkeit bei alkoholabhängigen Patienten. Veränderungen während stationärer Therapie und ein Jahr danach*. [Dissertation, Universität Trier]. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades des Fachbereichs I Psychologie

Glossar

becoming	Werden Eine Dimension der Occupational Science. Das becoming beschreibt einen unaufhörlichen Prozess der Entwicklung und Veränderung innerhalb einer Person (Hitch et al., 2014). Es ist abhängig davon, was Menschen tun (doing) und sind (being) (Wilcock, 1999).
Being	Sein Eine Dimension der Occupational Science. Das being beschreibt das Gefühl dafür, wer eine Person als sich betätigendes Wesen ist und umfasst die subjektive Lebensbedeutung sowie die individuellen Fähigkeiten der Person (Hitch et al., 2014).
belonging	Zugehörigkeit Eine Dimension der Occupational Science. Das belonging beschreibt ein Gefühl der Verbundenheit und bietet einen Kontext für das Betätigen (Wilcock, 2007).
Betätigung	„Betätigung bezieht sich auf eine Reihe von Aktivitäten und Aufgaben des täglichen Lebens, die benannt und organisiert sind und denen vom Individuum und der Kultur ein Wert und eine Bedeutung zugeschrieben werden. Betätigung ist all das, was Menschen tun, sich um sich selbst zu kümmern (self-care), das Leben zu genießen (leisure) und einen Beitrag für die sozialen und ökonomischen Strukturen ihrer Gemeinden zu leisten (productivity) plus die Kerndomäne und das therapeutische Mittel der Ergotherapie“ (Townsend & Polatajko, 2013).
Betätigungsperformanz	Die Betätigungsperformanz wird als Akt des Ausführens einer ausgewählten Betätigung / Handlung verstanden. Hierbei wirkt eine dynamische Wechselwirkung zwischen Klient:in (sowie dessen Fähigkeiten und Fertigkeiten), dem Kontext und der Betätigung selbst ein. (American Occupational Therapy Association, 2014)
Doing	Tun Eine Dimension der Occupational Science. Das doing umfasst alle alltäglichen Tätigkeiten, die Menschen tun wollen oder müssen (Wilcock, 1999). Die hierfür notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln sich über die Lebenszeit und Menschen sind in der Lage, ihr doing mehr oder weniger an die umgebenden Umstände anzupassen (Hitch et al., 2014).
Kohärenzgefühl	Das *Kohärenzgefühl* (nach dem Soziologen Aaron Antonovsky) besteht aus drei Komponenten – dem *Gefühl der Verstehbarkeit*, dem *Gefühl der* *Handhabbarkeit* und dem *Gefühl der Sinnhaftigkeit*. Die Ausprägung des Kohärenzgefühls bestimmt, wie Personen individuelle Stressoren bewältigen können und wie sich dieses auf ihr Gesundheitserleben auswirkt. (Antonovsky, 1997)

Occupational Alienation	Betätigungsentfremdung Die Occupational Alienation beschreibt ein Gefühl von Bedeutungsverlust, mangelndem Identitätserleben und Unverbundenheit. Eigenen Betätigungen wird die Bedeutung genommen und sie werden nicht als erfüllend erlebt. (Townsend & Wilcock, 2004; Wilcock, 2006)
Occupational Deprivation	Betätigungsdeprivation Occupational Deprivation beschreibt einen Zustand, in welchem sich eine Person oder Personengruppe befindet, wenn für sie bedeutungsvolle Betätigungen bedingt durch nicht kontrollierbare Faktoren nicht mehr durchgeführt werden können. Kulturell oder sozial relevante Betätigungen können hierbei kaum oder überhaupt nicht mehr durchgeführt werden. (Whiteford, 2000)
Occupational Imbalance	Betätigungsungleichgewicht Der Occupational Imbalance beschreibt das Ungleichgewicht von Betätigungen. Hiervon sind insbesondere Personengruppen betroffen, die weniger anerkannt sind (Townsend & Wilcock, 2004). Demgegenüber steht die individuelle Balance aus produktiven, selbstversorgenden, freizeitlichen und kreativen Betätigungsmustern als Betätigungsgleichgewicht (Matuska & Barrett, 2019; Matuska & Christiansen, 2009).
Occupational Justice	Betätigungsgerechtigkeit Das Konzept der Occupational Justice basiert auf der Grundannahme, dass Menschen ihr Potenzial entfalten und nutzen können, wenn sie für sich individuell bedeutungsvolle Betätigungen ausführen können. Hierfür ist das Schaffen gerechter Chancen notwendig. Die Dimensionen der Occupational Science (doing, being, becoming und belonging) finden hierbei Beachtung. (Wilcock & Townsend, 2000)
Occupational Risk Factors	Betätigungsrisikofaktoren Die Occupational Risk Factors (Occupational Alienation, Occupational Deprivation und Occupational Imbalance) beeinflussen als Risikofaktoren das menschliche Betätigen. Sie können sich potenziell negativ auf Gesundheit, Wohlbefinden und / oder Lebensqualität auswirken
Occupational Satisfaction	Betätigungszufriedenheit Ein Gefühl der Occupational Satisfaction wird erlebt, wenn Personen Betätigungen durchführen, nach denen sie sich sehnen. Sie besteht aus drei Konzepten: der Wahrnehmung von Betätigungsbedürfnissen, einer Betätigungsbalance und einem Flow-Zustand. (Morgan, 2010)
Occupational Science	Betätigungswissenschaft Diese interdisziplinäre Bezugswissenschaft hat zum Ziel, menschliches Betätigen zu untersuchen und mittels Theorie und Forschung eine wissenschaftliche Grundlage für die Ergotherapie zu bieten. (ergopraxis, 2017)
Occupational Transition	Betätigungstransition / -übergang Die Occupational Transition beschreibt die Wechselwirkung von Transition und Betätigung. Die wichtigsten Faktoren menschlicher Übergangsprozesse (z.B. nach einem lebensverändernden Ereignis) werden anhand von sieben Strängen erläutert. (Scalzo et al., 2016)

Salutognese	Die Salutogenese ist ein Modell zur Erklärung von Gesundheit. Es fokussiert sich auf die dynamische Wechselwirkung verschiedener Faktoren, die zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit führt. Gesundheit und Krankheit werden nach salutogenetischer Sichtweise als Kontinuum verstanden. (Antonovsky, 1997)
Selbstwirksamkeitserleben	Das Selbstwirksamkeitserleben beschreibt die Überzeugung, auf herausfordernde Situationen adäquat reagieren und diese bewältigen zu können. (Bandura, 1992)
Wohlbefinden und Gesundheit	Wohlbefinden ist ein Zustand oder Prozess, sich selbst, andere oder entsprechende Lebensumstände als positiv zu erleben (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2018). In diesem Zusammenhang wird Gesundheit nach der Satzung der Weltgesundheitsorganisation als ein „Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur [als] das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ definiert (Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, 2013).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 – *Kohärenzgefühl nach Antonovsky (Jochheim & Jochheim, 2019)*

Abb. 2 – *Ablaufmodell strukturierter Inhaltsanalyse (basierend auf Mayring, 2015)*

Abb. 3 – *Altersverteilung*

Abb. 4 – *Abstinenzzeit*

Abb. 5 – *Alter zu Beginn des missbräuchlichen Konsums*

Abb. 6 – *Einfluss des Konsums auf das Selbstvertrauen*

Abb. 7 – *Den Fortschritt unterstützende Faktoren*

Abb. 8 – *Persönliche Werte*

Abb. 9 – *Veränderungsvorstellungen*

Abb. 10 – *Veränderungsvorstellungen: psychische Stabilität*

Abb. 11 - *Veränderungsvorstellungen: Kontaktfreudigkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit*

Abb. 12 - *Positive Einschätzung der Veränderung*

Abb. 13 - *Unterstützung bei der Veränderung*

Abb. 14 - *Fehlende Unterstützungsfaktoren*

Abb. 15 - *Empfindungen während des Konsums in Gesellschaft*

Abb. 16 - *Häufig genannte Unterstützungsfaktoren*

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – *Vergleich: Wilcock (1999 & 2007) und Hitch et al. (2014) zu den Dimensionen der OS*

Tabelle 2 – *Sieben Stränge der Occupational Transition (Scalzo et al., 2016)*

Tabelle 3 – *Geschätzte Kosten der Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Erkrankungen*

Tabelle 4 - *Evidenzlevel nach Tomin und Borgetto (2011) (Anhang 2)*

Tabelle 5 – *Ein- und Ausschlusskriterien*

Tabelle 6 - Pretest-Teilnehmende

Tabelle 7 – *Alltagsbetätigungen sortiert nach „Wichtigkeit“*

Anhänge

Anhang 1 - Ehrenwörtliche Erklärung

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Wuppertal, den 08.11.2021 _____
Datum Unterschrift

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Wuppertal, den 08.11.2021 _____
Datum Unterschrift

Anhang 2 – Online-Mindmap (miro, o.D.)

Anhang 3 - *Tabelle (4) – Evidenzen nach Tomlin und Borgetto (2011)*

Tabelle 4: Auszug aus den verwendeten Studien sowie ihre Einschätzung nach Evidenzlevel (Tomlin und Borgetto, 2011)

Verwendete Studie	**Evidenzlevel nach Tomlin und Borgetto (2011)**
Martin, L.M., Bliven, M. & Boisvert, R. (2008). Occupational Performance, Self-Esteem and Quality of Life in Substance Addictions Recovery. *OTJR: Occupation, Participation & Health, 28*(2), 81-88.	Klinisch-experimentelle Forschung Nicht-randomisierte, klinische Studie: Evidenzlevel 3
Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E.J. & Huertas-Hoyas, E. (2017). Systematic Review of Occupational Therapy in the Treatment of Addiction: Models, Practice, and Qualitative and Quantitative Research. *American Journal of Occupational Therapy, 71*(5), 1-11.	Versorgungsforschung Metaanalyse: Evidenzlevel 1
Wasmuth, S., Pritchard, K. & Kaneshiro, K. (2015). Occupation-Based Intervention for Addictive Disorders: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 62,* 1-9.	Versorgungsforschung Metaanalyse: Evidenzlevel 1
Wasmuth, S., Scott, P. J. & Crabtree, J. L. (2014). Exploring Addiction-as-Occupation. *British Journal of Occupational Therapy, 77*(12), 605-613.	Qualitative Forschung Qualitative Studie an mehreren Personen, Evidenzlevel 2
Wilcock, A. A. (1999). Reflections on doing, being and becoming*. *Australian Occupational Therapy Journal, 46*(1), 1-11.	Deskriptive Forschung Kritische Reflektion auf Basis von Literatur: Evidenzlevel 4
Hitch, D., Pépin, G. & Stagnitti, K. (2014). In the Footsteps of Wilcock, Part One: The Evolution of Doing, Being, Becoming, and Belonging. *Occupational Therapy in Health Care, 28*(3), 231-246.	Deskriptive Forschung Metaanalyse: Evidenzlevel 1

Anhang 4 - Fragebogen

Zuyd University of Applied Sciences ZUYD

Alltagserleben & Wohlbefinden bei Abstinenz

Hinweise:

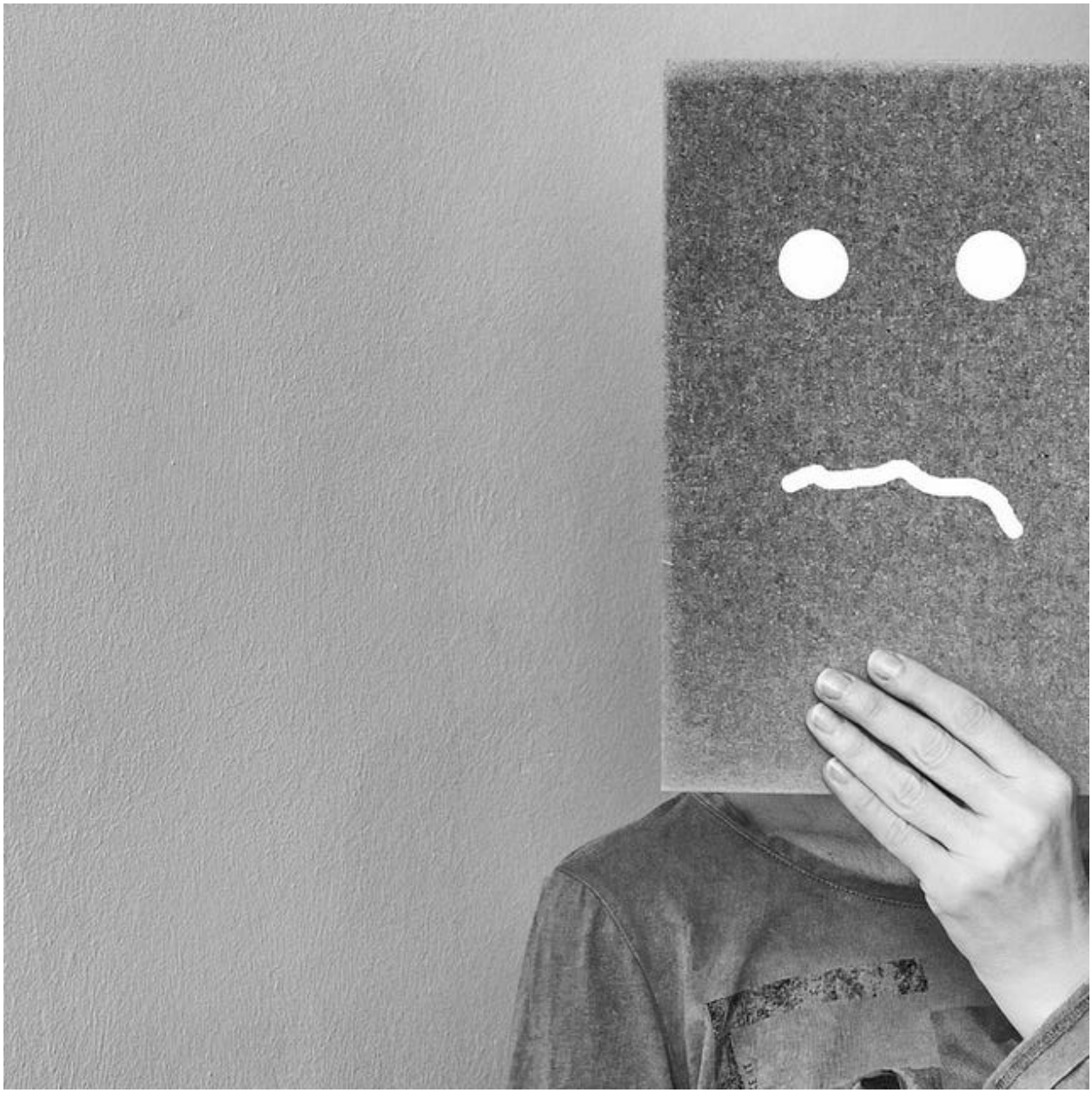
Der Fragebogen umfasst 50 (zum Teil umfangreichere) Fragen, die in 5 Kategorien unterteilt sind. Die Kategorien werden jeweils beschrieben.

Das Ausfüllen dauert etwa 30 Minuten. Bei geöffnetem Browser können Sie die Beantwortung bis zu 10 Minuten pausieren.

Wählen Sie bitte die Antwort(en) aus, die für Sie am passendsten ist / sind, es gibt kein Richtig oder Falsch. Ebenfalls gibt es einige freie Felder für Ihre persönliche, individuelle Antwort. Bitte lassen Sie keine Frage aus und schließen die Befragung vollständig ab.

Die Nutzung der Rückwärtstaste wird nicht von allen Browsern unterstützt. Bereits eingegebene Antworten können möglicherweise verloren gehen.

An der Studie kann teilnehmen, wer älter als 30 Jahre ist & seit mindestens 3 Monaten abstinent lebt.



Bildquelle: pexels.com

Trigger-Warnung:

Einige Fragen beschäftigen sich mit Ihrem vergangenen Alkohol-Konsum. Zudem bitten wir Sie, Angaben zu Ihren Gefühlen und persönlichen Gedanken zu machen.

Sollten Sie Suchtdruck empfinden oder Hilfe zur psychischen Entlastung benötigen, kontaktieren Sie bitte Ihren Notfallkontakt, Ihre Selbsthilfegruppe oder folgen Sie dem Link:

Hilfe bei Suchtdruck

1) * Fühlen Sie sich psychisch / emotional in der Lage, den Fragebogen trotz möglicher Trigger zu beantworten?

- ☐ ja
- ☐ nein

Personenbezogene Daten

2) * Alter

- ☐ unter 30
- ☐ zwischen 30 und 40
- ☐ zwischen 41 und 50
- ☐ zwischen 51 und 60
- ☐ älter als 60

3) * Geschlecht

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ divers

4) * Familienstand

- ☐ ledig
- ☐ in einer Partnerschaft
- ☐ verheiratet
- ☐ geschieden
- ☐ verwitwet

Mehrfachauswahl möglich

**"ausgeprägtes Maß" bedeutet in diesem Fall, dass die Erkrankung das Leben in vielen Lebensbereichen stark einschränkt*

5) * Liegen weitere Erkrankungen in einem ausgeprägten Maße* vor?

☐ja, eine affektive Störung (z.B. Depression)

☐ja, eine Persönlichkeits- und / oder Verhaltensstörung (z.B. Borderline, Antisozial, Zwanghaft)

☐ja, eine Schizophrenie, schizotype und / oder wahnhafte Störung

☐ja, eine neurotische, Belastungs- und / oder somatoforme Störung (z.B. Posttraumatische Belastungsstörung)

☐ja, weitere Abhängigkeiten (ausgeschlossen Medikamente)

☐keine der genannten

6) * Wie lange leben Sie bereits abstinent?

- ○ weniger als drei Monate
- ○ seit drei Monaten
- ○ seit einem halben Jahr
- ○ ein Jahr
- ○ anderthalb Jahre
- ○ mehrere Jahre

7) * Werden Sie von einer gesetzlichen oder ambulanten Betreuung unterstützt?

- ○ ja
- ○ noch nicht
- ○ nein
- ○ nicht mehr

8) * Wie alt waren Sie bei Beginn des missbräuchlichen Konsums?

- ○ jünger als 12
- ○ zwischen 12 und 14
- ○ zwischen 15 und 18
- ○ zwischen 19 und 30

☐ älter als 30

9) * Gibt / Gab es in der Familie weitere Abhängigkeitserkrankungen?

☐ ja

☐ nein

☐ Weiß nicht

Doing - Tun

Bildquelle: pexels.com

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das "*doing*", also das *Tun* oder die Umsetzung von Betätigungen.
Hierunter fallen alle alltäglichen Betätigungen, die Menschen tun müssen oder wollen. Menschen sind in der Lage, ihr *Tun* mehr oder weniger an die umgebenden Umstände anzupassen, es verändert sich über die Lebensspanne hinweg. Auch die hierfür notwendigen Fähigkeiten entwickeln sich über die Zeit.

Die Antwort-Kategorien wurden zum Teil anhand der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ausgewählt.

10) * Wie stark erleben Sie Veränderungen seit Ihrer Abstinenz in den folgenden Bereichen? Wie wichtig sind Ihnen die einzelnen Bereiche?

	Veränderung							Wichtigkeit					
	keine	kaum	et-was	mehr	stark	trifft nicht zu	gar nicht	kaum	et-was	mehr	sehr	trifft nicht zu
aktive Freizeit (Sport, Hobbys etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Veränderung							Wichtigkeit				
	keine	kaum	et-was	mehr	stark	trifft nicht zu	gar nicht	kaum	et-was	mehr	sehr	trifft nicht zu
passive Freizeit (Lesen, TV etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Entspannung und Erholung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Auf die eigene Gesundheit achten (physisches und mentales Wohlbefinden)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit Stress umgehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit Krisensituationen umgehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Studium / Arbeit / Ehrenamt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gemeinschaftsleben (z.B. soziale Vereinigungen, gesellschaftliche Feierlichkeiten)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konversation (mündlich oder schriftlich, mit Bekannten oder Fremden)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verwandte oder Freund:innen treffen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einkaufen (z.B. Lebensmittel für den täglichen Bedarf)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mahlzeiten vorbereiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hausarbeiten erledigen (z.B. Wäsche waschen, Wohnraum reinigen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sich um (Haus)Tiere kümmern	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tägliche Routinen durchführen (z.B. Zeit- und Tagesplanung)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Finanzen (z.B. Geld sparen, ein Bankkonto unterhalten, wirtschaftliche Eigenständigkeit)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sortieren: Klicken Sie in der von Ihnen gewünschten Reihenfolge auf das + Zeichen. Mit den Pfeilen nach oben und unten können Sie die Reihenfolge anpassen.

Aussagen, die nicht zutreffen, können Sie stehen lassen.

11) Bitte sortieren Sie die folgenden Bereiche danach, wie leicht Sie Ihnen fallen (oben = ganz leicht, unten = ganz schwer).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Hobbys nachgehen (z.B. Sport)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Erholung und Freizeit (z.B. sich entspannen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Auf die eigene Gesundheit achten (physisches und mentales Wohlbefinden)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit Stress umgehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit Krisensituationen umgehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Studium / Arbeit / Ehrenamt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gemeinschaftsleben (z.B. soziale Vereinigungen, gesellschaftliche Feierlichkeiten)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konversation (mündlich oder schriftlich, mit Bekannten oder Fremden)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verwandte oder Freund:innen treffen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einkaufen (z.B. Lebensmittel für den täglichen Bedarf)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mahlzeiten vorbereiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Hausarbeiten erledigen (z.B. Wäsche waschen, Wohnraum reinigen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sich um (Haus)Tiere kümmern	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tägliche Routinen durchführen (z.B. Zeit- und Tagesplanung)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Finanzen (z.B. Geld sparen, ein Bankkonto unterhalten, wirtschaftliche Eigenständigkeit)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12) * Gibt es Betätigungen in Ihrem Alltag, die seit der Abstinenz dazu gekommen sind?

☐ ja

☐ nein

13) Welche Betätigungen sind das?

14) * Welche Betätigungen sind aus jetziger abstinenter Sicht erfüllender / stellen Sie mehr zufrieden?

☐ alte / bekannte Betätigungen, die ich jetzt (wieder) durchführen kann

☐ neu hinzugekommene Betätigungen

Mehrfachauswahl möglich

15) * Welche Betätigungen / Techniken haben Sie während des aktiven Konsums in Ihrem Alltag angewandt, die das Ziel eines positiven Erlebens hatten (ausgenommen Konsum)?

☐ aktive Freizeit z.B. Sport

☐ passive Freizeit: z.B. lesen, TV, Musik

☐Wellness z.B. baden, Massagen

☐Kreatives z.B. kochen, handwerken, musizieren

☐Soziales z.B. Freund:innen treffen, mit anderen sprechen

☐Achtsamkeitsübungen / Meditation etc.

☐Yoga / Thai Chi etc.

☐keine

☐Sonstiges

16) * Hat sich Ihre Tagesstruktur seit der Abstinenz geändert?

○ ja

○ nein

○ teils, teils

17) Bitte beschreiben Sie, wie sich Ihre Tagesstruktur verändert hat.

Being - Sein

Bildquelle: pexels.com

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das *"being"*, also das *Sein.*
Es umfasst die subjektive Lebensbedeutung und Sinnhaftigkeit des Lebens, sowie die individuellen physischen, mentalen und sozialen Fähigkeiten. Es wird durch das eigene Bewusstsein und die Rollen, die Menschen in ihrem Leben einnehmen, ausgedrückt. Nicht immer sind Menschen zur freien Entfaltung ihres *"being"* in der Lage.

Die Antwort-Kategorien wurden zum Teil anhand der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ausgewählt.

18) * Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden im Vergleich zur Zeit vor der Abstinenz ein?

- ☐ besser
- ☐ unverändert
- ☐ schlechter
- ☐ Weiß nicht

**Identität / Persönlichkeit:*

z.B. einer Gruppe angehören, die bestimmte Werte oder ein bestimmtes Ideal verkörpert; Anerkennung;
sich identifizieren können mit den Menschen, denen man nahe steht (Familie, Freund:innen);
Konsum als Gewohnheit (auch in einer sozialen Gruppe)

19) * Hat der Konsum die Entwicklung Ihrer Identität / Persönlichkeit* beeinflusst?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ Weiß nicht

20) * Wann haben Sie sich eher als "Sie selbst" gefühlt?

- ☐ abstinent
- ☐ beim Konsum
- ☐ Weiß nicht

Bei dieser Frage geht es um das gewünschte Selbstbild einer Person.

Ein introvertierter Mensch kann sich bspw. wünschen, mutiger zu sein oder offen auf Menschen zugehen zu können. Ein Mensch, der eine hohe Grundanspannung hat, kann sich wünschen, entspannter auf Umstände zu reagieren. Jemand der sich viele Gedanken über Eventualitäten macht, kann sich wünschen, sich spontaner und unbekümmerter auf Situationen einlassen zu können etc.
Auch eine Steigerung der Leistungsfähigkeit in Schule / Studium oder Arbeit kann ein erwünschter Zustand sein.

21) * Hat der Konsum Sie näher an die Person gebracht, die Sie gern sein wollten? (z.B. offener, spontaner, entspannter, leistungsfähiger)

- ○ ja
- ○ nein
- ○ teils, teils
- ○ Weiß nicht

22) * Hat der Konsum Ihr Selbstvertrauen, etwas schaffen zu können, erhöht?

- ○ ja
- ○ nein
- ○ teils, teils
- ○ Weiß nicht

Mehrfachauswahl möglich

23) * In welchen Bereichen haben Sie durch den Konsum mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (etwas schaffen können) gespürt?

- ☐ Problemlösen
- ☐ Kommunizieren
- ☐ Offenheit / in Kontakt treten
- ☐ Leistungsfähigkeit (z.B. bei der Arbeit oder im Studium)
- ☐ Mit Stress umgehen
- ☐ mit Krisensituationen umgehen

☐Mit Verantwortung umgehen

☐Sonstiges

24) * Wie schätzen Sie Ihre Fähigkeit ein, auf zukünftige, herausfordernde Situationen konsum-frei zu reagieren und diese zu bewältigen?

- ☐ sehr gut
- ☐ gut
- ☐ mittelmäßig
- ☐ gering
- ☐ sehr gering

25) * Wie schätzen Sie Ihre Fortschritte in den folgenden Bereichen ein?

	stark	etwas	kaum	kein	nicht zutreffend
Selbstwahrnehmung (Wahrnehmung des eigenen Befindens und von Bedürfnissen)	☐	☐	☐	☐	☐
verminderter Drang nach Suchtmitteln	☐	☐	☐	☐	☐
Motivation / Antrieb	☐	☐	☐	☐	☐
Kontaktfreudigkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Psychische Stabilität (Ausgeglichenheit, Ruhe, Gefasstheit)	☐	☐	☐	☐	☐
Impulskontrolle (Handlungsimpulse regulieren und unterdrücken)	☐	☐	☐	☐	☐
Selbstvertrauen (z.B. Selbstsicherheit, Mut und Durchsetzungsvermögen)	☐	☐	☐	☐	☐
Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen	☐	☐	☐	☐	☐
mit Krisensituationen umgehen	☐	☐	☐	☐	☐

Mehrfachauswahl möglich

26) * Was hat Sie dabei am meisten unterstützt?

☐Der Austausch mit Anderen

☐Therapien / Reha

☐Unterstützung der Familie

☐Unterstützung von Freund:innen und Bekannten

☐Partnerschaft

☐Tagesstruktur und Routinen

☐Bedeutungsvolle Betätigungen (individuell bedeutsame Aktivitäten wie Hobbys, neue Routinen etc.)

☐Entspannung

☐gesetzliche oder ambulante Betreuung

☐Wohnortswechsel

☐Arbeits(platz)wechsel

☐neuer Freund:innen- oder Bekanntenkreis

☐Wahrnehmen und Mitteilen von Bedürfnissen

☐Sonstiges

27) * Glauben Sie, dass Ihnen diese Fortschritte bei der Bewältigung zukünftiger Herausforderungen helfen können?

○ ja

○ nein

○ Weiß nicht

28) * Was bräuchten Sie sonst, um sich bei der Bewältigung von Herausforderungen sicherer zu fühlen?

**Werte:*
Werte sind der Kompass menschlichen Handelns. Menschen üben (auch unbewusst) Betätigungen aus,

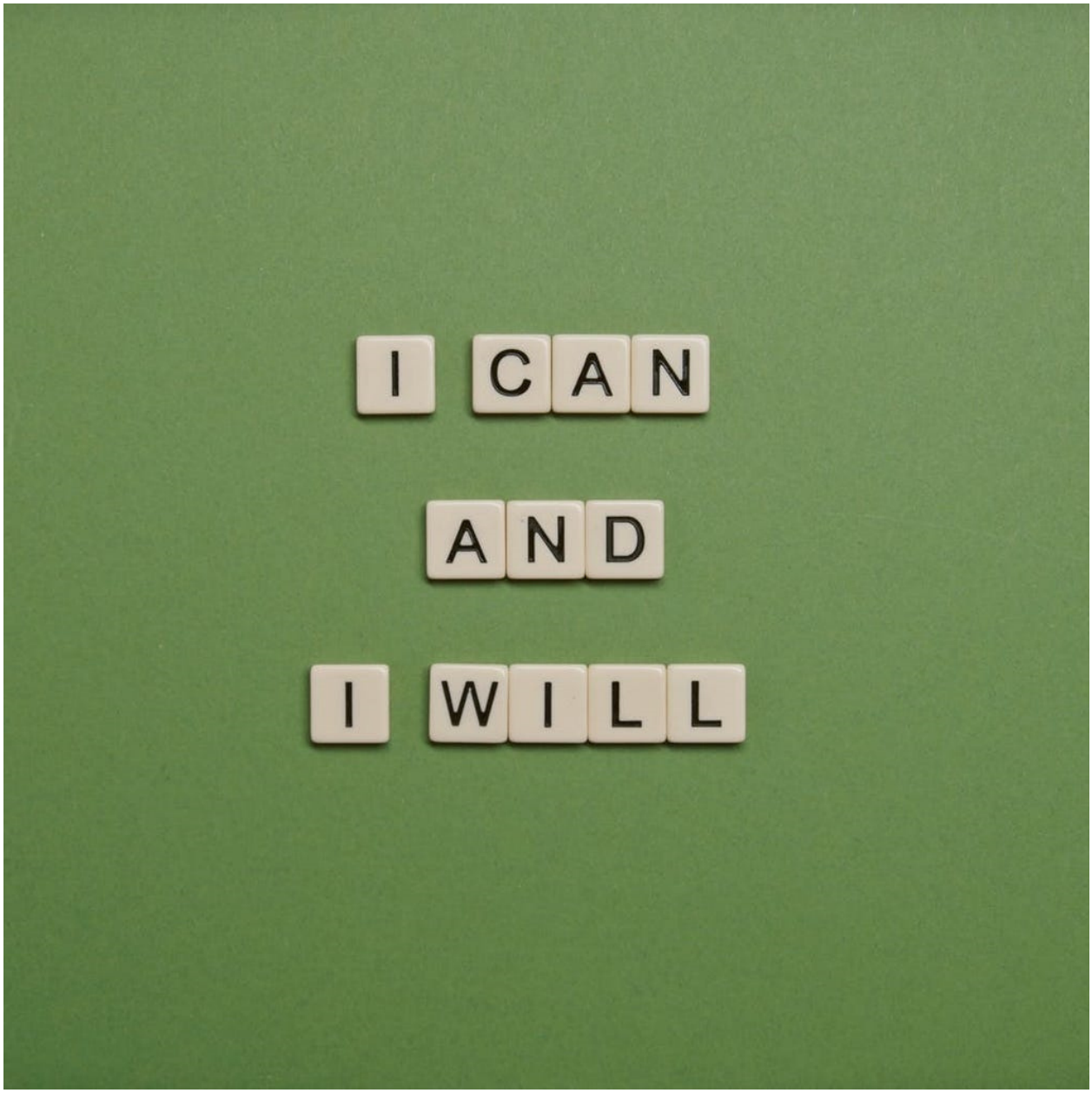
die ihre Werte erfüllen und ihnen ein Gefühl von Zufriedenheit vermitteln.

Zutreffendes ankreuzen; Mehrfachauswahl möglich

29) * Welche Werte* trafen während des Konsums auf Ihr Handeln zu und welche heute?

	während des Konsums	seit der Abstinenz	weder noch
Offenheit	☐	☐	☐
Zuverlässigkeit	☐	☐	☐
Disziplin	☐	☐	☐
Teamgeist	☐	☐	☐
Traditionen	☐	☐	☐
Perfektionismus	☐	☐	☐
Loyalität	☐	☐	☐
Unabhängigkeit / Selbstbestimmtheit	☐	☐	☐
Zugehörigkeit	☐	☐	☐
Wohlstand und Sicherheit	☐	☐	☐
Anerkennung	☐	☐	☐
Aktivität / Abenteuerlust	☐	☐	☐

Becoming - Werden



Bildquelle: pexels.com

Die folgenden Fragen beziehen sich das *becoming,* also das *Werden.*
Es beschreibt einen unaufhörlichen Prozess des Wachstums, der Entwicklung und Veränderung innerhalb einer Person über die gesamte Lebensspanne hinweg. Durch die Möglichkeit, neue Situationen und Herausforderungen zu erfahren, wird der Impuls des Werdens erhalten.

Die Antwort-Kategorien wurden zum Teil anhand der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ausgewählt.

30) * In welchen Bereichen haben Sie sich Veränderungen vorgestellt?

	während des Konsums	auf dem Weg in die Abstinenz	seit der Abstinenz	trifft nicht zu
Selbstwahrnehmung (Wahrnehmung des eigenen Befindens und von Bedürfnissen)	☐	☐	☐	☐
Verminderter Drang nach Suchtmitteln	☐	☐	☐	☐
Motivation / Antrieb	☐	☐	☐	☐
Kontaktfreudigkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit	☐	☐	☐	☐
Psychische Stabilität (Ausgeglichenheit, Ruhe, Gefasstheit)	☐	☐	☐	☐
Impulskontrolle (Handlungsimpulse regulieren und unterdrücken)	☐	☐	☐	☐
Selbstvertrauen (z.B. Selbstsicherheit, Mut und Durchsetzungsvermögen)	☐	☐	☐	☐
Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen	☐	☐	☐	☐
mit Krisensituationen umgehen	☐	☐	☐	☐

Mehrfachauswahl möglich;
bitte klicken Sie eine Einschätzung bzgl. Hilfe an, falls zutreffend

31) * Wie schätzen Sie diese Veränderungen jetzt ein?

	positiv	gleichbleibend	negativ	hier erhalte ich Hilfe	hier würde ich Hilfe benötigen
Selbstwahrnehmung (Wahrnehmung des eigenen Befindens und von Bedürfnissen)	☐	☐	☐	☐	☐

	positiv	gleichbleibend	negativ	hier erhalte ich Hilfe	hier würde ich Hilfe benötigen
Verminderter Drang nach Suchtmitteln	☐	☐	☐	☐	☐
Motivation / Antrieb	☐	☐	☐	☐	☐
Kontaktfreudigkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Psychische Stabilität (Ausgeglichenheit, Ruhe, Gefasstheit)	☐	☐	☐	☐	☐
Impulskontrolle (Handlungsimpulse regulieren und unterdrücken)	☐	☐	☐	☐	☐
Selbstvertrauen (z.B. Selbstsicherheit, Mut und Durchsetzungsvermögen)	☐	☐	☐	☐	☐
Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen	☐	☐	☐	☐	☐
mit Krisensituationen umgehen	☐	☐	☐	☐	☐

32) * Wie stark beeinflussen diese Veränderungen Ihre Zufriedenheit?

	sehr	mittelmäßig	gering	kein Einfluss
Selbstwahrnehmung (Wahrnehmung des eigenen Befindens und von Bedürfnissen)	○	○	○	○
Verminderter Drang nach Suchtmitteln	○	○	○	○
Motivation / Antrieb	○	○	○	○
Kontaktfreudigkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit	○	○	○	○
Psychische Stabilität (Ausgeglichenheit, Ruhe, Gefasstheit)	○	○	○	○
Impulskontrolle (Handlungsimpulse regulieren und unterdrücken)	○	○	○	○
Selbstvertrauen (z.B. Selbstsicherheit, Mut und Durchsetzungsvermögen)	○	○	○	○

	sehr	mittelmäßig	gering	kein Einfluss
Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen	☐	☐	☐	☐
mit Krisensituationen umgehen	☐	☐	☐	☐

33) * Was hat Sie bei der Veränderung unterstützt bzw. was hat eventuell gefehlt?

	hat mich unterstützt	hat mir gefehlt	trifft nicht zu
Der Austausch mit anderen	☐	☐	☐
Therapien / Reha	☐	☐	☐
Unterstützung der Familie	☐	☐	☐
Unterstützung von Freund:innen und Bekannten	☐	☐	☐
Partnerschaft	☐	☐	☐
Tagesstruktur und Routinen	☐	☐	☐
Bedeutungsvolle Betätigungen (individuell bedeutsame Aktivitäten wie Hobbys, neue Routinen etc.)	☐	☐	☐
Entspannung	☐	☐	☐
Gesetzliche oder ambulante Betreuung	☐	☐	☐
Wohnortswechsel	☐	☐	☐
Arbeits(platz)wechsel	☐	☐	☐
Neuer Freund:innen- oder Bekanntenkreis	☐	☐	☐
Wahrnehmen und Mitteilen von Bedürfnissen	☐	☐	☐

Nennen Sie Beispiele oder lassen Sie das Feld, falls nicht zutreffend, frei

34) Welche Ziele haben Sie aktuell?

Mehrfachauswahl möglich

35) * Was tun Sie, um diese Ziele zu erreichen?

☐An Therapien / Nachsorgeangeboten teilnehmen

☐Hilfe in Anspruch nehmen (z.B. Betreuung)

☐Mit anderen in Kontakt treten

☐Aktive Freizeit (z.B. Sport, Shoppen, Hobbys etc.)

☐Passive Freizeit (z.B. Lesen, TV etc.)

☐Achtsamkeit / Entspannungsverfahren nutzen

☐Etwas Neues Ausprobieren / Lernen

☐Etwas für Andere tun / Hilfe anbieten (Aufklärung, Ehrenamt)

☐Derzeit verfolge ich kein konkretes Ziel

☐Sonstiges

Belonging - Zugehörigkeit

Bildquelle: pexels.com

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das *belonging,* also das *Zugehörigkeitserleben.*
Hiermit wird ein Gefühl der Verbundenheit zu anderen Personen, Orten, Kulturen, Communities und / oder Zeiten definiert. Beziehungen sind ein wesentlicher Bestandteil des “belonging“.

Die Antwort-Kategorien wurden zum Teil anhand der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ausgewählt.

Mehrfachauswahl möglich

36) * Welche Betätigungen führen Sie hauptsächlich mit anderen gemeinsam aus?

☐Religion und Spiritualität

☐Kochen, Haushalt

☐aktive Freizeit (z.B. Sport, Shoppen, Hobbys etc.)

☐passive Freizeit und Erholung (z.B. "nichts tun", TV, Filme, Musik etc.)

☐Ausgehen (z.B. Kino, Essen, Ausstellungen etc.)

☐Arbeit / Studium / Ehrenamt

☐Mit Stress umgehen (z.B. durch Kommunikation / Austausch)

☐Sonstiges

Mehrfachauswahl möglich

37) * Welche Empfindungen haben Sie beim Ausführen von Betätigungen in Gesellschaft / Gemeinschaft überwiegend?

☐ Entlastung

☐ Druck

☐ Stress

☐ Ausgleich / Entspannung

☐ Freude

☐ Zugehörigkeit

☐ Sonstiges

38) * Wann ist / war das Zugehörigkeitsgefühl in den folgenden Bereichen stärker?

	während des Konsums	seit der Abstinenz	beides gleichermaßen
Religion und Spiritualität	○	○	○
Kochen, Haushalt	○	○	○
aktive Freizeit (z.B. Sport, Shoppen, Hobbys etc.)	○	○	○
passive Freizeit und Erholung (z.B. "nichts tun", TV, Filme, Musik etc.)	○	○	○
Ausgehen (z.B. Kino, Essen, Ausstellungen etc.)	○	○	○
Arbeit / Studium / Ehrenamt	○	○	○
Mit Stress umgehen (z.B. durch Kommunikation / Austausch)	○	○	○

39) In welchen sonstigen Bereichen? (nur wenn zutreffend)

40) * Gibt es gemeinschaftliche Betätigungen, die Sie seit Ihrer Abstinenz meiden / nicht mehr ausführen? (z.B. Partys etc.)

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ Weiß nicht

41) * Welche Betätigungen meiden Sie seit Ihrer Abstinenz?

42) * Wurde hauptsächlich allein oder in Gesellschaft konsumiert?

- ☐ allein
- ☐ in Gesellschaft
- ☐ beides gleichermaßen

Sortieren: Klicken Sie in der von Ihnen gewünschten Reihenfolge auf das + Zeichen. Mit den Pfeilen nach oben und unten können Sie die Reihenfolge anpassen.

Aussagen, die nicht zutreffen, können Sie stehen lassen.

Oben = sehr stark; unten = sehr schwach

43) Wie stark traf(en) die genannten Empfindung(en) während des Konsums in Gesellschaft auf Sie zu?

	1	2	3	4	5	6	7	8
Gemeinschaftsgefühl	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Entspannter Umgang miteinander	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ungehemmter in der Kontaktaufnahme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gefühl, dazuzugehören / akzeptiert zu werden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivation / Antrieb, etwas gemeinsam zu unternehmen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gesteigerte Leistungsfähigkeit / mithalten können	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	1	2	3	4	5	6	7	8
Konsum war etwas Selbstverständliches, "gehörte einfach dazu"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

44) * Wie erleben Sie Ihr soziales Umfeld seit Ihrer Abstinenz?

	angenehmer	gleich	weniger angenehm	trifft nicht zu
Familie	☐	☐	☐	☐
Freund:innen und Bekannte	☐	☐	☐	☐
Partner:in	☐	☐	☐	☐
Arbeitskolleg:innen	☐	☐	☐	☐
Vereinsmitglieder	☐	☐	☐	☐
Nachbar:innen	☐	☐	☐	☐
Gemeindemitglieder	☐	☐	☐	☐

45) * Hat sich Ihr soziales Umfeld durch die Abstinenz verändert?

☐ ja

☐ nein

46) * Wann haben Sie Ihre sozialen Kontakte “echter” und authentischer erlebt?

☐ während des Konsums

☐ seit der Abstinenz

☐ kein Unterschied

47) * Bitte beschreiben Sie, wie sich Ihr soziales Umfeld verändert hat.

48) * Wie wirkt sich die Abstinenz auf Ihre Lebenszufriedenheit aus?

- ☐ positiv
- ☐ negativ
- ☐ teils, teils

Sortieren: Klicken Sie in der von Ihnen gewünschten Reihenfolge auf das + Zeichen. Mit den Pfeilen nach oben und unten können Sie die Reihenfolge anpassen.

Aussagen, die nicht zutreffen, können Sie stehen lassen.

49) Bitte schätzen Sie ein, welche Aspekte Sie wie stark in Ihrem abstinenten Leben unterstützen.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
aktive Freizeit (z.B. Sport, Shopping, Hobbys etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
passive Freizeit und Erholung (z.B. Lesen, TV, Filme, Musik etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In die Natur gehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Soziale Kontakte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tagesstruktur und Routinen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Studium / Arbeit / Ehrenamt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Familie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Freund:innen und Bekannte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sich um (Haus)Tiere kümmern	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Entspannung / Stressausgleich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Therapeutische Angebote / Nachsorge / Selbsthilfegruppen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ambulante / gesetzliche Betreuung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Maßnahmen / Verhaltensweisen, die ich in der Therapie gelernt habe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sie sind nun am Ende des Fragebogens angelangt!

Vielen Dank für Ihr Durchhaltevermögen!

Zum Schluss bitten wir Sie noch um ein kleines Feedback zur Umfrage:

50) * Wie haben Sie den Fragebogen empfunden?

☐Zu lang

☐Genau die richtige Länge

☐Etwas unverständlich

☐Gut verständlich

☐Sonstiges

Vermerken / Stellen Sie diese gerne hier oder lassen Sie das Feld frei

51) Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Fragen?

Progress: © Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Trial Essentials for free - Click here to create your survey today.

Anhang 5 – *Tabelle 6 – Pretest-Teilnehmende*

P1	männlich, Kategorie 51 bis 60 Jahre, keine relevante Nebendiagnose, über zehn Jahre abstinent
P2	weiblich, Kategorie über 60 Jahren, keine relevante Nebendiagnose, über fünf Jahre abstinent
P3	weiblich, Kategorie 51 bis 60 Jahre, Nebendiagnose Depression, seit anderthalb Jahren abstinent, Betreutes Wohnen
P4	männlich, Kategorie 41 bis 50 Jahre, ehemals medikamentenabhängig, Nebendiagnose Depression, sieben Jahre abstinent, wurde in der Vergangenheit durch Betreutes Wohnen unterstützt
P5	männlich, Kategorie 30-39 Jahre, Nebendiagnose Depression, drei Jahre abstinent, Betreutes Wohnen

Anhang 6 - Anschreiben

Zuyd Hogeschool

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir sind praktisch tätige Ergotherapeutinnen und deutschlandweit auf der Suche nach Suchteinrichtungen, die uns im Rahmen unserer Bachelorarbeit an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (Niederlande) unterstützen können.

Die Forschungsarbeit beschäftigt sich mit dem Alltagserleben und dem Wohlbefinden von abstinent lebenden Menschen mit Alkoholabhängigkeit.

Wir möchten herausfinden, in welchen Betätigungsbereichen die Betroffenen auf welche Weise Veränderungen im Vergleich zur Zeit vor ihrer Abstinenz erleben.

Im Anhang finden Sie einen Flyer mit ergänzenden Informationen, unter anderem eine kurze Übersicht zum zugrunde liegenden wissenschaftlichen Konzept unserer Forschung, der Occupational Science (Betätigungswissenschaft). Genaueres können Sie bei Interesse gerne unserer Homepage

https://abstinent-durch-betaetigung.jimdosite.com/ entnehmen.

Wir erhoffen uns, aus den gewonnenen Studienergebnissen Erkenntnisse zu generieren, wie die zeitgenössische Ergotherapie als fester Bestandteil der stationären Behandlung von Alkoholabhängigkeit sowie später in der Nachsorge Klient:innen bestmöglich im Alltag unterstützen kann.

Hierfür haben wir einen Fragebogen für Personen, die mindestens 3 Monate abstinent leben, entwickelt.

Dabei ist die Befragung unabhängig von jeglichen Therapieerfahrungen, Kontakt zu Institutionen, Selbsthilfegruppen, Teilnahme an Programmen o.Ä.

Diesbezüglich möchten wir Sie fragen, ob Ihrerseits Interesse für eine Kooperation besteht.

Sie können uns unterstützen, indem Sie unsere Forschungsarbeit und den dazugehörigen Online-Fragebogen beispielsweise in einem Newsletter oder einem Selbsthilfegruppen-Treffen erwähnen (bzw. ihn an eine solche Gruppe

weiterleiten) oder durch Mund-zu-Mund-Propaganda verbreiten. Nutzen Sie dazu gerne unseren Flyer im Anhang.

Ein Weiterleiten an potenziell Interessierte ist ausdrücklich erwünscht. All dies würde uns sehr dabei helfen, eine möglichst große Zahl an Teilnehmer:innen und dadurch umfangreiche wissenschaftliche Daten zu gewinnen.

Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig, erfolgt anonym und unterliegt hohen Datenschutz-Standards. Eine finanzielle Bereicherung unsererseits oder Dritter ist ausgeschlossen. Gerne stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Die Online-Befragung wird bis einschließlich **17.08.2021** zur Teilnahme geöffnet sein.

Den Fragebogen finden Sie auf unserer Homepage oder auf direktem Wege über den Button am Ende dieser E-Mail.

Mit freundlichen Grüßen,

Sarah Hüttenmeister-Schmitz & Janine Herminghaus

von der Zuyd Hogeschool

Alltagserleben & Wohlbefinden bei Abstinenz.pdf herunterladen

Zum Teilnehmen hier klicken

Dienstleistung erbracht von www.questback.com - Questback Essentials

Anhang 7 - Flyer (canva, o.D.)
Flyer gesamt (3 Seiten)

Zuyd University of Applied Sciences

ZUYD HOGESCHOOL HEERLEN

ALLTAGSERLEBEN & WOHLBEFINDEN BEI ABSTINENZ

Eine quantitative Studie zum Alltagserleben und Wohlbefinden abstinent lebender Menschen mit Alkoholabhängigkeit

INFOBLATT

Bachelor of Science Ergotherapie

ÜBER UNS

Wir arbeiten seit 2017 als examinierte Ergotherapeutinnen in verschiedenen Tätigkeitsfeldern in Nordrhein-Westfalen und absolvieren seit September 2019 den Bachelorstudiengang der Ergotherapie in den Niederlanden.
Unsere Motivation zu unserem Bachelorthema entstand aus unserer Arbeit in Entwöhnungseinrichtungen mit dem Fokus Alkoholabhängigkeit.

WISSENSCHAFTLICHER HINTERGRUND

Die Betätigungswissenschaft - Occupational Science - beschäftigt sich mit den Aspekten der alltäglichen menschlichen Betätigungen*, deren zugrundeliegender Motivation und Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit. Es wird unterschieden zwischen den Dimensionen Tun *(doing)*, Sein *(being)*, Werden *(becoming)* und dem Zugehörigkeitserleben *(belonging)*.

*Betätigungen = Handlungen und Aufgaben, die für Sie in Ihrem Leben von Bedeutung sind

WORUM GEHT ES IN UNSERER FORSCHUNG?

Aufgrund der Erfahrungen, die wir in unserer beruflichen Praxis sammeln konnten, wurde deutlich, dass die Erkenntnisse zum Betätigungserleben im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen noch sehr begrenzt sind.
Daher möchten wir mit Hilfe Ihrer Antworten neue Erkenntnisse gewinnen, welche für die ergotherapeutische Praxis genutzt werden können und eine bedarfsgerechte therapeutische Versorgung fördern.

Unser Online-Fragebogen beschäftigt sich damit, wie sich Ihr Alltagserleben durch die Abstinenz verändert hat und in welchen der Dimensionen besonders. Wir möchten erfahren, wie Ihre persönliche Lebensqualität hierdurch beeinflusst wurde und wird.

ZU
YD

NEHMEN SIE TEIL & UNTERSTÜTZEN SIE UNS!

Unsere Online-Umfrage, Informationen zum Datenschutz uvm. finden Sie hier:

https://abstinent-durch-betaetigung.jimdosite.com

Unsere Umfrage ist bis zum 17.08.2021 für Sie geöffnet!

Wir freuen uns über Ihre Teilnahme und bedanken uns herzlichst!

JANINE HERMINGHAUS

Ergotherapeutin seit 2017
aktuelles Tätigkeitsfeld: geriatrische Frührehabilitation

SARAH HÜTTENMEISTER-SCHMITZ

Ergotherapeutin seit 2017
aktuelles Tätigkeitsfeld: ergotherapeutische Praxis

Facebook-Flyer

Zuyd University of Applied Sciences

Bachelor of Science Ergotherapie

ALLTAGSERLEBEN & WOHLBEFINDEN BEI ABSTINENZ

Janine Herminghaus

Sarah Hüttenmeister-Schmitz

WORUM GEHT ES IN UNSERER FORSCHUNG?

Die Erkenntnisse zum Betätigungserleben im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sind noch sehr begrenzt. Daher möchten wir mit Hilfe der Antworten unserer Teilnehmer:innen neue Erkenntnisse gewinnen, welche für die ergotherapeutische Praxis genutzt werden können und eine bedarfsgerechte therapeutische Versorgung fördern.
Unser Online-Fragebogen beschäftigt sich damit, wie sich das Alltagserleben der Teilnehmer:innen durch die Abstinenz verändert hat und in welchen Bereichen besonders. Wir möchten erfahren, wie ihre persönliche Lebensqualität hierdurch beeinflusst wurde und wird.

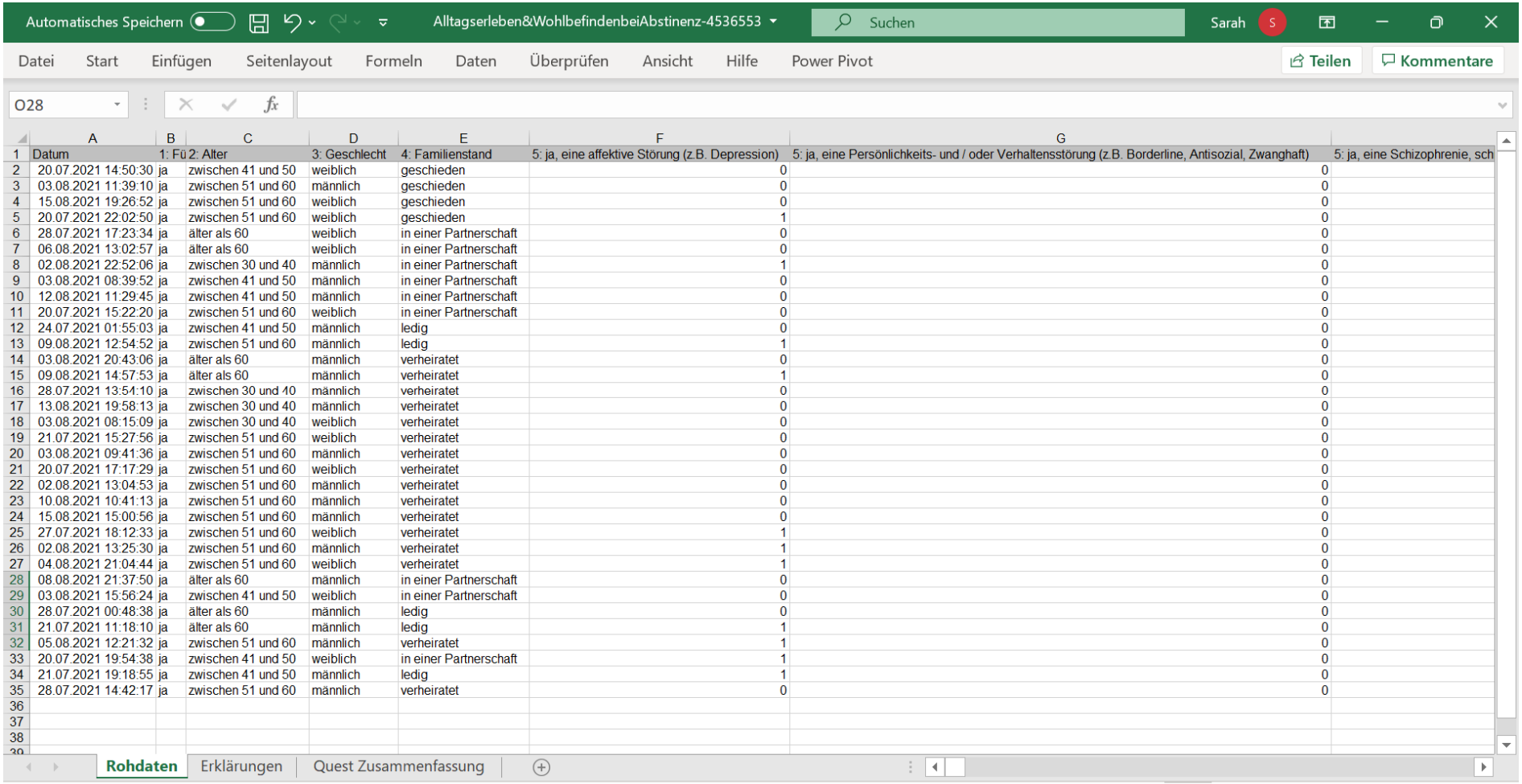
WEN SUCHEN WIR?

Menschen ab 30 Jahren mit einer Alkoholabhängigkeit, die seit mind. drei Monaten abstinent leben

Teilen erwünscht! Vielen Dank!

- Umfrage geöffnet bis zum 17. August 2021
- Bei Fragen melden Sie sich gerne unter: bsc.abstinentdurchbetaetigung@gmail.com
- Unsere Umfrage finden Sie hier ->

Anhang 8 – Ausschnitt Rohdaten



Automatisches Speichern — Alltagserleben&WohlbefindenbeiAbstinenz-4536553 — Suchen — Sarah

Datei Start Einfügen Seitenlayout Formeln Daten Überprüfen Ansicht Hilfe Power Pivot — Teilen — Kommentare

O28

	A	B	C	D	E	F	G	
1	Datum	1: Fü	2: Alter	3: Geschlecht	4: Familienstand	5: ja, eine affektive Störung (z.B. Depression)	5: ja, eine Persönlichkeits- und / oder Verhaltensstörung (z.B. Borderline, Antisozial, Zwanghaft)	5: ja, eine Schizophrenie, sch
2	20.07.2021 14:50:30	ja	zwischen 41 und 50	weiblich	geschieden	0	0	
3	03.08.2021 11:39:10	ja	zwischen 51 und 60	männlich	geschieden	0	0	
4	15.08.2021 19:26:52	ja	zwischen 51 und 60	weiblich	geschieden	0	0	
5	20.07.2021 22:02:50	ja	zwischen 51 und 60	weiblich	geschieden	1	0	
6	28.07.2021 17:23:34	ja	älter als 60	weiblich	in einer Partnerschaft	0	0	
7	06.08.2021 13:02:57	ja	älter als 60	weiblich	in einer Partnerschaft	0	0	
8	02.08.2021 22:52:06	ja	zwischen 30 und 40	männlich	in einer Partnerschaft	1	0	
9	03.08.2021 08:39:52	ja	zwischen 41 und 50	männlich	in einer Partnerschaft	0	0	
10	12.08.2021 11:29:45	ja	zwischen 41 und 50	männlich	in einer Partnerschaft	0	0	
11	20.07.2021 15:22:20	ja	zwischen 51 und 60	weiblich	in einer Partnerschaft	0	0	
12	24.07.2021 01:55:03	ja	zwischen 41 und 50	männlich	ledig	0	0	
13	09.08.2021 12:54:52	ja	zwischen 51 und 60	männlich	ledig	1	0	
14	03.08.2021 20:43:06	ja	älter als 60	männlich	verheiratet	0	0	
15	09.08.2021 14:57:53	ja	älter als 60	männlich	verheiratet	1	0	
16	28.07.2021 13:54:10	ja	zwischen 30 und 40	männlich	verheiratet	0	0	
17	13.08.2021 19:58:13	ja	zwischen 30 und 40	männlich	verheiratet	0	0	
18	03.08.2021 08:15:09	ja	zwischen 30 und 40	weiblich	verheiratet	0	0	
19	21.07.2021 15:27:56	ja	zwischen 51 und 60	weiblich	verheiratet	0	0	
20	03.08.2021 09:41:36	ja	zwischen 51 und 60	männlich	verheiratet	0	0	
21	20.07.2021 17:17:29	ja	zwischen 51 und 60	weiblich	verheiratet	0	0	
22	02.08.2021 13:04:53	ja	zwischen 51 und 60	männlich	verheiratet	0	0	
23	10.08.2021 10:41:13	ja	zwischen 51 und 60	männlich	verheiratet	0	0	
24	15.08.2021 15:00:56	ja	zwischen 51 und 60	männlich	verheiratet	0	0	
25	27.07.2021 18:12:33	ja	zwischen 51 und 60	weiblich	verheiratet	1	0	
26	02.08.2021 13:25:30	ja	zwischen 51 und 60	männlich	verheiratet	1	0	
27	04.08.2021 21:04:44	ja	zwischen 51 und 60	weiblich	verheiratet	1	0	
28	08.08.2021 21:37:50	ja	älter als 60	männlich	in einer Partnerschaft	0	0	
29	03.08.2021 15:56:24	ja	zwischen 41 und 50	weiblich	in einer Partnerschaft	0	0	
30	28.07.2021 00:48:38	ja	älter als 60	männlich	ledig	0	0	
31	21.07.2021 11:18:10	ja	älter als 60	männlich	ledig	1	0	
32	05.08.2021 12:21:32	ja	zwischen 51 und 60	männlich	verheiratet	1	0	
33	20.07.2021 19:54:38	ja	zwischen 41 und 50	weiblich	in einer Partnerschaft	1	0	
34	21.07.2021 19:18:55	ja	zwischen 41 und 50	männlich	ledig	1	0	
35	28.07.2021 14:42:17	ja	zwischen 51 und 60	männlich	verheiratet	0	0	
36								
37								
38								

Rohdaten | Erklärungen | Quest Zusammenfassung

Anhang 9 - Kategoriensystem

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
1. Mentale Funktionen	Globale mentale Funktionen (z.B. Funktionen von Temperament und Persönlichkeit, Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs)	„Mich besser abgrenzen“ (becoming)	Aussagen, die sich den ICF-Codes b110 bis b199 zuordnen lassen
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Allgemeine Aspekte der Ausführung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, der Organisation von Routinen und dem Umgang mit Stress	„vorher bestand mein Leben nur aus saufen arbeiten und schlafen. Struktur habe ich überhaupt erst wieder, seit ich trocken bin“ (doing)	Aussagen, die sich den ICF-Codes d210 bis d299 zuordnen lassen
3. Selbstversorgung	Eigene Versorgung (Körperpflege etc.) und die Sorge um die eigene Gesundheit	„auf meine Gesundheit achten“ (becoming)	Aussagen, die sich den ICF-Codes d510 bis d599 zuordnen lassen
4. Häusliches Leben	Ausführung von häuslichen und alltäglichen Handlungen und Aufgaben (z.B. Beschaffen einer Wohnung oder Lebensmittel)	„lange im Garten arbeiten“ (doing)	Aussagen, die sich den ICF-Codes d610 bis d699 zuordnen lassen
5. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Ausführung von Handlungen und Aufgaben, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen (Fremden, Freunden, Verwandten, Familienmitgliedern und Liebespartnern) in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise erforderlich sind	„(…) das soziale Umfeld ist quantitativ kleiner- und qualitativ hochwertiger geworden“ (belonging)	Aussagen, die sich den ICF-Codes d710 bis d799 zuordnen lassen
6. Bedeutende Lebensbereiche	Ausführung von Aufgaben und Handlungen, die z.B. für die Beteiligung an Arbeit und Beschäftigung sowie für die Durchführung wirtschaftlicher Transaktionen erforderlich sind	„Ich gehe in Schulen und Firmen und mache dort Suchtprävention usw.“ (belonging)	Aussagen, die sich den ICF-Codes d810 bis d899 zuordnen lassen
7. Gemeinschafts- und soziales Leben	Handlungen und Aufgaben, die für die Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, in der Gemeinschaft sowie in verschiedenen sozialen und staatsbürgerlichen Lebensbereichen erforderlich sind	„die freie Zeit nutze ich aktiver z.B. Sport und Freunde treffen“ (doing)	Aussagen, die sich den ICF-Codes d910 bis d999 zuordnen lassen
8. Dienste des Sozial- und Gesundheitswesens	Diensten, die Leistungen, strukturierte Programme und Tätigkeiten in verschiedenen Sektoren der Gesellschaft erbringen, um die Bedürfnisse der Menschen zu decken; einschließlich der Personen, die diese Dienste erbringen	„Therapiestunden (…)“ (doing)	Aussagen, die sich den ICF-Codes e575 und e580 zuordnen lassen

Anhang 10 – Kategorienzuordnung und Zitate (Fragestellungen nach qualitativem Design)

Frage 13: Welche Betätigungen sind das? --> bezugnehmend auf Frage 12 (Gibt es Betätigungen in Ihrem Alltag, die seit der Abstinenz dazu gekommen sind?)		
KATEGORIE	**ZITATE** (buchstabengetreu)	**ICF-CODES**
Mentale Funktionen		
	/	
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen		
	/	
Selbstversorgung		
	/	
Häusliches Leben		
	"(…) Vermietung (Eigentumswohnungskauf) (…)"	d6100 Wohnraum kaufen
	"(…) in die Stadt gehen"	d6200 Einkaufen
	"Kochen (…)"	d630 Mahlzeiten vorbreiten
	"Gartenarbeit (durch Umzug/Hauskauf) (…)"	d6505 Innen- und Außenpflanzen pflegen
	"Hund"	d6506 Sich um Tiere kümmern
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen		
	"(…) Freunde wo man sich von abkapselte"	d7201 Beziehungen beenden

	"(…) Familie" "Vaterschaft" "mehr mit der Familie machen (…)" "Wunsch nach eigener Familie/ Kind"	d760 Familienbeziehungen
Bedeutende Lebensbereiche		
	"Geistige Herausforderungen, so zum Beidpiel ein Studium neben dem Beruf und Familie (…)"	d830 Höhere Bildung und Ausbildung
	"Arbeit (…)"	d850 Bezahlte Tätigkeit
	"Ehrenamt (…)" "Ehrenamt" "(…) ehrenamtliche Tätigkeiten" "Blutspende, Ehrenamt bei der Tafel (…)"	d855 Unbezahlte Tätigkeit
Gemeinschafts- und soziales Leben		
	"(…) Kleingarten Mitgliedschaft (…)" "Besuch Selbsthilfegruppe" "ich bin in einer Selbsthilfegruppe aktiv" "Gruppenleitung Abstinenzgruppe" "Gruppenleiterin einer Selbsthilfegruppe" "(…) Ehrenamtsarbeit im Kreuzbund (...)" "besuch Selbsthilfegruppentreffen"	d9100 Informelle Vereinigungen
	"(…) regelmäßige Urlaubsreise (…)" "Spazieren, Rausgehen (…)" "Garten" "Geführte Meditationen und Entspannungsmusik und bewusst gemachte Spaziergänge in der Natur" "Entspannung, Lesen, Podcasts hören (themenbezogen, z.B. Abstinenz)"	d920 Erholung und Freizeit

	"Wandern, Nordic Walking" "Badminton spielen, (…), Fahrradtouren" "(…) Radfahren" "Fahrrad fahren (…)" "walken, Schwimmen (…)" "(…), Bogenschießen, Joggen" "(…) Motorrad" "(…) Sport"	d9201 Sport
	"(…) Musik schreiben und aufnehmen" "Gitarre spielen (…)" "(…) lesen"	d9202 Kunst und Kultur
	"(…) Seit meiner Abstinenz bastel ich gerne mit Holz und Stein" "alte Hobbys"	d9204 Hobbys
	"Essen mit Freunden"	d9205 Geselligkeit
	"(…) Kommunalpolitik"	d950 Politisches Leben und Staatsbürgerschaft
Dienste des Sozial und Gesundheitswesens		
	"Therapiestunden und Gruppengespräche"	e5 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze
Gestrichen, weil: - nicht passend zur Frage - konnte keiner Kategorie zugeordnet werden oder - Bedeutung konnte nicht erschlossen werden	"Klarheit" "nicht mehr jeden Kuchen essen können" "Berufliche Bestätigung" "Lob und Anerkennung"	

Frage 17: Bitte beschreiben Sie, wie sich Ihre Tagesstruktur verändert hat.		
KATEGORIE	**ZITATE** (buchstabengetreu)	**ICF-CODES**
Mentale Funktionen		
	"achtsam"	b1263 Psychische Stabilität
	"gehe etwas früher schlafen und schlafe besser ein" "weniger Schlaf" "Frühes Aufstehen, (...), lange wachbleiben (...)" "geregelte Schlafenszeiten." "Ausgeschlafen (...)" "(...) wacher und ausgeschlafener sein" "(...) schlafe besser, dadurch benötige ich weniger Schlaf und bin morgens fit (...)"	b134 Funktionen des Schlafes
	"(…) bin im Alltag nicht mehr so durcheinander oder vergesse Dinge."	b144 Funktionen des Gedächtnisses
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen		
TN 9	"(...) ich plane schriftlich meinen Tag/Woche (...)" "vorher bestand mein Leben nur aus saufen arbeiten und schlafen. Struktur habe ich überhaupt erst wieder, seit ich trocken bin." "(...) Struktur ins Leben bringen (...)" "geordneter" "Strukturierter" "Geplanter" "Wechsel von Schichtarbeit in Normalarbeitszeit dadurch eher gleichbleibende Tagesabläufe" "wieder einen geregelten Tagesablauf" "Ich halte mich an zeitliche Abmachungen mit meiner Frau. Bin mehr Zuhause (...)"	

TN 2 **TN 10**	"überhaupt eine Tagesstruktur haben und konsequent Termine einhalten zu können" "Durch den Wegfall der Konsumzeit wurde Platz für andere Dinge frei. Ich habe als Trinker immer vollzeit gearbeitet, musste aber meinen Tagesablauf nach meinem Alkoholpegel einrichten." "strukturierter, regelmäßige Termine (...)" "mehr Struktur" "Ich kann einen Tag gezielter nutzen (...)"	d230 Die tägliche Routine durchführen & d2301 Die tägliche Routine planen
	"Die Zeit wird sinnvoll genutzt um den Anforderungen nach zu kommen auch freudiges kann ohne Probleme eingesetzt werden" "es passt mehr in meinen Tag, ich kann geplantes auch umsetzen, statt nur zu verschieben"	d2303 Das eigene Aktivitätsniveau handhaben
	"Termine wahrnehmen (…)" "(…) pünktlichkeit (…)" "ich muss durch die berufliche Arbeit Termine einhalten" "Pünktlichkeit und Zielstrebigkeit sind mein Lebensinhalt"	d2400 Mit Verantwortung umgehen
	"Langsamer und bewusster Aktivitäten durchführen, mit weniger Hektik"	d2401 Mit Stress umgehen
Selbstversorgung		
	"jetzt frühstücke ich, (…), esse und trinke Wasser regelmäßig" "(…) Kaffee trinken, Frühstücken (…)"	d570 Auf seine Gesundheit achten
Häusliches Leben		
	"lange im Garten arbeiten"	d6505 Innen- und Außenpflanzen pflegen
	"(…) aufräumen (…)"	

Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen		
	/	
Bedeutende Lebensbereiche		
	"Wechsel von Schichtarbeit in Normalarbeitszeit" "(…) geordnetes Arbeitsleben" "(…) Zudem muss ich nicht mehr im Schichtdienst arbeiten."	d850 Bezahlte Tätigkeit
	"Die berufliche Situation hat sich verändert, nicht mehr angestellt, bin selbstständig."	d8500 Selbstständige Tätigkeit
Gemeinschafts- und soziales Leben		
	"(…) meditiere und übe Achtsamkeitsübungen täglich aus"	d920 Erholung und Freizeit
TN 1	"mehr Sport/ Bewegung" "die freie Zeit nutze ich aktiver z.B. Sport und Freunde treffen" "(…) mache morgens Sport (…)"	d9201 Sport
	"(…) wenig fernsehen, stattdessen lesen, (…) lange im Garten arbeiten, Zeit haben"	d9202 Kunst und Kultur
	"Verabredungen eingehen und einhalten" "Freunde treffen"	d9205 Geselligkeit
Dienste des Sozial- und Gesundheitswesen		
	/	
Gestrichen, weil: - nicht passend zur Frage - konnte keiner Kategorie zugeordnet werden oder - Bedeutung konnte nicht erschlossen werden	"Der Abend nutze ich nicht mehr zum Alkohol trinken" "Dreht sich nicht mehr um Konsum" "Die Wertigkeiten haben sich deutlich verschoben"	

Frage 28: Was bräuchten Sie sonst, um sich bei der Bewältigung von Herausforderungen sicherer zu fühlen?

KATEGORIE	**ZITATE** (buchstabengetreu)	**ICF-CODES**
Mentale Funktionen		
TN 3	"mehr Abstinenzgewinn (Gesundheit, Elan für Neues)"	b1301 Motivation
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen		
	/	
Selbstversorgung		
	/	
Häusliches Leben		
	/	
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen		
	/	
Bedeutende Lebensbereiche		
	/	
Gemeinschafts- und soziales Leben		
	/	
Dienste des Sozial- und Gesundheitswesen		
	/	

Frage 34: Welche Ziele haben Sie aktuell?

KATEGORIE	**ZITATE** (buchstabengetreu)	**ICF-CODES**
Mentale Funktionen		
	"(…) Achtsamkeit üben (…)"	b1263 Psychische Stabilität
TN 5	"Gesund, zufrieden und ausgeglichen leben können bzw. ständig daran arbeiten"	
	"(…) noch mehr im Jetzt leben"	
	"(…) in dieser Sache klarer zu mir und meiner Umgebung zu positionieren."	
TN 4	"(…) an meiner Gelassenheit arbeiten"	
	"(…) offen bleiben"	b1264 Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen
	"(…) Abgrenzung zu Dingen die ich nicht möchte"	b1266 Selbstvertrauen
	"(…) Selbstbewusstsein aufbauen (…)"	
	"Mich besser abgrenzen"	
	"Abstinent leben (...)"	b1303 (verminderter) Drang nach Suchtmitteln
	"Abstinent bleiben (...)"	
	"Abstinent bleiben (...)"	
	"Zum Rauchen aufhören (...)"	
	"abstinent bleiben"	
	"gesund und abstinent zu bleiben (...)"	
	"Weiterhin zufriedene Abstinenz"	
	"Gesund und Abstinent bleiben"	
	"Jeden Tag ohne Alkohol, und das seit vielen Jahren."	
	"Die stabile Abstinenz (...)"	
	"Abstinenz zufrieden"	
	"Impulskontrolle verbessern"	b1304 Impulskontrolle

	"Noch stärker eigen Bedürfnisse erkennen (…)" "(…) trotz neuem Job, Bedürfnisse sofort zu erkennen." "Weiter machen und auf mich / meine Gefühle achten (…)"	b1800 Selbstwahrnehmung
-		
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen		
	"Planungen besser durchführen (…)"	d230 Die tägliche Routine durchführen
	"(…) Zeit für das Schreiben konsequenter planen (…)"	d2301 Die tägliche Routine planen
	"(…) Trauer bewältigen (…)"	d2402 Mit Krisensituationen umgehen
Selbstversorgung		
TN 5	"Gesund, zufrieden und ausgeglichen leben können bzw. ständig daran arbeiten" "bessere körperliche gesundheit (…)" "(…) auf meine Gesundheit achten (…)" "gesund (…) bleiben" "Gesund (…) bleiben" "(…) weniger oft Infekte (…)"	d570 Auf seine Gesundheit achten
-		
Häusliches Leben		
	"(…) eigene Wohnung (…)" "Wohnortwechsel"	d610 Wohnraum beschaffen
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen		
	"(…) Freundeskreis aussortieren"	d7201 Beziehungen beenden
	"(…) intensiveres Sozialleben"	d750 Informelle soziale Beziehungen

	"(…) Kontakt zur Ursprungsfamilie verbessern (…)"	d760 Familienbeziehungen
	"(…) Vertrauen meines Umfelds (Tochter) wiedererlangen" "(…) Meine Tochter aufwachsen sehen (…)"	d7600 Eltern-Kind-Beziehungen
	"(…) glückliche Partnerschaft festigen"	d7700 Liebesbeziehungen
Bedeutende Lebensbereiche		
	"Ausbildung zum Suchthelfer"	d825 Theoretische Berufsausbildung
	"Neuer Job (…)" "neuen Job finden (…)"	d8450 Arbeit suchen
	"Gesund in Rente gehen"	d8452 Ein Arbeitsverhältnis beenden
	"Musiker sein" "(…) Arbeit in Reha-Werkstatt aufnehmen" "(…) Meinem Traum nachgehen und in der Forschung und Entwicklung arbeiten"	d850 Bezahlte Tätigkeit
	"(…) mich selbstständig machen" "Meine berufliche Selbstständigkeit in “meiner Geschwindigkeit” weiter zu etablieren (…)"	d8500 Selbstständige Tätigkeit
	"(…) weiter in der Suchtselbsthilfe tätig sein"	d855 Unbezahlte Tätigkeit
	"Führerschei / Fahrerlaubnis"	d899 Größere Lebensbereiche, nicht näher bezeichnet
Gemeinschafts- und soziales Leben		
	"(…) Inseln des Ausgleiches finden (…)" "(…) mit dem Wohnmobil durch Norwegen (…)"	d920 Erholung und Freizeit
	"(…) dadurch mehr sport treiben können (…)" "mehr Sport treiben (…)"	d9201 Sport

Dienste des Sozial- und Gesundheits-wesen		
	/	
Gestrichen, weil: - nicht passend zur Frage - konnte keiner Kategorie zugeordnet wer-den oder - Bedeutung konnte nicht erschlossen werden	"nor,ales Leben" "Ich habe meine Ziele erreicht. Ich bin seit 13 Jahren zufrieden Trocken und die Suchtein-richtung wo ich mal als Patient war hat mich in Sachen Suchtöffentlichkeitsarbeit einge-stellt" "ich möchte, dass es so bleibt"	

Frage 39: In welchen sonstigen Bereichen? (nur wenn zutreffend)
--> bezugnehmend auf Frage 38 (Was ist / war das Zugehörigkeitsgefühl in den folgenden Bereichen stärker?)

KATEGORIE	**ZITATE** (buchstabengetreu)	**ICF-CODES**
Mentale Funktionen		
	/	
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen		
	/	
Selbstversorgung		
	/	
Häusliches Leben		
	/	
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen		
TN 8	"Kann meine Familie endlich lieben und schätzen."	d760 Familienbeziehungen
	"Partnerschaft"	d770 Intime Beziehungen
Bedeutende Lebensbereiche		
	/	
Gemeinschafts- und soziales Leben		
	/	

Dienste des Sozial- und Gesundheitswesen		
	/	

Frage 41: Welche Betätigungen meiden Sie seit Ihrer Abstinenz?		
KATEGORIE	**ZITATE** (buchstabengetreu)	**ICF-CODES**
Mentale Funktionen		
	/	
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen		
	/	
Häusliches Leben		
	/	
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen		
	/	
Bedeutende Lebensbereiche		
	/	
Gemeinschafts- und soziales Leben		
	"Vereinssitzungen (…)" "(…) große Vereinsfeste"	d9100 Informelle Vereinigungen

	"Partys, Disco" "Feierlichkeiten, noch fühle ich mich nicht stabil genug" "(…) schlagerpartys" "Parties (...), Familienfeiern" "Feierlichkeiten mit viel Alkoholkonsum" "Feste" "Disco, Orte, an die man nur geht, um zu trinken" "(…) Feiern. Wenn es nicht zu vermeiden ist, stört es sehr, ist aber unproblematisch." "(...) Familienfeiern auf die ich nicht wirklich Lust habe" "Party" "Partys auf denen "viel" getrunken wird (...)" "Partys" "Party´s (...)"	d9102 Feierlichkeiten *
	"Stadion (…)" "(…) Urlaub mit Freunden" "Sport (…)"	d920 Erholung und Freizeit
TN 3	"Kneipenbesuche" "Ausgehen in Cafe oder Kneipe, Restaurants, private Treffen abends" "StammTisch mit Freunden (…)" "(…) Kneipe, Geselligkeiten" "Kneipen (…)" "Zusammenkünfte mit erheblichem Alkohol Genuss" "(...) Treffen, die dem Ziel dienen, gemeinsam zu trinken" "(...) Frühschoppen (...)" "Gruppen, in denen getrunken wird (...)" "Saufgelage"	d9205 Geselligkeit
Dienste des Sozial- und Gesundheitswesen		
	/	

Gestrichen, weil: - nicht passend zur Frage - konnte keiner Kategorie zugeordnet werden oder - Bedeutung konnte nicht erschlossen werden	"Konsumorte" "Große Menschenmassen"	

Frage 47: Bitte beschreiben Sie, wie sich Ihr soziales Umfeld verändert hat.

KATEGORIE	**ZITATE** (buchstabengetreu)	**ICF-CODES**
Mentale Funktionen		
	/	
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen		
	/	
Selbstversorgung		
	/	
-		
Häusliches Leben		
	"Indem ich den Wohnort (…) wechselte" "(…) Nach dem Konsum wechselte ich das Wohnumfeld (…)" "Ich habe mir in einer neuen Stadt ein trockenes Leben aufgebaut (…)" "(…) in der neuen Umgebung (…)"	d610 Wohnraum beschaffen
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen		
TN 9	"solider" "ich meide Menschen, die mir nicht guttun." "Weniger Kontakt mit Personen die regelmäßigen Konsum betreiben, auch von deren Seite" "zuverlässiger" "Offener, ehrlicher, kritischer" "positiv, da mehr Menschen ohne Suchtprobleme" "neuer abstinenter Freundeskreis" "Weniger Kontakt mit Freunden die viel Alkohol trinken" "Ich habe den Großteil meines Freundeskreises geändert" "Andere Freunde"	d750 Informelle soziale Beziehungen

	"Aus Freunden wurden gute Bekannte (…). Wahre Freunde sind weniger geworden." "(...) Kleinen neuen Freundeskreis (...)" **TN 11** "Insgesamt weniger Kontakt mit anderen, das empfinde ich aber als sehr angenehm, da konsequent alkoholfreie Kontakte. Viele "üblichen" Unterhaltungen empfinde ich gequält und unterbleiben." "treffe alte Freunde z.T. nicht mehr, habe neue Freunde (...)" "neuer Bekannten/Freundeskreis, neue verbindliche Strukturen (...)" "Frühere "Trinkkumpane" sind weggefallen; **TN 7** "das soziale Umfeld ist quantitativ kleiner- und qualitativ hochwertiger geworden"" "Ich suche mir meine Freunde selber. Die, die zu mir gehalten haben ist eine Engere Freundschaft entstanden." "neue leute (...)" "Freunde und viele Leute sind mir zu viel geworden fühle mich nicht wohl **TN 8** Kontakte sind weniger aber authentischer"" "Ich habe mir erst nach der Abstinenz (...) einen Freundeskreis aufgebaut-" "Ich hatte meine Sozialen Kompetenzen und dadurch auch meine Kontakte komplett verloren. (...)" "Zulassen verschiedener Menschen jeglicher Ausrichtung und jegliche. Alters um zu Kommunizieren und Erfahrungen zu machen." "ich HABE ein soziales Umfeld und nehme dieses wahr" **TN 9** "Ich werde als abstinenter Mensch akzeptiert"	
	"(…) meine Geschwister sind meine besten Freunde (…)" "(…) bin 4 facher Opa und genieße die Zeit mit meinen Kindern (…)" "(…) mehr Kontakt zur Ursprungsfamilie (…)"	d760 Familienbeziehungen
	"(…) neue Partnerschaften (…)"	d770 Intime Beziehungen

Bedeutende Lebensbereiche		
	"Indem ich (…) Arbeit wechselte" "(…) neue Arbeit"	d850 Bezahlte Tätigkeit
TN 6	"(…) Ich gehe in Schulen und Firmen und mache dort Suchtprävention usw." "Ehrenamt"	d855 Unbezahlte Tätigkeit
Gemeinschafts- und soziales Leben		
	"(…) war in Vereinen aktiv, was ich zu Konsumzeiten nicht mehr konnte" "(…) Rückzug aus Funktionen im Verein" "(…) Selbsthilfegruppe (…), Kleingartenverein"	d9100 Informelle Vereinigungen
Dienste des Sozial- und Gesundheitswesen		
	/	
Gestrichen, weil: - nicht passend zur Frage - konnte keiner Kategorie zugeordnet werden oder - Bedeutung konnte nicht erschlossen werden	"Freunde"	

Anhang 11 – informed consent (informierte Einwilligung)

Zweck der Forschungsarbeit
Liebe Teilnehmer:innen,
vielen Dank, dass Sie uns bei unserem Forschungsprojekt unterstützen möchten!
Das Ziel dieses Fragebogens ist es, herauszufinden, welche Veränderungen Sie in verschiedenen Bereichen Ihres Alltags seit Ihrer Abstinenz erleben und wie diese Veränderungen Ihr Wohlbefinden und Ihre Lebensqualität beeinflussen.
Aus Ihren Antworten sollen anschließend Erkenntnisse gewonnen werden, wie die moderne Ergotherapie Sie bestmöglich in Ihrer Abstinenz unterstützen kann.

Erwartete Dauer der Studie und Vorgehen
Die Teilnahme ist anonym und bis einschließlich 17. August 2021 möglich.
Weitere Informationen können Sie unserer Homepage entnehmen.
Ihre Daten werden im Rahmen einer ergotherapeutischen Forschungsarbeit (Bachelorarbeit) erhoben und ausgewertet.

Geheimhaltung Ihrer Daten
Um Ihre Privatsphäre zu wahren und den Datenschutz zu gewährleisten, erhalten Ihre Daten einen Code. Ihr Alter und andere Daten, mithilfe derer Sie identifiziert werden könnten, werden hierbei weggelassen. Nur mit dem Schlüssel zu diesem Code können die Daten zu Ihnen zurückverfolgt werden. Der Schlüssel zu diesem Code wird sicher in der Zuyd Hogeschool aufbewahrt. Auch in der Bachelorarbeit oder möglichen weiteren Veröffentlichungen dieser Studie können die Daten nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden und Sie sind als Person nicht zu erkennen.
Der von der Hogeschool Zuyd vorgegebene Zeitraum zur Speicherung ihrer Daten beläuft sich auf 10 Jahre

Zugang zu / Einsicht in Ihre[n] Daten zu Kontrollzwecken
Einige Personen können Ihre gesamten Daten einsehen, auch die ohne Code. Dies ist erforderlich, um kontrollieren zu können, ob die Studie gut und vertrauenswürdig ausgeführt wurde. Personen, die zu Kontrollzwecken Einsicht in Ihre Daten erhalten, sind die für die Durchführung der Bachelorarbeit verantwortlichen Personen. Sie halten Ihre Daten geheim.

Sie entscheiden, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten. Die Teilnahme ist freiwillig. Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, brauchen Sie nichts weiter zu unternehmen. Wenn Sie teilnehmen, können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme an der Studie beenden, indem Sie den Fragebogen nicht weiter beantworten bzw. abbrechen. Hierbei werden keine der bereits gegebenen / angeklickten Antworten gespeichert und in der Studie verwendet.

Recht auf Ablehnung oder Beendigung, Anonymität
Die Teilnahme an der Umfrage ist freiwillig **&** anonym.

Im Rahmen dieser ergotherapeutischen Bachelor-Studie werden personenbezogene Daten von Ihnen erhoben, verwendet und aufbewahrt. Es geht um Daten wie Ihr Alter und Geschlecht, Ihren Beziehungsstatus, Ihr Anstellungsverhältnis und Ihre Erkrankung(en).
Dies ist erforderlich, um die Fragen, die im Rahmen dieser Studie gestellt werden, beantworten zu können und um die Ergebnisse veröffentlichen zu können. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis, Ihre Daten im Rahmen dieser Studie verwenden zu dürfen.
Ohne Einverständnis ist keine Teilnahme möglich. Sie können die Befragung jederzeit abbrechen. Ihre Daten werden in diesem Fall nicht gespeichert.

Einverständnis zurückziehen
Sie können Ihr Einverständnis zur Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit wieder zurückziehen. Die Daten, die bis zu diesem Zeitpunkt erhoben wurden, werden in der Studie verwendet, wenn Sie dem nicht ausdrücklich widersprechen.

Triggerwarnung im Fragebogen (s. Anhang 4)

Datenschutzbestimmungen für die Teilnahme an der Studie

Informationen für die Teilnahme an einer Studie

Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit bei Abstinenz

Einleitung
Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Teilnahme ist freiwillig. Wenn Sie teilnehmen möchten, benötigen wir Ihre Einverständniserklärung.
Bevor Sie entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen möchten, erklären wir Ihnen, wie die Studie genau aussieht und was die Teilnahme für Sie bedeutet. Lesen Sie diesen Brief gründlich und sprechen Sie mit den für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen, wenn Sie Fragen haben.

Als Studierende des Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool (Heerlen, Niederlande) untersuchen wir im Rahmen unserer Bachelorarbeit das Alltagserleben und die Lebensqualität von abstinent lebenden Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit in Deutschland.

1. Allgemeine Informationen
Diese Studie wird von Sarah Hüttenmeister-Schmitz und Janine Herminghaus, Ergotherapeutinnen, die im Bachelorstudiengang Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) studieren, im Rahmen ihrer Bachelorarbeit durchgeführt.

2. Ziel der Studie
Es soll herausgefunden werden, wie sich das Alltagerleben von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, die seit mindestens drei Monaten abstinent leben, verändert hat. Wir möchten ermitteln, wie die persönliche Lebensqualität der Teilnehmer:innen hierdurch beeinflusst wurde und wird.
Wir möchten mit Hilfe Ihrer Antworten neue Erkenntnisse gewinnen, welche für die ergotherapeutische Praxis genutzt werden können und eine bedarfsgerechte therapeutische Versorgung fördern.

3. Hintergrund der Studie
Die Betätigungswissenschaft – Occupational Science, beschäftigt sich mit den Aspekten der alltäglichen menschlichen Betätigungen*, deren zugrundeliegende Motivation und Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit. Es wird unterschieden zwischen dem Tun (*doing*), Sein (*being*), Werden (*becoming*) und dem Zugehörigkeitserleben (*belonging*).
Aufgrund der Erfahrungen, die wir in unserer beruflichen Praxis sammeln konnten, wurde deutlich, dass die Erkenntnisse zum Betätigungserleben im Bereich der

Abhängigkeitserkrankungen noch sehr begrenzt sind.

*Betätigungen = Handlungen und Aufgaben, die für Sie in Ihrem Leben von Bedeutung sind

4. Was bedeutet es für Sie, wenn Sie teilnehmen
Wenn Sie an unserer Studie teilnehmen, dauert das insgesamt ungefähr 30 Minuten.
Im Rahmen unserer Studie möchten wir Sie bitten, diesen Online-Fragebogen auszufüllen. Dieses geschieht anonymisiert. Eine Zuordnung der Antworten zu Ihrer Person ist ausgeschlossen. Nach Abschluss der Beantwortung unserer Fragen müssen Sie nichts weiter tun, als die Ergebnisse zu speichern. Es werden keine weiteren Anfragen auf Sie zukommen.

5. Wenn Sie nicht teilnehmen oder Ihre Teilnahme vorzeitig beenden möchten
Sie entscheiden, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten. Die Teilnahme ist freiwillig. Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, brauchen Sie nichts weiter zu unternehmen. Wenn Sie teilnehmen, können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme an der Studie beenden, indem Sie den Fragebogen nicht weiter beantworten bzw. abbrechen. Hierbei werden keine der bereits gegebenen / angeklickten Antworten gespeichert und in der Studie verwendet.

6. Beendigung der Studie
Ihre Teilnahme an der Studie endet, wenn

- der Online-Fragebogen abgeschlossen ist oder
- Sie Ihre Teilnahme beenden möchten.

Die Studie endet, wenn alle Teilnehmer die Beantwortung des Fragebogens abgeschlossen haben.
Nach der Analyse der Daten informieren wir Sie gerne über die wichtigsten Ergebnisse unserer Studie und lassen Ihnen bei Interesse unsere Bachelorarbeit zukommen. Das wird voraussichtlich im Februar 2022 sein. Nutzen Sie hierfür das Kontaktformular auf dieser Homepage. Dieses ist ebenfalls anonym möglich, Ihren Namen müssen Sie nicht nennen.

7. Verwendung und Aufbewahrung Ihrer Daten
Im Rahmen dieser Studie werden personenbezogene Daten von Ihnen erhoben, verwendet und aufbewahrt. Es geht um Daten wie Ihr Alter und Geschlecht, Ihren Beziehungsstatus, Ihr Anstellungsverhältnis und Ihre Erkrankung(en).
Dies ist erforderlich, um die Fragen, die im Rahmen dieser Studie gestellt werden, beantworten zu können und um die Ergebnisse veröffentlichen zu können. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis, Ihre Daten im Rahmen dieser Studie verwenden zu dürfen.

Geheimhaltung Ihrer Daten
Um Ihre Privatsphäre zu wahren und den Datenschutz zu gewährleisten, erhalten Ihre Daten einen Code. Ihr Alter und andere Daten, mithilfe derer Sie identifiziert werden könnten, werden hierbei weggelassen. Nur mit dem Schlüssel zu diesem Code können die Daten zu Ihnen zurückverfolgt werden. Der Schlüssel zu diesem Code wird sicher in der Zuyd Hogeschool aufbewahrt. Auch in der Bachelorarbeit oder möglichen weiteren Veröffentlichungen dieser Studie können die Daten nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden und Sie sind als Person nicht zu erkennen.

Zugang zu / Einsicht in Ihre[n] Daten zu Kontrollzwecken
Einige Personen können Ihre gesamten Daten einsehen, auch die ohne Code. Dies ist erforderlich, um kontrollieren zu können, ob die Studie gut und vertrauenswürdig ausgeführt wurde. Personen, die zu Kontrollzwecken Einsicht in Ihre Daten erhalten, sind die für die Durchführung der Bachelorarbeit verantwortlichen Personen. Sie halten Ihre Daten geheim.

Aufbewahrungszeitraum für Ihre Daten
Ihre Daten müssen 10 Jahre bei der Zuyd Hogeschool aufbewahrt werden.

Einverständnis zurückziehen
Sie können Ihr Einverständnis zur Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit wieder zurückziehen. Die Daten, die bis zu diesem Zeitpunkt erhoben wurden, werden in der Studie verwendet, wenn Sie dem nicht ausdrücklich widersprechen.

Weitere Informationen zu Ihren Rechten bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten
Um allgemeine Informationen zu Ihren Rechten bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten zu erhalten, können Sie die Website der „Autoriteit Persoonsgegevens“ besuchen.

Bei Fragen zu Ihren Rechten können Sie Kontakt mit den für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen oder dem Datenschutzbeauftragten der Zuyd Hogeschool aufnehmen.
Bei Fragen oder Beschwerden raten wir Ihnen, zuerst Kontakt mit den für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen aufzunehmen. Das sind bei dieser Studie:
- Sarah Hüttenmeister-Schmitz: 1924087huttenmeister@zuyd.nl
- Janine Herminghaus: 1965468herminghaus@zuyd.nl
- Nicole Kaldewei: nicole.kaldewei@zuyd.nl

Der Datenschutzbeauftragte der Zuyd Hogeschool. Kontaktdaten siehe Anhang A und https://www.zuyd.nl/algemeen/footer/privacyverklaring.

8. Keine (Unkosten-)Vergütung für die Teilnahme
Sie erhalten keine (Unkosten-)Vergütung für die Teilnahme an dieser Studie.

9. Haben Sie noch Fragen?
Bei Fragen können Sie mit den für die Durchführung dieser Studie verantwortlichen Personen Sarah Hüttenmeister-Schmitz und Janine Herminghaus Kontakt aufnehmen.
Wenn Sie sich über diese Studie beschweren möchten, können Sie dies mit den für die Durchführung dieser Studie verantwortlichen Personen besprechen. Möchten Sie das lieber nicht, können Sie sich auch an die Ombudsfrau der Zuyd Hogeschool wenden. Alle Daten finden Sie in Anhang A: Kontaktdaten.

10. Einverständniserklärung
Wenn Sie ausreichend Bedenkzeit hatten, bestätigen Sie mit der Teilnahme an dieser Studie die angehängte Einverständniserklärung (Anhang B). Hiermit geben Sie an, dass Sie die Informationen verstanden haben und in die Teilnahme an der Studie einwilligen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

1. Anhang

   Anhang A: Kontaktdaten der für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen und von Zuyd Hogeschool
   Sarah Hüttenmeister-Schmitz: 1924087huttenmeister@zuyd.nlJanine Herminghaus: 1965468herminghaus@zuyd.nlGemeinsame Mail-Adresse: abstinent-durch-betaetigung@gmail.de

Bei Beschwerden: die Ombudsfrau der Zuyd Hogeschool, Petra Vanweersch, E-Mail: petra.vanweersch@zuyd.nl, Telefon: +31 (0)45 400 62 48.
Datenschutzbeauftragter der Zuyd Hogeschool: Maarten Wollersheim. E-Mail: maarten.wollersheim@zuyd.nl, Telefon: +31 (0)45 400 6025
Für weitere Informationen zu Ihren Datenschutzrechten können Sie die folgende Webseite besuchen: https://www.zuyd.nl/algemeen/footer/privacyverklaring Anhang B: Einverständniserklärung Teilnehmer Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit bei Abstinenz

- Ich habe die Informationen zur Studie gelesen und konnte meine Fragen hierzu stellen. Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet und ich hatte genug Zeit, um zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte.
- Ich bin mir bewusst, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich jederzeit die Möglichkeit habe, meine Teilnahme an der Studie ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen bzw. meine Teilnahme während der Studie stoppen kann.
- Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Daten/Beiträge im Rahmen der Studie gesammelt und verwendet werden dürfen.
- Ich bin mir bewusst, dass zur Kontrolle der Studieninhalte einige Personen Zugang zu all meinen Daten/Beiträgen erhalten können. Diese Personen sind in dem Informationsschreiben benannt. Ich gebe meine Zustimmung, dass diese Personen Einblick in meine Daten/Beiträge erhalten.
- Ich möchte an der Studie teilnehmen.

Ich erkläre, dass ich die Studienteilnehmer:innen vollständig zum Inhalt der Studie aufgeklärt und informiert habe.

Name Studienleiter:in: Sarah Hüttenmeister-Schmitz

Datum: 20.07.2021

Name Studienleiter:in: Janine Herminghaus

Datum: 20.07.2021