

Präv Gesundheitsf
<https://doi.org/10.1007/s11553-026-01297-w>
 Eingegangen: 11. September 2025
 Angenommen: 20. Januar 2026

© The Author(s) 2026



Verena Kakuschke¹ · Regina Weißmann¹ · Maria Colak¹ ·
 Janusz Surzykiewicz² · Joachim Thomas¹ · Fanny Loth¹

¹ Psychologische Diagnostik, Persönlichkeitspsychologie und Intervention, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Eichstätt, Deutschland

² Sozial- und Gesundheitspädagogik, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Eichstätt, Deutschland

Die Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung in Deutschland aus der Sicht von Langzeitabstinenten

Hintergrund und Fragestellung

Schädlicher Alkoholkonsum ist für 5 % (2 % bei Männern und 7 % bei Frauen) der globalen Krankheitslast verantwortlich [28]. Rund 2,8 Mio. Menschen sterben jedes Jahr vorzeitig an alkoholbedingten Begleiterkrankungen (beispielsweise des Herz-Kreislauf-Systems), wie Kardiomyopathien oder Erkrankungen der Leber (wie Leberzirrhose [20]). Europa gehört zu den Top-3-Regionen in Bezug auf die höchsten Prävalenzen beim Alkoholkonsum [28]. In Deutschland waren im Jahr 2016 alkoholbedingte Erkrankungen für rund 62.000 Todesfälle und somit für 4 % aller Todesfälle unter den Frauen und 10 % unter den Männern verantwortlich [9, 14].

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert schädlichen Alkoholkonsum als „Trinken (alkoholischer Getränke), das schädliche gesundheitliche und soziale Folgen für den Trinker hat“ [29]. Der Übergang vom schädlichen Alkoholkonsum zur Alkoholabhängigkeit ist häufig fließend. Schätzungen zufolge besaßen 2012 in Deutschland 1,86 Mio. aller erwachsenen Personen im Alter von 18–64 Jahren (2,8 %) eine Alkoholabhängigkeit [13].

Zur Erlangung langfristiger Abstinenz und zum Wiedereinstieg ins Sozial- und Erwerbsleben ist als erster Schritt der Entgiftungs- und Entzugsprozess in ei-

ner ambulanten oder stationären Umgebung oft unumgänglich [18]. Anschlussbehandlung und Entwöhnungsbehandlungen können dann in medizinischen Rehabilitationen angeschlossen werden. Darauf folgend kann eine Einbindung in eine berufliche Rehabilitation oder andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Wiedereingliederung unterstützend wirken. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS; [5]) fasst in ihrem Bericht zur Versorgung von Menschen mit einer Suchtproblematik in Deutschland 12 Segmente des Suchthilfesystems zusammen. Beratung und Begleitung, medizinische Behandlung sowie medizinische Rehabilitation sind mitunter die größten Segmente im Suchthilfesystem. Innerhalb dieser Segmente wird zwischen „spezifischen“ Angeboten, suchtbezogenen Angeboten und „unspezifischen“ Angeboten, die allgemein auf das Gesundheitswesen zutreffen, unterschieden.

Trotz den vielfältigen ambulanten und stationären Unterstützungsstrukturen ist auf dem Weg vom Entzug bis zur beruflichen Wiedereingliederung eine hohe Rückfall- sowie Erwerbslosenquote zu beobachten. So berichtet der Fachverband Sucht von einer 25 %igen Rückfallquote ein Jahr nach der stationären Rehabilitation im Jahr 2021 [1]. Für den Entlassjahrgang 2018 ($N = 4071$, 94 % mit Alkoholstörung) konnten sie einen Anteil

von rund 48 % erwerbsloser bzw. nicht erwerbstätiger Rehabilitand*innen ein Jahr nach der Beendigung einer medizinischen Rehabilitation feststellen [7].

Schwierigkeiten für eine nachhaltige Abstinenz und erfolgreiche Wiedereingliederung der Betroffenen in das Sozial- und Erwerbsleben ergeben sich aus vielfältigen Gründen. Neben dem verspäteten Zugang zum suchtspezifischen Behandlungssystem und gesellschaftlicher Stigmatisierung stellen Versäumnisse bei der Schaffung von Transparenz über bestehende Leistungen, Prozesse wie eine nahtlose Gestaltung der Behandlung oder Zuständigkeitserklärungen, lange Wartezeiten in den Übergangsphasen sowie die lückenhafte sektorenübergreifende Vernetzung und Kooperation der Dienstleister ein erhebliches Problem dar [8, 27].

Des Weiteren ist die Passung der Unterstützungsangebote an die individuellen Bedürfnisse der Zielgruppe unerlässlich für die Rückfallprävention [12]. Zentrale Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Unterstützung von Betroffenen mit Alkoholabhängigkeit sind u. a. das Geschlecht, der Schweregrad des Alkoholkonsums, zusätzlicher Drogenkonsum sowie weitere Komorbiditäten (z. B. affektive und Angststörungen). Darüber hinaus fallen Belastungsfaktoren im beruflichen und sozialen Umfeld ebenfalls ins Gewicht [4, 12]. Letzt-

Tab. 1 Übersicht der soziodemografischen und klinische Daten

| | Teilnehmende (N = 164) |
|--|-----------------------------------|
| Soziodemografische Daten | |
| Geschlechterzugehörigkeit | |
| Männlich | 116 (71 %) |
| Weiblich | 47 (29 %) |
| Altersgruppe (Jahre) | |
| Bis 60 | 59 (36 %) |
| Ab 61 | 105 (64 %) |
| Schulabschluss | |
| Hauptschule | 34 (21 %) |
| Realschule | 58 (35 %) |
| Fachhochschulreife | 17 (10 %) |
| Abitur | 18 (11 %) |
| Hochschulabschluss | 34 (21 %) |
| Berufstätigkeit | |
| Beschäftigt | 65 (41 %) |
| Berentet | 89 (56 %) |
| Sonstiges | 4 (2 %) |
| Beziehungsstatus | |
| Ledig | 13 (8 %) |
| Verheiratet/in Partnerschaft | 133 (81 %) |
| Geschieden/verwitwet | 17 (10 %) |
| Wohnsituation | |
| Allein wohnend | 33 (20 %) |
| Mit Familie | 7 (4 %) |
| Mit Partner (und Kindern) | 119 (73 %) |
| In einer Wohngemeinschaft | 3 (2 %) |
| Klinische Daten | |
| Dauer der Alkoholabhängigkeit (Jahre) | |
| < 1 | 1 (1 %) |
| 2–5 | 14 (9 %) |
| 6–10 | 27 (17 %) |
| 11–15 | 31 (19 %) |
| 16–20 | 29 (18 %) |
| 21–25 | 31 (19 %) |
| 26–30 | 17 (10 %) |
| > 31 | 12 (7 %) |
| Dauer der Abstinenz (Jahre) | |
| Derzeit nicht abstinent | 1 (1 %) |
| < 1 | 7 (4 %) |
| 2–5 Jahre | 20 (12 %) |
| 6–9 Jahre | 32 (20 %) |
| ≥ 10 Jahre und länger | 103 (63 %) |
| 1 Versuch | 51 (32 %) |
| 2–3 Versuche | 57 (35 %) |
| ≥ 4 Versuche | 48 (30 %) |

endlich stellt auch die Kontinuität und Intensität der Beteiligung verschiedener Leistungen, Schlüsselemente zwecks der nachhaltigen Abstinenz und Wiedereingliederung in das Sozial- und Erwerbsleben dar [18, 27].

Während der potenzielle gesundheitliche Schaden durch Alkohol als auch Erfolge und Misserfolge im Sucht-Hilfenetzwerk wissenschaftlich gut dokumentiert sind, wird die Sicht der Betroffenen auf das Netzwerk zu wenig berücksichtigt. Um dieser Problematik zu begegnen, dient diese Pilotstudie innerhalb des Forschungsprojekts „Reha-Connect“, gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung, der explorativen Aufarbeitung von Zugangswegen und Barrieren im Sucht-Hilfenetzwerk, insbesondere während den Übergängen auf dem Weg vom Entzug in die nachhaltige Wiedereingliederung ins Arbeits- und Sozialleben.

Studiendesign und Untersuchungsmethode

Design und Setting

In dieser Querschnittstudie wurden Teilnehmer*innen aus Selbsthilfegruppen in Deutschland für Alkoholabhängige mittels elektronischer Online-Fragebögen zu ihrem grundsätzlichen Wissen, Inanspruchnahmen und Erfahrungen bezüglich Unterstützungsangeboten sowie der Unterstützungssituation des deutschen Suchthilfesystems befragt. Die Studie wurde von der lokalen Ethikkommission genehmigt (Nr. 084-2021).

Stichprobe und Durchführung

Die Akquirierung der Studienteilnehmer*innen aus alkoholbezogenen Selbsthilfegruppen folgte einem Convenience-Sampling-Ansatz, um ein möglichst realitätsnahes Bild der wahrgenommenen Unterstützungssituation in Deutschland zu erhalten. Hierzu wurden mindestens drei Selbsthilfegruppen aus jedem Bundesland kontaktiert. Wo möglich, wurde der Deprivationsindex des Robert-Koch-Instituts (RKI; [15]) herangezogen, um Selbsthilfegruppen in der sozioökonomisch stärksten Region, der Schwächsten

und jener im Durchschnitt zu kontaktieren. In jedem Bundesland wurden Selbsthilfegruppen verschiedener Träger (z. B. Blaues Kreuz in Deutschland e. V., Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e. V., Kreuzbund e. V. etc.) einbezogen. Die Rekrutierung der Teilnehmenden fand im Zeitraum von Februar bis Mai 2022 statt. Von jeder identifizierten Selbsthilfegruppe wurden die jeweiligen Organisator*innen kontaktiert und um Weiterleitung der Studieninhalte gebeten. Zu den Inhalten gehörte eine Teilnahmeinformation, in der die Ziele der Studie, der Ablauf und der Umgang mit den erhobenen Daten erläutert wurde, sowie der Link zur Online-Befragung. Einschlusskriterien für diese Studie waren neben dem informierten Einverständnis, Volljährigkeit und die aktive Mitgliedschaft oder Mitarbeit in einer alkoholspezifischen Selbsthilfegruppe.

Erhobene Daten und Datenanalyse

Neben soziodemographischen und klinischen Variablen (bspw. Alter, Wohnsituation, Dauer der Alkoholabhängigkeit und/oder der aktuellen Abstinenz) wurden weitere Fragen hinsichtlich der Inanspruchnahme und Unterstützungsfaktoren gestellt. Zur Erhebung des Wissens über Erfahrungen mit dem Sucht-Hilfenetzwerk in Deutschland sowie Ideen zur Verbesserung der suchtbezogenen Unterstützung wurden folgende Fragen gestellt:

1. „Welche Probleme im Unterstützungssystem alkoholabhängigkeits-erkrankter Menschen sehen Sie oder haben Sie bereits erfahren?“
2. „Welche Ideen zur Systemverbesserung haben Sie?“

Soziodemografische und klinische Parameter werden als absolute und relative Häufigkeiten angegeben. Zur Analyse der offenen Fragen wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [16] mit induktiver Kategorienbildung herangezogen. Die Analyse wurde von drei Forscherinnen mit dem fachlichen Schwerpunkt Psychologie durchgeführt. Hierzu wurden nach Erstsichtung des Materials Selektionskriterium und Abstraktionsni-

Präv Gesundheitsf <https://doi.org/10.1007/s11553-026-01297-w>
© The Author(s) 2026

V. Kakuschke · R. Weißmann · M. Colak · J. Surzykiewicz · J. Thomas · F. Loth

Die Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung in Deutschland aus der Sicht von Langzeitabstinenten

Zusammenfassung

Zielsetzung. Ziel der Studie war die vertiefte Exploration von Unterstützungserfahrungen und Verbesserungsideen von Mitgliedern deutscher Selbsthilfegruppen für Alkoholabhängige.

Methodik. Neben soziodemografischen Basisdaten wurden in elektronischen Fragebögen die Inanspruchnahme, Erfahrungen und Verbesserungsideen im deutschen Suchthilfenetzwerks erfasst und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse. Von 249 Rückläufen wurden 164 in die finale Auswertung einbezogen. 90% der Teilnehmenden waren 6 Jahre oder länger alkoholabhängig. 38% berichteten von Versorgungsdefizite (z.B. Unwissenheit über Erkrankung). 18% äußerten gesellschaftliche Probleme (z. B. Vorurteile). Vorschläge zur Verbesserung betrafen Vernetzung und Kooperation(43%), Übergangsphasen (33%) und stärkere Präsenz der Angebote (27%).

Schlussfolgerungen. Sowohl im frühen Rehabilitationsprozess (insbesondere Übergänge zwischen Unterstützungsmaßnahmen), als

auch im späteren Verlauf (insbesondere soziale und berufliche Reintegration), werden Unterstützungsdefizite berichtet. Für eine erfolgreiche Rückfallprophylaxe und nachhaltige Reintegration sollten individuelle Unterstützungsfaktoren erhoben und gefördert werden, um passgenaue Angebote bereitzustellen.

Schlüsselwörter

Suchthilfesystem · Selbsthilfegruppen · Unterstützungsbedarfe · Versorgungsbarrieren · Übergangsmanagement

The care of individuals with an alcohol use disorder in Germany from the perspective of long-term abstainers

Abstract

Aims. The aim of the study was to explore in depth the experiences of members of various self-help groups for alcohol-dependent individuals in the German healthcare system and to derive practical suggestions for improvement by those affected.

Methods. In addition to basic sociodemographic data, electronic questionnaires were used to record utilization, experiences, and ideas for improvement in the German addiction support network. These were then evaluated using qualitative content analysis according to Mayring.

Results. Out of 249 responses, 164 were included in the final analysis. Among participants, 90% had been addicted to alcohol for 6 years or longer; 38% reported care deficits (e.g., lack of knowledge about the disease); and 18% expressed social problems (e.g., prejudices). Suggestions for improvement concerned networking and cooperation (43%), transition phases (33%), and a stronger presence of services (27%).

Conclusion. Our findings highlight support deficits during early rehabilitation processes (e.g., transitions between measures) and

later reintegration stages (e.g., social and professional readjustment). To prevent relapse and ensure sustainable reintegration, it is essential to identify and promote individualized support factors.

Keywords

Recovery support system · Self-help groups · Support needs · Barriers to care · Transition management

veau festgelegt und folgend induktive Kategorien anhand der sinntragenden Segmente (Aussagen) gebildet. Nach ca. 50 % des Materials erfolgte eine Revision. Die Konsensfindung der drei Forscherinnen hinsichtlich der Kategorienbildung erfolgte mittels kommunikativer Validierung und Triangulation [17]. Zur Dokumentation und Nachvollziehbarkeit wurde die COREQ-Checkliste („consolidated criteria for reporting qualitative research checklist“; [23]) als Referenz herangezogen und soweit möglich angewendet.

Die statistische Analyse wurde mit IBM SPSS Statistics 29 [11] durchgeführt. Für die Analyse qualitativer Daten wurde MAXQDA 2022 [26] verwendet.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 249 Teilnehmer*innen verschiedener Selbsthilfegruppen an der Studie teil. 8 Rückmeldungen stammen von Organisator*innen der Selbsthilfegruppen. Diese wurden nicht in den deskriptiven, jedoch gesondert in den qualitativen Analysen berücksichtigt. Weitere 27 Teilnehmer*innen wurden aufgrund nicht vorliegender Einwilligungserklärung von der weiteren Analyse ausgeschlossen und 66 aufgrund einer Beantwortungsquote <50 %. Von den 164 final eingeschlossenen Studienteilnehmer*innen sind 116 männlich (71 %) und 47 weiblich (29 %). 105 (64 %) waren zum Zeitpunkt der Er-

hebung 60 Jahre oder älter. 65 (41 %) der Teilnehmenden waren Vollzeit berufstätig und 89 (56 %) berentet. 133 (81 %) waren in einer Partnerschaft oder verheiratet. 147 (90 %) waren 6 Jahre oder länger alkoholabhängig. Zum Erhebungszeitpunkt waren 162 (99 %) der Teilnehmer*innen abstinent. Darunter waren 108 (66 %) nach ≤ 3 Versuchen abstinent. Weitere Informationen bezüglich der soziodemografischen und klinischen Daten sind in [Tab. 1](#) abgebildet.

In Bezug auf die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten konnten die Teilnehmer*innen Mehrfachantworten tätigen ([Tab. 2](#)). 94 % (154 von 164) der Befragten gaben an, regelmäßig Selbsthilfegruppen zu besuchen. 26 %

Tab. 2 Übersicht der Inanspruchnahmen

| | Teilnehmende (N = 164) |
|--|---------------------------|
| | n |
| <i>Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten</i> | |
| Keine Inanspruchnahmen | 25 (15,2%) |
| Stationäre oder teilstationäre Angebote | 10 (6,1%) |
| Regelmäßige psychotherapeutische Angebote | 18 (11,0%) |
| Regelmäßige Arzttermine | 43 (26,2%) |
| Regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppen | 154 (93,9%) |
| Regelmäßiger Besuch von Sozialangeboten | 16 (9,8%) |
| Regelmäßiger Besuch von Beratungsangeboten der DRV | 4 (2,4%) |
| Andere Angebote | 11 (6,7%) |

Anmerkung. Bei der Beantwortung der Fragestellung waren Mehrfachangaben möglich.

(43 von 164) nahmen regelmäßig Arzttermine wahr und knapp 4% (7 von 164) psychotherapeutische Angebote. 15% (25 von 164) antworteten, derzeit keinerlei Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. Darunter gaben 26% (6 von 23) an kein Interesse an den Unterstützungsangeboten zu haben, 14% (2 von 22) kannten diese nicht, 9% (2 von 23) warteten auf die Bewilligung eines Antrags, 36% (8 von 22) interessierten sich, hatten aber noch keinen Antrag gestellt und 24% (3 von 21) nannten andere Gründe wie eingeschränkte Mobilität oder die pandemische Situation.

Bei der Frage nach kritischen Situationen, die es den Studienteilnehmer*innen erschwerten, abstinent zu bleiben, waren ebenfalls Mehrfachnennungen möglich. Während 50 (31%) der Teilnehmenden keine kritischen Situationen erlebten, die die Abstinenz gefährdeten, gaben 37% (64 von 164) ungelöste Probleme und 36% (59 von 164) Ängste und Sorgen als besonders herausfordernd an. Weitere Situationen sind in **Tab. 3** aufgeführt. Demgegenüber zeigt sich, dass neben dem Angebot von Selbsthilfegruppen (89%, 146 von 164) v.a. unterstützende Faktoren wie ärztliche und psychotherapeutische Behandlung (60%, 99 von 164) sowie Hilfe und Unterstützung durch Angehörige (56%, 92 von 164) eine wichtige

Tab. 3 Unterstützungs- und Hemmfaktoren

| | Teilnehmende (N = 164) |
|--|---------------------------|
| Unterstützungsfaktoren | |
| Regelmäßiger Selbsthilfegruppen-Besuch | 146 (89%) |
| Ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung | 99 (60%) |
| Hilfe/Unterstützung von Angehörigen | 92 (56%) |
| Arbeitsstelle vorhanden | 69 (42%) |
| Hilfe/Unterstützung von Freunden | 33 (20%) |
| Hilfsangebot | 30 (18%) |
| Medikamente | 8 (5%) |
| Hemmfaktoren | |
| Ungelöste Probleme | 64 (37%) |
| Ängste und/oder Sorgen | 59 (36%) |
| Depressive Stimmungslage | 49 (30%) |
| Streit mit nahen stehenden Personen | 48 (29%) |
| Konflikte am Arbeitsplatz | 37 (23%) |
| Gute Stimmung/Freude/Sorglosigkeit | 27 (17%) |
| Keine Situationen in denen es schwer fiel | 50 (31%) |

Anmerkung. Bei der Beantwortung der Fragestellung waren Mehrfachangaben möglich

Rolle bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz spielen (**Tab. 3**).

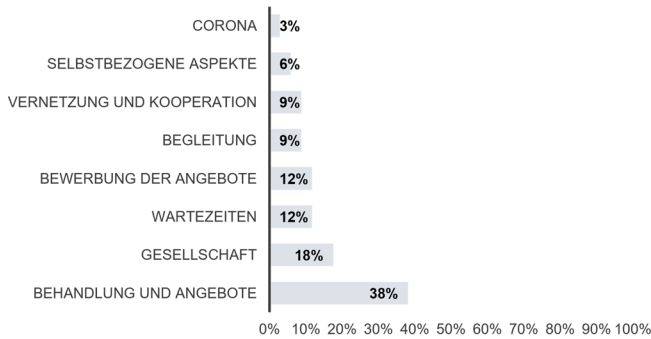
In Bezug auf wahrgenommene Probleme im Unterstützungssystem zeichnen die qualitativen Ergebnisse folgendes Bild: Insgesamt äußerten sich dazu 21% (34 von 164) der Teilnehmenden mit 36 Aussagen. Aus diesen Aussagen konnten acht Kategorien identifiziert werden. 38% (10 von 34) berichteten über negative Erfahrung hinsichtlich der *Behandlung und Angebote*, so haben einige Teilnehmende die Erfahrung gemacht, dass Behandler*innen selbst nicht ausreichend über die Erkrankung informiert sind und dadurch der weitere Rehabilitationsprozess gelitten hat „Problematisch war in meinem Fall die große Unwissenheit über die Suchterkrankung bei Psychiatern. Ich bekam Neuroleptika und Antidepressiva verschrieben anstatt auf eine Therapie hinzuwirken“ (LAA_014). Weitere 18% (5 von 34) berichteten über Problemerkahrungen mit ihrem *Umfeld und der Gesellschaft*.

Alkohol als fester Bestandteil in der Gesellschaft und Vorurteile sowie Unwissen erschweren die Aufrechterhaltung der Abstinenz erheblich „das größte Problem ist die Angst, den Alkoholiker auf seine Sucht anzusprechen. Selbst mein Hausarzt empfahl mir nur, fettes Essen u. Alkohol zu reduzieren (!) trotz horrender Leberwerte u. Tremor. Von der Familie u. Freunde/Arbeitskollegen wurde der Konsum toleriert“ (LAA_116).

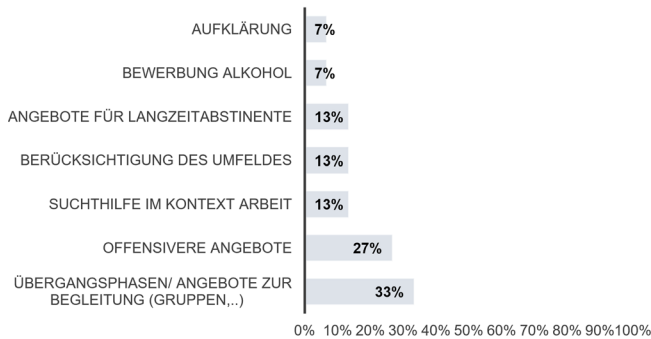
Neben den Problemerkahrungen haben sich 23% (38 von 164) zu möglichen *Verbesserungen im Unterstützungssystem* (mit 48 Aussagen) geäußert. Dabei wurde zwischen der Verbesserung bezüglich Unterstützungsangebote (9%, 15 von 164, mit 19 Aussagen) und dem Gesundheitssystem (14%, 23 von 164, mit 29 Aussagen) unterschieden. Es konnten sieben Kategorien hinsichtlich Angebotsverbesserungen identifiziert werden. Dabei hat sich gezeigt, dass Verbesserungen in Bezug auf die *Übergangsphasen/Begleitung* (33%, 5 von 15) „die Betreuung beim Übergang zwischen Suchtberatung, Therapie und Selbsthilfe sollte besser ausgestaltet werden“ (LAA_156) und *offensivere Angebote* (27%, 4 von 15) „Die Anlaufstellen der Unterstützung müssten präsenter sein, vielleicht mehr Werbung machen oder sogar zu Gesprächsrunden einladen“ (LAA_013), häufiger berichtet werden.

Bei den *Verbesserungsvorschlägen im Gesundheitssystem* konnten 5 Kategorien ermittelt werden. Es wird verstärkt eine *Vernetzung und Kooperation* (43%, 10 von 23) der einzelnen Angebote und Institutionen gewünscht. Vorschläge die an dieser Stelle angemerkt werden sind u.a. eine stärkere Vernetzung mit Selbsthilfegruppen „Die Entgiftungseinrichtungen sollten mit SHG's zusammenarbeiten, um Akutfällen mehr Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen“ (LAA_091). Mit 26% (6 von 23) bilden die beiden Kategorien *Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit* sowie *Bewerbung der Angebote* ebenfalls häufig genannte Kategorien. Es wird darauf eingegangen, dass sich mehr Aufklärung in der Gesellschaft gewünscht wird, auch auf regionale Aspekte wird zum Teil eingegangen „Bessere Aufklärung im ländlichen Raum, dass Alkoholismus eine Krankheit ist“

Problemerkennung



Angebotsverbesserung



Systemverbesserung

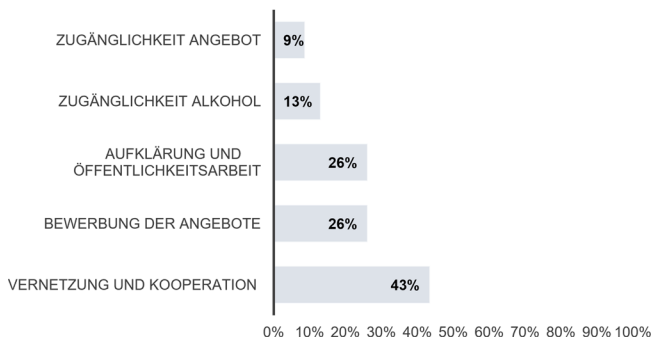


Abb. 1 ◀ Übersicht der Problemerkennungen und Verbesserungsideen aus der qualitativen Untersuchung

(LAA_087). Bezüglich der stärkeren Bewerbung geht es vor allem darum, die Angebote präsenter zu machen, indem verstärkt auf die bestehenden Angebote verwiesen wird „Es ist hilfreich, wenn man als Alkoholiker, der trocken werden möchte, eine Selbsthilfegruppe besucht und dort Hinweise erhält, wie die anderen es geschafft haben bzw. welche Organisationen (Caritas, Kbo etc.) es gibt, in denen man Entgiftung und erste professionelle Beratung erfährt“ (LAA_142). Weitere berichtete *Probleme und Verbesserungsideen/-wünsche* können der **Abb. 1** entnommen werden.

Unabhängig von der ursprünglichen Fragestellung ob Probleme erfahren wur-

den oder Verbesserungsideen geäußert werden möchten, haben 12 Teilnehmende (7%) ihr persönliches Fazit sowie Erfahrungen zum Versorgungssystem geteilt „Das Suchtmittel stehen zu lassen bedarf einiges mehr als des Verzichts. Ohne eine 3-jährige, ambulante Psychotherapie wäre ich nicht trocken geblieben. Alkoholismus ist für mich eine lebenslange Krankheit, die im optimalen Fall eine lebenslange Begleitung erfordert. Dazu gehören die Selbsthilfegruppen aber auch eine professionelle Begleitung“ (LAA_006). Weitere 10 (6%) Teilnehmende machten Aussagen, die keiner der identifizierten Kategorien zugeordnet werden konnten.

Wie zuvor angemerkt, äußerten sich auch 88% (7 von 8) Organisator*innen zu Problemen und Verbesserungswünschen. Bezüglich der Probleme berichteten drei Personen (38%), dass die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Angeboten nur mühsam erfolgt „Ich als Leiter einer Selbsthilfegruppe bin auf fachliche Unterstützung von Suchtberatungsstellen wie Caritas angewiesen. Stelle unterbesetzt, Termenschwierigkeiten. Gruppenleiter schwer zu finden. Angebot Gruppenleiterseminare selten, jedoch dringend notwendig. Probleme bei der Findung von Gruppenräumen“ (ORG_005) oder „Leider erreichen die Hilfsangebote viel zu wenig die Angehörigen“ (ORG_001). Hinsichtlich der Verbesserungsideen merkten zwei Organisator*innen (25%) zum einem die Präventionsarbeit an, zum anderen kam der Vorschlag, dass Praktizierende in anderen Berufszweigen Einblicke erhalten sollten, um ihren Patient*innen eine bessere Aufklärung und Vermittlung zu ermöglichen „Da ich selbst eine SHG leite, sollten z. B. sich Therapeuten von Kliniken sich auch mal eine SHG anschauen, damit Sie wissen was wir eigentlich machen. Den Patienten sollte schon in der Klinik klar gemacht werden, wie wichtig eine SHG ist.“ (ORG_007). Weitere 2 Aussagen von 2 Teilnehmenden (25%) standen in keinem erkennbaren Bezug zum Thema.

Diskussion

Ziel dieser Studie war es, anhand der Sicht von Teilnehmer*innen aus Selbsthilfegruppen für Alkoholabhängige erfahrene Problematiken im deutschen Versorgungs- und Unterstützungssystem zu identifizieren und darüber hinaus Ideen für Verbesserungen aus der Betroffenenperspektive abzubilden. Im Rahmen des Multicenter-Forschungsprojekts „Reha-Connect“ wurde die Untersuchung als Pilotstudie konzipiert und verfolgt damit einen explorativen Ansatz, um relevante Themenfelder zu erschließen und entsprechende Hypothesen zu formulieren.

Die Berücksichtigung der Betroffenenperspektive trägt dazu bei, bislang unentdeckte Faktoren aufzudecken, welche das Suchthilfesystem verbessern

und eine erfolgreiche Rückfallprävention ermöglichen könnten [10]. Demnach besteht eine große Stärke dieser Studie darin, dass Daten von Langzeitabstinenten analysiert wurden, die einen differenzierten Blick auf die erfahrene Versorgungsstruktur und Unterstützungsangebote haben und daraus konkrete Verbesserungsideen ableiten können. Die Kombination zur Erfassung der Daten mittels geschlossener und offener Fragen ermöglichte es, die unterschiedlichen Perspektiven umfangreich abbilden zu können und somit neue Erkenntnisse und Erklärungen offenzulegen [2, 25].

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen u. a., dass, ähnlich wie in der Literatur beschrieben, die Bereiche Vernetzung und Wartezeiten als problematisch angesehen werden [24, 27]. Insbesondere die Verkürzung von Wartezeiten in den Übergangsphasen sowie die Betreuung könnten Rückfälle auch bei Langzeitabstinenten entgegenwirken. Verbesserungswürdige Aspekte im Suchthilfesystem betreffen weiterhin die Bereiche Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit. Die Befragten kämpfen noch mit massiver Vor- und Verurteilung, was die aktive Suche nach Hilfe behindert. Dabei können Suchterkrankungen als chronische Erkrankungen eingeordnet werden [19, 21], werden jedoch aus Perspektive der Befragten häufig nicht als solche behandelt. Eine weitere Idee zur Verbesserung der Angebote ist es, diese offensiver zu gestalten. Offensiv meint, dass Angebote explizit, aber unverbindlich vorgestellt werden und eine Unterstützung hinsichtlich der Vermittlung gewährleistet wird. Es würde nicht nur die Bewerbung und Präsenz von Angeboten fördern, sondern auch die Personen erreichen, die es aus eigenen Stücken nicht schaffen, Angebote aufzusuchen und diese zu nutzen. Ein weiterer zentraler Wunsch hinsichtlich der Verbesserung von Angeboten ist, neben der Behandlung von Betroffenen auch das soziale Umfeld (z. B. Angehörige) und seine Bedarfe zu berücksichtigen. Das soziale Umfeld besitzt eine große Relevanz im Rehabilitationsprozess [22]. Allerdings scheitert es auch hier häufig an einer Vermittlung oder an verfügbaren Ressourcen für dessen Unterstützung

und Angehörige bleiben mit ihren Fragen und Sorgen oft alleine. Vor diesem Hintergrund wäre es sinnvoll, das Beratungs- und Betreuungsangebot für Angehörige weiter auszubauen und bestehenden Strukturen intensiver zu bewerben.

Anhand der vorliegenden Ergebnisse zeigt sich, dass einige Herausforderungen bei Langzeitabstinenten sich mit Problemen im früheren Rehabilitationsprozess ähneln und diesen Prozess somit überdauern. Die beschriebenen Probleme und Bedarfe der Zielgruppe sollten durch die Förderung von Unterstützungsfaktoren sowie gezielten Angeboten aufgefangen werden, um eine erfolgreiche Rückfallprävention und nachhaltige Wiedereingliederung in das soziale sowie berufliche Leben zu ermöglichen.

Limitationen

Aufgrund des Erhebungszeitpunktes während der Coronapandemie ist anzunehmen, dass einige Teilnehmer*innen der Selbsthilfegruppen nicht erreicht werden konnten, da viele Gruppen entweder digital oder gar nicht stattgefunden haben. Die Zusammensetzung der Teilnehmenden, insbesondere im Hinblick auf das Alter und die regionale Verteilung, stellte eine Herausforderung für diese Studie dar. Wobei das Alter in Selbsthilfegruppen oft in einem höheren Alter angesiedelt ist [6]. Um die Vielfalt der Teilnehmenden zu erhöhen, wurde in ganz Deutschland rekrutiert. Allerdings wiesen die Rücklaufquoten zwischen den Bundesländern erhebliche Schwankungen auf, obwohl alle zum gleichen Anteil kontaktiert wurden. Um die geographische Lage der Bundesländer zu berücksichtigen, wurden diese in Regionen eingeteilt, basierend auf dem Deutschlandatlas des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) und des Thünen-Instituts [3]. Demnach konnten 38 % der Teilnehmenden dem Süden Deutschlands zugeordnet werden, 12 % dem Norden, 46 % dem Westen und 4 % dem Osten Deutschlands. Aufgrund der ungleichmäßigen Verteilung der Regionen konnten keine systematischen Unterschiede bezüglich der vier Regionen festgestellt werden. Trotz dieser Einschränkungen hat die Rekrutierung von

Teilnehmenden aus ganz Deutschland zu diversifizierten Einblicken geführt, was für das Verständnis der Komplexität von alkoholabhängigkeitsbezogenen Themen von wesentlicher Bedeutung ist. Dennoch ist zu beachten, dass die Aussagen und Ergebnisse dieser Studie sich überwiegend auf Personen, die an Selbsthilfegruppen teilnehmen, beziehen. Die Ergebnisse können nicht uneingeschränkt auf die gesamte Zielgruppe abstinenten Alkoholabhängiger übertragen werden. Hier wird wiederum die Notwendigkeit deutlich die Kontextualität dieser stark heterogenen Gruppe in der Forschung zu berücksichtigen und entsprechende forschungsbasierte Implikationen für die Praxis entsprechend einzugrenzen. In zukünftigen Untersuchungen könnten regionale Unterschiede stärker fokussiert werden. Aufgrund von teils uneinheitlichen Regelungen in der Versorgung der einzelnen Länder ist davon auszugehen, dass sich unterschiedliche Probleme und Verbesserungsideen je Region identifizieren lassen. Empfehlenswert ist dabei die Berücksichtigung des Deprivationsindex des RKI [15], um ein realitätsnahes Bild zu erhalten und organisationspezifischen Verzerrungen entgegenzuwirken.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen werden im Rahmen eines Folgeprojekts „RehaConnect“ u. a. die Erfahrungen alkoholabhängigkeitserkrankter Personen während ihres Rehabilitationsprozesses untersucht. Die Folgeuntersuchung liefert weitere Einblicke in die Bedürfnisse und Herausforderungen, mit denen Betroffene während der Entgiftung/Entwöhnung zur beruflichen Rehabilitation konfrontiert sind.

Fazit für die Praxis

- Ausbau bedarfsgerechter Unterstützungsangebote: Übergangsphasen und die Nachsorge benötigen verstärkte biopsychosoziale sowie umweltbezogene Hilfen, um Rückfälle zu vermeiden und langfristige Stabilität zu fördern.**
- Einbindung und Stärkung des sozialen Umfelds: Angehörige und Bezugspersonen spielen eine entscheidende Rolle im Rehabilitationsprozess. Ihre**

Sorgen und Fragen müssen systematisch aufgegriffen werden, um sie als aktive Unterstützer*innen zu erhalten und Konflikte zu vermeiden.

3. Förderung von Entstigmatisierung und Sensibilisierung: Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung über die Auswirkungen von Suchterkrankungen sollten intensiviert werden, sowohl in der Gesellschaft als auch im direkten Umfeld der Betroffenen. Dies schafft ein Klima der Offenheit und erleichtert den Zugang zu Hilfe.

Korrespondenzadresse

Verena Kakuschke, M.Sc.

Psychologische Diagnostik, Persönlichkeitspsychologie und Intervention, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt Eichstätt, Deutschland
Verena.Kakuschke@ku.de

Danksagung. Wir bedanken uns bei den Teilnehmenden, die bereit waren, an dieser Studie mitzuwirken. Ein besonderer Dank geht ebenfalls an die Selbsthilfegruppenorganisatoren und -organisatorinnen, welche die Umfrage weitergeleitet und somit unter ihren Mitgliedern verbreitet haben.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. V. Kakuschke, R. Weißmann, M. Colak, J. Surzykiewicz, J. Thomas und F.L.C. Loth geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Studie wurde gemäß den ethischen Richtlinien der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Ein positives Ethikvotum der zuständigen Ethikkommission liegt vor (Antragsnummer: 084-2021). Alle Teilnehmenden wurden umfassend informiert und haben ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme gegeben.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz

entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Bachmeier R, Dyba J, Klein T. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS+–Katamnese des Entlassjahrgangs 2021 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. 2024.
2. Bazen A, Barg FK, Takeshita J (2021) Research Techniques Made Simple: An Introduction to Qualitative Research. *J Invest Dermatol* 141(2):241–247. <https://doi.org/10.1016/j.jid.2020.11.029>
3. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), Thünen-Institut B für LR Wald und Fischerei (2019) Deutschlandatlas. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat
4. Dauber H, Braun B, Pfeiffer-Gerschel T, Kraus L, Pogarell O (2018) Co-occurring Mental Disorders in Substance Abuse Treatment: the Current Health Care Situation in Germany. *Int J Ment Health Addict* 16(1):66–80. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9784-5>
5. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. 2019. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf
6. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Erhebung der 5. SSHV 2017. 2017 [accessed 2025 Feb 2]. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/selbsthilfe/Erhebung_der_5_SSHV_2017.pdf
7. Fabricius B, Bingel-Schmitz D, Burger H, Hackenberg D, Lehmann S, Liebrich L, Nels-Lindemann P, Reger F, Schmidt P, Schultze M et al (2021) Effektivität der Adaptionsphase–FVS–Katamnese des Entlassjahrgangs 2018. *Sucht Aktuell* 26:1–1
8. Glatzacker M, Kainz B, Hauer J, Schröder A, Hoffmann S, Kulick B (2012) Reha-Fallbegleitung bei Alkohol- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen – ein Ansatz zur Vernetzung. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137(S 03):s-0032-1323252. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1323252>
9. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, Venkateswaran V, Tapp AD, Forouzanfar MH, Salama JS et al (2018) Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 392(10152):1015–1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
10. Heje HN, Vedsted P, Olesen F (2011) General practitioners' experience and benefits from patient evaluations. *Appl Res Qual Life* 12(1):116–116. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-116>
11. IBM Corp (2021) IBM SPSS Statistics for Windows [Computer-Software].
12. Krampe H, Stawicki S, Hoehe MR, Ehrenreich H (2007) Outpatient Long-term Intensive Therapy for Alcoholics (OLITA): a successful biopsychosocial approach to the treatment of alcoholism. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 9(4):399–412
13. Kraus L, Piontek D, Pfeiffer-Gerschel T, Rehm J (2014) Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. *Int J Angiol* 16(01):18–26. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1376999>
14. Kreider C, Lehner B, Kepp J (2022) Daten, Zahlen und Fakten. In: DHS Jahrbuch Sucht 2022. Pabst-Science Publisher,
15. Kroll LE, Schumann M, Hoebel J, Lampert T (2017) Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2648>. Accessed 4.3.2024. <https://doi.org/10.25646/2573>
16. Mayring P (2014) Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. Beltz, Klagenfurt
17. Mayring P, Fenzl T (2019) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur N, Blasius J (eds) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden, pp 633–648 https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42
18. McKay JR (2021) Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder. *Alcohol Research: Current Reviews* 41(1):01. <https://doi.org/10.35946/arc.v41.1.01>
19. Pickard H (2020) What We're Not Talking about When We Talk about Addiction. *Hastings Center Report* 50(4):37–46. <https://doi.org/10.1002/hast.1172>
20. Roth GA, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, Abbastabar H, Abd-Allah F, Abdela J, Abdelalim A et al (2018) Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 392(10159):1736–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
21. Soyka M, Hollweg M, Naber D (1996) Alkoholabhängigkeit und Depression/Klassifikation, Komorbidität, genetische und neurobiologische Aspekte. *Nervenarzt* 67(11):896–904. <https://doi.org/10.1007/s001150050070>
22. Strickland JC, Acuff SF (2023) Role of social context in addiction etiology and recovery. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 229:173603. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2023.173603>
23. Tong A, Sainsbury P, Craig J (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal of Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care* 19(6):349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
24. Ullrich J (2018) Die Behandlung von Suchterkrankungen in Deutschland. In: von Heyden M, Jungaberle H, Majič T (eds) *Handbuch Psychoaktive Substanzen*. Springer Reference Psychologie. Springer, Berlin, Heidelberg, pp 455–462 https://doi.org/10.1007/978-3-642-55125-3_4
25. Van'T Riet A, Berg M, Hiddema F, Sol K (2001) Meeting patients' needs with patient information systems: potential benefits of qualitative research methods. *International Journal of Medical Informatics* 64(1):1–14. [https://doi.org/10.1016/S1386-5056\(01\)00185-X](https://doi.org/10.1016/S1386-5056(01)00185-X)
26. VERBI S (2022) MAXQDA 2022 [Computer-Software].
27. Weisinger V (2019) Die Versorgung bei alkoholbezogenen Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 62(2):173–185. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2866-0>
28. World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018. <https://iris.who.int/handle/10665/274603>. Accessed 4.3.2024
29. World Health Organization (2012) Harmful use of alcohol. <https://www.who.int/data/gho/>

[indicator-metadata-registry/imr-details/3415](#).
Accessed 4.3.2024

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Terms and Conditions

Springer Nature journal content, brought to you courtesy of Springer Nature Customer Service Center GmbH (“Springer Nature”).

Springer Nature supports a reasonable amount of sharing of research papers by authors, subscribers and authorised users (“Users”), for small-scale personal, non-commercial use provided that all copyright, trade and service marks and other proprietary notices are maintained. By accessing, sharing, receiving or otherwise using the Springer Nature journal content you agree to these terms of use (“Terms”). For these purposes, Springer Nature considers academic use (by researchers and students) to be non-commercial.

These Terms are supplementary and will apply in addition to any applicable website terms and conditions, a relevant site licence or a personal subscription. These Terms will prevail over any conflict or ambiguity with regards to the relevant terms, a site licence or a personal subscription (to the extent of the conflict or ambiguity only). For Creative Commons-licensed articles, the terms of the Creative Commons license used will apply.

We collect and use personal data to provide access to the Springer Nature journal content. We may also use these personal data internally within ResearchGate and Springer Nature and as agreed share it, in an anonymised way, for purposes of tracking, analysis and reporting. We will not otherwise disclose your personal data outside the ResearchGate or the Springer Nature group of companies unless we have your permission as detailed in the Privacy Policy.

While Users may use the Springer Nature journal content for small scale, personal non-commercial use, it is important to note that Users may not:

1. use such content for the purpose of providing other users with access on a regular or large scale basis or as a means to circumvent access control;
2. use such content where to do so would be considered a criminal or statutory offence in any jurisdiction, or gives rise to civil liability, or is otherwise unlawful;
3. falsely or misleadingly imply or suggest endorsement, approval, sponsorship, or association unless explicitly agreed to by Springer Nature in writing;
4. use bots or other automated methods to access the content or redirect messages
5. override any security feature or exclusionary protocol; or
6. share the content in order to create substitute for Springer Nature products or services or a systematic database of Springer Nature journal content.

In line with the restriction against commercial use, Springer Nature does not permit the creation of a product or service that creates revenue, royalties, rent or income from our content or its inclusion as part of a paid for service or for other commercial gain. Springer Nature journal content cannot be used for inter-library loans and librarians may not upload Springer Nature journal content on a large scale into their, or any other, institutional repository.

These terms of use are reviewed regularly and may be amended at any time. Springer Nature is not obligated to publish any information or content on this website and may remove it or features or functionality at our sole discretion, at any time with or without notice. Springer Nature may revoke this licence to you at any time and remove access to any copies of the Springer Nature journal content which have been saved.

To the fullest extent permitted by law, Springer Nature makes no warranties, representations or guarantees to Users, either express or implied with respect to the Springer nature journal content and all parties disclaim and waive any implied warranties or warranties imposed by law, including merchantability or fitness for any particular purpose.

Please note that these rights do not automatically extend to content, data or other material published by Springer Nature that may be licensed from third parties.

If you would like to use or distribute our Springer Nature journal content to a wider audience or on a regular basis or in any other manner not expressly permitted by these Terms, please contact Springer Nature at

onlineservice@springernature.com