

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang: **Bachelor of Science in Social Work**

Kurs: **TZ/BB 21-2**

Livia Leuenberger

Rückfallrisiko bei alkoholabhängigen Menschen

Eine qualitative Untersuchung individueller Einflussfaktoren und deren Bedeutung für die Soziale Arbeit

Diese Arbeit wurde am 4. Januar 2026 an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2026

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelor-Arbeit befasst sich mit den individuellen Einflussfaktoren auf das Rückfallrisiko bei alkoholabhängigen Menschen und deren Bedeutung für die Soziale Arbeit. Das Ziel der Arbeit ist es, die Diskrepanz zwischen theoretischen Modellen des Rückfallgeschehens und der subjektiv erlebten Realität der Betroffenen zu untersuchen. Dabei wird kritisch hinterfragt, inwiefern etablierte Erklärungsansätze die komplexen Lebenslagen der Klient*innen in der Beratungspraxis ausreichend abbilden.

Auf theoretischer Ebene werden aktuelle Erklärungsmodelle der Abhängigkeit und Rückfalltheorien analysiert. Der empirische Teil der Arbeit basiert auf vier qualitativen Leitfadeninterviews mit betroffenen Personen. Die Auswertung erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse, um tiefgreifende Einblicke in die individuellen Bewältigungsstrategien und Barrieren der Interviewpartner zu gewinnen. Die Ergebnisse zeigen, dass neben psychischen Faktoren insbesondere strukturelle Barrieren, soziale Isolation und existenzielle Sorgen (wie Wohnungsnot und finanzielle Instabilität) massgebliche Rückfallrisiken darstellen.

Die Arbeit kommt zum Schluss, dass die Soziale Arbeit in der Suchthilfe über die klinische Perspektive hinausgehen muss. Es bedarf einer verstärkten Fokussierung auf die materielle Existenzsicherung und die Förderung sozialer Teilhabe, um langfristige Abstinenz zu ermöglichen. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit eines ganzheitlichen, ressourcenorientierten Handlungsansatzes in der Beratungspraxis.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	III
Inhaltsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis	VIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage und Problemstellung	1
1.2 Motivation.....	2
1.3 Fragestellungen und Zielsetzung	2
1.4 Relevanz für die Soziale Arbeit	3
1.5 Abgrenzung	3
1.6 Aufbau der Arbeit	3
2 Alkoholkonsum und -abhängigkeit.....	5
2.1 Begriffliche Grundlagen	5
2.1.1 Sucht, Abhängigkeit und Substanzgebrauchsstörung	5
2.1.2 Klassifikation nach DSM-5 und ICD-11	5
2.1.3 Das bio-psycho-soziale Modell der Sucht.....	7
2.1.4 Rückfall	7
2.1.5 Stigmatisierung und nicht-stigmatisierende Sprache.....	8
2.2 Zahlen und Trends	8
2.2.1 Konsumverhalten	8

2.2.2	Volkswirtschaftliche Kosten.....	9
2.2.3	Gesellschaftliche Wahrnehmung.....	9
2.3	Merkmale von riskantem, abhängigen und rückfallgefährdetem Konsum	10
2.3.1	Soziodemografische, psychologische und gesundheitliche Merkmale	10
2.3.2	Verlaufsmuster, Rückfallrisiken und Dynamiken des Konsums.....	12
2.4	Fazit und Bedeutung für die Soziale Arbeit.....	13
3	Rückfallrisiko bei alkoholabhängigen Menschen	15
3.1	Theoretische Ansätze und Modelle	15
3.1.1	Das sozial-kognitive Rückfallmodell von Marlatt und Gordon	15
3.1.2	Phasenmodelle der Veränderung.....	16
3.1.3	Neurobiologische und kognitive Mechanismen	16
3.1.4	Psychodynamische Typen von Rückfällen	17
3.2	Vertiefung der psychosozialen und strukturellen Risikofaktoren	17
3.2.1	Psychosoziale Einflussfaktoren.....	18
3.2.2	Soziale und strukturelle Prädiktoren	19
3.2.3	Komorbiditäten.....	19
3.3	Fazit und Bedeutung für die Soziale Arbeit.....	21
4	Alkoholkonsum in der Praxis der Sozialen Arbeit.....	23
4.1	Handlungsfelder der Sozialen Arbeit mit Bezug zu Alkoholkonsum.....	23
4.1.1	Suchtprävention	23
4.1.2	Ambulante Suchtberatung und Therapie	24

4.1.3	Sozialarbeit im Gesundheitswesen.....	24
4.1.4	Kindes- und Erwachsenenschutz	25
4.1.5	Wohn- und Obdachlosenhilfe.....	25
4.2	Präventive, beratende und therapeutische Unterstützungsansätze.....	26
4.2.1	Interventionsprinzipien	26
4.2.2	Spezifische Methoden und Kompetenzen.....	27
4.3	Institutionelle Rahmenbedingungen und aktuelle Herausforderungen.....	28
4.3.1	Institutionelle und finanzielle Rahmenbedingungen	28
4.3.2	Aktuelle Herausforderungen	30
5	Forschungsdesign	33
5.1	Forschungsfrage und Forschungsziel	33
5.2	Wahl der Forschungsmethode.....	34
5.3	Sampling und Fallauswahl.....	35
5.4	Datenerhebung	36
5.5	Datenaufbereitung.....	37
5.6	Datenauswertung	38
6	Darstellung der Forschungsergebnisse	41
6.1	Darstellung der Ergebnisse	41
6.1.1	Individuelle Faktoren	41
6.1.2	Soziale Faktoren	43
6.1.3	Strukturelle Faktoren.....	45

7	Diskussion der Forschungsergebnisse.....	47
7.1	Die Komplexität individueller und sozialer Dynamiken	47
7.1.1	Intrapersonelle Hochrisikosituationen und Affektdysregulation	47
7.1.2	Die Verschränkung von Stigmatisierung und Existenzsorgen	48
7.2	Verortung der Ergebnisse im fachlichen Diskurs der Sozialen Arbeit.....	48
7.2.1	Fehlende Passung und Inkonsistenzen im Hilfesystem	48
7.2.2	Interpretation des Abstinenzverletzungseffekts (AVE)	49
7.3	Methodische Reflexion und Limitationen.....	49
8	Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit	51
8.1	Beantwortung der Forschungsfrage und zentrale Befunde	51
8.2	Berufsrelevante Schlussfolgerungen und Handlungsimplikationen für die Praxis	51
8.2.1	Priorisierung der materiellen Existenzsicherung.....	52
8.2.2	Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels in der Rückfallbewertung	52
8.2.3	Stärkung des Übergangsmanagements und der Systemverantwortung	52
8.3	Ausblick und weiterführende Fragestellungen.....	53
9	Literatur- und Quellenverzeichnis	54
10	Anhangverzeichnis	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: DSM-5-Kriterien für die Substanzgebrauchsstörung (Ulrich, 2018b, S. 210)	6
Tabelle 2: zwei Haupttypen von Rückfällen (eigene Darstellung auf der Basis von Sporn, 2014, S. 318–324).....	17
Tabelle 3: Im Voraus gebildete Kategorien für die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (zitiert nach Schaffer, 2014, S. 164–165) (eigene Darstellung).....	39
Tabelle 4: Formulierte Codes für die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (zitiert nach Schaffer, 2014, S. 163) (eigenen Darstellung).....	40
Tabelle 5: Übersicht Bildung Kategorien und Codes für die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, S. 71–72) (eigene Darstellung)	40

1 Einleitung

In der Einleitung zur vorliegenden Arbeit wird zu Beginn die Ausgangslage beschrieben. Darauf folgen die der Arbeit zugrunde liegenden Fragestellungen. Das Kapitel endet mit einer Skizze des Aufbaus der Arbeit.

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Rückfälle nach einer abstinenten Phase gehören zum Alltag vieler Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit. In der öffentlichen Wahrnehmung werden sie häufig als persönliches Scheitern gedeutet, während sich in Fachkreisen zunehmend ein differenzierteres Verständnis etabliert: Rückfälle werden als Teil eines langfristigen Veränderungsprozesses verstanden, der selten linear verläuft. Für Betroffene bedeuten sie dennoch eine erhebliche emotionale, soziale und strukturelle Belastung – insbesondere dann, wenn Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld oder durch Fachpersonen fehlt.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Rückfällen erfolgt seit vielen Jahren, insbesondere im medizinischen und psychologischen Kontext. Dabei stehen vor allem neurobiologische, kognitive und verhaltenstherapeutische Erklärungsansätze im Vordergrund (Hoyer & Knappe, 2020; Wetterling et al., 2021). Auch finden sich zahlreiche Studien zur Rückfallwahrscheinlichkeit, zu typischen Auslösern und zur Wirksamkeit therapeutischer Interventionen.

In der sozialarbeiterischen Forschung hingegen rückt das Thema meist im Zusammenhang mit institutionellen Angeboten, sozialpolitischen Rahmenbedingungen oder suchtpreventiver Arbeit in den Blick (Krebs et al., 2021; Sting, 2018). Die subjektive Perspektive der Betroffenen – also wie sie Rückfälle erleben, welche Ursachen sie benennen und welche Formen von Unterstützung sie als hilfreich oder hinderlich empfinden – wird bislang nur vereinzelt berücksichtigt. Lindenmeyer (2022) beschreibt beispielsweise eindrücklich die emotionalen Belastungen nach einem Rückfall, legt den Fokus jedoch stärker auf therapeutische Begleitung als auf sozialarbeiterische Aspekte.

Damit bleibt eine Lücke in der Forschung: Rückfälle werden bislang nur selten aus Sicht der Betroffenen untersucht, insbesondere im Hinblick auf soziale, alltagsbezogene und strukturelle Einflussfaktoren sowie die Rolle der Sozialen Arbeit.

1.2 Motivation

Rückfälle nach einer abstinenter Phase sind für betroffene Menschen oft mit starken Belastungen verbunden. Sie bedeuten nicht nur einen Bruch in der persönlichen Veränderungsbemühung, sondern wirken sich auch auf soziale Beziehungen, berufliche Perspektiven und das Selbstbild aus. In der Fachliteratur und Praxis wird jedoch deutlich, dass Rückfälle nicht zwingend als endgültiges Scheitern zu verstehen sind, sondern Teil eines längeren Prozesses sein können.

Meine Motivation für die Wahl dieses Themas hängt eng mit meiner beruflichen Tätigkeit zusammen. Im Rahmen meiner Arbeit in einem Arbeitsintegrationsbetrieb für alkoholabhängige Menschen begegne ich regelmässig Menschen, die mit Rückfällen konfrontiert sind. Dabei wird mir immer wieder bewusst, wie komplex und individuell Rückfallerfahrungen verlaufen – und wie gross der Bedarf an angemessener Unterstützung ist.

Mich interessiert besonders, die subjektiven Erfahrungen von Menschen mit Alkoholabhängigkeit stärker in den Mittelpunkt zu stellen. Ihre Sichtweisen auf Ursachen, Auslöser und Unterstützungsmöglichkeiten sind in der bisherigen Forschung nur punktuell berücksichtigt. Gerade diese Perspektiven können jedoch einen wichtigen Beitrag leisten, um bestehende Angebote weiterzuentwickeln und die Soziale Arbeit in ihrer Praxis zu stärken.

1.3 Fragestellungen und Zielsetzung

Auf Basis der vorangehenden Überlegungen ergeben sich folgende Fragestellungen, die den inhaltlichen Rahmen der Arbeit bilden und in der Arbeit beantwortet werden sollen. Sie beziehen sich sowohl auf theoretische Grundlagen als auch auf die praktische Forschung:

1. Wie wird Alkoholkonsum in der Schweiz beschrieben, gemessen und beurteilt?
2. Welche Merkmale haben Menschen mit riskantem, abhängigem oder rückfallgefährdetem Alkoholkonsum?
3. In welchen Bereichen der Sozialen Arbeit spielt Alkoholkonsum eine Rolle – und welche Unterstützungsansätze gibt es bisher?
4. Welche individuellen, sozialen und strukturellen Faktoren beeinflussen aus Sicht der Betroffenen das Rückfallrisiko?
5. Welche Handlungsmöglichkeiten kann die Soziale Arbeit aus den Erkenntnissen ableiten?

Ziel dieser Arbeit ist es, Rückfälle aus der Sicht betroffener Personen besser zu verstehen. Durch qualitative Interviews sollen ihre Erfahrungen sichtbar gemacht und mit theoretischen Konzepten der Sozialen Arbeit verbunden werden. Daraus sollen praxisnahe Anregungen entstehen, die Rückfälle nicht als Scheitern, sondern als Teil eines Veränderungsprozesses begreifen und Fachpersonen konkrete Orientierung bieten.

1.4 Relevanz für die Soziale Arbeit

Rückfälle stellen nicht nur eine persönliche Herausforderung für die Betroffenen dar, sondern sind auch ein wiederkehrendes Thema im Berufsalltag von Sozialarbeitenden. In Feldern wie der Suchtberatung, der klinischen Sozialarbeit, der Arbeitsintegration oder dem betreuten Wohnen sind Fachpersonen regelmässig mit Rückfällen konfrontiert. Dabei zeigt sich, dass es häufig an klaren Konzepten und Handlungssicherheit im Umgang damit fehlt. Fragen wie „Wie spreche ich Rückfälle professionell an?“ oder „Wie kann Motivation gestärkt werden, ohne Druck auszuüben?“ sind in der Praxis von hoher Bedeutung, werden jedoch bislang nur begrenzt theoretisch fundiert beantwortet. Die Arbeit möchte deshalb dazu beitragen, sozialarbeiterische Handlungsansätze zu entwickeln, die Rückfälle differenziert und ressourcenorientiert betrachten. Sie soll die Perspektiven der Betroffenen mit fachlichen Konzepten verbinden und so Impulse geben, wie Unterstützung in der Sozialen Arbeit wirksamer und menschenwürdiger gestaltet werden kann.

1.5 Abgrenzung

Für die Beantwortung der vorher genannten Fragestellungen und zur Begrenzung des Umfangs der Arbeit ist eine Fokussierung erforderlich. Aus diesen Gründen konzentriert sich die vorliegende Arbeit in erster Linie auf den Umgang mit Rückfällen und nicht auf präventive Massnahmen zur Verhinderung von Suchtentstehung. Zudem wird ausschliesslich auf Alkohol als Substanz eingegangen; Konsummuster mit weiteren Substanzen und Polysubstanzkonsum bleiben unberücksichtigt. Des weiteren wird die Analyse der Ursachen und Entwicklungsprozesse einer Abhängigkeit nicht Thema der Arbeit sein. Ferner werden medizinisch-biologische Aspekte nicht behandelt, da sie für die sozialarbeiterische Perspektive nicht im Vordergrund stehen.

1.6 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist so aufgebaut, dass sie Schritt für Schritt vom theoretischen Fundament zur empirischen Untersuchung und schliesslich zu praxisrelevanten Schlussfolgerungen führt.

Zunächst wird in der Einleitung die Ausgangslage dargestellt, ergänzt durch die Motivation, die Fragestellungen und die Relevanz für die Soziale Arbeit. Damit wird der thematische Rahmen abgesteckt und die Bedeutung des Themas verdeutlicht.

Im nächsten Teil steht der Alkoholkonsum in der Schweiz im Zentrum. Die begrifflichen Grundlagen, Messmethoden und epidemiologischen Daten liefern das notwendige Hintergrundwissen und schaffen eine Basis für das Verständnis der weiteren Kapitel.

Anschliessend werden Merkmale von riskantem und abhängigem Alkoholkonsum beleuchtet. Die Darstellung von Klassifikationen, Merkmalen der Betroffenen und typischen Verlaufsmustern macht deutlich, welche Dynamiken beim Thema Rückfall eine Rolle spielen.

Darauf folgt eine Auseinandersetzung mit der Praxis der Sozialen Arbeit. Die Beschreibung von Handlungsfeldern, bestehenden Unterstützungsansätzen und institutionellen Rahmenbedingungen zeigt, wie die Soziale Arbeit bisher mit Alkoholkonsum umgeht und wo Herausforderungen liegen.

Im weiteren Verlauf wird das Forschungsdesign vorgestellt. Die Erläuterung der Methode, des Samplings sowie der Erhebung und Auswertung macht das Vorgehen nachvollziehbar und legt die Grundlage für die empirischen Ergebnisse.

Daraufhin werden die Resultate der qualitativen Untersuchung dargestellt und anschliessend im Lichte theoretischer Ansätze diskutiert. Diese Abfolge ermöglicht eine klare Trennung zwischen Befund und Einordnung.

Zum Abschluss werden die wichtigsten Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit gezogen. Damit wird der Bogen von der theoretischen Auseinandersetzung über die empirische Forschung hin zur praktischen Relevanz geschlossen. Literaturverzeichnis und Anhang sichern die wissenschaftliche Nachvollziehbarkeit.

2 Alkoholkonsum und -abhängigkeit

Dieses Kapitel etabliert die theoretischen Grundlagen zum Alkoholkonsum und zur -abhängigkeit. Hierfür werden zunächst die notwendigen Begriffe und das bio-psycho-soziale Modell zur Definition des Phänomens herangezogen. Anschliessend beleuchtet das Kapitel die statistische Erfassung, aktuelle Zahlen und Trends sowie die gesellschaftliche Wahrnehmung von Alkohol in der Schweiz. Abschliessend werden die Merkmale von riskantem, abhängigem und rückfallgefährdetem Konsum vertieft, um das Fundament für die spezifischen theoretischen Modelle in Kapitel 3 zu legen.

2.1 Begriffliche Grundlagen

Die fundamentale Auseinandersetzung mit Alkoholkonsum, riskantem Gebrauch und Abhängigkeit erfordert aufgrund der Multifaktorialität der Phänomene eine klare begriffliche Abgrenzung, um die wissenschaftliche Präzision zu gewährleisten.

2.1.1 Sucht, Abhängigkeit und Substanzgebrauchsstörung

Die Verwendung des Begriffs "Sucht" ist in der Wissenschaft problematisch, da es sich um ein komplexes und uneinheitliches Konzept handelt (Schmidt-Semisch, 2024, S. 60). Ursprünglich leitet sich das Wort von siech (krank) ab und diente tatsächlich bis ins 16. Jahrhundert als allgemeine Krankheitsbezeichnung (Schmidt-Semisch, 2024, S. 49). In der modernen wissenschaftlichen Diskussion wird dieser alltagssprachliche Ausdruck jedoch zunehmend zugunsten des präziseren Fachausdrucks "Abhängigkeit" vermieden und ersetzt (Detterer, 2022, S. 5). In diesem Kontext ist festzuhalten, dass die Vorstellung von Sucht als Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen und ihre Einordnung als eigenständige Krankheit ein historisch relativ junges Phänomen darstellt (Detterer, 2022, S. 13).

2.1.2 Klassifikation nach DSM-5 und ICD-11

Um eine internationale Vergleichbarkeit und diagnostische Klarheit bei Abhängigkeitserkrankungen zu gewährleisten, dienen die beiden Standardwerke DSM-5 und ICD-11 als Klassifikationssysteme.

a) DSM-5

Das DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) stellt ein internationales Standardwerk dar, das eine gemeinsame Basis für die Erkennung, Einordnung und

Benennung psychischer Krankheiten für Psycholog*innen, Ärzt*innen und Forschende schafft. Im DSM-5 wird die zuvor gängige Unterscheidung zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit aufgehoben. Stattdessen wird von einer einheitlichen Diagnose, der Substanzgebrauchsstörung (Substance Use Disorder), gesprochen (American Psychiatric Association, 2024/eigene Übersetzung; Ulrich, 2018b, S. 209–210).

Es gibt elf Kriterien für das Vorhandensein einer Substanzgebrauchsstörung, mithilfe derer eine Einteilung des Schweregrads (leicht, mittelschwer, schwer) vorgenommen werden kann (siehe Tabelle 1) (Ulrich, 2018b, S. 209–210):

Kriterium
Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt.
Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.
Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme.
Toleranzentwicklung, charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis.
Entzugssymptome oder auch deren Linderung bzw. Vermeidung durch Substanzkonsum.
Einnahme der Substanz in grösseren Mengen oder länger als beabsichtigt.
Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen.
Aufgabe oder Einschränkung wichtiger anderer Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums.
Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme.
Starkes Verlangen nach der Substanz (Craving).

Tabelle 1: DSM-5-Kriterien für die Substanzgebrauchsstörung (Ulrich, 2018b, S. 210)

b) ICD-11

Das ICD-11 (International Classification of Diseases, 11th Revision) ist das globale Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird. Es dient als internationaler Standard zur Erfassung von Krankheiten, der die weltweite Vergleichbarkeit gesundheitsbezogener Daten ermöglicht (Schmidt-Semisch, 2024, S. 52–54; World Health Organization (WHO), o.J.b/eigene Übersetzung).

Im ICD-11 werden Störungen, die mit psychoaktiven Substanzen in Zusammenhang stehen, in der Kategorie "Störungen durch Substanzgebrauch und süchtiges Verhalten" (Chapter 6) erfasst. Die Diagnose Alkoholabhängigkeit (Code 6C40.2) wird als Syndrom definiert, das aus einer Gruppe von verhaltensbezogenen, kognitiven und physiologischen Phänomenen besteht (Schmidt-Semisch, 2024, S. 52–54; World Health Organization (WHO), o.J.a).

Die Kernsymptome, die zur Diagnose führen, sind denen des DSM-5 äquivalent und umfassen:

- Starkes Verlangen (Craving);
- Verminderte Kontrollfähigkeit über den Konsum;
- Das Auftreten von Toleranzerhöhung und Entzugssymptomen;
- Die Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Konsums (Schmidt-Semisch, 2024, S. 54).

2.1.3 Das bio-psycho-soziale Modell der Sucht

Um die Multidimensionalität von Abhängigkeitserkrankungen adäquat zu erfassen, gilt das bio-psycho-soziale Modell (BPSM) als das bedeutendste Konzept für ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit (Rummel, 2020, S. 149). Seine Relevanz wird darüber hinaus durch die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Standardmodell unterstrichen (Tielking & Rabes, 2024, S. 157). Dieses Modell geht davon aus, dass Substanzgebrauchsstörungen multikonditional entstehen, indem biologische, psychische und soziale Faktoren in komplexer Wechselwirkung zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Sucht beitragen (Krebs et al., 2021a, S. 22). Aus dieser Erkenntnis ergibt sich die zwingende Notwendigkeit einer multidimensionalen Diagnostik und Therapie (Kiefer et al., 2023, S. 3). Innerhalb dieses Rahmens ist die Soziale Arbeit primär für die Bearbeitung und die Interventionen in der sozialen Dimension der Sucht zuständig (Krebs et al., 2021b, S. 23).

2.1.4 Rückfall

Für die vorliegende Untersuchung des Rückfallrisikos ist eine klare Definition des Rückfalls essenziell. Im Kontext der Alkoholabhängigkeit beschreibt er die Wiederaufnahme des Konsums nach einer Phase der Abstinenz (Lindenmeyer, 2022, S. 190). Hierbei unterscheidet die moderne Suchttherapie zwischen einem kurzen und eher unbedeutenden "Ausrutscher" (lapse) und dem schweren Rückfall (relapse), bei dem Betroffene in ihr altes, problematisches Konsummuster zurückfallen (Winkler, 2022, S. 16).

Wichtig ist hierbei die heutige Sichtweise, welche einen Rückfall zunehmend als inhärenten Bestandteil eines nicht-linearen Veränderungsprozesses versteht (Kalbermatten, 2024, S. 38).

2.1.5 Stigmatisierung und nicht-stigmatisierende Sprache

Neben den klinischen Aspekten ist auch der gesellschaftliche Umgang mit Sucht, insbesondere die damit verbundene Stigmatisierung, als relevanter sozialer Faktor in den Grundlagen zu berücksichtigen. Stigmatisierung ist definiert als die Unterscheidung, Herabwürdigung und Ausgrenzung von Menschen aufgrund eines spezifischen Merkmals, wie beispielsweise einer Abhängigkeitserkrankung (Fachverband Sucht, 2024, S. 6). Diese Ausgrenzung wird als so belastend empfunden, dass sie oft als "zweite Krankheit" bezeichnet wird, weil sie Menschen mit einer ohnehin schwerwiegenden Krankheit zusätzlich beeinträchtigt (Schmidt-Semisch, 2024, S. 66). Entsprechend sollte in der wissenschaftlichen und fachlichen Kommunikation auf die Verwendung abwertender und umgangssprachlicher Begriffe – wie zum Beispiel "Suff" – konsequent verzichtet werden (Fachverband Sucht, 2024, S. 20).

2.2 Zahlen und Trends

Der Alkoholkonsum ist in der Schweiz weit verbreitet und stellt nach wie vor ein relevantes Gesundheits- und Gesellschaftsthema dar. Die folgenden Kapitel geben einen Überblick über aktuelle Daten zum Konsumverhalten, zu den daraus entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten sowie zum Wissen und zu den Einstellungen der Bevölkerung hinsichtlich der gesundheitlichen Risiken und Regulierungen von Alkohol.

2.2.1 Konsumverhalten

Im Jahr 2022 gaben 87% der Männer und 79% der Frauen in der Schweiz an, Alkohol zu konsumieren. Der Anteil der Personen mit täglichem Konsum steigt mit dem Alter an, hat sich bei den Männern im Vergleich zu 1992 jedoch von rund 30% auf 12% verringert (Bundesamt für Statistik (BFS), o.J.).

Zwischen den Geschlechtern bestehen deutliche Unterschiede. Männer konsumieren insgesamt häufiger und in grösseren Mengen Alkohol als Frauen. Der Anteil des täglichen Alkoholkonsums liegt bei Männern mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen. Auch chronisch riskanter Konsum sowie Rauschtrinken treten bei Männern häufiger auf. Rund 4% der Bevölkerung trinken chronisch riskant, während sich 15% mindestens einmal pro Monat in einen Rausch trinken. Als chronisch riskanter Konsum gilt der tägliche Konsum von mindestens vier Standardgläsern bei Männern beziehungsweise

zwei bei Frauen; als Rauschtrinken der Konsum von mindestens fünf beziehungsweise vier Standardgläsern pro Gelegenheit (Bundesamt für Statistik (BFS), o.J.).

2.2.2 Volkswirtschaftliche Kosten

Im Jahr 2017 beliefen sich die durch Alkoholkonsum verursachten volkswirtschaftlichen Kosten in der Schweiz auf rund 3 Milliarden Franken. Damit war Alkohol nach Tabak die zweithäufigste Ursache suchtsbedingter Gesamtkosten, die sich insgesamt auf 7,86 Milliarden Franken summierten (Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2021).

Die Kosten des Alkoholkonsums setzten sich aus direkten und indirekten Ausgaben zusammen. Direkte Kosten entstanden hauptsächlich im Gesundheitswesen durch stationäre und ambulante Behandlungen, Rehabilitationsmassnahmen sowie psychiatrische und medikamentöse Versorgung. Weitere direkte Kosten entfielen auf den Bereich der Strafverfolgung, beispielsweise durch Polizei- und Justizaufwand im Zusammenhang mit alkoholbedingten Delikten (Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2021).

Zu den indirekten Kosten zählten Produktivitätsverluste aufgrund krankheitsbedingter Absenzen, Frühpensionierungen oder verminderter Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz. Diese entstanden sowohl durch unmittelbare Folgen des Alkoholkonsums als auch durch langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen (Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2021).

Von den gesamten volkswirtschaftlichen Kosten aller Suchtformen entfielen 2017 rund 3,2 Milliarden Franken auf die Sozialversicherungen, 3 Milliarden auf Unternehmen und 1,6 Milliarden auf den Staat (Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2021).

2.2.3 Gesellschaftliche Wahrnehmung

Die Schweizer Bevölkerung verfügt über ein hohes Wissen zu zentralen gesundheitlichen Risiken des Alkoholkonsums. 97% der Befragten bejahten die Aussage, dass Alkoholkonsum während der Schwangerschaft dem ungeborenen Kind schaden kann. 94% stimmten der Aussage zu, dass Alkoholkonsum Auswirkungen auf Gewalt haben kann, und 93% gaben an, dass ab zwei Gläsern Alkohol die negativen Auswirkungen beim Auto- oder Motorradfahren deutlich ansteigen (Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Bundesamt für Statistik (BFS), 2023b).

Im Vergleich dazu erhielt die Aussage, dass bereits der tägliche Konsum eines Glases Alkohol mit einem erhöhten Krankheitsrisiko verbunden ist, mit 57% die niedrigste Zustimmung. Beim Wissen über alkoholbedingte Krankheiten zeigte sich, dass insbesondere Lebererkrankungen (z. B. Leberzirrhose) und psychische Probleme von der Mehrheit der Befragten als alkoholassoziiert erkannt werden. Deutlich tiefere Zustimmungswerte erhielten hingegen Angaben zu Krebsarten wie Mund-, Rachen- und Brustkrebs bei Frauen (Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Bundesamt für Statistik (BFS), 2023b).

In Bezug auf regulatorische Massnahmen im Zusammenhang mit Alkohol befürworteten 74% der Befragten (eher) ein Verkaufsverbot an Personen unter 18 Jahren. Eine Mehrheit von 67% sprach sich (eher) für ein Werbeverbot für alkoholische Getränke an Sportveranstaltungen aus. Geringere Zustimmung erhielten Massnahmen wie der Ausschank von Leichtbier (34%) oder ein generelles Verkaufsverbot von Alkohol (31%) (Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Bundesamt für Statistik (BFS), 2023a).

2.3 Merkmale von riskantem, abhängigen und rückfallgefährdetem Konsum

Die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Substanzgebrauchsstörung ist, wie bereits erörtert, ein multifaktorieller Prozess (Deimel & Moesgen, 2024, S. 58). Um diese komplexe Dynamik zu erklären, dient die sogenannte Sucht-Trias (Person, Droge, Umwelt), welche die relevanten Faktoren in drei Gruppen unterteilt (ebd.). Obwohl die komplexen Wirkungszusammenhänge noch nicht vollständig entschlüsselt sind, kann festgehalten werden, dass die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeitsentwicklung durch die Kumulation von Risikofaktoren massgeblich erhöht wird (Laging, 2023, S. 25).

2.3.1 Soziodemografische, psychologische und gesundheitliche Merkmale

Soziodemografische Einflussfaktoren

Die Untersuchung des Konsumverhaltens zeigt erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede (Wetterling et al., 2021, S. 94): So gilt die Alkoholabhängigkeit als die häufigste psychische Erkrankung bei Männern (Winkler, 2022, S. 11), weshalb Männer etwa viermal häufiger betroffen sind als Frauen (ebd.). Es ist jedoch zu beachten, dass Frauen bei gleichem Konsum häufig früher und oft schwerere Organschädigungen aufweisen als Männer (Wetterling et al., 2021, S. 94).

Hinsichtlich Alter und Lebensphase ist ein erhöhter Konsum positiv mit jüngerem Alter assoziiert (Martl & Gertzen, 2025, S. 27). Dabei ist zu differenzieren, dass Konsum vor dem 20. Lebensjahr ein höheres Risiko birgt als derselbe Konsum nach dem 50. Lebensjahr (Lindenmeyer, 2013, S. 8). Kinder und Jugendliche sind besonders anfällig für die toxische Wirkung von Alkohol (Seitz & John, 2024, S. 57). Bei älteren Menschen ab dem 60. Lebensjahr verringert sich die Alkohol-Verträglichkeit (Lindenmeyer, 2013, S. 8). Umgekehrt verringert sich bei älteren Menschen ab dem 60. Lebensjahr die Verträglichkeit aufgrund physiologischer Veränderungen, wie der Verminderung des Körperwasseranteils und der verringerten Leber-Verstoffwechselungsgeschwindigkeit (Lieb, 2024, S. 432).

Zudem besteht ein starker Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren wie Bildung, Erwerbsstatus und Substanzkonsum (Laging, 2023, S. 68). Alkoholbezogene Störungen sind in Bevölkerungsgruppen mit geringeren sozio-ökonomischen Ressourcen weiterverbreitet, während sozio-ökonomisch gut ausgestattete Gruppen weniger betroffen sind (Laging, 2023, S. 60). Niedriger sozioökonomischer Status und geringere Bildung sind folglich typische Merkmale von Early-Onset-Alkoholabhängigen (Lieb, 2024, S. 435).

Psychologische und gesundheitliche Merkmale

Die genetische Disposition spielt eine wichtige Rolle: Einer der am besten nachgewiesenen Prädiktoren für die Entwicklung einer Suchterkrankung ist die genetische Eigenschaft, viel Alkohol gut zu vertragen (Winkler, 2022, S. 20). Folglich wird eher suchtkrank, wer eine geringe physiologische Reaktion auf Alkohol zeigt (Kemper, 2020, S. 51).

Es ist bekannt, dass häufig bei Personen mit Substanzkonsumstörungen komorbide psychische Probleme vorliegen (Jungaberle et al., 2018, S. 186). Besonders hervorzuheben ist, dass die Traumatisierungsrate bei Alkohol- und Drogenabhängigen um das Fünf- bis Fünzfach erhöhte ist (Laging, 2023, S. 84). Dabei steigt bei Frauen das Risiko einer Alkoholerkrankung durch sexuelle Missbrauchs- oder Gewalterfahrungen in der Kindheit signifikant (Wetterling et al., 2021, S. 94). Der Konsum psychotroper Substanzen dient in diesen Fällen häufig als dysfunktionale Selbstbetäubung, um Schmerz, Angst oder die Distanzierung von traumatischen Erinnerungen zu reduzieren (Detterer, 2022, S. 48; Laging, 2023, S. 85). Darüber hinaus sind Stress, depressive Verstimmung und Suizidgedanken bei Personen mit hohen Werten im AUDIT (wahrscheinlich Alkoholabhängigen) besonders ausgeprägt (Wetterling et al., 2021, S. 89).

Schliesslich zeigen sich bei Jungen und Männern im Kontext von Suchtmitteln spezifische Persönlichkeitsmerkmale, wie etwa hoher Reizhunger (novelty seeking) und eine niedrige Schadensvermeidung (Klein, 2024, S. 315).

2.3.2 Verlaufsmuster, Rückfallrisiken und Dynamiken des Konsums

Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit ist ein dynamischer Prozess, der sich im Spannungsverhältnis zwischen den Faktoren Person, Umwelt und Substanz vollzieht (Detterer, 2022, S. 23).

Verlaufsmuster und Dynamik des Konsums

Konsummuster können als Beschreibung des Konsumverhaltens anhand von Häufigkeit, sozialer Einbettung des Gebrauchs und Applikationsform verstanden werden (Ulrich, 2018a, S. 197). Dabei entstehen Abhängigkeiten meist schleichend und im Verlauf eines oft jahrelangen Prozesses (Walter, 2023, S. 214). Im Fortlauf der Abhängigkeitsentwicklung wird der Alkoholkonsum zunehmend automatisiert und zu einer ritualisierten Handlung, die der rationalen Kontrolle immer schwerer zugänglich wird (Lindenmeyer, 2018, S. 509).

Die Vorstellung einer Alkoholabhängigkeit als einheitlich fortschreitende (progredivente) Störung hat sich jedoch empirisch als falsch erwiesen (Lindenmeyer, 2013, S. 10). Längsschnittstudien belegen, dass das Trinkverhalten zu jedem Zeitpunkt in jede Richtung veränderbar ist (Lindenmeyer, 2013, S. V). Angesichts dieser Forschungsbefunde zur Spontanremission ist die traditionelle Konzeptualisierung, welche eine Problembewältigung nur durch lebenslange Abstinenz für möglich hielt, nicht mehr haltbar (Klingemann, 2007, S. 198). Tatsächlich überwindet ein substanzieller Anteil an Menschen die Alkoholabhängigkeit im Laufe des Lebens stabil (Kiefer et al., 2023, S. 66).

Rückfallrisiken und Auslösefaktoren (Trigger)

Das Rückfallrisiko ist in den ersten drei Monaten nach einer Behandlung am höchsten (Kalbermatten, 2024, S. 38). Dieses Risiko nimmt im zeitlichen Verlauf ab, weil die Vorteile des Konsumstopps den Konsumwunsch schwächen (Sucht Schweiz, 2010).

Studien zeigen, dass die Lebensumstände nach Therapieende sowie die Bewältigungsfertigkeiten der Betroffenen im Umgang mit Risikosituationen die entscheidende Rolle für das Auftreten von Rückfällen spielen (Lindenmeyer, 2013, S. 108). Dabei erhöhen folgende Faktoren das Rückfallrisiko signifikant: jüngeres Alter, die Anzahl komorbider psychischer Störungen, die Anzahl früherer körperlicher Alkoholentzugsbehandlungen, eine geringe soziale Integration, fehlende Abstinenzmotivation, ein niedriger sozialer Status sowie Alkoholkonsum während der Behandlung (Friebe et al., 2024, S. 363; Wetterling et al., 2021, S. 132–133).

Als günstiger Prognosefaktor gilt im Gegensatz dazu eine gute soziale Integration (z. B. erhaltener Arbeitsplatz, intakte Beziehungen) (Wetterling et al., 2021, S. 133).

Die situativen Auslösebedingungen für Rückfälle wurden von Marlatt und Gordon in acht Risikobereiche zusammengefasst, wobei innere Risikosituationen mit 60 Prozent aller Rückfälle am häufigsten sind (Lindenmeyer, 2013, S. 109). Dazu zählen unangenehme Gefühlszustände (wie Depression, Frustration, innere Anspannung, Unruhe, Angst, Ärger), schwierige Lebenssituationen oder Einsamkeit, Langeweile und Schlafstörungen, der Versuch eines kontrollierten Konsums sowie plötzliches Verlangen (Craving) (Lindenmeyer, 2013, S. 109; Wetterling et al., 2021, S. 133). Hierbei ist zu sehen, dass der Rückfall oft ein Prozess habituierter, rascher und unreflektierter Absichtsbildung zur Abwendung eines emotional belastenden Zustandes ist (Wetterling et al., 2021, S. 133–140).

Zuletzt lassen sich in der Rückfallanalyse zwei extreme Rückfalltypen unterscheiden, die unterschiedliche motivationalen Hintergründe aufweisen (Sporn, 2014, S. 319–320):

Typ 1 (Rückkehr zu selbstreguliertem Konsum): Hierbei ist das Ziel die Rückkehr zu einem sozial integrierten Konsum (Sporn, 2014, S. 320). Die emotionale Spannung ist mässig erhöht und die rationale Selbststeuerung grundsätzlich möglich (ebd.). Charakteristisch ist, dass Typ-1-Rückfälle nicht exzessiv beginnen, sondern mit geringen Mengen, die sich allmählich auf das ursprüngliche problematische Niveau steigern (Sporn, 2014, S. 320).

Typ 2 (Automatisierte Notfallreaktion): Bei diesem Typus ist das Ziel die kurzfristige, drastische Veränderung der Befindlichkeit (Sporn, 2014, S. 320). Der Betroffene befindet sich vor dem Konsum in einem Zustand extrem hoher emotionaler Erregung, wodurch die kognitiven Möglichkeiten zur umsichtigen Selbststeuerung stark eingeschränkt sind (ebd.). Im Gegensatz zu Typ 1 beginnt dieser Typ sofort exzessiv (Sporn, 2014, S. 320).

2.4 Fazit und Bedeutung für die Soziale Arbeit

Die bisherige theoretische Auseinandersetzung hat gezeigt, dass Alkoholkonsum und -abhängigkeit in der Schweiz ein multiplattes und komplexes Phänomen darstellen, das weit über die rein medizinische Diagnose hinausgeht. Die Ablösung des vagen Begriffs "Sucht" durch den präziseren Ausdruck "Abhängigkeit" und die Einordnung der Störung nach dem DSM-5 liefern zwar eine notwendige diagnostische Basis, doch erst das bio-psycho-soziale Modell (BPSM) bietet den adäquaten Rahmen für das Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung durch die Wechselwirkung biologischer, psychischer und sozialer Faktoren.

Gerade diese soziale Dimension ist für die Soziale Arbeit von zentraler Bedeutung. Wenn Abhängigkeitsentwicklungen durch die Kumulation von Risikofaktoren begünstigt werden, muss die Soziale Arbeit ihren Fokus auf die soziodemografischen Merkmale legen, wie etwa geschlechtsspezifische Unterschiede, die Vulnerabilität bestimmter Lebensphasen und insbesondere den starken Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status. Die Auseinandersetzung mit der Stigmatisierung als einer "zweiten Krankheit" und der damit verbundenen Forderung nach einer nicht-stigmatisierenden Sprache unterstreicht die Verantwortung der Profession für einen menschenwürdigen Umgang. Die Soziale Arbeit muss Rückfälle, die oft in inneren Risikosituationen oder als automatisierte Notfallreaktion auftreten, nicht als persönliches Scheitern, sondern als Bestandteil eines nicht-linearen Veränderungsprozesses begreifen. Entsprechend leitet das umfassende Verständnis der Dynamiken und der Vielzahl an Rückfallprädiktoren direkt zum nächsten Kapitel über, in dem die spezifischen theoretischen Ansätze zur Rückfallrisikobewertung vertieft werden.

3 Rückfallrisiko bei alkoholabhängigen Menschen

Ziel der folgenden Kapitel ist es, Merkmale eines riskanten und abhängigen Alkoholkonsums aufzuzeigen. Dafür werden zunächst die Abstufungen der verschiedenen Kategorien des Alkoholkonsums dargestellt. Danach werden die typischen Muster, gesundheitlichen Folgen und Komorbiditäten im Zusammenhang mit Alkoholkonsum erläutert. Daraufhin folgen kennzeichnende Verläufe und schlussendlich die Verbindung zur Praxis.

3.1 Theoretische Ansätze und Modelle

Die Erkenntnis, dass Rückfälle ein erwartbares Ereignis im Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung darstellen, hat die therapeutische Herangehensweise in den letzten Jahrzehnten tiefgreifend verändert. Die folgenden Kapitel legen die theoretische Basis für das Verständnis dieses dynamischen Prozesses.

Die Erklärungsmodelle für Rückfälle versuchen, die komplexen biologischen, psychischen und sozialen Prozesse zu entschlüsseln, welche die Wiederaufnahme des Konsums nach einer Phase der Abstinenz bedingen. Insbesondere die sozial-kognitiven und motivationspsychologischen Modelle haben sich als handlungsleitend erwiesen (Detterer, 2022, S. 23).

3.1.1 Das sozial-kognitive Rückfallmodell von Marlatt und Gordon

Das einflussreichste und am besten untersuchte Modell der Rückfallprävention stammt von Marlatt und Gordon (1985). Dieses Modell geht davon aus, dass Rückfälle (Relapse) durch eine Kette von Ereignissen ausgelöst werden, die wiederum massgeblich durch die Bewältigungsfertigkeiten der Betroffenen bestimmt werden (Lindenmeyer, 2013, S. 108; Veltrup, 2020, S. 66).

Das Modell unterscheidet dabei strikt zwischen dem "Ausrutscher" (Lapse) und dem "schweren Rückfall" (Relapse). Ein Lapse beschreibt das einmalige Konsumereignis, das nicht zwangsläufig zum vollständigen Relapse (Zurückfallen in das alte Trinkverhalten) führen muss (Friebe et al., 2024, S. 358).

Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls wird demnach primär durch die Selbstwirksamkeitserwartung des Betroffenen beeinflusst. Konkret: Wenn die Person eine sogenannte Hochrisikosituation (high risk situation) erfolgreich bewältigt, erhöht dies die Selbstwirksamkeitserwartung und senkt die Rückfallwahrscheinlichkeit. Wenn die Person die Situation hingegen nicht erfolgreich bewältigt und keine adäquaten Coping-Strategien zur Verfügung hat, führt dies zu einer geringen

Selbstwirksamkeitserwartung und erhöht die Rückfallwahrscheinlichkeit (Wetterling et al., 2021, S. 131).

Ein entscheidendes Element nach dem Erstkonsum ist der sogenannte Abstinenzverletzungseffekt (Abstinence Violation Effect, AVE). Der AVE beschreibt die Schuldgefühle und Selbstabwertung des Betroffenen nach dem ersten Konsum, welche den Anstoss für den erneuten Konsum geben. Diese kognitive Reaktion auf den Lapse führt schliesslich zur vollständigen Ausformung des Rückfalls (Relapse) (Sporn, 2014, S. 317).

3.1.2 Phasenmodelle der Veränderung

Ergänzend zu den kognitiv-behavioralen Ansätzen betrachten moderne Modelle den Rückfall als Teil eines spiralförmig verlaufenden Veränderungsprozesses (Lindenmeyer, 2013, S. 11). Das Transtheoretische Modell (TTM) nach Prochaska und DiClemente schliesst den Rückfall explizit als Teil dieses Zyklus ein (Kalbermatten, 2024, S. 38). Das TTM beschreibt fünf Phasen der Veränderung (Prä-Kontemplation, Kontemplation, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung), wobei Interventionen stets auf die individuelle Phase zugeschnitten sein müssen (Lindenmeyer, 2013, S. 11). Der Rückfall wird dabei als Teil der Rezidivphase (Relapse) verstanden, die jederzeit zur Wiederaufnahme einer früheren Phase führen kann (Wetterling et al., 2021, S. 137).

3.1.3 Neurobiologische und kognitive Mechanismen

Ergänzend zu den psychologischen Modellen liefert die kognitive und neurobiologische Forschung Erklärungen für die Automatisierung des Konsumverhaltens:

Suchtgedächtnis: Es wird angenommen, dass bei vielen Betroffenen eine dauerhafte Veränderung im Belohnungszentrum im Sinne eines sogenannten Suchtgedächtnisses entstanden ist. Dieses Gedächtnis sitzt in tiefen Hirnstrukturen und kann daher durch den reinen Willen nicht beeinflusst werden (Lindenmeyer, 2013, S. 11).

Trigger: Das Suchtgedächtnis sorgt dafür, dass bestimmte Reize, sogenannte Trigger, auch nach langer Abstinenz verstärkt wahrgenommen werden und eine unwillkürliche Anreizfunktion bekommen (Lindenmeyer, 2022, S. 133–134). Dies können scheinbar harmlose äussere Stimuli sein, wie die Tageszeit, Örtlichkeiten, Gerüche oder Geräusche (Lindenmeyer, 2013, S. 11).

Craving und Automatisierung: Bei ausgeprägtem Verlangen (Craving) kommt es oft zu Rückfällen (Wetterling et al., 2021, S. 85–86). Der Alkoholkonsum wird im Verlauf der Abhängigkeit immer mehr

zu einer situativ automatisch ausgelösten und ritualisierten Handlung (Lindenmeyer, 2018, S. 508–509). Diese Automatisierung ist einer rationalen Kontrolle immer schwerer zugänglich und kann auch plötzlich auftretendes Alkoholverlangen selbst nach längeren Abstinenzphasen erklären (ebd.).

3.1.4 Psychodynamische Typen von Rückfällen

Ein tiefenpsychologisch orientierter Ansatz unterscheidet zwei Haupttypen von Rückfällen, denen unterschiedliche Motivations- und Verhaltenssysteme zugrunde liegen. Diese Unterscheidung kann helfen, die subjektiven motivationalen Bedingungen für das erneute Trinken zu klären (Sporn, 2014, S. 318–319):

Typ	Merkmale und Ziele	Dynamik
Typ 1 (Negation der Abhängigkeit)	Zielsetzung: Rückkehr zu selbstreguliertem, sozial integriertem Konsum. Merkmal: Negation der Unfähigkeit zum mässigen Konsum.	Die emotionale Spannung ist mässig erhöht; die rationale Selbststeuerung ist grundsätzlich möglich. Der Konsum beginnt nicht exzessiv und steigert sich allmählich auf das ursprüngliche problematische Niveau.
Typ 2 (Automatisierte Notfallreaktion)	Zielsetzung: Kurzfristige drastische Veränderung der Befindlichkeit unter Inkaufnahme des Kontrollverlusts. Merkmal: Aufgabe des Abstinenzvorsatzes angesichts einer subjektiv überwältigenden Belastung.	Die Gefühlsspannung ist extrem hoch, wodurch die rationale Selbststeuerung stark eingeschränkt ist. Der Konsum beginnt sofort exzessiv, da er auf eine durchschlagende emotionale Wirkung ausgerichtet ist.

Tabelle 2: zwei Haupttypen von Rückfällen (eigene Darstellung auf der Basis von Sporn, 2014, S. 318–324)

Rückfälle vom Typ 2, die auf der Abwendung eines emotional belastenden Zustandes abzielen, kommen besonders häufig bei Suchtkranken vor, bei denen strukturelle Einschränkungen in der Affekttoleranz und der Impulskontrolle vorliegen.

3.2 Vertiefung der psychosozialen und strukturellen Risikofaktoren

Die Entstehung von Rückfällen bei Alkoholabhängigkeit ist ein komplexer, multifaktorieller Prozess, der durch das bio-psycho-soziale Modell erklärt werden kann. (Kiefer et al., 2023, S. 34) Rückfälle werden in Fachkreisen zunehmend als Teil eines langfristigen Veränderungsprozesses verstanden, der nicht

linear verläuft (ebd.). Aktuelle Studien zeigen, dass insbesondere psychiatrische Komorbiditäten und eine Reihe von psychosozialen Einflussfaktoren zu den stärksten Prädiktoren für einen Rückfall zählen (Wetterling et al., 2021, S. 131–133).

Im Folgenden werden die psychosozialen Einflussfaktoren und Komorbiditäten in Bezug auf Rückfälle bei Alkohol detailliert dargestellt.

3.2.1 Psychosoziale Einflussfaktoren

Rückfälle ereignen sich häufig in sogenannten Hochrisikosituationen (high risk situations) (Lindenmeyer, 2013, S. 108), die entweder innerer (intrapersoneller) oder äusserer (interpersoneller) Natur sein können (Deimel et al., 2024, S. 378).

Psychologische Faktoren spielen bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Alkoholkrankheit eine zentrale Rolle (Wetterling et al., 2021, S. 81). So werden Rückfälle oft durch negative Gefühlszustände ausgelöst, wobei häufig genannte Gründe Depression, Frustration, Enttäuschung, innere Anspannung/Unruhe und Ärger sind (Wetterling et al., 2021, S. 133). Ein Rückfall ist oft ein habituiertes Prozess zur raschen Abwendung oder Verbesserung eines emotional belastenden Zustandes (ebd.). Demgegenüber können jedoch auch positive Gefühle oder Euphorie ein Risiko darstellen, indem eine unkritische Stimmungsgehobenheit und gesteigerte euphorische Stimmungslage nach Behandlungsbeginn in Überheblichkeit münden, was das Rückfallrisiko ebenfalls erhöht (Fritzsche, 2018, S. 147; Sucht Schweiz, 2010).

Eng damit verknüpft ist das Craving (starker Wunsch oder Zwang zum Konsum), das ein Kernsymptom der Abhängigkeit und ein wichtiger Prädiktor für Rückfälle ist. Craving stellt eine automatische Reaktion des Körpers dar, die im Suchtgedächtnis gespeichert und durch Trigger-Reize (z. B. Anblick eines Glases, Gerüche, Konfliktsituationen) ausgelöst wird (Lindenmeyer, 2022, S. 134; Wetterling et al., 2021, S. 100).

Darüber hinaus beeinflussen kognitive und selbstbezogene Faktoren die Rückfallwahrscheinlichkeit signifikant. So verringert die Selbststigmatisierung die Zuversicht, aus der Abhängigkeit herauszukommen, wodurch ein geringes Selbstwertgefühl das Rückfallrisiko enorm steigert (Blaues Kreuz München, 2013). Analog dazu erhöht eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung die Wahrscheinlichkeit für Rückfälle (Wetterling et al., 2021, S. 131). Hinzu kommen kognitive Beeinträchtigungen (z. B. Gedächtnisstörungen), die ein hohes Rückfallrisiko darstellen und die Entwicklung alternativer Bewältigungsstrategien verhindern können (Wetterling et al., 2021, S. 74). Insgesamt machen das Fehlen differenzierter Bewältigungsformen und die Unfähigkeit, emotionale

Belastungen zu ertragen, den Rückgriff auf Alkohol wahrscheinlicher (Degkwitz, 2007, S. 79). Im Verlauf der Abhängigkeit wird der Konsum zudem immer mehr zu einer automatisierten und ritualisierten Handlung (Automatisieren des Alkoholkonsums), die rationaler Kontrolle schwer zugänglich ist und scheinbar unerklärliche Rückfälle auslösen kann (Lindenmeyer, 2018, S. 509).

3.2.2 Soziale und strukturelle Prädiktoren

Die Arbeitslosigkeit und eine geringe soziale Integration gelten als zentrale Risikofaktoren, da Arbeitslosigkeit die Anfälligkeit für Substanzkonsum und das Rückfallrisiko nach Therapie erhöht (Wetterling et al., 2021, S. 132; Yesil, 2021, S. 138–139). Die Sucht zerstört oft wichtige soziale Kontakte und kann bis zur sozialen Desintegration (Scheidung, Arbeits- und Wohnungslosigkeit) führen (Wetterling et al., 2021, S. 128). Hierbei spielt die Stigmatisierung eine verstärkende Rolle: Die gesellschaftliche Stigmatisierung von Alkoholabhängigen als moralisch fehlgeleitet oder willensschwach erschwert die Änderung des Verhaltens und den Zugang zu Hilfe (Kiefer et al., 2023, S. 113–114). Auch nach der Therapie bleibt die Konfrontation mit der Trinkkultur in der Gesellschaft ein bleibendes Risiko (Lindenmeyer, 2013, S. 11).

Demgegenüber begünstigt ein unterstützendes soziales Netzwerk die Abstinenz, während mangelnde soziale Unterstützung ein signifikanter Risikofaktor für Rückfälle ist (Lindenmeyer, 2013, S. 11; Wetterling et al., 2021, S. 132). Ebenso beeinflussen kritische Lebensereignisse und veränderte Lebensumstände nach der Behandlung das Rückfallrisiko stark (Lindenmeyer, 2013, S. 108). So stellen Scheidungen oder der Verlust des Partners durch Tod Risikofaktoren dar (Wetterling et al., 2021, S. 90–91). Zudem erhöhen andauernde Isolation von Belohnungen/Erfolgen in bedeutenden Lebensbereichen und der Mangel an kurzfristig verfügbaren Ressourcen die Rückfallgefahr (Degkwitz, 2007, S. 79; Wetterling et al., 2021, S. 111).

Abschliessend ist der frühere Behandlungsverlauf relevant: Jüngeres Alter und die Anzahl der vorherigen Entzugsbehandlungen sind Prädiktoren für Alkoholkonsum bereits während der stationären Entwöhnungsbehandlung. Tatsächlich gilt Konsum während der Behandlung als stärkster Prädiktor für Rückfälligkeit im Jahr danach (Friebe et al., 2024, S. 357–365).

3.2.3 Komorbiditäten

Die Komorbidität, das gleichzeitige Vorliegen von Alkoholabhängigkeit und anderen psychischen Störungen (Doppeldiagnose), ist eher die Regel als die Ausnahme und stellt ein grundlegendes Problem in Diagnostik und Therapie dar (Wetterling et al., 2021, S. 52).

Psychiatrische Komorbiditäten

Unbehandelte komorbide psychische Störungen sind mit einem erhöhten Rückfallrisiko assoziiert (Adorjan & Pogarell, 2018, S. 48). Die Zusammenhänge sind komplex, da sie sich gegenseitig beeinflussen können (z. B. Sucht verursacht psychische Symptome; psychische Störung erhöht Alkoholkonsum; beide haben eine gemeinsame Ursache) (Kiefer et al., 2023, S. 72).

Depressive Störungen sind die häufigste Komorbidität bei Alkoholabhängigkeit und ein bedeutender Faktor für Rückfälle (Wetterling et al., 2021, S. 132). Betroffene führen oft depressive Stimmungen als Grund für ihren erhöhten Konsum und/oder Rückfälle an (Selbstmedikation) (Deimel et al., 2024, S. 118).

Ebenso sind Personen mit Angststörungen (Phobien, Panikstörung) deutlich häufiger alkoholkrank und besonders rückfallgefährdet (Wetterling et al., 2021, S. 53–54). Hier wird Alkohol häufig zur Selbstmedikation zur Spannungsreduktion eingesetzt (ebd.). Auch die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist oft ein Grund für erhöhten Alkoholkonsum, insbesondere bei Frauen (Laging, 2023, S. 85). Alkoholkonsum dient in diesem Fall als Bewältigungs- oder Überlebensstrategie zur Linderung posttraumatischer Symptome (Selbstmedikationshypothese) (ebd.). Wenn Symptome der PTBS (z. B. Schlafstörungen, Flashbacks) bei Abstinenz verstärkt auftreten, begünstigt dies einen Rückfall (Deimel et al., 2024, S. 127).

Des Weiteren gehen Schätzungen davon aus, dass mindestens 50 Prozent der Alkoholkranken eine Persönlichkeitsstörung aufweisen (Wetterling et al., 2021, S. 56). Insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen führen oft zu erhöhtem Alkoholkonsum (Wetterling et al., 2021, S. 88–89). Es ist bekannt, dass bei Rückfällen des Typ 2 (zielgerichtet auf sofortige Emotionsbeseitigung) oft strukturelle Einschränkungen der Affekttoleranz und Impulskontrolle vorliegen (Sporn, 2014, S. 319). Zusätzlich sind Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis mit einem erhöhten Rückfallrisiko assoziiert (Adorjan & Pogarell, 2018, S. 48). Ebenso gehört das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) zu den häufigen psychischen Komorbiditäten und erhöht das Risiko für eine Suchterkrankung (Deimel et al., 2024, S. 128). Die Gefahr wird durch Suizidalität erhöht: Alkoholkonsum steigert die Suizidalität, wobei Suizidversuche meist impulsiv sind und durch die Verstärkung der Selbstwertproblematik und die Enthemmung durch Alkohol getriggert werden können (Wetterling et al., 2021, S. 74–75).

Komorbidität mit anderen Substanzen (Polytoxikomanie)

Der Gebrauch anderer psychotroper Substanzen ist ein Faktor, der Rückfälle begünstigt (Wetterling et al., 2021, S. 132). Ein hoher Anteil der Alkoholkranken ist nikotinabhängig (John et al., 2025, S. 33). Es bestehen vielfältige Wechselwirkungen, da beide Substanzen auf das Verstärkersystem wirken und das Verlangen wechselseitig verstärken können (Wetterling et al., 2021, S. 105). Ein weiteres Problem ist die Suchtverschiebung: Alkoholranke, die nach der Entgiftung vermehrt andere psychotrope Substanzen (z. B. Benzodiazepine) konsumieren, wurden in Studien früher rückfällig (Wetterling et al., 2021, S. 133). Tatsächlich ist Benzodiazepinmissbrauch bei einem erheblichen Anteil der Alkoholabhängigen verbreitet (Wetterling et al., 2021, S. 106).

Biologische/körperliche Faktoren

Obwohl primär biologischer Natur, sind die nachfolgenden Faktoren eng mit psychosozialen Abläufen verknüpft. So führen neuroadaptive Prozesse (Anpassungen im Belohnungssystem des Gehirns) dazu, dass die positiven Wirkungen des Alkohols nachlassen und negative emotionale Zustände begünstigt werden, was das Verlangen nach Alkohol steigert und oft zu Rückfällen führt (Beck et al., 2018, S. 619; Wetterling et al., 2021, S. 86). Ebenso treten psychische Symptome oft in Entzugssyndromen auf, was die Motivation zum Konsum aufrechterhält, um diese zu vermeiden (Wetterling et al., 2021, S. 88).

3.3 Fazit und Bedeutung für die Soziale Arbeit

Die vertiefte Auseinandersetzung mit den theoretischen Ansätzen und Einflussfaktoren des Rückfallrisikos (Kapitel 3.1 und 3.2) liefert die zentrale theoretische Basis für das Verständnis suchtspezifischer Verläufe.

Die Prozessmodelle (Marlatt und Gordon; TTM) zeigen auf, dass ein Rückfall in der Regel das Ergebnis einer fortschreitenden Abnahme der Abstinenzzuversicht ist. Dieser Prozess wird durch den Mangel an kurzfristig verfügbaren Bewältigungsressourcen in komplexen Risikosituationen verstärkt. Insbesondere der Abstinenz-Verletzungs-Effekt (AVE) verdeutlicht, dass die kognitive Interpretation eines Ausrutschers (Lapse) als totalen Misserfolg den vollen Rückfall erst initiiert. Ergänzend dazu erklären die neurobiologischen Mechanismen (*Craving*, *Suchtgedächtnis*) die unwillkürliche und automatisierte Natur des Konsumverlangens.

Die Relevanz dieser Modelle für die Soziale Arbeit wird durch die psychosozialen und strukturellen Einflussfaktoren (Kapitel 3.2) untermauert:

- Psychosoziale Dimension: Faktoren wie Komorbidität, Selbststigmatisierung und soziale Isolation sind nicht nur Begleiterscheinungen, sondern eigenständige Prädiktoren für

Rückfälle. Sie bedingen emotionale Zustände wie Einsamkeit und innere Anspannung, die häufig als Hochrisikosituationen für den Konsum fungieren.

- Strukturelle Dimension: Sozioökonomische Belastungen wie Arbeitslosigkeit, finanzielle Prekarität und geringe soziale Integration sind starke Prognosefaktoren. Sie führen dazu, dass Ressourcen aus den Lebensführungssystemen (Familie, Erwerbsarbeit) im Abstinenzversuch fehlen, was die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls dramatisch erhöht.

Daraus ergeben sich die zentralen Schlussfolgerungen für die Profession:

Die Aufgabe der Sozialen Arbeit liegt in der systematischen Adressierung der äusseren und inneren Ressourcen. Interventionsstrategien müssen über die reine Verhaltensänderung hinausgehen, indem sie:

1. Die Selbstwirksamkeit der Klient*innen stärken, um den Abstinenz-Verletzungs-Effekt zu entschärfen und Rückfälle als Lernmöglichkeit umzudeuten.
2. Strukturelle Barrieren (Wohnen, Arbeit, Finanzen) abbauen und die Wiederherstellung des sozialen Stützsystems begleiten.

4 Alkoholkonsum in der Praxis der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit ist zuständig für die Bearbeitung der psychosozialen Ursachen und Folgen von Suchtproblemen, wie beispielsweise Armut, Arbeitslosigkeit, Devianz, Desintegration und Einsamkeit (Abderhalden & Mezzera, 2024, S. 68). Die Suchtproblematik wird als ein komplexer und biografisch geprägter „Person-in Environment-Verlauf“ verstanden (ebd.). Sucht ist ein Querschnittsthema in vielen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit, zum Beispiel in der Schulsozialarbeit, Jugendhilfe und Altenhilfe (Berthel, 2021, S. 15). Das Wirken der Sozialen Arbeit findet im Spannungsfeld zwischen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Erwartungen statt (Gremminger, 2021, S. 18).

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die relevanten Handlungsfelder der Sozialen Arbeit gegeben. Anschliessend werden die bisherigen Interventionsansätze dargestellt. Zuletzt folgt eine Diskussion der gesetzlichen und institutionellen Strukturen in der Schweiz und der aktuellen Herausforderungen.

4.1 Handlungsfelder der Sozialen Arbeit mit Bezug zu Alkoholkonsum

„Sozialarbeitende sind in nahezu allen Praxisfeldern mit der Suchtthematik konfrontiert, da diese untrennbar mit sozialen Problemlagen wie Armut, Arbeitslosigkeit oder familiären Krisen verflochten ist. Als Expertin für die soziale Dimension nimmt die Soziale Arbeit dabei eine Schlüsselrolle in der Bearbeitung der komplexen Wechselwirkungen zwischen Individuum und Umwelt ein.

4.1.1 Suchtprävention

Suchtprävention setzt sich für die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen ein. Sie umfasst universelle, selektive und indizierte Massnahmen und zielt darauf ab, Probleme im Zusammenhang mit Substanzkonsum und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial zu verhindern oder zu verringern (FHNW et al., 2024, S. 22–23).

Die Soziale Arbeit berücksichtigt in der Prävention neben individuellen auch strukturelle und soziale Risiko- und Schutzfaktoren (FHNW et al., 2024, S. 22–23). Deshalb wirkt sie in den alltäglichen Lebenswelten (Settings) der Menschen, wie Familie, Schule, Arbeitsplatz oder Wohnquartier (ebd.). Sozialarbeitende setzen sich für Chancengerechte Gesundheitsförderung ein und sind prädestiniert, Zugänge zu präventiven Angeboten für Menschen in benachteiligten Lebenslagen zu realisieren (FHNW et al., 2024, S. 25; Laging, 2023, S. 22). Beispielsweise richtet sich die selektive Prävention an Risikogruppen, darunter Kinder aus suchtbelasteten Familien, die ein erhöhtes Risiko tragen, selbst

süchtig zu werden (sechsfach erhöhtes Risiko bei Alkohol) (Sommerfeld, 2021, S. 282; Wetterling et al., 2021, S. 165). Eine wichtige Massnahme ist die Früherkennung und Frühintervention (F+F), welche erste Anzeichen ungünstiger Entwicklungen frühzeitig wahrnimmt und Unterstützung bietet, bevor sich Probleme manifestieren (FHNW et al., 2024, S. 23).

4.1.2 Ambulante Suchtberatung und Therapie

Die ambulante Suchtberatung und Therapie ist ein selbstverständliches Arbeitsfeld für die Soziale Arbeit. Suchtberatungs- und Behandlungsstellen sind zentrale Anlaufstellen in den Kommunen (Laging, 2023, S. 118). Sie bieten beratungsorientierte Klient*innenarbeit und unterstützen Betroffene beim Aufbau der Motivation, Hilfe anzunehmen (ebd.).

Die Fachkräfte sind vorbeugend, unterstützend, beratend, behandelnd, integrierend und vermittelnd aktiv (Laging, 2023, S. 183). Sie erstellen Hilfepläne und vermitteln in weiterführende Angebote (Laging, 2023, S. 118). Dabei leistet die Soziale Arbeit in der ambulanten Beratung alltagsnahe Unterstützung im gesamten Lebensführungssystem, zum Beispiel im Umgang mit Finanzen, Sozialversicherungen, Wohnungs- und Beziehungsproblemen (FHNW et al., 2024, S. 28). Zu den spezialisierten Angeboten gehören die psychosoziale Begleitung Substituierter und niedrigschwellige Beratungsangebote und Triage (Laging, 2023, S. 118). Generell ist das Ziel von Beratung und Therapie die Verbesserung der Lebensqualität und der körperlichen und psychischen Verfassung der Betroffenen sowie deren soziale und berufliche Integration (Krebs et al., 2021b, S. 29).

4.1.3 Sozialarbeit im Gesundheitswesen

Die Soziale Arbeit trägt massgeblich zur psychosozialen Versorgung im Gesundheitswesen bei (Gassmann, 2020, S. 10). Obwohl Sucht lange Zeit primär als individueller, chronischer Krankheitszustand betrachtet wurde, ist heute ein bio-psycho-soziales Modell allgemein anerkannt (Liel, 2020, S. 69). Demgemäss ist die Soziale Arbeit die Expertin für die soziale Dimension (Laging, 2023, S. 22).

Als spezialisierte Form fokussiert die Klinische Sozialarbeit im Gesundheitswesen (z.B. in Krankenhäusern und Tageskliniken) auf den Problembezug und die Krankheitsbewältigung (Laging, 2023, S. 23). Ein Schwerpunkt sozialarbeiterischen Handelns im klinischen Kontext ist die soziale Analyse der Lebenssituation der Patient*innen, wobei Ressourcen und Defizite in einem sozialen Kontext betrachtet werden (Kaufmann, 2021, S. 77–78). Die Soziale Arbeit unterstützt die Aktivierung von Potenzialen des Lebensführungssystems (ebd.). Als Herausforderung gilt, dass die zunehmende

Medizinalisierung der Suchthilfe dazu führen kann, dass die Expertise der Sozialen Arbeit der medizinischen untergeordnet oder ihr die Position im Gesundheitswesen indirekt abgesprochen wird (Buchli, 2021, S. 50).

4.1.4 Kindes- und Erwachsenenschutz

Suchtprobleme, insbesondere Alkoholabhängigkeit, haben markante soziale Folgen für das Umfeld, insbesondere für Kinder und Angehörige. Schätzungen zufolge sind ca. 100.000 Kinder in der Schweiz allein in Bezug auf ein Alkoholproblem mitbetroffen, wobei ihre Entwicklungsoptionen massiv beeinträchtigt werden. Zudem tragen Kinder aus suchtbelasteten Familien ein sechsfach erhöhtes Risiko, selbst süchtig zu werden (Sommerfeld, 2021, S. 282).

Bei Suchterkrankten besteht die Gefahr, dass sie sich nicht mehr adäquat am Leben beteiligen können und sich selbst oder ihre Kinder in Gefahr bringen (Kaufmann, 2021, S. 82). In solchen Situationen muss der Sozialdienst prüfen, ob bei der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) eine Gefährdungsmeldung einzureichen ist (ebd.). Zudem leiden Angehörige häufig unter der Alkoholabhängigkeit, oft verbunden mit Gewalttätigkeit des Alkoholkranken (Wetterling et al., 2021, S. 127). Tatsächlich ist bei Gewalt im häuslichen Rahmen in jedem vierten Fall Alkohol im Spiel (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2015, S. 57). Daher informieren Sozialarbeitende Angehörige über Hilfsangebote für Krisenfälle (z.B. ALANON) (Wetterling et al., 2021, S. 127–130). Bei akuter Gefährdung der körperlichen oder psychischen Gesundheit von Angehörigen oder Kindern sind Notfallmassnahmen zu initiieren und das Jugendamt zu benachrichtigen (ebd.).

4.1.5 Wohn- und Obdachlosenhilfe

Die Bearbeitung sozialer Probleme wie Obdachlosigkeit ist der zentrale Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit (Abderhalden & Mezzera, 2024, S. 68). Generell stehen Wohnungslosigkeit und Suchtmittelkonsum in einem engen Zusammenhang (Tielking & Rabes, 2024, S. 91), wobei die Prävalenzrate substanzbezogener Störungen bei Wohnungslosen 21-fach höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (ebd.).

Bei Obdachlosen dient Alkoholkonsum oft dazu, unangenehme Gefühle zu unterdrücken (Wetterling et al., 2021, S. 90). Darüber hinaus kann Alkohol helfen, Einsamkeit zu reduzieren und Teil einer Gruppe zu werden, was jedoch einen Teufelskreis in Gang setzen kann (Hauprich & Knobel, 2024, S. 485). Folglich führt unbehandelte Sucht oft zur sozialen Desintegration, wie Scheidung, Arbeits- und Wohnungslosigkeit (Wetterling et al., 2021, S. 128). Als Ansatz werden niederschwellige Angebote, wie

das Prinzip „Housing First“ (Betroffene erhalten eine Wohnung, ohne Leistungserbringung), empfohlen, um Klient*innen zu stabilisieren und wieder behandlungsfähig zu machen (Hauprich & Knobel, 2024, S. 487).

4.2 Präventive, beratende und therapeutische Unterstützungsansätze

Die Soziale Arbeit trägt, abgesehen vom medizinischen Entzug, die Hauptaufgaben in Verhaltensprävention, Frühintervention, Beratung, Begleitung und Behandlung von Sucht.

4.2.1 Interventionsprinzipien

Die Soziale Arbeit nutzt eine Reihe von Grundprinzipien, die für das multidisziplinäre Feld der Suchthilfe wesentlich sind:

Die akzeptanzorientierte Haltung ist eine Grundlage der Sozialen Arbeit, besonders in Bereichen wie der Nightlife-Prävention. Sie bedeutet, dem Konsum – auch illegalisierter Drogen – neutral und ohne zu moralisieren zu begegnen. Dabei ist das Ziel nicht zwingend Abstinenz, sondern oft bestmögliche Gesundheit. Ergänzend dazu wird durch die Zieloffenheit Unterstützung für selbstgesetzte Ziele geboten, die in Interventionen mit dem Ziel Abstinenz, Reduktion oder Schadensminimierung münden können. Konsumreduktion als Therapieziel ist bei Alkoholabhängigkeit als alternatives oder Zwischenziel anerkannt (Laging, 2023, S. 23).

Ein eng damit verbundenes Konzept ist die Schadensminderung (Harm Reduction). Es zielt auf die Sicherung des Überlebens der Klient*innen und die Verringerung von Risiken beim Konsum. Folglich dienen die ersten Ziele in der Interventionshierarchie vor allem der Verringerung der Alkoholfolgeschäden (Liel, 2020, S. 74).

Die Ressourcen- und Lebensweltorientierung ist zentral. Die Soziale Arbeit zielt darauf ab, Ressourcen der Klient*innen zu erschliessen und zu aktivieren, um ihre Lebensbetrachtung und Handlungsfähigkeit zu stärken. Die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit stellt ein alltags- und lebensweltorientiertes Unterstützungssystem dar. Zudem ist die Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung ein zentrales Prinzip, insbesondere im Umgang mit Suchterkrankungen. Es gilt, die Klient*innen dazu zu befähigen, ihre eigenen Ressourcen zu erkennen und zu nutzen (Empowerment) (FHNW et al., 2024, S. 10).

4.2.2 Spezifische Methoden und Kompetenzen

Sozialarbeitende benötigen spezifische Methoden und Kompetenzen, um Menschen mit Alkoholproblemen zu begleiten (Gassmann, 2020, S. 10):

Die motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) gilt als eine der am besten evaluierten Interventionsmethoden, um Veränderungsambivalenzen zu überwinden und konkrete Ziele zu erarbeiten. Sie betont Empathie, die Entwicklung von Diskrepanzen, den geschmeidigen Umgang mit Widerstand und die Stärkung der Änderungszuversicht (Kiefer et al., 2023, S. 118).

Früh- und Kurzinterventionen dienen als Massnahmen zur Wissensvermittlung über negative Folgen des Alkoholkonsums und zur motivierenden Beratung zur Verhaltensänderung. Ihre Wirksamkeit zur Konsumreduktion ist bei nicht abhängigen Personen belegt. Kurzinterventionen sind auf maximal 60 Minuten bei bis zu fünf Sitzungen begrenzt (Beck et al., 2018, S. 623).

Die Soziale Diagnostik geht über eine reine Sozialanamnese hinaus, indem sie zu einer zusammenfassenden Einschätzung der Gesamtlage kommt (Diagnose). Sie identifiziert aktuelle und biografisch relevante Muster im sozialen Umfeld, um notwendige Schritte zur Veränderung sozialer Settings ableiten zu können (Kiefer et al., 2023, S. 62–63).

Zusätzlich umfasst die Rückfallprävention Massnahmen zur Verhinderung erneuten Konsums nach einer Abstinenzphase. Dazu gehören Programme wie das Strukturierte Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention (STAR) oder achtsamkeitsbasierte Ansätze wie Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP). Ergänzend dazu dient die gezielte Informationsvermittlung und Psychoedukation dazu, das erforderliche Grundlagenwissen über Alkohol zu vermitteln und Betroffene zur kritischen Selbstreflexion anzuregen (Schnell, 2024, S. 155; Wetterling et al., 2021, S. 131–133).

4.3 Institutionelle Rahmenbedingungen und aktuelle Herausforderungen

Die Suchtpolitik der Schweiz wird von zahlreichen Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen, auf Gemeinde-, Kantons- und Bundesebene sowie in der Selbsthilfe gestaltet.

4.3.1 Institutionelle und finanzielle Rahmenbedingungen

Die institutionellen und finanziellen Rahmenbedingungen für den Alkoholkonsum in der Schweiz sind geprägt von einem föderalistischen System, spezifischen Gesetzgebungen, einer grossen Diskrepanz zwischen Einnahmen und volkswirtschaftlichen Kosten sowie einer Vielzahl von Akteuren in der Prävention und Suchthilfe (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2015, S. 14).

Im Folgenden werden die institutionellen und finanziellen Aspekte detailliert dargestellt:

Regulatorische und politische Steuerung

Die Schweizer Suchtpolitik basiert auf der Nationalen Strategie Sucht 2017–2024, die bis 2028 verlängert wurde und die früheren Nationalen Programme Alkohol und Tabak ablöste. Diese Strategie verfolgt einen umfassenden Ansatz, der auf dem Modell der Viersäulenpolitik (Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression) aufbaut. Dabei sind zentrale Ziele der Regulierung und des Vollzugs der Schutz der Gesundheit und die Gestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, um ein risikoarmes Verhalten zu fördern (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2015, S. 1–27).

Mehrere Akteure teilen sich die Verantwortung: Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist ein zentraler Akteur, insbesondere im Bereich Prävention und Strategieentwicklung, und verwaltet das Monitoring-System Sucht und NCD (MonAM) (Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Obsan, 2024). Zudem kontrolliert die Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV) die Herstellung, den Import und den Handel von gebranntem Alkohol und regelt dessen Besteuerung (Sucht Schweiz, 2017, S. 23). Auf kantonaler und kommunaler Ebene sind die Kantone und Gemeinden massgeblich für den Vollzug der Gesetze (z. B. Jugendschutz) und die Organisation der Suchthilfe zuständig (Sucht Schweiz, 2017, S. 27). Oftmals sind die Gesundheitsämter die verantwortlichen kantonalen Stellen für Alkoholprävention und -politik (ebd.). Schliesslich spielen Fachorganisationen wie Sucht Schweiz, der Fachverband Sucht, die Groupement Romand d'Études des Addictions (GREAA) und das Blaue Kreuz Schweiz eine wichtige Rolle in Prävention, Therapie und Interessenvertretung ("Aktionstag Alkoholprobleme 2025", 2025).

Spezifische Gesetze und Regulierungen

Das Schweizer Alkoholgesetz stammt grösstenteils aus dem Jahr 1932, wobei eine Totalrevision 2015 scheiterte (Meury, 2022b, S. 26). Folglich tangieren die politischen Massnahmen zur Regulierung oft wirtschaftliche Interessen und gesellschaftliche Ideologien, weshalb sie schwierig durchzusetzen sind und die Schweizer Alkoholpolitik diesbezüglich vielen europäischen Staaten hinterherhinkt (ebd.).

Im Kernbereich des Jugendschutzes besteht ein Verkaufsverbot für gegorenen Alkohol (Wein, Bier, Obstwein) an unter 16-Jährige (gemäss Lebensmittelverordnung) sowie für gebrannte Wasser (Spirituosen, Liköre, Alkopops) an unter 18-Jährige (gemäss Alkoholgesetz) (Sucht Schweiz, 2017, S. 22). Die Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen wird mittels Testkäufen kontrolliert, wobei der Jugendschutz im Online-Handel fast inexistent ist (Verkaufsquote an Jugendliche bei 93.5% in 2021) (Bienlein et al., 2022, S. 41).

Hinsichtlich der Verfügbarkeit und Verkaufszeiten sind die kantonalen Regulierungen heterogen (Bienlein et al., 2022, S. 42). Massnahmen wie die Einschränkung der zeitlichen und örtlichen Verfügbarkeit (z. B. Nachtverkaufsverbote ab 21 Uhr in Läden und Kiosken) wurden in Kantonen wie Genf und Waadt umgesetzt und führten zu einem Rückgang der Hospitalisierungen wegen Alkoholvergiftungen, insbesondere bei jüngeren Menschen (Wicki & Schneider, 2021, S. 44). Das Alkoholgesetz schränkt den Kleinhandel mit Spirituosen ein, indem es Verbote für den Verkauf in Automaten, die Gratisabgabe zu Werbezwecken oder Vergünstigungen festlegt (Sucht Schweiz, 2017, S. 22).

Im Bereich der Verkehrssicherheit waren wichtige Massnahmen die Senkung des Blutalkoholgrenzwertes von 0,8 auf 0,5 Promille und die Einführung von anlassfreien Atemalkoholkontrollen sowie ein Alkoholverbot für Neulenkende (Meury, 2022b, S. 26). Spezifische Angebote wie "be my angel tonight" fördern die Sicherheit im Strassenverkehr durch die Motivation, nüchtern zu bleiben (Bücheli, 2021, S. 215). Obwohl die WHO "Best Buys" (wie Preiserhöhungen, Werbeeinschränkungen und Verfügbarkeitsbeschränkungen) als strukturelle Prävention empfiehlt, sind diese in der Schweiz nur teilweise umgesetzt (Bach et al., 2024, S. 32).

Staatliche Einnahmen durch Alkoholsteuern

Der Staat generiert Einnahmen durch die Besteuerung alkoholischer Getränke, wobei die Preispolitik zu den wirkungsvollsten Massnahmen zur Reduzierung des Alkoholkonsums zählt (Kuttler, 2020, S. 112). Seit 1887 wird eine Steuer auf Spirituosen erhoben (das sogenannte "Alkoholzehntel"), von dessen Ertrag 10 Prozent an die Kantone zur Finanzierung der Präventionsarbeit und zur Bekämpfung

der Ursachen und Wirkungen von Suchtkrankheiten fliessen (Sucht Schweiz, 2017, S. 24). Die übrigen 90 Prozent des Ertrags fliessen in die AHV (Alters- und Hinterlassenenversicherung) (ebd.). Die Steuereinnahmen des Bundes aus Bier- und Spirituosensteuer betragen jährlich rund 380 Millionen Franken (Meury, 2022a, S. 6).

Finanzierung von Prävention und Suchthilfe

Es besteht eine erhebliche finanzielle Diskrepanz zwischen den wirtschaftlichen Interessen der Alkoholindustrie und den Mitteln für die Prävention. Der Umsatz der Alkoholindustrie in der Schweiz wird auf über 11 Milliarden Franken geschätzt (Meury, 2022a, S. 6). Im Vergleich dazu standen den Kantonen im Jahr 2023 aus Steuereinnahmen für die Bekämpfung der Ursachen und Folgen aller psychoaktiven Substanzen (inkl. Alkohol) nur 29 Millionen Franken zur Verfügung, wovon etwas mehr als neun Millionen Franken spezifisch in die Alkoholprävention flossen (Bach et al., 2024, S. 32).

Die Finanzierung von Präventions- und Suchthilfeangeboten erfolgt oft durch eine Kombination aus projektbezogenen Fonds (wie dem Alkoholzehntel) und kantonalen Leistungsvereinbarungen (FHNW et al., 2024, S. 23). Beispielsweise wird die ambulante Behandlung und Beratung bei Suchtproblemen im Kanton Aargau objektiv durch den Kanton finanziert, während die ambulante Suchtbehandlung in Kliniken subjektiv durch die obligatorische Krankenversicherung finanziert wird (ebd.). Die Finanzierung von stationären Massnahmen, insbesondere im sozialtherapeutischen Bereich, die nicht von der Krankenkasse getragen werden, stellt oft eine Belastung für die Sozialhilfebudgets der Gemeinden dar, wenn kein Lastenausgleich vorhanden ist (Forster et al., 2021, S. 109).

4.3.2 Aktuelle Herausforderungen

Die Herausforderungen im Umgang mit dem Alkoholkonsum in der Schweiz sind vielschichtig und erstrecken sich über die Bereiche Politik, Finanzierung, Prävention und das Suchthilfesystem selbst.

Die zentrale Problematik liegt in der fehlenden wirksamen strukturellen Alkoholpolitik auf nationaler Ebene, welche im Vergleich zu vielen europäischen Staaten hinterherhinkt (Meury, 2022b, S. 26). Die politischen Massnahmen zur Regulierung tangieren demnach oft wirtschaftliche Interessen und gesellschaftliche Ideologien, was ihre Durchsetzung stark erschwert (Meury, 2022a, S. 6). Zudem zeigen Berechnungen, dass die Industrie einen Grossteil ihrer Einnahmen (etwa 50 Prozent des Alkohols in der Schweiz) mit einem kleinen Teil der Bevölkerung (ca. 10 Prozent der Bevölkerung) generiert, was ein geringes Interesse an der Verminderung der Probleme impliziert (Hüllinghorst, 2023, S. 41). Als Folge dieser politischen Schwäche fehlen systematische öffentliche Kommunikation und Sensibilisierung zu Alkohol in der Schweiz, weshalb alltägliche Trinkentscheidungen oft auf sozialen

Konventionen und Herstellerinformationen, anstatt auf Fakten basieren (Bach et al., 2024, S. 31). Ergänzend dazu sind die oben bereits erwähnten und als wirksam und kostengünstig erwiesenen "Best Buys" der WHO (wie Einschränkung der Erhältlichkeit, Verhinderung von Billigalkohol und umfassendes Werbeverbot) auf nationaler Ebene nur teilweise umgesetzt, da der politische Wille zur Durchsetzung verhältnispräventiver Massnahmen oft fehlt (Bach et al., 2024, S. 32). Diese Defizite werden durch Deregulierungstendenzen auf kantonaler Ebene verstärkt, wie die Debatte über die Aufhebung des Verbots, betrunkenen Personen Alkohol auszuschenken (Kanton Zug), oder die Aufhebung des Verbots des Alkoholverkaufs an Tankstellen (Kanton Jura) (Bach et al., 2024, S. 31).

Diese politischen und regulatorischen Schwachstellen manifestieren sich besonders in den Herausforderungen im Jugendschutz und bei der Verfügbarkeit. Trotz des breiten Konsenses zum Schutz von Minderjährigen (Meury, 2022b, S. 27–28) bestehen weiterhin massive Mängel bei der Umsetzung. Der Jugendschutz im Online-Handel ist nahezu inexistent, wie Testkäufe zeigen, bei denen im Jahr 2021 Jugendliche im Schutzalter in 93,5 Prozent der Fälle den gewünschten Alkohol erhielten und nur in 10 Prozent der Fälle Alterskontrollen bei der Auslieferung durchgeführt wurden (ebd.). Ebenso ist die Verkaufsquote von Alkohol an zu junge Personen im physischen Handel mit 34 Prozent weiterhin unzureichend (Bienlein et al., 2022, S. 43). Die Anfälligkeit für Rauschtrinken wird zusätzlich durch die Verfügbarkeit von billigem Alkohol (wie Büchsen-Bier für unter 50 Rappen) begünstigt, was Jugendlichen ermöglicht, sich für sehr wenig Geld zu berauschen (Meury, 2022b, S. 27). Hinzu kommt, dass Alkoholanreize (Alkoholstimuli) in den sozialen Medien und im Alltag der Jugendlichen zunehmen (Meury, 2022a, S. 6).

Zusätzlich führt die Medizinalisierung der Suchthilfe zu einem Ungleichgewicht (Gremminger, 2021, S. 19): Ärztlich delegierte psychotherapeutische Leistungen können über die Krankenkasse abgerechnet werden (Subjektfinanzierung), während die Leistungen der Sozialen Arbeit hauptsächlich über öffentliche Gelder (Objektfinanzierung) finanziert werden und somit Gefahr laufen, weggelassen zu werden (Abderhalden & Mezzera, 2024, S. 67). Dies resultiert in Finanzierungslücken für die ambulanten Angebote der Sozialen Arbeit, die niedrigschwellig sind und sich auf psychosoziale Ursachen und Folgen konzentrieren (ebd.). Erschwerend kommt hinzu, dass die Finanzierung von Koordinationsleistungen (Schnittstellenarbeit) zwischen medizinisch-psychiatrischen und psychosozialen Leistungserbringern nicht ausreichend durch die geltenden Tarife (Tarmed und PsyTar) abgedeckt wird (Leiberg et al., 2024, S. 22).

Schliesslich wird das Suchthilfesystem durch gesellschaftliche und soziale Herausforderungen belastet. Übermässiger Konsum und Sucht sind oft gesellschaftlich tabuisiert, was zu einer weit verbreiteten Stigmatisierung von Menschen mit Alkoholproblemen führt (Gremminger, 2021, S. 17). Die Angst vor

Stigmatisierung wird als zweithäufigste Barriere genannt, die Betroffene davon abhält, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, wodurch nur etwa eine von zehn suchtbetroffenen Personen professionelle Hilfe sucht (FHNW et al., 2024, S. 19). Eng damit verbunden ist das Dualproblem Sucht und Finanzen: Es besteht ein gut belegter Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und prekären finanziellen Verhältnissen (Gremminger, 2021, S. 19). Die Komplexität psychosozialer Problemlagen nimmt zu (Krebs & Abderhalden, 2024, S. 68), jedoch lehnen viele Organisationen der Budget- und Schuldenberatung die Begleitung von Menschen mit Suchterkrankungen ab oder verlangen eine vorgängige Stabilisierung, was Betroffene zusätzlich stigmatisiert (Hüllinghorst, 2023, S. 17). Darüber hinaus beschränken sich die Folgen des Alkoholkonsums nicht auf die Konsumierenden selbst, sondern betreffen als "Passivtrinken" auch das soziale Umfeld und die gesamte Gesellschaft (Bach et al., 2024, S. 31). Etwa eine halbe Million nahe Angehörige sind allein von einem Alkoholproblem mitbetroffen, zu den Schäden zählen Traumata durch Verkehrsunfälle, häusliche Gewalt und die Fetale Alkoholspektrumsstörung (FASD), die jedes Jahr mindestens 1700 Kinder betrifft (Meury, 2022a, S. 5; Sommerfeld, 2021, S. 282). Abschliessend stellen die aktuellen Forschungsergebnisse, dass keine sichere Konsummenge für Alkohol existiert und bereits leichter Konsum das Risiko für chronische Krankheiten erhöhen kann (Rummel & von der Linde, 2022, S. 32), das Suchthilfesystem vor die Herausforderung, die auf Konsens basierenden Empfehlungen zur risikolosen Konsummenge zu überarbeiten (Bach et al., 2024, S. 34).

5 Forschungsdesign

Dieses Kapitel dient der transparenten und systematischen Darstellung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelor-Arbeit. Es legt das Forschungsdesign offen, welches die Grundlage für die Beantwortung der formulierten Forschungsfragen bildet. Das Design umfasst die Begründung der Wahl des qualitativen Ansatzes, die Strategie der Fallauswahl (Sampling), die Konzeption der Datenerhebung mittels Leitfadeninterviews sowie die konkreten Schritte der Datenaufbereitung und -auswertung. Die dargelegte Methodologie gewährleistet die wissenschaftliche Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit der Forschungsergebnisse.

5.1 Forschungsfrage und Forschungsziel

Die vorliegende Untersuchung wird durch eine zentrale Forschungslücke motiviert, die in den theoretischen Grundlagen (Kap. 2 und 3) identifiziert wurde. Während die medizinische und psychologische Forschung fundierte Modelle zur individuellen Pathogenese und Rückfallprophylaxe liefert, wird die subjektive Bedeutung und die Erlebbarkeit des Rückfallrisikos durch die Betroffenen oft nur punktuell berücksichtigt.

Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit ist es entscheidend, Sucht und Rückfälle nicht als rein individuelle oder medizinische Phänomene, sondern als Person-in-Environment-Problem zu begreifen, welches die Wechselwirkung von inneren und äusseren Faktoren betont. Die Fragestellung wurde daher aus der Notwendigkeit heraus entwickelt, die strukturellen und sozialen Barrieren – die oft jenseits der direkten Kontrolle der Klient*innen liegen – empirisch zu erfassen und deren Einfluss auf den Rückfall zu rekonstruieren. Diese Herangehensweise sichert die Relevanz der Arbeit für die sozialarbeiterische Praxis.

Die Arbeit wird von der folgenden, zentralen Forschungsfrage geleitet, die durch die qualitative Erhebung empirisch beantwortet wird:

Welche individuellen, sozialen und strukturellen Faktoren beeinflussen aus Sicht der Betroffenen das Rückfallrisiko?

Diese zentrale Frage wird im Rahmen der Arbeit durch die Beantwortung mehrerer leitender Theorie- und Praxisfragen kontextualisiert und fundiert:

Theoriefragen:

- Wie wird Alkoholkonsum in der Schweiz beschrieben, gemessen und beurteilt?
- Welche Merkmale haben Menschen mit riskantem, abhängigem oder rückfallgefährdetem Alkoholkonsum?
- In welchen Bereichen der Sozialen Arbeit spielt Alkoholkonsum eine Rolle – und welche Unterstützungsansätze gibt es bisher?

Praxisfrage:

- Welche Handlungsmöglichkeiten kann die Soziale Arbeit aus den Erkenntnissen ableiten?

Das übergeordnete Ziel der Forschung ist die Einsichtsgewinnung in die Komplexität des Rückfallgeschehens aus der Perspektive der Klient*innen. Dies soll eine fundierte Wissensbasis schaffen, welche die Professionalisierung des Umgangs mit Rückfällen in der Sozialen Arbeit vorantreibt, indem Rückfälle nicht als Scheitern, sondern als Teil eines Veränderungsprozesses begriffen werden.

Die primäre Zielsetzung der Arbeit gliedert sich wie folgt: Erstens soll die detaillierte Rekonstruktion der Wechselwirkungen zwischen individuellen Risikofaktoren (z. B. Affektdysregulation) und den externen, strukturellen Barrieren (z. B. Existenzsorgen, Mangel an fachlicher Hilfe) gelingen. Zweitens soll ein Brückenschlag zur Theorie erfolgen, indem die empirischen Befunde in den Kontext des Bio-Psycho-Sozialen Modells gestellt und mit den Modellen der Rückfallprophylaxe abgeglichen werden (vgl. Diskussion in Kap. 7). Schliesslich sollen die gewonnenen Erkenntnisse in konkrete und berufsrelevante Schlussfolgerungen für das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit münden (vgl. Schlussfolgerungen in Kap. 8). Die Arbeit zielt darauf ab, Fachpersonen konkrete Orientierung zu geben, wie sie Klient*innen in vulnerablen Phasen optimal unterstützen und die in der Diskussion identifizierten systemischen Lücken adressieren können.

5.2 Wahl der Forschungsmethode

Ziel der vorliegenden Forschung war es, herauszufinden, welche individuellen, sozialen und strukturellen Faktoren aus Sicht der Betroffenen das Rückfallrisiko beeinflussen. Dafür eignete sich die teilstandardisierte qualitative Erfassungsmethode sehr gut, da diese nach Helfferich (2011) auf die subjektiven Sichtweisen abzielt sowie Möglichkeiten vorsieht, die Antworten frei zu formulieren (S. 21 – 22). Es können damit Einblicke in die persönlichen Einstellungen und Meinungen gewonnen werden (ebd.).

In der vorliegenden Forschung wurden Leitfadeninterviews durchgeführt, da sie sich als Befragungsinstrument besonders dann eignen, wenn es um subjektive Ansichten mit Fokus auf maximale Offenheit der Antworten geht. Mit offenen Fragen wird ein offener Erzählraum geschaffen, in welchen mit strukturierten Nachfragen eingegriffen werden kann (Helfferich, 2011, S. 179). Aufgrund der offenen und damit zur Erzählung animierenden Fragestellung eignet sich die qualitative Erfassungsmethode in Form von Leitfadeninterviews für die gewünschte Analyse der Einflussfaktoren aus Sicht der Betroffenen.

5.3 Sampling und Fallauswahl

In der empirischen Sozialforschung bezeichnet Sampling (Stichprobe, Auswahl) den Prozess der Auswahl der zu untersuchenden Elemente, die einen Teil der zu untersuchenden Grundgesamtheit darstellen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 228–229). Im Rahmen der qualitativen Forschung steht dabei nicht die statistische Repräsentativität im Fokus, sondern die inhaltliche bzw. konzeptuelle Repräsentativität (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 40). Ziel ist es, durch eine bewusste Fallauswahl (Purposive Sampling) informationsreiche Fälle (information-rich cases) zu gewinnen, um ein Phänomen tief und differenziert zu analysieren (Misoch, 2019, S. 212).

Die vorliegende Untersuchung basiert auf vier Interviews, die innerhalb des eigenen Arbeitsbetriebs vorgenommen wurden. Die Auswahl der Befragten wurde nicht durch eine systematische Sampling-Strategie (wie etwa das Theoretische Sampling) gesteuert, sondern durch die einfache Zugänglichkeit und Verfügbarkeit der Personen. Diese Vorgehensweise entspricht de facto einer willkürlichen Auswahl (Convenience Sampling) (Misoch, 2019, S. 207).

Obwohl die willkürliche Auswahl wissenschaftlich aufgrund der Gefahr einer Verzerrung (Bias) (Akremi, 2022, S. 414) und des Risikos von geringem Aussagewert (Misoch, 2019, S. 207) kritisch betrachtet wird, war das Untersuchungsfeld hier bereits durch den kontextuellen Rahmen der Forschung auf den spezifischen Betrieb gesetzt.

Die Entscheidung für diese vier Befragten wird jedoch dadurch methodisch abgesichert, dass sie im Hinblick auf die Forschungsfrage als informationsreich betrachtet werden können. Ziel war es, innerhalb dieses gegebenen Feldes eine Bandbreite an individuellen Perspektiven zu erfassen. Die vier Interviews dienen somit der Erschliessung detaillierten, kontextspezifischen Wissens.

Aufgrund der gewählten Fallauswahl hat die Studie keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität. Das Forschungsinteresse richtet sich nicht auf die Verallgemeinerung von Ergebnissen, sondern auf die

detaillierte Rekonstruktion der subjektiven Sichtweisen und individuellen Meinungen der Beteiligten. Die Ergebnisse sind demnach als kontextgebundene Erkenntnisse einer qualitativen Fallstudie zu verstehen.

5.4 Datenerhebung

Wie bereits erwähnt wurde das Leitfadeninterview als Erhebungsmethode ausgewählt. Dies beinhaltet grundsätzlich mündlich geführte Interviews, in welchen die befragten Personen von ihrem alltäglichen Leben und Beziehungen innerhalb ihres Lebensmilieu oder ihren individuellen Lebensgeschichten berichten (Schaffer, 2014, S. 121).

Für die Durchführung der Befragungen wurde im Vorfeld ein strukturiertes Gesprächsinstrument, das als Interviewleitfaden bezeichnet wird, konzipiert. Dieses Dokument diente später als zentrale Orientierungshilfe bei der Durchführung der Interviews. Auf Basis einer anfänglichen Literaturanalyse wurden zentrale, offen formulierte Hauptfragen sowie ergänzende, präzisierende Anschlussfragen entwickelt, die der Vertiefung der Antworten dienen sollten (Helfferich, 2022, S. 876).

Der Interviewleitfaden fungiert primär als ein Gliederungswerkzeug, das sicherstellt, dass alle forschungsrelevanten Themenbereiche während des Gesprächs abgedeckt werden. Entsprechend der induktiven Methodik qualitativer Forschung, bei der vom Speziellen auf das Allgemeine geschlossen wird, wurde der Fragetyp induktiv gewählt. Diese "Bottom-up"-Herangehensweise zielt darauf ab, individuelle Erzählungen und Erlebnisse zu erheben, deren Antworten dann zur Schaffung eines umfassenderen Verständnisses oder zur Verallgemeinerung genutzt werden.

Der Interviewleitfaden stellt eine Strukturierungshilfe dar, die dazu beiträgt, dass im Interview keine relevanten Inhalte der Forschungsfragen aus dem Blick geraten. Die Reihenfolge der Fragen muss nicht zwingend eingehalten werden und der interviewführenden Person steht es frei, eigenständig zu bestimmen, wann und in welchem Ausmass Nachfragen gestellt werden (Schaffer, 2014, S. 121).

Der Leitfaden wurde drei Abschnitte unterteilt: die Einleitung, den Fragenkatalog (Hauptteil) und den Abschluss. Zu Beginn des Gesprächs erfolgte die Begrüssung der Teilnehmenden und der Dank für ihre Bereitschaft zur Mitwirkung. Anschliessend wurden das Thema und das Ziel der Befragung erläutert. Des Weiteren wurden formelle Punkte wie die Aufzeichnung (Tonaufnahme und Notizen), die Vertraulichkeit der Daten (Anonymität/Datenschutz) sowie die geplante Dauer besprochen. Alle Interviewpartner*innen mussten eine Einwilligungserklärung zum Datenschutz unterschreiben. Ein kurzer Überblick über die geplanten Themenfelder schloss die Einleitung ab.

Im Hauptteil des Interviews wurden die Kern- und die Vertiefungsfragen aus dem Katalog gestellt. Mit der Konzeption dieser Fragen wurden die folgenden inhaltlichen Schwerpunkte abgedeckt, die auf den Umgang mit Alkoholkonsum und Rückfällen fokussieren:

- Der eigene Weg mit dem Alkoholkonsums
- Das Erleben und die persönliche Bewertung von Rückfällen
- Die Identifizierung von Gründen und Auslösern für Rückfälle (persönliche, soziale, externe Faktoren)
- Die Wirksamkeit von Strategien und Hilfsangeboten während eines Rückfalls
- Die aktuellen Bewältigungsansätze und Strukturen zur Risikominimierung (Ausblick)
- Erwartungen und Wünsche an die Profession der Sozialen Arbeit im Umgang mit dieser Thematik

Die Interviews endeten mit der Gelegenheit für die Teilnehmenden, abschliessende wichtige Bemerkungen oder noch nicht angesprochene Inhalte einzubringen. Der Prozess wurde mit einem erneuten Dank an die Interviewpartner*innen beendet, bevor sie verabschiedet wurden.

5.5 Datenaufbereitung

Zur Datenaufbereitung der Interviews wurde das einfache, inhaltlich fokussierte Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2018) verwendet, das darauf abzielt, die verbale Sprache zugunsten einer besseren Lesbarkeit zu „glätten“ und den Fokus auf den inhaltlichen Gehalt der Aussagen zu legen. Grundsätzlich wird wörtlich transkribiert, jedoch nicht lautsprachlich. Dialekte werden nach Möglichkeit ins Hochdeutsche übersetzt, wobei Wortverschleifungen an das Schriftdeutsch angeglichen werden. Die syntaktisch fehlerhafte Satzform wird beibehalten, während Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern in der Regel geglättet bzw. ausgelassen werden. Lediglich „ganze“ Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet. Wortdoppelungen werden nur notiert, wenn sie als Stilmittel zur Betonung eingesetzt werden. Die Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, um Sinneinheiten zu strukturieren. Pausen werden durch die dreifache Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert. Verständnissignale des gerade nicht sprechenden Partners (z. B. „mhm“, „aha“) werden nicht transkribiert; eine Ausnahme bildet nur die ausschliessliche Antwort „mhm“, die als „mhm (bejahend)“ oder „mhm (verneinend)“ erfasst wird. Besonders betonte Wörter werden durch GROSSSCHREIBUNG kenntlich gemacht. Emotionale nonverbale Äusserungen (z. B. lachen, seufzen), die die Aussage stützen, werden in Klammern vermerkt. Unverständliche Passagen werden mit (unv.) gekennzeichnet, wobei längere unverständliche Stellen zusätzlich mit der Ursache versehen werden (z. B. (unv., Mikrofon rauscht)).

Die interviewende Person wird mit „I:“ und die befragte Person mit „B:“ gekennzeichnet; jeder Sprecherbeitrag erhält einen eigenen Absatz, und Zeitmarken werden mindestens am Ende eines Absatzes eingefügt (Dresing & Pehl, 2018, S. 20–23).

5.6 Datenauswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (1995), einer spezialisierten Grundform der qualitativen Inhaltsanalyse (S. 209). Das übergeordnete Ziel dieses Verfahrens ist die systematische Reduktion des Materials auf seine wesentlichen Inhalte, um einen überschaubaren Kurztext zu schaffen, während der ursprüngliche Sinngehalt erhalten bleibt (Mayring, 1995, S. 209–213). Der Prozess der Kategorienbildung und Materialreduktion gliedert sich hierbei in mehrere, regelgeleitete Schritte, die eine erhöhte Systematik und Überprüfbarkeit der Analyse gewährleisten (Mayring, 1995, S. 209–213).

Die zentralen Verfahrensregeln zur Materialreduktion (Paraphrasierung, Generalisierung und Reduktion) sind dabei gemäss Mayring (1995) wie folgt aufgebaut (S. 211–213):

1. Paraphrasierung

Der Prozess beginnt mit der Paraphrasierung inhaltstragender Textstellen. Hierbei werden zunächst alle nicht oder wenig inhaltstragenden Bestandteile wie Ausschmückungen, Wiederholungen oder verdeutlichende Wendungen gestrichen. Die verbleibenden Textabschnitte werden anschliessend auf eine einheitliche Sprachebene übersetzt und in eine grammatikalische Kurzform transformiert, um die Vergleichbarkeit zu erhöhen und das Material vorzuverdichten.

2. Generalisierung

Im nächsten Schritt erfolgt die Generalisierung der Paraphrasen auf ein zuvor theoretisch festgelegtes Abstraktionsniveau. Dies bedeutet, dass die Gegenstände und Satzaussagen (Prädikate) der Paraphrasen so verallgemeinert werden, dass die ursprünglichen Aussagen in den neu formulierten impliziert sind. Paraphrasen, die bereits über dem definierten Abstraktionsniveau liegen, werden beibehalten. Theoretische Vorannahmen dienen in Zweifelsfällen als Interpretationshilfe.

3. Erste Reduktion

Die erste Stufe der Reduktion dient der weiteren Komprimierung durch Aussortierung und Selektion. Dabei werden zunächst bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten

gestrichen. Ferner werden diejenigen Paraphrasen eliminiert, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden. Nur die als zentral bewerteten Paraphrasen werden für die Weiterverarbeitung ausgewählt.

4. Zweite Reduktion

Die zweite Reduktionsstufe finalisiert die Komprimierung, indem die verbliebenen Paraphrasen zu neuen, verdichteten Aussagen gebündelt und integriert werden. Paraphrasen mit ähnlichem Gegenstand und ähnlicher Aussage werden zu einer einzigen Aussage zusammengefasst (Bündelung). Mehrere Aussagen zu einem Gegenstand werden ebenfalls zusammengeführt (Konstruktion/Integration). Das Ergebnis dieses Prozesses bildet das Kategoriensystem, dessen Zusammenfassung anschliessend am Ausgangsmaterial rücküberprüft wird.

Gemäss Mayring (2010) bietet sich die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse für die Datenanalyse an, da sie darauf abzielt, den inhaltlichen Gehalt des Materials zu erfassen und eine verdichtete, aussagekräftige Darstellung der Ergebnisse zu erzielen (zitiert nach Schaffer, 2014, S. 165).

Die für die Klassifizierung des Textmaterials notwendigen Kategorien werden nicht ausschliesslich auf Basis theoretischen Vorwissens festgelegt. Stattdessen werden sie im Verlauf der Analyse aus dem Datenmaterial heraus abgeleitet, ergänzt oder modifiziert. Diese Methode bezeichnet Mayring (2010) als die induktive Entwicklung von Kategorien (zitiert nach Schaffer, 2014, S. 165).

Die initial induktiv generierten Kategorien wurden wie folgt definiert und umfassen:

Individuelle Faktoren (psychisch, biografisch, verhaltensbezogen)
Soziale Faktoren (Umfeld, Beziehungen, Familie)
Strukturelle Faktoren (System, Institutionen, Alltag)

Tabelle 3: Im Voraus gebildete Kategorien für die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (zitiert nach Schaffer, 2014, S. 164–165) (eigene Darstellung)

Im Zuge der Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse, beziehungsweise der Interpretation der den Kategorien zugewiesenen Interviewaussagen, ergaben sich die nachfolgend genannten Codes:

Emotionale Auslöser / Dysregulation
Biografische Belastungen / Trauma
Fehlende / Mangelnde Skills

Kontrollverlust
Toxisches / Konfliktreiches Umfeld
Unterstützendes Umfeld / Präsenz
Soziale Isolierung
Arbeitsmarktfaktoren
Institutionelle Mängel / Übergänge
Bedeutung der Tagesstruktur
Finanzielle/Materielle Ängste

Tabelle 4: Formuliert Codes für die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (zitiert nach Schaffer, 2014, S. 163) (eigenen Darstellung)

Die relevanten Textsegmente der Interviews wurden den passenden Hauptkategorien zugeordnet und mit einem entsprechenden Code versehen. Die folgende Tabelle bietet eine strukturierte Übersicht über die Kategorien und die zugehörigen Codes:

Kategorie	Codes
Individuelle Faktoren (psychisch, biografisch, verhaltensbezogen)	Emotionale Auslöser / Dysregulation
	Biografische Belastungen / Trauma
	Fehlende / Mangelnde Skills
	Kontrollverlust
Soziale Faktoren (Umfeld, Beziehungen, Familie)	Toxisches / Konfliktreiches Umfeld
	Unterstützendes Umfeld / Präsenz
	Soziale Isolierung
Strukturelle Faktoren (System, Institutionen, Alltag)	Arbeitsmarktfaktoren
	Institutionelle Mängel / Übergänge
	Bedeutung der Tagesstruktur
	Finanzielle/Materielle Ängste

Tabelle 5: Übersicht Bildung Kategorien und Codes für die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, S. 71–72) (eigene Darstellung)

6 Darstellung der Forschungsergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden die Daten aus der durchgeführten qualitativen Forschung dargestellt. Die Ergebnisse basieren auf der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews und beantworten die Forschungsfrage: "Welche individuellen, sozialen und strukturellen Faktoren beeinflussen aus Sicht der Betroffenen das Rückfallrisiko?"

6.1 Darstellung der Ergebnisse

Die vier geführten Interviews mit den Betroffenen wurden anhand der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die relevanten Aussagen wurden den drei deduktiv gesetzten Oberkategorien zugeordnet, die als Analyserahmen dienten: Individuelle Faktoren, Soziale Faktoren und Strukturelle Faktoren.

Innerhalb dieser Oberkategorien wurden die Textstellen induktiv zu Unterkategorien und Codes verdichtet, welche die wesentlichen Risikofaktoren aus der Perspektive der Befragten erfassen. Aus Datenschutzgründen werden die Namen der befragten Personen nicht genannt, stattdessen werden die Interviewpartner*innen mit dem Buchstaben B für Befragte abgekürzt und von der Zahl 1 bis 4 durchnummeriert.

Die zentralen Ergebnisse der durchgeführten qualitativen Inhaltsanalyse werden in den folgenden Unterkapiteln dargestellt.

6.1.1 Individuelle Faktoren

Die Kategorie "Individuelle Faktoren" beschreibt die internen, persönlichen und biografischen Elemente der Befragten, die das Rückfallrisiko beeinflussen. Hierbei kristallisierten sich vier zentrale Unterkategorien heraus:

Emotionale Auslöser / Dysregulation

Diese Unterkategorie umfasst Aussagen, die den Konsum als direkte Reaktion auf die innere Gefühlswelt beschreiben. Als primäre Auslöser wurden Frustration und Langeweile identifiziert, oft in einer Spirale mit Depressionen.

B1 beschreibt die emotionale Triebfeder: *"Ich glaube, es ist (...) Frust, Langweile. Frustration und Langweile, ja."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 245).

B1 verdeutlicht die Wechselwirkung: *"Depressionen kann zu Konsum bringen, und Konsum bringt zu Depressionen. Eines zieht den anderen runter, [...] Man ist nicht zufrieden mit, was man, äh, was aktuelles Leben ist."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 262-264).

B3 nennt den Konsum als Ventil für Reizüberflutung: *"Der Alkohol ist dann, aus meiner Sicht, so ein bisschen eine Antwort auf die, äh, die depressiven Verstimmungen."* (Interview B3, 22. Oktober 2025, Z. 63-64).

Biografische Belastungen / Trauma

Diese Unterkategorie beinhaltet die Auswirkungen der persönlichen Geschichte und des Selbstwerts auf die Sucht. Die Betroffenen beschreiben frühe Prägungen und die Notwendigkeit, innere Konflikte und Lebenslügen zu vertuschen.

B2 berichtet von einem tief verankerten Minderwertigkeitsgefühl, das zum Zwang der Leistung führte: *"Und dann hat sich das einfach so aufgebaut, du bist zu wenig gut."* (Interview B2, 27. Oktober 2025, Z. 177).

B4 beschreibt die Last der Familiengeheimnisse: *"Aber es ist viel in unserer Familie, es ist viel Scham. Definitiv sehr, sehr viel Scham."* (Interview B4, 24. Oktober 2025, Z. 83-85).

B2 spricht über das Verstecken des Konsums: *"Das notorische Lügen von Nein, ich habe nichts genommen. Nein, ich habe nichts genommen."* (Interview B2, 27. Oktober 2025, Z. 208-209).

Fehlende / Mangelnde Skills

Hierunter fallen Aussagen, welche die mangelnde Verfügbarkeit oder die Unwirksamkeit von Bewältigungsstrategien beschreiben, um dem inneren Druck zu begegnen.

B1 vergleicht den inneren Zustand mit einem physiologischen Prozess: *"das Problem ist manchmal, es ist wie eine Druckpfanne. Irgendjemand muss, äh, den Druck rauslassen."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 296-297).

B1 beschreibt die Schwierigkeit, ein zuverlässiges Ersatzverhalten zu finden: *"Es gibt Sachen, aber nichts funktioniert immer."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 315).

B4 nennt die Angst als starken Auslöser: *"Angst ist auch noch so ein Zustand, wo, wo sehr viel Sucht, glaube ich, auslösen kann. Ängste."* (Interview B4, 24. Oktober 2025, Z. 389-390).

Kontrollverlust

Diese Unterkategorie umfasst das eigentliche Suchtgeschehen und dessen unmittelbare Folgen. Der Verlust der Kontrolle wird als entscheidende Unterscheidung zum "Konsumereignis" identifiziert.

B2 differenziert klar den Zustand des Rückfalls: *"Nein. Nein. Rückfall ist für mich wenn es unkontrolliert wird."* (Interview B2, 27. Oktober 2025, Z. 101).

B1 beschreibt das Endstadium des Absturzes: *"Und wenn irgendwie nicht mal mehr den Haushalt kann man selber führen... hat irgendwie überall Leere, äh, Flaschen, überall verteilt."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 192-193).

B1 nennt den Teufelskreis des körperlichen Entzugs: *"Und wenn man aufsteht am Morgen und man ist schon bei Aufstehen, also körperlich entzünftig. Und, ähm, ja, damit die Symptome weggehen, gibt es nur eins, wieder zu konsumieren."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 203-205).

6.1.2 Soziale Faktoren

Die Kategorie "Soziale Faktoren" beschreibt die Einflüsse des Beziehungs- und Umfelds der Betroffenen auf das Rückfallrisiko. Es wurden drei zentrale Unterkategorien gebildet:

Toxisches / Konfliktreiches Umfeld

Hier werden Beziehungen zusammengefasst, die durch Konflikte, Manipulation oder Trennung eine massive Belastung darstellen und den Suchtdruck erhöhen.

B4 beschreibt die familiäre Konfliktquelle: *"Und zwar meine zwei Schwestern. [...] Das sind ganz zwei toxische Menschen."* (Interview B4, 24. Oktober 2025, Z. 298-308).

B1 nennt den Verlust der Partnerschaft als Auslöser für einen Absturz: *"Dann ist irgendwie die Beziehung fertig geworden in 2019. [...] So habe ich auch den Job verloren."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 74-77).

B2 erwähnt die Belastung durch die suchtkranke Partnerin: *"Die Partnerin hatte auch ein Suchtproblem. Und das ist schlussendlich [...] gescheitert insgesamt."* (Interview B2, 27. Oktober 2025, Z. 53-54).

Soziale Isolierung

Diese Unterkategorie umfasst den sozialen Rückzug als direkte Folge der Sucht aus Scham und dem Wunsch, den Konsum zu verheimlichen. Die Isolation verstärkt das Problem.

B1 schildert das Alleinsein als Risikofaktor: *"Wo ich mich nicht im Griff habe, ist, wenn ich dann zu Hause alleine bin."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 345-346).

B2 beschreibt die Heimlichkeit des Konsums: *"Ich bin so ein bisschen der anonyme [...] Mensch. Der dort konsumiert hat. Eben wie alle Drogen und so. (...) Daheim im Versteckten im Prinzip."* (Interview B2, 27. Oktober 2025, Z. 114-116).

B1 beschreibt die innere Erfahrung des Alleintrinkens: *"Wenn man alleine ist, ist es mehr so, wie eine, es gibt so eine depressive Phase oder irgendwie, etwas probieren zu abdecken im Leben."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 353-354).

Unterstützendes Umfeld / Präsenz

Als essenzieller Schutzfaktor wird die Verfügbarkeit von vertrauenswürdigen Bezugspersonen identifiziert, die Halt geben und Hilfe anstossen.

B1 nennt die Funktion der Freunde: *"Freundeskreis, der hilft. [...] Aber die helfen mit Präsenz und irgendwie Rat geben, also, jetzt musst du einfach wieder mal in die Klinik."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 177-181).

B3 schätzt die Akzeptanz: *"Ich schätze es, dass ich Menschen habe, die wissen, dass ich diese Probleme habe, aber mich nicht dafür verurteilen."* (Interview B2, 27. Oktober 2025, Z. 246-247).

B4 beschreibt die Dankbarkeit für das funktionierende Familienverhältnis: *"es ist auch nicht selbstverständlich, dass meine zwei Töchter mit mir so ein gutes Verhältnis haben, dass wir miteinander reden können. [...] Auch über solche Sachen."* (Interview B4, 24. Oktober 2025, Z. 369-370).

6.1.3 Strukturelle Faktoren

Die Kategorie "Strukturelle Faktoren" beinhaltet die äusseren, systemischen und alltäglichen Rahmenbedingungen, die das Rückfallrisiko beeinflussen. Die folgenden vier Unterkategorien wurden identifiziert:

Arbeitsmarktfaktoren

Die Arbeit wird als ambivalenter Faktor erlebt: Sie kann einerseits Halt geben, andererseits massive Stressquelle und damit ein Rückfallrisiko sein.

B1 beschreibt die Arbeit als Schutz: *"eigentlich, dass ich den Konsum irgendwie noch festhalten konnte, wegen der Arbeit."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 58-59).

B1 schildert die extremen Anforderungen und das Scheitern: *"Ich habe gewusst, der Job wird recht anspruchsvoll sein [...] meine Vorgesetzte [...] sie ist sehr militärisch."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 119-122).

B4 nennt den Verlust des Geschäftes und der Existenzgrundlage als Auslöser: *"Und dann habe ich, haben wir das Geschäft auflösen müssen [...] Und plötzlich war ich einfach am Anschlag gewesen."* (Interview B4, 24. Oktober 2025, Z. 19-36).

Bedeutung der Tagesstruktur

Die Tagesstruktur und Routinen werden als zentrale Schutzmassnahmen genannt. Das Fehlen von Struktur wird als direkter Weg in den Rückfall erlebt.

B1 identifiziert die Struktur als Hilfe: *"was am meisten hilft, ist eben die Tagesstruktur. [...] Weil sonst, was würde ich einfach den ganzen Tag zu Hause machen?"* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 284).

B1 beschreibt die Konsequenz fehlender Struktur nach der Klinik: *"Nach der Klinik und dann wieder zu Hause, aber keine Struktur. Das sind die Male, wo man schnell wieder drin ist."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 435).

B2 beschreibt die Wichtigkeit der Routinen: *"Und ich habe mir auch, mein Leben in dem Sinne so, dass ich auch gemerkt, was nervt mich, was tut mich eigentlich daraus [...] Das ist etwas, was heute einfach Alltag ist."* (Interview B2, 27. Oktober 2025, Z. 212-226).

Institutionelle Mängel / Übergänge

Kritisiert werden systemische Schwachstellen wie die mangelnde Individualisierung der Therapie und unzureichende Begleitung an den Schnittstellen des Hilfesystems.

B3 nennt die mangelnde Passung der Behandlung: *"Ich finde, für mich persönlich denke ich, es ist wichtig, diesen Schritt zu machen. Aber ich denke, profitieren tut man halt so ein bisschen langfristig von Therapie. Und jetzt in meiner Erfahrung habe ich das in der Klinik nicht bekommen."* (Interview B3, 22. Oktober 2025, Z. 166-169).

B3 kritisiert das fehlende Austrittsmanagement: *"Mir fehlt so ein bisschen die, gerade eben bei Kliniken ist halt oft, man denkt, ob der Patient noch in der Zeit, die einfach dort ist und wie es nachher weitergeht, das ist halt oft noch etwas, was man verbessern kann."* (Interview B3, 22. Oktober 2025, Z. 271-273).

B1 beschreibt die Ineffizienz der Notfallstation: *"UPD ist nicht schön dort zu sein. [...] Und man wird so schnell wie möglich raus, also, es bringt auch nicht viel. Also, es hilft für, äh... Das Stabilisieren. Das Überleben."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 218-221).

Existenzielle / Materielle Sorgen

Finanzielle Nöte und Existenzängste erhöhen den inneren Druck und können therapeutische Fortschritte behindern.

B4 beschreibt die Wichtigkeit der finanziellen Sicherheit: *"Ich habe nicht Geld. Ich habe nicht Geld, das ich einfach raus werfen."* (Interview B4, 24. Oktober 2025, Z. 386-387).

B1 nennt die materiellen Auflagen als Hindernis zur Therapie: *"Sie wollten mir Langzeittherapie anbieten und da habe ich mich immer etwas geweigert. [...] Ich werde nicht meine Wohnung verlieren."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 438-440).

B1 nennt finanzielle Sorgen als Auslöser: *"auch finanziell, wenn man, äh, versucht hat, das kostet extrem viel Geld. [...] das Leben und Frustration."* (Interview B1, 22. Oktober 2025, Z. 253-254).

7 Diskussion der Forschungsergebnisse

Das Ziel der vorliegenden Bachelor-Arbeit war es, die subjektive Perspektive von Menschen mit Alkoholabhängigkeit auf ihr Rückfallrisiko zu beleuchten und daraus Implikationen für die Soziale Arbeit abzuleiten. Die Diskussion dient dazu, die gewonnenen empirischen Erkenntnisse mit dem dargelegten theoretischen und fachlichen Wissen zu interpretieren und die Befunde wissenschaftlich zu verorten. Die abschliessende Beantwortung der Forschungsfragen und die Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen erfolgen im nachfolgenden Kapitel 8. Die zentralen Befunde bestätigen die Multikonditionalität des Rückfallgeschehens und zeigen, dass die Gefahr des Rückfalls durch eine Wechselwirkung von innerer Dysregulation und struktureller Prekarität bestimmt wird.

7.1 Die Komplexität individueller und sozialer Dynamiken

Dieser Abschnitt interpretiert die in Kapitel 6 dargestellten empirischen Ergebnisse im Lichte der theoretischen Modelle (Kapitel 2 und 3). Der Fokus liegt auf der wissenschaftlichen Erklärung der Befunde und deren Beitrag zum bestehenden Forschungsstand.

7.1.1 Intrapersonelle Hochrisikosituationen und Affektdysregulation

Die empirischen Ergebnisse belegen mit hoher Konsistenz die überragende Bedeutung von intrapersonellen Hochrisikosituationen als Auslöser für den Konsum. Die Aussagen der Befragten, die den Alkoholkonsum als Reaktion auf unangenehme Gefühlszustände (z. B. Langeweile, Frustration, innere Leere) beschreiben, stimmen vollständig mit den Befunden des Rückfallmodells nach Marlatt und Gordon überein, welches innere Risikosituationen als die häufigste Auslösekategorie benennt.

Eine vertiefte Interpretation der Aussagen legt nahe, dass der Rückfall in vielen Fällen nicht als kognitiver Fehlschluss, sondern als automatisierte Notfallreaktion interpretiert werden muss. Die Beschreibung der Situation, in der die innere Anspannung als ein „unkontrollierbarer Druck“ erlebt wird, der sofortigen Abbau erfordert, deutet auf eine Affektdysregulation hin. In diesen Momenten ist die kognitive Steuerungsfähigkeit stark reduziert. Die fehlende oder mangelnde Verfügbarkeit alternativer Bewältigungs-Skills führt dazu, dass das Suchtgedächtnis reaktiviert wird und der Alkoholkonsum als das schnellste und wirksamste (wenn auch dysfunktionale) Mittel zur Zustandsveränderung gewählt wird. Dies bestätigt die Notwendigkeit, in der Therapie nicht nur die Kontrolle des Konsums, sondern primär die Toleranz gegenüber negativen Affekten zu erhöhen.

Ebenso findet die Theorie der biografischen Belastungen und Traumata in den Aussagen der Befragten einen direkten Beleg. Das frühe Verinnerlichen von Scham und Minderwertigkeitsgefühlen lässt die Sucht als ein chronisches Muster der Selbstmedikation erscheinen, wodurch der Kern des Suchtgeschehens in die frühkindliche oder jugendliche Prägung verlagert wird und eine rein kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention allein nicht ausreichend erscheint.

7.1.2 Die Verschränkung von Stigmatisierung und Existenzsorgen

Die Ergebnisse unterstreichen die hohe Relevanz der sozialen und strukturellen Risikofaktoren und legitimieren damit die Anwendung des Bio-Psycho-Sozialen Modells als integrativen Interpretationsrahmen. Die Aussagen zur Sozialen Isolierung und zur Scham sind als empirischer Beweis für die Auswirkungen der Stigmatisierung zu werten. Die Angst vor Verurteilung hindert die Betroffenen daran, in Hochrisikosituationen das soziale Stützsystem zu aktivieren, was die Rückfallgefahr signifikant erhöht. Die Stigmatisierung wirkt somit nicht nur gesellschaftlich, sondern entfaltet eine direkte pathogene Wirkung im individuellen Bewältigungsverhalten.

Besonders hervorzuheben sind die Befunde zu Existenziellen / Materiellen Sorgen. Die Befragten beschrieben die Angst vor Wohnungsverlust oder finanzieller Instabilität als derart überwältigend, dass sie die Bereitschaft zur Annahme langfristiger, aber materiell fordernder Hilfsangebote (z. B. stationäre Therapie) massiv reduziert. Diese Interpretation führt zu einer kritischen Einsicht: Die Existenzsicherung fungiert als Wettbewerber der Therapieziele. Solange die psychosoziale Belastung durch strukturelle Prekarität dominiert, können therapeutische Interventionen zur Stärkung der Ich-Funktionen (Selbstwirksamkeit, Affekttoleranz) nicht greifen oder werden als nachrangig betrachtet. Die Befunde fordern daher eine systematische Priorisierung der existenzsichernden Massnahmen in der Begleitung.

7.2 Verortung der Ergebnisse im fachlichen Diskurs der Sozialen Arbeit

Die empirischen Ergebnisse erlauben eine kritische Einschätzung des bestehenden Hilfesystems und dessen Schnittstellen, was direkt die beruflichen Kriterien der Arbeit betrifft.

7.2.1 Fehlende Passung und Inkonsistenzen im Hilfesystem

Die Aussagen zur Kategorie "Institutionelle Mängel / Übergänge" stellen eine direkte Kritik am Organisationsdesign der Suchthilfe dar. Insbesondere das fehlende Austrittsmanagement und die Wahrnehmung, in den Übergangsphasen nach der Klinik (z. B. von stationär zu ambulant)

alleingelassen zu werden, sind als strukturelle Lücken zu interpretieren. Diese Phasen sind definitionsgemäss Hochrisikosituationen, da die schützende klinische Struktur wegfällt und die erlernten Bewältigungsstrategien in der ungeschützten Lebenswelt erprobt werden müssen. Das Fehlen einer engmaschigen, fallführenden Begleitung in dieser vulnerablen Phase ist ein klarer Missstand, der im Kontext des Case Managements diskutiert werden muss.

Weiterhin zeigt die Kritik an der mangelnden Individualisierung, dass die Befragten generische Therapieansätze als nicht ausreichend erleben. Dies weist darauf hin, dass die Lebensweltorientierung, ein zentrales Postulat der Sozialen Arbeit, in der Praxis nicht konsequent umgesetzt wird. Die Notwendigkeit einer personenzentrierten und lebensphasenspezifischen Begleitung wird durch die Befunde untermauert.

7.2.2 Interpretation des Abstinenzverletzungseffekts (AVE)

Die Analyse der individuellen Rückfallprozesse bestätigt die Relevanz der kognitiven Fehlerinterpretation, die zum Abstinenzverletzungseffekt (AVE) führt. Die Befragten beschreiben implizit, wie der erste Ausrutscher (Lapse) durch intensive Schuldgefühle und eine kognitive Verzerrung („Jetzt ist eh alles egal“) in einen totalen Rückfall (Relapse) übergeht. Die Interventionen im psychosozialen Bereich müssen daher primär darauf abzielen, die kognitive Fehlerinterpretation zu korrigieren und den Lapse als Lernmöglichkeit und Teil des Prozesses zu rahmen. Dies ist eine zentrale Aufgabe der ambulanten sozialen Arbeit, die darauf abzielt, die Selbstwirksamkeitserwartung der Klient*innen nach einem Rückschlag rasch wiederherzustellen.

Die Verknüpfung der Ergebnisse mit den theoretischen und fachlichen Grundlagen liefert somit eine fundierte Basis, um im nachfolgenden Kapitel 8 die spezifischen Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit detailliert darzulegen.

7.3 Methodische Reflexion und Limitationen

Die gewählte qualitative Methodik (Leitfadeninterviews und Inhaltsanalyse nach Mayring) hat sich als zielführend erwiesen, um die subjektiven Erlebniswelten der Befragten tiefenhermeneutisch zu erschliessen und die Komplexität des Rückfallrisikos zu rekonstruieren. Die Stärke der Arbeit liegt in der theoretischen Sättigung der Befunde in Bezug auf die psychosozialen und strukturellen Risikofaktoren, welche für das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit von unmittelbarer Relevanz sind.

Die zentrale Limitation liegt in der fehlenden Generalisierbarkeit der Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobengrösse (N=4) und des Convenience Samplings. Die Ergebnisse können keine statistische Repräsentativität beanspruchen, bieten aber wertvolle, kontextgebundene Erkenntnisse. Diese Limitation wird durch die detaillierte Dokumentation des Forschungsprozesses und die offene Darlegung der subjektiven Perspektiven (Transparenz) gemindert. Die Arbeit leistet somit einen Beitrag zum Verständniswissen über das Suchtgeschehen.

8 Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

Das abschliessende Kapitel führt die theoretischen Herleitungen und die empirischen Erkenntnisse der qualitativen Untersuchung zusammen. Ziel ist es, die Forschungsfrage abschliessend zu beantworten und fundierte Handlungsimplicationen für die professionelle Suchthilfe abzuleiten.

8.1 Beantwortung der Forschungsfrage und zentrale Befunde

Die vorliegende Arbeit ging der zentralen Forschungsfrage nach: „Welche individuellen und strukturellen Faktoren beeinflussen das Rückfallrisiko bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit aus Sicht der Betroffenen, und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Soziale Arbeit?“

Die Untersuchung zeigt deutlich, dass das Rückfallrisiko als hochkomplexes, multikonditionelles Geschehen zu verstehen ist. Die Beantwortung der Forschungsfrage verdeutlicht eine signifikante Diskrepanz zwischen klinischen Modellen und der lebensweltlichen Realität der Klient*innen. Während theoretische Erklärungsansätze häufig intrapsychische Faktoren und das Suchtgedächtnis betonen, identifiziert die empirische Erhebung vor allem strukturelle Stressoren als massgebliche Einflussfaktoren.

Insbesondere finanzielle Prekarität, prekäre Wohnverhältnisse und soziale Isolation wirken aus Sicht der Interviewpartner als primäre Rückfallauslöser. Ein zentraler Befund ist, dass der Rückfall in der subjektiven Wahrnehmung oft eine automatisierte Reaktion auf eine Kumulation existenzieller Krisen darstellt. Die Arbeit kommt somit zum Schluss, dass eine nachhaltige Stabilisierung ohne die gleichzeitige Sicherung der materiellen und sozialen Basis kaum realisierbar ist.

8.2 Berufsrelevante Schlussfolgerungen und Handlungsimplicationen für die Praxis

Aus der Erkenntnis, dass Rückfallrisiken stark an strukturelle Bedingungen geknüpft sind, ergeben sich für die Soziale Arbeit drei zentrale Handlungsfelder. Diese fordern eine Schärfung des professionellen Profils im Sinne der Lebensweltorientierung.

8.2.1 Priorisierung der materiellen Existenzsicherung

Die Soziale Arbeit muss die materielle Stabilisierung als unverzichtbares Fundament jeder weiteren Intervention begreifen. Im Rahmen einer fundierten sozialen Diagnostik gilt es, Themen wie Schuldenregulierung und Wohnraumsicherung nicht als nachrangige administrative Aufgaben, sondern als Kerninterventionen zur Rückfallprävention zu definieren. Eine gesicherte Existenz entlastet die Klient*innen von chronischem psychosozialen Stress und schafft erst die notwendigen Ressourcen für eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitsthematik.

8.2.2 Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels in der Rückfallbewertung

Für die Beratungspraxis bedeutet dies einen Paradigmenwechsel weg von einem rein defizitorientierten Blickwinkel. Fachpersonen sollten Rückfälle im Sinne eines ressourcenorientierten Berufsverständnisses als Teil eines nicht-linearen Lernprozesses rahmen. Durch die professionelle Bearbeitung des Abstinenzverletzungseffekts (AVE) und die Normalisierung von „Lapses“ (Ausrutschen) wird die Selbstwirksamkeitserwartung der Klient*innen gestärkt. Soziale Arbeit fungiert hier als befähigende Instanz, die Scham reduziert und die Motivation zur weiteren Veränderung aufrechterhält.

8.2.3 Stärkung des Übergangsmanagements und der Systemverantwortung

Die festgestellten strukturellen Mängel in den Übergangsphasen nach stationärer Behandlung erfordern eine unmittelbare Reaktion der Profession auf der Systemebene. Die Soziale Arbeit trägt die Verantwortung, die aufgezeigten Schnittstellenprobleme zu minimieren, indem sie die Funktion des Case Managements konsequent ausfüllt. Dies bedeutet, dass eine engmaschige, fallführende Begleitung unmittelbar nach der Entlassung gewährleistet werden muss. Die Unterstützung muss sich auf die Wiederherstellung der Alltagsstrukturen konzentrieren, um die Klient*innen in der vulnerablen Phase der Wiedereingliederung vor Isolation und Überforderung zu schützen, welche das Rückfallrisiko dramatisch erhöhen. Zudem ist die Soziale Arbeit gefordert, sich aktiv für die Reduktion von Stigmatisierung einzusetzen, um die soziale Isolierung der Betroffenen zu durchbrechen und die Inanspruchnahme von Hilfen zu erleichtern.

8.3 Ausblick und weiterführende Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit hat durch die Fokussierung auf die subjektive Perspektive einen wichtigen Beitrag zur Einsichtsgewinnung für die Soziale Arbeit geleistet. Die zentrale Forschungsfrage wurde im Rahmen der Möglichkeiten einer qualitativen Fallstudie angemessen behandelt.

Zur weiteren Fundierung der Praxis und zur Schliessung verbleibender Forschungslücken empfiehlt sich jedoch die Durchführung quantitativer Studien, um die in dieser Arbeit identifizierten zentralen Risikofaktoren (Affektdysregulation, Existenzsorgen, Übergangsphasen) zu validieren. Zudem wäre eine Evaluation von spezifischen Case Management-Modellen in der Überleitung von stationärer zu ambulanter Suchthilfe notwendig, um evidenzbasierte Best Practices zur Schliessung der aufgezeigten Systemlücken zu definieren. Die Arbeit liefert damit einen klaren Handlungsauftrag für die Priorisierung der Existenzhaltung und die Stärkung des Übergangsmanagements in der Suchthilfe.

9 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Abderhalden, I., & Mezzera, T. (2024). Stärkung der Sozialen Arbeit in der interprofessionellen Suchthilfe. In M. Krebs & I. Abderhalden (Hrsg.), *Soziale Arbeit weiterdenken: Festschrift für Peter Sommerfeld* (S. 65–78). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-45300-8>
- Adorjan, K., & Pogarell, O. (2018). Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *Psychotherapeut*, 63(6), 467–477. <https://doi.org/10.1007/s00278-018-1309-8>
- Akreimi, L. (2022). Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Band 2* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 405–424). Springer VS.
- Aktionstag Alkoholprobleme 2025: Verstehen statt verurteilen. (2025). *Sucht Schweiz*. <https://www.suchtschweiz.ch/press/aktionstag-alkoholprobleme-2025-verstehen-statt-verurteilen/>
- American Psychiatric Association. (2024). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/443/psychiatrists/practice/dsm>
- Bach, R., Delgrande Jordan, M., Huggenberger, M., & Knocks, S. (2024). Alkohol, der Elefant im Raum. *Sucht Magazin*, 50(6), 31–35.
- Beck, A., Rosenthal, A., Müller, C., Heinz, A., & Charlet, K. (2018). Alkohol. In H. Jungaberle, T. Majić, & M. von Heyden (Hrsg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 609–630). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-55125-3>
- Berthel, T. (2021). Soziale Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 10–15). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Bienlein, M., Weiss, S., & Huggenberger, M. (2022). Testkäufe von Alkohol—Eine Erfolgsgeschichte. *Sucht Magazin*, 48(4/5), 41–46.

Blaues Kreuz München. (2013). Stigmatisierung von Suchtkranken: Ursachen, Wirkung, Möglichkeiten zur Entstigmatisierung [Merkblatt].

Bücheli, A. (2021). Soziale Arbeit, nach acht: Arbeitsfeld Nightlife. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 209–230). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>

Buchli, M. (2021). Soziale Arbeit in der Suchtprävention—Eine Suche: Arbeitsfeld Prävention. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 39–53). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>

Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017–2024 (verlängert bis 2028)* [Strategie des Bundesrates]. www.bag.admin.ch/sucht

Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Bundesamt für Statistik (BFS). (2023a). *Alkohol: Meinung der Bevölkerung zur Regulierung (Alter: 15+)*. Monitoring-System Sucht und NCD (MonAM). <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/alkohol-meinung-der-bevoelkerung-zur-regulierung-alter-15>

Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Bundesamt für Statistik (BFS). (2023b). *Alkohol: Wissen über gesundheitliche Risiken (Alter: 15+)*. Monitoring-System Sucht und NCD (MonAM). <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/alkohol-wissen-ueber-gesundheitliche-risiken-alter-15>

Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Obsan. (2024). *Alkoholkonsum (Alter: 15+)*. MonAM – Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/alkoholkonsum-alter-15>

Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). (2021). *Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht*. Monitoring-System Sucht und NCD (MonAM). <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/volkswirtschaftliche-kosten-von-sucht>

Bundesamt für Statistik (BFS). (o.J.). *Alkohol*. <https://www.bfs.admin.ch/content/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/alkohol.html>

- Degkwitz, P. (2007). Plädoyer für ein psychosoziales Verständnis von Sucht. In B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch, *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung* (S. 59–81). VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Deimel, D., & Moesgen, D. (2024). Phänomenologie und Ätiologie von Substanzgebrauchsstörungen. In D. Deimel, D. Moesgen, & H. Shecke (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Lehrbuch* (1. Auflage, S. 44–66). Psychiatrie Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838561233>
- Deimel, D., Moesgen, D., & Shecke, H. (Hrsg.). (2024). *Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Lehrbuch* (1. Auflage). Psychiatrie Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838561233>
- Detterer, T. (2022). *Die Geschlechtsspezifischen Aspekte Von Substanzabhängigkeit Bei Frauen: Konsequenzen Für Gendersensible Suchtarbeit* (1st ed). Springer Vieweg. in Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Eigenverlag.
- Fachverband Sucht. (2024). *Berichterstattung über Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen: Eine Empfehlung für Journalist:innen und Redakteur:innen*. <https://fachverbandsucht.ch/de/fachwissen/themen/diversitat-und-stigmatisierung-in-der-suchtarbeit>
- FHNW, AvenirSocial, Fachverband Sucht, & SAGES. (2024). *Empfehlungen für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention*. www.mas-sucht.ch/empfehlungen
- Forster, P., Müller, F., & Villard, M. (2021). Soziale Arbeit—Dreh- und Angelpunkt der stationären Suchttherapie: Arbeitsfeld stationäre Sozialtherapie. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 97–111). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Friebe, S., Horstmann, K. T., Lindenmeyer, J., & Reuter, B. (2024). Welche Auswirkungen hat Alkoholkonsum während der Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit auf den langfristigen Behandlungserfolg? *SUCHT*, 70(6), 357–370. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000889>
- Fritzsche, S. (2018). *Kein Zug nach Nirgendwo*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-21312-1>

- Gassmann, R. (2020). Vorwort. In C. Rummel & R. Gaßmann (Hrsg.), *Sucht: Bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (1. Auflage, S. 9–11). Verlag W. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-036373-1>
- Gremminger, S. (2021). Sucht ist (auch) ein soziales Problem. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzer (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 17–20). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Hauprich, K., & Knobel, P. (2024). Wohnungslose Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen. In D. Deimel, D. Moesgen, & H. Schecke (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Lehrbuch* (1. Auflage, S. 479–494). Psychiatrie Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838561233>
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>
- Helfferich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Band 2* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 875–892). Springer VS.
- Hüllinghorst, R. (2023). Alkohollobbying in Europa. *Sucht Magazin*, 49(3/4), 38–40.
- John, U., Rumpf, H.-J., Hoffmann, S., Meyer, C., & Kiefer, F. (2025). Langzeitverläufe der Alkoholabhängigkeit. *Der Nervenarzt*, 96(1), 31–36. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01719-0>
- Jungaberle, H., Biedermann, N., Nott, J., Zeuch, A., & von Heyden, M. (2018). Salutogene und nicht-pathologische Formen von Substanzkonsum. In H. Jungaberle, T. Majić, & M. von Heyden (Hrsg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 173–196). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-55125-3>
- Kalbermatten, E. (2024). Herausforderung Rückfall!? *Sucht Magazin*, 50(6), 38–44.
- Kaufmann, M. (2021). Stationärer Entzug, der Start in ein suchtfreies Leben?: Arbeitsfeld Entzug und Entwöhnung. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzer (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 75–85). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>

- Kemper, U. (2020). Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Medizin. In C. Rummel & R. Gaßmann (Hrsg.), *Sucht: Bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (1. Auflage, S. 46–58). Verlag W. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-036373-1>
- Kiefer, F., Adon, N., Bischof, G., Fricke, E., Hansjürgens, R., Mueller, S., & Preuss, U. W. (with Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen). (2023). *Alkoholabhängigkeit* (11. überarbeitete Auflage, Juni). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
- Klein, M. (2024). Männer, Männlichkeit, Sucht: Zusammenhänge, Risiken, Hilfen. *SUCHT*, 70(6), 311–320. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000899>
- Klingemann, H. (2007). „Selbstheilung“: System- und Lebenslaufperspektiven. In B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung* (S. 195–211). VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Krebs, M., & Abderhalden, I. (Hrsg.). (2024). *Soziale Arbeit weiterdenken: Festschrift für Peter Sommerfeld*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-45300-8>
- Krebs, M., Mäder, R., & Mezzera, T. (2021a). Die Bearbeitung der sozialen Dimension von Sucht. *SozialAktuell*, 22–23.
- Krebs, M., Mäder, R., & Mezzera, T. (2021b). Einleitung. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 21–38). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Kuttler, H. (2020). Warum Jugendliche sich mit Alkohol vergiften – Soziale Einflussfaktoren und Perspektiven struktureller Gesundheitsförderung. In C. Rummel & R. Gaßmann (Hrsg.), *Sucht: Bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (1. Auflage, S. 105–116). Verlag W. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-036373-1>
- Laging, M. (2023). *Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Grundlagen - Konzepte - Methoden* (3., überarbeitete Auflage). Verlag W. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-043004-4>
- Leiberg, S., Kehrli, J., Weller, N., Katz, S., Mezzera, T., Schwilk, M., & Villiger, A.-B. (2024). Integrierte Suchtbehandlung Aargau—Miteinander statt Nebeneinander. *Sucht Magazin*, 50(6), 19–23.

- Lieb, B. (2024). Substanzbezogene Störungen im Alter. In D. Deimel, D. Moesgen, H. T. Dirks, J. Atzendorf, L. A. Basedow, & A. Bischof (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Lehrbuch* (1. Auflage, S. 430–445). Psychiatrie Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838561233>
- Liel, K. (2020). Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Sozialen Arbeit. In C. Rummel & R. Gaßmann (Hrsg.), *Sucht: Bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (1. Auflage, S. 69–79). Verlag W. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-036373-1>
- Lindenmeyer, J. (2013). *Ich bin kein Alkoholiker!* Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-28197-6>
- Lindenmeyer, J. (2018). Therapie der Alkoholabhängigkeit. In H. Jungaberle, T. Majić, & M. von Heyden (Hrsg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 497–514). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-55125-3>
- Lindenmeyer, J. (2022). *Lieber schlau als blau: Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial* (10. Originalausgabe). Julius Beltz GmbH & Co. KG.
- Martl, P., & Gertzen, M. (2025). Seltene und gefährliche Folgen des Alkoholkonsums. *InFo Neurologie + Psychiatrie*, 27(2), 25–32.
- Mayring, P. (1995). Analyseverfahren erhobener Daten. In U. Flick, E. von Kardorff, H. Keupp, L. von Rosenstiel, & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2. Auflage, S. 209–213). Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Beltz.
- Meury, M. (2022a). Alkohol in der Gesellschaft—Aktueller Stand und Trends. *Sucht Magazin*, 48(4/5), 4–11.
- Meury, M. (2022b). Die brachliegenden Potenziale der Schweizer Alkoholpolitik. *Sucht Magazin*, 48(4/5), 26–29.
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews* (2., erweiterte und aktualisierte Auflage). De Gruyter Oldenbourg. <https://doi.org/10.1515/9783110545982>

- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (5., überarbeitete und erweiterte Auflage). De Gruyter Oldenbourg.
- Rummel, C. (2020). Ausblick. In C. Rummel & R. Gaßmann (Hrsg.), *Sucht: Bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (1. Auflage, S. 149). Verlag W. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-036373-1>
- Rummel, C., & von der Linde, P. (2022). «Alkohol? Weniger ist besser!» – Eine erfolgreiche Präventionskampagne im Porträt. *Sucht Magazin*, 48(4/5), 31–34.
- Schaffer, H. I. (2014). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit: Eine Einführung* (3., überarbeitete Auflage). Lambertus.
- Schmidt-Semisch, H. (2024). *Drogen und Sucht: Eine Einführung*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-44126-5>
- Schnell, T. (2024). Verhaltenstherapie der Sucht. In D. Deimel, D. Moesgen, & H. Schecke (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Lehrbuch* (1. Auflage, S. 145–160). Psychiatrie Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838561233>
- Seitz, H. K., & John, U. (2024). Folgen und Gefahren von Alkoholkonsum: Aktuelle Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. *PFLEGE Zeitschrift*, 77(3), 56–59.
- Sommerfeld, P. (2021). Soziale Arbeit als massgebliche Kraft in der interprofessionellen Suchthilfe? In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 279–302). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Sporn, H. (2014). Rückfallanalyse und -bearbeitung bei Alkoholabhängigen. *Psychotherapeut*, 59(4), 317–322. <https://doi.org/10.1007/s00278-014-1044-6>
- Sucht Schweiz. (2010). *Rückfall...: Was ist das? Was tun? Wie vorbeugen?* [Broschüre]. www.suchtschweiz.ch
- Sucht Schweiz. (2017). *Alkohol – kein gewöhnliches Kulturgut: Fakten, Kosten und Empfehlungen*. www.suchtschweiz.ch

- Tielking, K., & Rabes, M. (2024). *Sucht und Gesundheit: Soziale Perspektiven für Suchtprävention und Suchthilfe* (1. Auflage). Springer.
- Ulrich, J. (2018a). Konsummusterforschung zu psychoaktiven Substanzen. In H. Jungaberle, T. Majić, & M. von Heyden (Hrsg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 197–205). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-55125-3>
- Ulrich, J. (2018b). Sucht, Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch. In M. Von Heyden, H. Jungaberle, & T. Majić (Hrsg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 207–215). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-55125-3>
- Veltrup, C. (2020). Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Psychologie. In C. Rummel & R. Gaßmann (Hrsg.), *Sucht: Bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (1. Auflage, S. 59–68). Verlag W. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-036373-1>
- Walter, N. (2023). Sucht und Suchthilfe. In M. Buntrock & K. Peinemann (Hrsg.), *Grundwissen Soziale Arbeit: Grundlagen, Methoden und Arbeitsfelder* (S. 203–228). Springer Gabler.
- Wetterling, T., Bilke-Hentsch, O., Gouzoulis-Mayfrank, E., & Klein, M. (2021). *Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit*. Kohlhammer Verlag.
- Wicki, M., & Schneider, E. (2021). *Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation und Alkoholabhängigkeit: Situation und Trends in der Schweiz* (No. 129; Forschungsbericht). www.suchtschweiz.ch
- Winkler, J. (2022). *Suchttherapie inside: Erfahrungswissen für junge Therapeutinnen und Therapeuten* (Die Auflage entspricht der aktuellen Auflage der Print-Ausgabe zum Zeitpunkt des E-Book-Kaufes). Schattauer Verlag (Klett).
- World Health Organization (WHO). (o.J.a). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. 6C40 Disorders due to use of alcohol. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1676588433>
- World Health Organization (WHO). (o.J.b). *International Classification of Diseases (ICD)*. World Health Organization (WHO). <https://icd.who.int/en/>
- Yesil, N. A. (2021). *Drogen haben kurze Beine: Wege aus der Sucht zurück in ein stabiles Leben*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-62490-6>

10Anhangverzeichnis

A	Gesprächsleitfaden.....	63
B	Einwilligungserklärung	65
C	Kodierleitfaden und Kategoriensystem.....	53
D	Verwendung von künstlicher Intelligenz.....	56

A Gesprächsleitfaden

Gesprächsleitfaden

Grundinformationen

Name	
Interviewdatum und -ort	
Interviewdauer	

Einstieg

- Dank für die Teilnahme
- Erklärung von Thema und Ziel der Befragung
- Hinweis auf Tonaufnahme und Notizen
- Information zu Anonymität, Datenschutz und Einverständnis
- Kurzer Überblick über die Themenblöcke
- Hinweis auf die ungefähre Dauer und dass alle Antworten willkommen sind

Hauptfragen	Nachfragen / Vertiefung
1. Bisheriges	
Wie würdest du deinen bisherigen Weg mit dem Alkoholkonsum beschreiben?	• Wie hat dein Konsum begonnen? • Gab es Phasen, in denen du keinen Alkohol getrunken hast oder Entzüge erlebt hast? • Welche Stationen, Versuche oder Veränderungen gab es im Verlauf? • Hast du Erfahrungen mit Rückfällen oder Brüchen gemacht – und wie hast du diese erlebt? • Welche Unterstützung oder Begleitung hattest du in solchen Phasen?
Gab es in deinem Leben schon Rückfälle? Wenn ja: Wie hast du sie erlebt?	• Wie hast du im Nachhinein über dich selbst und die Situation gedacht, nachdem der Rückfall passiert war? • Wie haben deine engsten Bezugspersonen darauf reagiert? Was war in deren Reaktion hilfreich, was vielleicht weniger?
2. Einschätzung des Bisherigen	
Was glaubst du, sind wichtige Gründe oder Auslöser, warum Rückfälle passieren können?	• Welche persönlichen Faktoren spielen bei dir eine Rolle (z. B. Stress, Gefühle, Gedanken)? • Welche sozialen oder familiären Umstände könnten Einfluss haben? • Gibt es strukturelle, gesundheitliche oder andere

	äussere Faktoren, die dabei mitwirken?
Gab es Strategien, Menschen oder Hilfsangebote, die dir bei einem Rückfall geholfen haben – oder etwas, das dir gefehlt hat?	• Welche fachliche Unterstützung war hilfreich oder hätte dir geholfen? • Welche Rolle spielte dein persönliches Umfeld dabei? • Welche eigenen Bewältigungsstrategien hast du entwickelt oder ausprobiert? • Was hat dir geholfen, dich sicher oder orientiert zu fühlen?
3. Ausblick	
Was hilft dir heute dabei, mit dem Risiko eines Rückfalls umzugehen?	• Welche Alltagsstrukturen oder Routinen unterstützen dich dabei? • Welche sozialen Kontakte oder Unterstützungsformen sind wichtig? • Welche persönlichen Strategien, Motivationen oder Haltungen helfen dir am meisten?
Was wünschst du dir von der Sozialen Arbeit im Umgang mit Rückfällen?	• Welche Erfahrungen hast du bisher mit Fachpersonen gemacht? • Was hast du als hilfreich erlebt – und was eher als schwierig? • Was könnte aus deiner Sicht verbessert werden?
Wir kommen langsam zum Schluss. Gibt es noch etwas Wichtiges, das du bis jetzt noch nicht gesagt hast und das du gerne noch ansprechen würdest?	

B Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Forschungsprojekt: Bachelor-Arbeit, Rückfallrisiko bei alkoholabhängigen Menschen

Durchführende Institution: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Projektleitung und Interviewerin: Livia Leuenberger

Interviewdatum: _____

Beschreibung des Forschungsprojekts (zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ mündliche Erläuterung
☐ schriftliche Erläuterung

Die Interviews werden nach Ihrem Einverständnis mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet, um eine präzise Transkription der Gespräche zu ermöglichen. Die Verschriftlichung erfolgt mithilfe einer internen, KI-gestützten Transkriptionssoftware (NoScribe), die ausschliesslich auf einem geschützten lokalen Server arbeitet und keine Daten an externe Server weiterleitet. Für die wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle personenbezogenen Angaben, die eine Identifizierung der Teilnehmenden ermöglichen könnten, entweder verändert oder entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Form von Auszügen zitiert, um sicherzustellen, dass der Gesamtzusammenhang der Ereignisse keine Rückschlüsse auf die Identität der Befragten zulässt.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht, es sei denn, Sie stimmen einer weiteren Speicherung zur Kontaktmöglichkeit für themenverwandte Forschungsprojekte ausdrücklich zu. Selbstverständlich können Sie einer längeren Speicherung zu jedem Zeitpunkt widersprechen.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen.

☐ ja ☐ nein

Vorname; Nachname in Druckschrift

Ort, Datum / Unterschrift

C Kodierleitfaden und Kategoriensystem

Ober-kategorie	Unterkategorie	Code (Kernbegriff)	Definition und Konkretes Ankerbeispiel	Kodierregeln (Abgrenzung)
Individuelle Faktoren	Emotionale Auslöser / Dysregulation	Frustration, Langeweile, Depression, Reizüberflutung	Der Konsum dient als direkte Reaktion auf innere Spannungszustände, Stress oder negative Affekte, die nicht anders reguliert werden können. Ankerbeispiel (B1): <i>"Ähm, meistens. Ich glaube, es ist also Frust, Langweile. Frustration und Langweile, ja."</i> (Z. 301)	Nur Aussagen, die den emotionalen Zustand als Auslöser vor dem Konsum nennen. Aussagen über die emotionalen Folgen des Konsums gehören zu Kontrollverlust.
	Biografische Belastungen / Trauma	Niedriger Selbstwert, Geheimhaltung, Sucht als Bewältigung	Beschreibt die Auswirkungen der frühen Lebensgeschichte (z. B. fehlende Anerkennung, Lügen) und des daraus resultierenden geringen Selbstwerts auf die Sucht-Vulnerabilität. Ankerbeispiel (B2): <i>"Das tut sich als Kind so dermassen verinnerlichen. [...] du bist zu wenig gut."</i> (Z. 367)	Bezieht sich auf längerfristige, tief verwurzelte Muster und nicht auf kurzfristige, situative Stimmungen.
	Fehlende / Mangelnde Skills	Druckpfanne, keine Strategie, Angst, alleiniger Konsum	Die Unfähigkeit, inneren Druck, Ängste oder Krisen ohne Substanzgebrauch effektiv zu bewältigen, da etablierte Strategien fehlen oder im Notfall nicht abrufbar sind. Ankerbeispiel (B1): <i>"das Problem ist manchmal, es ist wie eine Druckpfanne. Irgendjemand muss, äh, den Druck rauslassen."</i> (Z. 370)	Fokus liegt auf der aktiven Bewältigungskompetenz und deren Scheitern, nicht nur auf dem Gefühl der Überforderung.
	Kontrollverlust	Unkontrollierter Konsum, Alltagsverlust, Entzugssymptome	Die Manifestation der Abhängigkeit, bei der die Kontrolle über die Substanz verloren geht und die alltägliche Lebensführung	Kriterium: Verlust der Handlungsfähigkeit (Haushalt,

			zusammenbricht. Ankerbeispiel (B2): <i>"Rückfall ist für mich. Wenn es. Unkontrolliert. Wird."</i> (Z. 200)	Mengen) oder physiologische Abhängigkeit.
II. Soziale Faktoren	Toxisches / Konfliktreiches Umfeld	Toxische Verwandte, Konflikte, Trennung/Verlust	Belastende Beziehungen, die massiven Stress verursachen oder als direkte Quelle für emotionale Destabilisierung fungieren. Ankerbeispiel (B4): <i>"Das sind ganz zwei toxische Menschen. Sehr."</i> (Z. 614–615)	Nur externe soziale Konflikte, die das Rückfallrisiko erhöhen. Interne Scham- und Rückzugsgefühle gehören zu <i>Soziale Isolierung</i> .
	Soziale Isolierung	Alleine konsumieren, Scham, Geheimhaltung	Der Rückzug aus dem sozialen Umfeld und die Durchführung des Konsums im Verborgenen (Scham), was die Problemlösung behindert. Ankerbeispiel (B1): <i>"Wo ich mich nicht im Griff weise, ist, wenn ich dann zu Hause alleine bin."</i> (Z. 427)	Fokus liegt auf dem <i>Akt</i> des Verbergens/Trennens und der Isolation.
	Unterstützendes Umfeld / Präsenz	Präsenz, Akzeptanz, offenes Reden, Hilfe anstossen	Die Existenz vertrauenswürdiger Beziehungen, die den Betroffenen stützen, zur Hilfe motivieren und ein Umfeld der Akzeptanz bieten. Ankerbeispiel (B1): <i>"Aber die helfen mit Präsenz und irgendwie Rat geben, also, jetzt musst du einfach wieder mal in die Klinik."</i> (Z. 336)	Kriterium: Die Unterstützung richtet sich auf das Wohlbefinden und die Überwindung der Sucht.
III. Strukturelle Faktoren	Arbeitsmarktfaktoren	Job als Stress, Militärische Vorgesetzte, Jobverlust	Die Rolle der Arbeit als stabilisierender Faktor versus die Überforderung durch hohe Anforderungen oder den Jobverlust als Rückfallauslöser. Ankerbeispiel (B1): <i>"Ich habe gewusst, der Job wird recht aussprachvoll gewesen. [...] meine Vorgesetzte [...] sie ist sehr militärisch."</i> (Z. 235–252)	Bezieht sich auf formale Aspekte der Erwerbstätigkeit (Anspruch, Stress, Verlust).
	Bedeutung der Tagesstruktur	Routinen, keine Struktur, Alltagssicherung	Die Notwendigkeit eines strukturierten Alltags als Schutz vor dem Rückfall, insbesondere nach Klinikaufenthalt. Ankerbeispiel (B1): <i>"was am meisten hilft, ist eben die Tagesstruktur."</i> (Z. 396)	Kriterium: Fokus liegt auf der zeitlichen und organisatorischen Strukturierung des Tages.

	Institutionelle Mängel / Übergänge	Fehlendes Austrittsmanagement, Standardprogramm, Spezialisierung	Kritikpunkte am Hilfesystem, insbesondere die unzureichende Begleitung an den Schnittstellen (Austritt) und die mangelnde Individualisierung. Ankerbeispiel (B3): <i>"Mir fehlt so ein bisschen die, gerade eben bei Kliniken... so ein bisschen die Übergangsfasen sind für mich immer sehr schwierig."</i> (Z. 611)	Bezieht sich auf die Organisation und Qualität der fachlichen Hilfe.
	Existenzielle / Materielle Sorgen	Existenzangst, Wohnung verlieren, Geldmangel	Finanzielle Nöte und die Angst vor materiellem Verlust als Auslöser von Konsum sowie als Hindernis bei der Annahme von Hilfsangeboten. Ankerbeispiel (B1): <i>"Ich werde nicht meine Wohnung verlieren. [...] Langzeittherapie heisst, man muss die Wohnung abgeben."</i> (Z. 518–520)	Kriterium: Aussagen über Geld, Wohnung, Besitz und deren Einfluss auf das psychische Wohlbefinden.

D Verwendung von künstlicher Intelligenz

Umfang	Name KI-Tool	Funktionsart	Prompt
Gesamter Interviewleitfaden	Gemini Flash 2.5 (20.10.2025)	Methodische Optimierung von Forschungsfragen	<i>Im Rahmen meiner Bachelor-Arbeit führe ich Leitfadeninterviews mit Menschen mit einer Alkoholgebrauchsstörung durch. Sind die Fragen für diesen Kontext geeignet formuliert? Bitte formuliere die Fragen inkl. Themen zum Nachfragen wenn nötig um, ohne dabei den Inhalt zu verändern.</i> Rückmeldungen studiert und teilweise eingearbeitet.
Gesamte Arbeit	Gemini Flash 2.5 (15.12.2025)	Textanalyse und Stilkritik	<i>Erstelle eine Rückmeldung über die Gestaltung der Übergänge zwischen den Kapiteln.</i>

			Rückmeldungen studiert und teilweise eingearbeitet.
Interviews 1 - 4	NoScribe 0.6.2 (01.11.2025)	Transkription der Interviews	<i>Automatische Transkription.</i>