



***Chancen nahtlos nutzen:  
Abschlussbericht der  
wissenschaftlichen Exploration zum  
Thema Suchtselbsthilfe als aktiver  
Partner im Netzwerk***

Renate Soellner, Andries Oeberst & Frank Glowitz

September 2012

## ***Inhalt***

1. Der Explorationsauftrag: Hintergrund, Gegenstand und zeitliche Organisation .....	4
2. Die Explorationsstrategie: Interviewcluster und Auswertungsperspektiven .....	7
3. Stichprobenziehung und –beschreibung .....	9
3.1 Resonanz und Ausschöpfung .....	10
3.2 Die erhobenen Einrichtungen .....	12
3.3 Die InterviewpartnerInnen .....	14
4. Die Datenerhebung und -auswertung .....	15
4.1 Die Interviewleitfäden .....	17
4.2 Der Kodierungsplan .....	18
4.3 Zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung .....	18
5. Die Explorationsergebnisse .....	20
5.1 Deskription der Einzelcluster: Die Innenansichten .....	20
5.2 Vergleich zwischen Clustern: Systematische Unterschiede .....	35
5.2.1 Vergleich städtischer und ländlicher Strukturen .....	35
5.2.2 Vergleich alter und neuer Bundesländer .....	38
5.3 Der Blick auf die Selbsthilfe aus allen drei Perspektiven.....	40
5.3.1 Der Blick auf die Selbsthilfe aus der Perspektive der Selbsthilfe .....	40
5.3.2 Der Blick auf die Selbsthilfe aus der Perspektive der stationären Einrichtungen.....	44
5.3.3 Die Sicht der Beratungsstellen auf die Selbsthilfe .....	47
6. Extraktion von Problemen und Handlungsempfehlungen.....	52
6.1 Hinderliche Bedingungen und förderliche Maßnahmen für den Zustrom in die Suchtselbsthilfe .....	52
6.1.1 Lücken in der SH-Angebotspalette.....	53
6.1.2 Mangelnde Transparenz der Angebotsvielfalt .....	57
6.1.3 Strukturelle Hemmnisse und Maßnahmen in der Vermittlung zu den SSH- Angeboten.....	59

## Chancen Nahtlos Nutzen: Abschlussbericht der Explorationsphase

6.1.4 Das Image von SSH in der professionellen Suchhilfe und bei den Hilfesuchenden .....	67
6.1.5 Die Einstellungen dem ‚Vereinsleben‘ oder Selbsthilfegruppen gegenüber ..	70
6.2 Ursachen für mangelnde Integrationsfähigkeit von Suchtselbsthilfeangeboten und mögliche Maßnahmen .....	71
6.2.1 Ungenügende Passung der SH-Angebote .....	71
6.2.2 Mangelnde Integrationsfähigkeit von Gruppen .....	74
6.2.3 Mangelnde Qualität einzelner SH-Angebote .....	76
6.3 Probleme von Ehrenamtlichen .....	78
6.4 Darstellung zweier Modelle guter Praxis .....	81
7. Literatur .....	85
Anhang .....	86
I. Interviewvorbereitung und -leitfäden .....	86
II. Interviewkodierung .....	95

## **1. Der Explorationsauftrag: Hintergrund, Gegenstand und zeitliche Organisation**

Dieser Bericht stellt die Ergebnisse der ersten Phase des vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten Projektes „*Chancen nahtlos nutzen – Suchtselbsthilfe als aktiver Partner im Netzwerk*“ dar. Initiiert und getragen wurde das Vorhaben von den Selbsthilfeverbänden *Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler in Deutschland* und *Kreuzbund*, mit dem erklärten Grundziel die Kooperation von beruflicher Suchthilfe und Suchtselbsthilfe zu optimieren, um die Nahtlosigkeit der Übergänge zwischen den tragenden Suchthilfeangeboten zu gewährleisten. Hintergrund des Vorhabens sind die sich stetig verändernden Anforderungen an das gesamte Hilfesystem und dessen einzelne Akteure. Mithilfe einer wissenschaftlich fundierten Exploration sollte deshalb eine Bestandsaufnahme und Analyse der Suchthilfenetzwerke bundesweit erfolgen.

Gegenstand der Exploration war dementsprechend die Untersuchung der grundlegenden Strukturen des Systems der beruflichen Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe. Insbesondere die Erfassung von Kooperations- und Vermittlungshemmnissen zwischen den ambulanten und stationären Suchthilfeangeboten und der Suchtselbsthilfe, aber auch die Analyse vernetzungsbegünstigender Faktoren sowie die Herausarbeitung von existierenden Modellen „guter Praxis“ sollten dabei im Mittelpunkt stehen. Zudem zielte die Exploration darauf ab, Antworten und Erklärungsansätze für einige konkrete Fragen und Praxisprobleme zu generieren:

- Was sind die Ursachen dafür, dass *augenscheinlich* immer weniger Hilfesuchende den Weg in die Suchtselbsthilfegruppe finden und was kann die Suchtselbsthilfe gegebenenfalls dafür tun, diesem Trend entgegenzuwirken?
- Wie kann es gelingen, Konsumenten aller Substanzen und Menschen mit suchtähnlichen Verhaltensstörungen in die Suchtselbsthilfe zu integrieren, d.h. suchstoffübergreifend und -unabhängig zu arbeiten?
- Wie kann sich die Suchtselbsthilfe für neue Zielgruppen öffnen?

Auf Basis der Explorationsergebnisse werden am Ende dieses Berichtes (Kap. 6) Handlungsempfehlungen formuliert, die teilweise in einer zweiten

Projektphase seitens der Suchtselbsthilfeverbände auf eine direkte Umsetzung abzielen, darüber hinaus jedoch auch als Grundlage für eine erfolgreiche und zukunftsweisende Kooperation und Vernetzung von Suchtselbsthilfe und beruflicher Suchthilfe dienen sollen. Hierfür sollte im Zuge der Exploration die Akzeptanz und Mitwirkungsbereitschaft der beteiligten Akteure erhöht sowie ein angemessenes Problembewusstsein geschaffen werden. Ziel ist es langfristig, die Qualität der Suchthilfe insgesamt zu verbessern, indem die berufliche Suchthilfe in ihren Konzepten und in ihrem konkreten Handeln die Möglichkeiten und Chancen der Suchtselbsthilfe regelhaft einbezieht und die SuchtselbsthilfevertreterInnen sich als aktive Partner im Netzwerk verstehen und positionieren.

Gemäß dem Projektantrag waren für das Explorationsvorhaben 12 Monate zur Durchführung vorgesehen. Der resultierende Zeitplan (siehe Abb. 1) verschob sich gegenüber dem beantragten aufgrund der verzögerten Mittelfreigabe um zwei Monate. Die gelisteten Teilaufgaben 1-3, 7 und 8 sind in direkter Kooperation bzw. Absprache mit dem Fachbeirat realisiert worden. Alle anderen Teilaufgaben wurden eigenständig durch Mitarbeiter der Universität Hildesheim bewältigt.



## ***2. Die Explorationsstrategie: Interviewcluster und Auswertungsperspektiven***

Mit der Exploration war der Anspruch verbunden, ein möglichst umfassendes und ausgewogenes Bild von den Kooperationsstrukturen in der Suchthilfe zu generieren. Demzufolge wurde angestrebt, eine maximal heterogene Stichprobe zu realisieren. Für die Auswahl der InterviewpartnerInnen wurden dazu in Absprache mit der Steuerungsgruppe die folgenden Differenzierungsfacetten festgelegt:

- Siedlungsstruktur: ländlich, städtisch, Metropole
- Region: nördlich, östlich, südlich und westlich
- Zugehörigkeit zum Selbsthilfeverband: Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler in Deutschland und Kreuzbund

Nachrangig sollte zudem darauf geachtet werden, die InterviewpartnerInnen auch bezüglich des Geschlechts und der durch sie vertretenen Hierarchieebene zu variieren. Anhand dieser Kriterien wurden die beteiligten Selbsthilfeverbände darum gebeten potentielle InterviewpartnerInnen aus ihren Reihen vorzuschlagen. Hierbei wurde ausdrücklich dazu angehalten, insbesondere Verantwortliche mit einem vielfältigen Erfahrungshintergrund zu aktivieren.

Um neben der Repräsentativität auch die Validität der Explorationsergebnisse abzusichern, war es von Anfang an geplant, zusätzlich zu VertreterInnen der Suchtselbsthilfe, auch RepräsentantInnen der beruflichen stationären sowie ambulanten Suchthilfe zu befragen. Dafür wurden Akteure der Suchthilfenetzwerke recherchiert die in struktureller Anbindung zu den in erster Instanz akquirierten SuchtselbsthilfevertreterInnen tätig sind. So sollte es ermöglicht werden, die Aussagen der drei Perspektiven (Suchtselbsthilfe, professionelle, ambulante und stationäre Suchthilfe) miteinander zu vergleichen und inhaltspezifisch gegenüberzustellen. Als mögliche Auswertungsperspektiven ergaben sich somit die folgenden:

- Clusterinterne Betrachtung: Strukturanalyse der einzelnen, lokalen Cluster unter Berücksichtigung aller drei Akteursperspektiven

- Struktur- und regionalspezifische Betrachtung: Vergleich der Cluster verschiedener Siedlungsstrukturen und Regionen zur Exploration von systematischen Kooperationsunterschieden
- Akteursspezifische Betrachtung mit Fokus auf der Suchtselbsthilfe: Analyse der Kooperationsbemühungen und des Images der Suchtselbsthilfe aus Sicht der drei Akteursperspektiven, sowie Analyse der Kooperationsbemühungen der professionellen Suchthilfeanbieter aus Sicht der Suchtselbsthilfe

Die Datenerhebung sollte mittels leitfadengestützter Interviews erfolgen, von denen maximal 30 als durchführbar avisiert waren. Dies ermöglichte es 10 verschiedene regionale Cluster zu definieren (siehe Abb. 2). In Abstimmung mit der Projektsteuerungsgruppe wurde entschieden, je Region ein ländliches und ein städtisches sowie zwei unabhängige Metropolcluster zu erheben. Die fünf Selbsthilfeverbände sollten dabei in der Endstichprobe durch je zwei VertreterInnen repräsentiert werden.



**Abbildung 2: Lokale Verteilung der Cluster**

### ***3. Stichprobenziehung und -beschreibung***

Für die Realisierung der anvisierten Maximalstichprobe von 30 Interviews (10 Cluster á drei GesprächspartnerInnen: Suchtselbsthilfe [SSH], Beratungsstellen [BS], stationäre Einrichtung [sE]) waren wir auf die Unterstützung der Projektsteuerungsgruppe angewiesen. An erster Stelle wurde der Feldzugang zur Suchtselbsthilfe durch die VertreterInnen der Selbsthilfeverbände gewährleistet, indem gesprächsbereite, verbandszugehörige GruppenleiterInnen vorgeschlagen wurden. Aus diesem Pool von potentiellen InterviewpartnerInnen wurden, gemäß den im Kapitel 2 vorgestellten Differenzierungsfacetten, die im ersten Anlauf anzusprechenden Selbsthilfe-vertreterInnen ausgewählt<sup>1</sup>. Die erste telefonische Kontaktaufnahme diente sodann insbesondere der Information über die relevanten professionellen Suchthilfeakteure des jeweiligen lokalen Clusters. Parallel dazu wurden durch Frau Christina Rummel (Bundesvorstand, Blaues Kreuz in der evangelischen Kirche), in ihrer Funktion als Projektleiterin, sowie in Eigenarbeit über öffentliche Internetsuchmaschinen, weitere professionelle Suchthilfeanbieter inklusive Ansprechpersonen mit lokalem Bezug zu den bereits kontaktierten Selbsthilfe-vertreterInnen recherchiert.

Sobald die in der Suchthilfe tätigen Einrichtungen eines Clusters ermittelt waren, wurde durch die beiden Interviewer zuerst jeweils eine der Beratungsstellen und stationären Einrichtungen angeschrieben, die auch von den VertreterInnen der Suchtselbsthilfe als relevante Kooperatoren innerhalb des lokalen Clusters erwähnt worden waren. Im Anschreiben wurde über Hintergrund und Anliegen des Projektes sowie unser Interesse an einem Interviewtermin vor Ort informiert. Die ebenfalls angekündigte telefonische Kontaktaufnahme erfolgte zeitnah. Sofern bereits die relevanten Ansprechpersonen erreicht worden waren, bemühten wir uns um die Vereinbarung der persönlichen Gesprächstermine. Dabei wurde aus ökonomischen und forschungsmethodischen Gründen Wert darauf gelegt, die Termine eines Clusters in einem möglichst kurzen Zeitraum zu realisieren. Die Reihenfolge der Interviews innerhalb eines Clusters war hingegen nicht vorgegeben.

---

<sup>1</sup> Eine genauere, z.B. geographische Beschreibung der Cluster, muss zur Wahrung der Anonymität der kontaktierten Einrichtungen und Interviewpersonen unterbleiben.

### *3.1 Resonanz und Ausschöpfung*

Die unmittelbaren Reaktionen auf das Explorationsanliegen waren – auch von Seiten der VertreterInnen professioneller Suchthilfeeinrichtungen – überwiegend positiv. In vielen Fällen standen die kontaktierten Personen für ein Interview zur Verfügung oder verwiesen direkt an eine geeignete GesprächspartnerIn.

Nach Institutionen aufgeschlüsselt ergibt sich folgendes Bild:

Die Ansprechpartner, die durch die *Selbsthilfeverbände* benannt wurden, zeigten durchweg eine hohe Kooperationsbereitschaft. Der Gesprächsanlass war überwiegend bereits bekannt, wenn nicht wie in einigen Fällen sogar vertraut. Die Termine ließen sich ohne Komplikationen vereinbaren. Teilweise boten die Vertreter der Selbsthilfe an, die Kontakte zu den entsprechenden Clustereinrichtungen herzustellen, z.T. wurden jedoch auch Kontaktpartner in Kliniken und/oder Beratungsstellen genannt, bei denen sich später eher mangelnde Kooperationsbereitschaft feststellen ließ.

In den *Beratungsstellen* war es ebenfalls überwiegend kurzfristig möglich ein Gespräch zu terminieren und zu führen. Das Anliegen war nach der Information durch das Anschreiben zwar nur oberflächlich bekannt, jedoch konnte sobald man den richtigen Ansprechpartner hatte, am Telefon in der Regel eine Gesprächsatmosphäre hergestellt werden, die eine baldige Vertiefung des Gegenstands vorstellbar machte. Der Gesamteindruck war: Wenn das Thema für die Gesprächspartner und deren Einrichtung interessant ist, der Interviewer im Auftrag namhafter Institutionen agiert und einen seriösen Eindruck hinterlässt, lässt es sich für die Beratungsstellen-Mitarbeiter auch zeitlich einrichten, während ihrer Arbeit, ein Gespräch zu führen. In einem Fall erklärte sich die Gesprächspartnerin sogar bereit, für das Gespräch am Morgen eine Stunde vor ihrem geplanten Dienstbeginn zu kommen.

In den *Kliniken* gestaltete sich der Zugang von allen drei Clusterpartnern am schwierigsten. Zunächst war es umständlich, einen direkten Ansprechpartner ausfindig zu machen. Wenn ein Termin zustande kam, war die Auskunftsbereitschaft jedoch relativ hoch. Die Kooperationsbereitschaft bekam dort eine neue Qualität, wo ein Eigeninteresse am Thema und entsprechende Erfahrungen vorlagen. Das größte Interesse am Thema zeigten

Sozialdienstmitarbeiter und –mitarbeiterinnen und die dort tätigen Psychologinnen und Psychologen. Bei Ärztinnen und Ärzte war das Interesse etwas eingeschränkter. Desinteresse bzw. Zweifel am Sinn oder der Qualität des Vorhabens wurden jedoch nie geäußert. Die Gespräche, die schließlich geführt werden konnten, basierten auf zum Teil sehr großem Erfahrungshintergrund seitens der Klinik-MitarbeiterInnen, so sie einen hohen Erkenntniswert hatten. Allerdings gab es auch solche Gespräche, in denen dieser Erfahrungshintergrund fehlte, die Kooperation mit der Selbsthilfe keinen hohen Stellenwert im Hause hatte und in denen folglich mehr die Gründe für die mangelnde Kooperation eruiert werden konnten.

Insbesondere bei stationären Einrichtungen stellte sich wie beschrieben eine konkrete Interviewvereinbarung jedoch häufig als schwierig heraus, sodass die Zeiträume zwischen der Erstkontaktaufnahme und der Durchführung der Interviews von einer Woche bis vier Monaten reichten. In fünf Fällen konnte mit der zuerst kontaktierten Einrichtung kein Interviewtermin erzielt werden. Hier wurde dann die Verbindung zu anderen, vergleichbaren Einrichtungen des lokalen Clusters aufgenommen. Als Gründe für die Verzögerungen und Absagen ließen sich ausmachen:

- die Komplexität der Entscheidungsstrukturen innerhalb der Einrichtung,
- Entscheidungsträger und Interviewpartner waren unterschiedliche Personen,
- Bedenken gegenüber der „Herausgabe“ von Daten trotz Zusage der Datenanonymisierung,
- Interviewtermine waren nur zu sehr ausgefüllten Arbeitszeiten möglich.

Da die Organisation der Gespräche, insbesondere diejenigen in ländlichen Regionen, mitunter sehr aufwändig war, war ein kurzfristig abgesagter Termin kaum zu kompensieren. So waren die Interviewer z.T. 1-2 Tage unterwegs, um statt der geplanten und vereinbarten drei Interviews im Ergebnis nur ein Interview zu realisieren.

Bis Ende April 2012 konnten dennoch 26 Interviews durchgeführt werden. Dabei wurden alle zehn VertreterInnen der Suchtselbsthilfe interviewt. Von den

Beratungsstellen konnten neun und von den stationären Einrichtungen sieben für die Exploration gewonnen werden, so dass zu diesem Zeitpunkt sieben Cluster vollständig erhoben worden waren. Nach Rücksprache mit dem Fachbeirat wurden anschließend noch Interviews mit VertreterInnen zweier suchttherapeutischer Fachkliniken realisiert, um der Perspektive stationärer Suchthilfeeinrichtungen ausreichend gerecht zu werden. Diese Einrichtungen sind keinem der ursprünglich definierten Cluster zuzuordnen.

### *3.2 Die erhobenen Einrichtungen*

Aufgrund der kleinen Stichprobe und zur Wahrung der Anonymität der Einrichtungen bzw. Selbsthilfegruppen können an dieser Stelle nur sehr begrenzte Angaben über die kontaktierten Organisationen gemacht werden. Relevant ist insbesondere der Blick auf die Beratungsstellen und stationären Einrichtungen. Betrachtet man deren Angebotsspektrum lassen sich deutliche Überschneidungen erkennen (Tab. 1). So zählt die ambulante Therapie zwar offensichtlich zu den Kernangeboten von Beratungsstellen, wird jedoch auch von fast allen stationären Einrichtungen vorgehalten. Bereits hier wird deutlich, dass die professionellen Suchthilfeanbieter ihre Angebotspalette diversifizieren, um Hilfesuchende länger an sich zu binden und sich alternative Einnahmequellen zu erschließen.

**Tab. 1: Suchthilfeangebote der professionellen Einrichtungen**

<b>Angebotspalette</b>	<b>Beratungsstellen (9)</b>	<b>Stationäre Einrichtungen (9)</b>
qualifizierter Entzug	1	6
stationäre Therapie	1	9
ambulante Therapie	8	6
Beratung	9	2
Betreutes Wohnen	4	1
Nachsorge	7	3
angeleitete Gruppen	5	3

Dies dürfte auch Ursache für das vermehrte Angebot von Nachsorgemaßnahmen und die z.T. darin eingebundenen, angeleiteten

Suchthilfegruppen sein. Derartige Strukturen können Suchthilfesuchende auch nach Beendigung der primären therapeutischen Maßnahmen an die Einrichtungen binden, so dass sich der Übergang von der professionellen, therapeutischen Suchthilfe in die Selbsthilfe in den meisten Fällen verzögert. Dabei findet begrifflich oft – sowohl von Seiten der Interviewten, als auch in den Internetauftritten der Einrichtungen – keine eindeutige, begriffliche Unterscheidung zwischen professionell angeleiteten und Suchtselbsthilfegruppen statt. Tatsächlich werden derartige Maßnahmen in einigen Fällen unter der Bezeichnung „Selbsthilfegruppe“ geführt. Diese sprachliche Kontamination kann dazu beitragen, dass ein falsches Bild von Suchtselbsthilfe bei den Hilfesuchenden entsteht<sup>2</sup>.

Auffallend hoch ist zudem der Anteil an stationären Institutionen, die einen qualifizierten Entzug (Entgiftung) anbieten. Bei genauerer Betrachtung lassen sich die stationären Einrichtungen diesbezüglich unterscheiden nach Psychiatrien mit suchtpsychiatrischen Abteilungen und Fachambulanzen (4, alle inklusive Entgiftung), Allgemeinkrankenhäusern mit Suchtfachabteilungen (1, inklusive Entgiftung) und suchththerapeutischen Fachkliniken (4, nur eine inklusive Entgiftung). Da ein einrichtungsinternes Entgiftungsangebot die Akquise von PatientInnen für die therapeutischen Angebote erleichtert, gilt es diese Differenzierung für die spätere Auswertung der Kooperationsbemühungen im Hinterkopf zu behalten.

Im Hinblick auf die betreuten Suchtformen gibt es zwischen der Suchtselbsthilfe, den Beratungsstellen und stationären Einrichtungen eher unsystematische Unterschiede in den jeweiligen Standardversorgungen und zusätzlichen Angeboten.

---

<sup>2</sup> Ausführlicher werden diese Punkte im Kapitel 6.1.3 behandelt.

**Tab. 2: Betreute Suchtformen der Selbsthilfe, Beratungsstellen und stationären Einrichtungen<sup>3</sup>**

Betreute Suchtformen	Selbsthilfe (10)	Beratungsstellen (7)	stationäre Einrichtungen (9)
Standardversorgung	Suchtmittelübergreifend (3)	Symptomunabhängig (1)	Stoffgebundene Süchte (4)
	Schwerpunkt Alkohol (5)	Suchtmittelübergreifend (3)	Schwerpunkt Alkohol (3)
	Schwerpunkt Medikamente (3)	Stoffgebundene Süchte (2)	Schwerpunkt Medikamente (2)
		Schwerpunkt. legale Drogen (1)	Nicht stoffgebundene Süchte (1)
		Schwerpunkt Alkohol (1)	
Zusätzliche Angebote	Cannabis (1)	Cannabis (1)	Illegale Drogen (2)
		Essstörungen (1)	
		Glücksspiel (1)	
		Illegale Drogen (1)	

### 3.3 Die InterviewpartnerInnen

Alle 28 als VertreterInnen ihrer Einrichtung interviewten Personen haben sich als sehr kompetente und erfahrene Gesprächspartner erwiesen. Die folgenden Angaben mögen hierfür als Beleg dienen. Die 12 Männer und 16 Frauen, waren durchschnittlich 50 Jahre alt und bereits seit geraumer Zeit mit ihren ehrenamtlichen oder beruflichen Funktionen betraut sowie in der durch sie vertretenen Einrichtung tätig (1 Person seit weniger als 2 Jahren, 9 Personen seit 2 bis 10 Jahren, 18 Personen seit über 10 Jahren). Die genauen ehrenamtlichen bzw. beruflichen Funktionen können der folgenden Tabelle entnommen werden<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Die Summe der Angebote kann durch Doppelnennungen die Zahl der Interviewten übersteigen.

<sup>4</sup> Die Anzahl der Funktionen übersteigt die der InterviewpartnerInnen aufgrund von Doppelfunktionen einiger Personen.

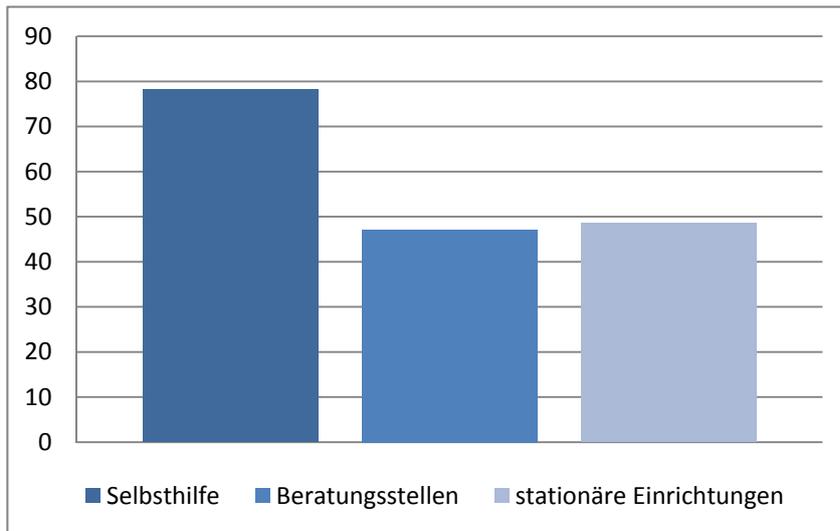
**Tab. 3: Ehrenamtliche bzw. berufliche Funktionen der Interviewten**

Suchtselbsthilfe (10)	Beratungsstellen (9)	stationäre Einrichtungen (9)
GruppenleiterIn (7)	Dipl.- SozialpädagogIn (7)	Dipl.- SozialpädagogIn (4)
Landesvorstand (5)	LeiterIn (6)	LeiterIn (2)
lokaler Verbandsvorstand (1)	FachreferentIn für Sucht (3)	Oberarzt/Oberärztin (2)
	PsychotherapeutIn (1)	GeschäftsführerIn (1)
		Dipl.- PsychologIn (1)

#### **4. Die Datenerhebung und -auswertung**

Die Durchführung von persönlichen Interviews vor Ort wurde als primäre Erhebungsmethode gewählt. Durch die vertraute Umgebung und den minimalen Einsatz von Technik zur Datenarchivierung (kleine, digitale Aufnahmegeräte) sollte eine möglichst entspannte Interviewsituation für die GesprächspartnerInnen gewährleistet werden. Außerdem war es so möglich einen direkten Eindruck von der lokalen Einbettung (Lage und Verkehrsanbindungen), sowie den strukturellen Vernetzungsbemühungen (Aushänge, Flyer anderer Suchthilfeanbieter, ggf. für Suchtselbsthilfegruppen vorgehaltene Räumlichkeiten) der Einrichtungen zu gewinnen. Nur die beiden nacherhobenen Interviews wurden aufgrund terminlicher Anforderungen telefonisch geführt. Hier liegen die Daten als schriftliche Gesprächsprotokolle vor.

**Abb. 3: Durchschnittliche Gesprächsdauer in Minuten**



Die insgesamt protokollierte Gesprächsdauer beträgt 27,5 Stunden. Die Dauer der Interviews variierte dabei zwischen 30 und 106 Minuten. Die Gespräche mit VertreterInnen der professionellen Suchthilfe fielen im Durchschnitt 30 Minuten kürzer aus, als die Interviews mit den SuchtselbsthilfevertreterInnen (siehe Abb. 3). Insgesamt betrug die durchschnittliche Gesprächsdauer mit den VertreterInnen der Selbsthilfe ca. 78 Minuten, mit denen der stationären Einrichtungen 47 Minuten und mit den BeratungsstellenmitarbeiterInnen 48 Minuten.

Ursachen für diese Differenz mögen zum einen im unterschiedlichen Zeitdruck seitens der Interviewten als auch im Umfang und in der Explizitheit der besprochenen Strukturen und Regelungen begründet sein. Die längere Gesprächsdauer mit den VertreterInnen der Suchtselbsthilfe lässt sich durch die Themenfokussierung auf die Selbsthilfe und das Erkenntnisinteresse insbesondere der Selbsthilfeverbände erklären. Weiterhin fanden die Interviews mit VertreterInnen der professionellen Suchthilfe häufiger während der Arbeit statt und wurden öfter von anderen Terminen begrenzt, als dies bei den SuchtselbsthelferInnen der Fall war. Zudem war die Anzahl der im Interviewleitfaden vorgesehenen Fragen zu den professionellen Einrichtungen etwas geringer und ließ sich eher unter Berufung auf offizielle Konzepte und explizite Daten beantworten.

Die Interviewten lassen sich grob in drei Typen fassen:

1. Diejenigen, die sich freundlich bereit erklärten, über ein Thema ihrer beruflichen Praxis zu sprechen, ohne dass es direkte Vorteile versprechen würde. Die Art des Gespräches und die Reflexion von Suchthilfe hatte im Ergebnis aber einen gewissen Zugewinn für den Interviewten.

2. Diejenigen, für die das Thema „Entwicklung der Suchthilfe“ historisch wie perspektivisch zum eigenen beruflichen und/oder persönlichen Thema wurde. Sie verbinden die Weiterentwicklung in der Suchthilfe mit einem wahrnehmbaren Vorteil für sich.

3. Diejenigen, die sich durch die Analyse der Kooperationsstrukturen zwischen den verschiedenen Akteuren in der Suchthilfe keine direkten Vorteile für ihre Arbeit und auch nicht für die Suchthilfe vorstellen konnten. In der Regel wurden Sie durch Vorgesetzte aufgefordert das Gespräch zu führen.

### *4.1 Die Interviewleitfäden*

Zur Absicherung der Gesprächsführung und Gewährleistung der intendierten Gesprächsinhalte über die beiden Interviewer und verschiedenen Interviewten hinweg wurden von uns vorab Leitfäden entworfen und mit dem Fachbeirat abgestimmt. Diese Anleitungen legten sowohl die Inhalte der ersten telefonischen Kontakte als auch die der eigentlichen Interviews fest und gaben zudem einen inhaltlich logischen Gesprächsaufbau vor. Von diesem konnte im Sinne der spontanen Gesprächsanteile der Interviewten abgewichen werden, um eine möglichst „natürliche“ Gesprächssituation zu fördern. Im Überblick wurde den folgenden Themengebieten Rechnung getragen:



- Hintergrunddaten zur Gesprächsperson
- Eckdaten zur Einrichtung oder Selbsthilfegruppe (finanzielle bzw. organisatorische Einbindung, Angebotspalette, Klientel, etc.)
- Deskription der Klienten-Vermittlungswege von und zur Einrichtung
- Deskription der lokalen (z.T. auch überregionalen) Kooperationsstrukturen innerhalb der Suchthilfe
- Evaluation der bestehenden Kooperationsstrukturen und –partner

- Evaluation potentieller Kooperationspartner
- Aus Sicht der professionellen Suchthilfe: Evaluation der Suchtselbsthilfe allgemein bzw. aus Sicht der Selbsthilfegruppen: Evaluation der Außenwahrnehmung von Suchtselbsthilfe
- Allgemeine Fragen zum Suchhilfesystem

#### *4.2 Der Kodierungsplan*

Zur Gewährleistung maximaler Intersubjektivität und Reliabilität auch im Zuge der Interviewauswertung wurde ein Kodierungsplan ausgearbeitet, durch welchen die inhaltliche Differenzierung und Anordnung der Interviewaussagen standardisiert werden konnte. Die sprachliche und inhaltliche Vereinheitlichung von Aussagen diente vor allem dazu die Interviews vergleichbar zu machen, um so systematische Unterschiede und Gemeinsamkeiten leichter identifizieren zu können. Parallel zu den sprachlich vereinheitlichten Aussagen wurden auch wörtliche Transkripte kodiert. Diese dienen zum Beleg und zur näheren Erläuterung der Allgemeinaussagen, indem sie z.B. deren Nachdrücklichkeit illustrieren und Konnotationen offen legen können. Zur leichteren Nachvollziehbarkeit der Kodierungen wurden die vereinheitlichten Aussagen und Transkripte zudem mit Referenzzeiten versehen, welche sich auf die Interviewaufzeichnungen beziehen.

#### *4.3 Zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung*

Zur weiteren Absicherung der Explorationsergebnisse waren bereits in der Projektplanung zusätzliche Maßnahmen vorgesehen worden. So wurden zur Verifikation der Interviewaussagen die Internetauftritte der erhobenen Einrichtungen nach Informationen zur Angebotspalette, Hinweisen auf die Vernetzung mit anderen Suchthilfeanbietern, vertretene Therapieansätze u. ä. hin ausgewertet. Des Weiteren wurden zur Gewährleistung der Intersubjektivität der Kodierungen zweier Interviews diese durch eine unabhängige Person zusätzlich ausgewertet. Die Doppelkodierungen offenbarten keine grundsätzliche Varianz im Hinblick auf die inhaltliche Kodierung und Einordnung der Aussagen. Bestehende, kleinere Differenzen wurden diskutiert und zum Anlass genommen das Kodiersystem stellenweise zu verfeinern. Die Ergebnisse des systematischen Vergleichs und der weitergehenden

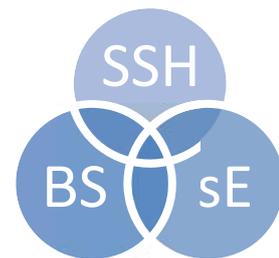
Interpretation der Interviewaussagen wurden dann abschließend mit dem Fachbeirat und in einer Expertenrunde diskutiert und validiert. Im Rahmen der Fachbeiratssitzung wurde dabei deutlich, dass bei den sieben bis dahin erfassten stationären Einrichtungen die suchttherapeutischen Fachkliniken etwas unterrepräsentiert waren. Um für die Explorationsergebnisse eine angemessene Heterogenität der stationären Perspektiven zu gewährleisten, wurden deshalb zwei Interviews mit Fachkliniken telefonisch nacherhoben (siehe Kap. 3).

## ***5. Die Explorationsergebnisse***

Zur Auswertung der Interviews wurden sukzessive unterschiedliche Perspektiven eingenommen, um zu abstrahierenden und vergleichenden Aussagen über die verschiedenen lokalen Suchthilfecluster und Regionen, sowie die berücksichtigten Suchthilfeakteure (stationäre Einrichtungen, Beratungsstellen und insbesondere die Suchtselbsthilfe) zu gelangen. Durch dieses Vorgehen ließen sich ausgehend von rein deskriptiven Aussagen über die Kooperationsbemühungen der von uns betrachteten Cluster letztendlich generalisierte Problemfelder in der Vernetzung der Suchthilfeangebote ableiten. Gleichzeitig konnten so korrespondierende Handlungsempfehlungen herausgearbeitet werden. Auf Basis dieser Analysen identifizierte Modelle vielversprechender Praxis wurden ebenfalls aufgearbeitet. Die vorliegende Darstellung der Explorationsergebnisse folgt dieser Vorgehensweise.

### *5.1 Deskription der Einzelcluster: Die Innenansichten*

Die Charakterisierung der einzelnen Cluster dient in erster Linie zur Verdeutlichung der Bandbreite unterschiedlicher Kooperationsstrukturen und der von stationärer, ambulanter und Suchtselbsthilfe dabei eingenommenen Rollen. Bei den folgenden Ausführungen handelt es sich dabei um vereinfachende und zugespitzte Beschreibungen im Sinne einer Typologisierung. Die Bezeichnungen für die Cluster und Akteure sind anonymisiert.



#### *Cluster 1 Ländlich/ Nord: „Verbundzentrierte und personalisierte Vernetzung“*

Das Suchthilfeversorgungsnetzwerk dieses sehr weitläufigen Clusters zeichnet sich durch eine relativ klare Angebotstrennung und einfache Vermittlungswege aus. Die zentrale Vermittlerrolle wird – wie klassischerweise vorgesehen – von den Beratungsstellen eingenommen, die als Bestandteil eines regionalen Trägerverbundes bestens untereinander sowie mit einigen psychiatrischen Einrichtungen und suchtherapeutischen Fachkliniken vernetzt sind. Zwischen diesen Einrichtungen gelten vereinfachte

Vermittlungsbedingungen, darüber hinausgehende Kooperationen (z.B. Weiterbildungsmaßnahmen) sind vertraglich vereinbart. Nicht im Verbund beteiligte Akteure werden nachrangig bedient. Diese Art der Vernetzung funktioniert relativ gut, solange fast alle professionellen Einrichtungen, insbesondere aber die Beratungsstellen Teil dieses Verbundes sind und den Hilfesuchenden so auch effektiv eine große Angebotsvielfalt zur Verfügung steht. Problematisch wird es dann, wie es jüngst der Fall war, bei der regelmäßig durchgeführten Neuausschreibung der ambulanten Suchthilfeversorgung durch die Kommunen andere Träger den Zuschlag bekommen.

Aus einem ganz anderen Grund stellt das lokale Netzwerk professioneller Suchthelfer auch für die Vertreter der Suchtselbsthilfe (SSH) eine besondere Herausforderung dar. Weil die Vermittlungsentscheidungen in die SSH hinein maßgeblich vom persönlichen Ermessen der professionellen SuchthelferInnen abhängen, sind die Selbsthilfe (SH)-GruppenleiterInnen auf eine enge persönliche Kontaktpflege zu den Einrichtungen angewiesen.

*Zitat Beratungsstelle (BS): „Wenn ich mal jemanden in eine bestimmte Gruppe haben will, dann sag ich das schon. Da und da, meld dich mal bei dem...“*

*Zitat SSH: „Das hat aber auch,... so anderthalb, zwei Jahre hab ich gebraucht, bis ich [bei] diesem Klüngel hier mich da so durchgewurschtelt hab.“*

Darüber hinaus werden die SuchtselbsthelferInnen in diesem Cluster von Seiten der professionellen Suchthelfer stark auf ihre individuellen Suchterfahrungen reduziert, was eine Hürde für die nahtlose und insbesondere inhaltliche Zusammenarbeit darstellt. Die Übernahme der Leitung einer SH-Gruppe wird somit enorm erschwert.

*Zitat SSH: „Das Problem ist, dass als trockener Alkoholiker ... man wird immer noch als potentieller Patient gesehen. Also nicht auf Augenhöhe. Das muss man sich hart erarbeiten.“*

Abschließend lässt sich das Cluster als aktuell gut funktionierendes, jedoch fragiles Suchthilfenetzwerk charakterisieren, welches den Akteuren der Suchtselbsthilfe enorm viel Engagement und Durchhaltevermögen abverlangt.

*Cluster 2 Ländlich/ Nord-West: „Einfachstruktur mit weißen Flecken“*

Kennzeichnend für die Struktur der Suchthilfeangebote in diesem Cluster ist insbesondere die sehr lückenhafte Versorgung mit Beratungsstellen. So gibt es etwa in der größten Kleinstadt der Region keine ambulante Einrichtung, weshalb die psychiatrische Klinik mit Suchtfachabteilung die einzige direkte Anlaufstelle für Hilfesuchende oder auch SH-Gruppen im Umkreis von 20km darstellt.

*Zitat SSH: „Wir sind hier weit vom Schuss ab, also auch vom Verband und von der Region her. Wir sitzen zwischen zwei Beratungsstellen wenn man so will. Wir sind also wirklich richtig an die Klinik angebracht.“*

Die Vernetzungsaktivitäten der betreffenden Klinik sind dementsprechend prägend für das gesamte lokale Suchthilfenetzwerk. Dies ist einerseits vorteilhaft für die SH-Gruppen, da dem Leitbild und der tatsächlich praktizierten Kultur der Klinik ein klares Bekenntnis zur Selbsthilfe als integraler Bestandteil der Versorgungsstrukturen zugrunde liegt. So erfolgt die Empfehlung und Vermittlung von Selbsthilfegruppen nachdrücklich und überzeugt und es wird zugleich uneingeschränkt praktische Unterstützung (z.B. durch zur Verfügung gestellte Räumlichkeiten und die Pflege der selbsthilfebezogenen Patienteninformationen) gewährt.

*Stationäre Einrichtung (sE): „Wir haben natürlich ´ne Stellung hier...und wie schon gesagt, wir sind ein so kleiner Baustein in der Suchtkarriere...“*

Andererseits ist die vermittelnde und inhaltliche Zusammenarbeit zwischen beruflicher und Suchtselbsthilfe dadurch beeinträchtigt, dass die Psychiatrie als Ausbildungsklinik einen sehr hohen Durchsatz an ärztlichem Personal zu verzeichnen hat und so das vernetzungsrelevante Personal häufig wechselt. Dies wird durch depersonalisierte Strukturen, wie Gremienarbeit oder regelmäßige Netzwerktreffen nur unzureichend kompensiert. Grund hierfür mag unter anderem der geringe Eigenbedarf an intensiver Vernetzung mit den anderen lokalen Akteuren sein, da ein Großteil der Patienten nicht aus der Region stammt und die therapeutischen Angebote durch die hausinterne Entgiftung gut mit Teilnehmenden versorgt werden. Gerade im Umgang mit

diesen Klienten haben zudem die SH-Gruppen Schwierigkeiten. So wird der reibungslose Ablauf der Gruppenabende durch den permanenten Integrationsbedarf neuer TeilnehmerInnen, die zudem in der Regel nur vorübergehend dabei sind und nicht immer die nötigen Voraussetzungen für eine effektive Beteiligung an Selbsthilfemaßnahmen mitbringen, erheblich behindert.

*Zitat sE: „Der Flyer liegt hier im Krankenhaus definitiv nicht auf der Station, weil die Patienten hierherkommen und dann entgiften und die werden dann manchmal angeleitet schon eine Selbsthilfegruppe zu besuchen(...). Das kann die Gruppe nicht leisten, da haben wir nicht so gute Erfahrungen mit gemacht.“*

Wohl auch aus diesem Grund bietet die Klinik hausintern angeleitete Gruppen an, ohne dabei jedoch für eine klare Trennung von den Suchtselbsthilfeangeboten vorzunehmen.

*Zitat SSH: „Bei uns [an der Klinik] gibt es auch viele angeleitete Gruppen, die auch unter diesem Begriff Selbsthilfe laufen.“*

Die Beratungsstellen des Clusters übernehmen dementsprechend nur marginale Vernetzungsfunktionen, d.h. sie beschränken sich tendenziell auf unmittelbare „Nachbarschaftspflege“ und priorisieren offen die verbandsinterne Zusammenarbeit.

*Zitat BS: „Wir als [Verband XY]-Beratungsstelle (...) sollten wir mit dem [SSH-Verband XY] zusammen arbeiten, weil der ja auch Fachverband ist.“*

Zusammenfassend sind die lokalen Suchthilfestrukturen aus Sicht der Hilfesuchenden eindeutig als suboptimal zu bezeichnen, da der Zugang zum ohnehin lückenhaften Versorgungsnetzwerk durch die ungenügende und intransparente Vernetzung weiter erschwert wird.

*Cluster 3 Metropole/ Nord: „Stadtteilkonzentrierte Versorgungsvielfalt“*

Die Versorgungsdichte und –vielfalt für Hilfesuchende mit einer Suchtproblematik ist in der Metropole, dem das untersuchte Cluster angehört, sehr hoch. So bieten die regionalen Strukturen als einzige der von uns explorierten auch umfassende professionelle und Selbsthilfeangebote in

diversen Fremdsprachen an. Ein Nebeneffekt der extremen Dichte an Suchthilfeangeboten ist die Fokussierung auf stadtteilspezifische Vernetzungen. Dies wird zusätzlich durch die kommunale Hoheit bei der Mittelvergabe für Beratungsstellen, aber auch für stationäre Angebote, forciert. Die konkreten Vernetzungsaktivitäten der Suchthilfeanbieter können deshalb von Stadtteil zu Stadtteil sehr unterschiedlich ausfallen. Gemein ist den verschiedenen Strukturclustern jedoch offenbar, dass durch die Partikularität die Vernetzungen der professionellen Suchthilfeeinrichtungen untereinander und zu einzelnen SH-Gruppen tendenziell historisch gewachsen und gefestigt sind. Auch Verbands- und Trägerinteressen spielen bei den Kooperationsbemühungen eine entscheidende Rolle.

*Zitat SSH: „Die Gelegenheit ist wichtig, jetzt kommt da keine neue Selbsthilfegruppe mehr rein. Stellen sich ja genug vor hier. Damals war das hier neu und da gab's Bedarf und mein Vorgänger hatte da `nen guten Draht.“*

*Zitat BS: "Da ist auch die Nähe zu dem Kollegen vom [selben Trägerverein] da, und da sagt man, komm, (...) die und die Gruppe, guck mal, ob die was für Dich ist."*

Bei relativer Stabilität der professionellen Akteure variieren dennoch die konkreten Angebote und deren Verteilung erheblich. Beratungsstellen wie stationäre Einrichtungen sind gleichsam bemüht das eigene Angebotsspektrum permanent auszubauen, bzw. sich neue Nischen zu erschließen (z.B. Streetwork, Kooperationen mit JVA's oder Arbeitsagenturen, Präventionsarbeit, etc.), um Mittelkürzungen zu kompensieren oder das potentielle Klientel besser und dauerhafter an sich binden zu können. Dies verkompliziert die Vernetzungsarbeit untereinander und die Navigation Hilfesuchender innerhalb der Angebotspalette.

Diese Umstände führen dazu, dass SH-Gruppen, die nicht über eine direkte Anbindung an eine stationäre oder ambulante Einrichtung verfügen, auf die öffentlichen Medien und das Internet angewiesen sind, um ausreichend Teilnehmende zu akquirieren. Im Gegensatz zu eher ländlichen Clustern funktioniert dies teilweise gut, da die Hilfesuchenden ohnehin stärker die Tendenz haben, sich individuell über Suchthilfeangebote zu informieren. Gründe hierfür sind unter anderem die zuvor angesprochene

Angebotskomplexität als auch deren Stadtteilspezifität, die mit den Wohn- und Lebenssituationen vieler Hilfesuchender nicht korrespondiert.

Zusammenfassend wird das Cluster insbesondere durch eine hohe Verantwortungsdiffusion in Sachen Suchthilfevernetzung charakterisiert. Die hohe Angebotsdichte stellt sich deshalb für Suchtselbsthilfeverantwortliche und Hilfesuchende tendenziell als schwer zu durchdringende Vielfalt dar.

*Cluster 4 Städtisch/ West: „Ineffizientes Nebeneinander“*

Die Suchthilfeangebote dieses Clusters verteilen sich weiträumig über die recht zergliederte Stadt und kooperieren vielleicht auch deshalb kaum systematisch miteinander. Solchermaßen ist die lokale Angebotspalette einerseits weniger vielfältig, weil aufeinander abgestimmt, als möglich und erschließt sich andererseits Hilfesuchenden und neuen Suchthelfenden nicht ohne weiteres. Ergebnis und zugleich aufrechterhaltendes Merkmal der mangelhaften systematischen Vernetzung ist die Prävalenz persönlicher Kontakte als treibendes Moment der meisten Kooperationen.

*Zitat SSH: „[Zwar können] Kontakte durch `ne persönliche Haltung und Kommunikation schon verbessert werden, [wir achten aber darauf] dass die sich auch schon so verfestigen, dass es einen gewissen Routinefaktor bzw. strukturelle Kooperationen gibt.“*

Gut vernetzte Akteure profitieren selbstverständlich von diesen Umständen. Entsprechend halbherzig sind dann auch die Bemühungen der meisten Beteiligten um mehr Transparenz und Teilhabe bei der Vernetzung, auch wenn die Nachteile einer dermaßen begründeten Zusammenarbeit durchaus offen liegen.

*Zitat BS: "(...) dass es auch Konflikte gab (...), die aber auch in den Persönlichkeiten begründet waren."*

Die generelle Einstellung den jeweils andersartigen Suchthilfeangeboten gegenüber (stationäre vs. ambulante vs. Suchtselbsthilfe) lässt sich am besten als „verhalten positiv“ beschreiben. Im gleichen Atemzug tritt insbesondere unter den beruflichen Suchthilfen die Wahrnehmung zutage, dass die eigenen

Angebote und die anderer Anbieter sich nicht primär ergänzen, sondern in Konkurrenz zueinander stehen.

*Zitat BS: "Dass zunehmend dann auch sowas wie Konkurrenz da spürbar ist, dass man so denkt:,Naja, den hab ich doch vermittelt in die Klinik, wieso kommt der denn nicht mal zurück?!"*

Dies ist im Bereich der Nachsorge tatsächlich häufig der Fall. Auch in anderen Bereichen überschneiden sich therapeutische Angebote zumindest augenscheinlich mit dem bereits bekannten Ziel Suchthilfesuchende früher und länger an die eigene Einrichtung zu binden. Die tatsächliche und wahrgenommene Konkurrenz untereinander stellt im lokalen Suchthilfesystem zugleich Mit-Ursache und Auswirkung der unsystematischen Vernetzung dar. Auch die Suchtselbsthilfe bekommt das zu spüren, indem die Vermittlungsbemühungen und Kooperationsangebote der professionellen Anbieter oft weniger nachdrücklich sind, sobald Klienten nach Abschluss der Therapie in hauseigene Nachsorgegruppen eingegliedert werden sollen. Die grundlegende Kultur der professionellen Suchthilfeeinrichtungen bestimmt in diesen Fällen zumeist die Qualität der über das minimal Notwendige hinausgehenden Zusammenarbeit.

*Zitat SE: "Da ist es mir wichtig, dass eben relativ schnell da auch Selbsthilfe dabei ist, aber das kann man natürlich nicht mit Zwang erreichen. Das ist immer nur Vorschlag, dass das eben ein ganz anderes Angebot ist, ein komplementäres Angebot, das sich gut ergänzt."*

*Zitat SSH: „Diese Kleinigkeiten sind nicht selbstverständlich, da gibt es schon klare Unterschiede zwischen dem Lippenbekenntnis und echter Zusammenarbeit und Wertschätzung.“*

Zusammenfassend erscheint das lokale Suchthilfenetzwerk primär durch persönliche Kontakte und zwiespältige Einstellungen den anderen Anbietern gegenüber bestimmt. Die Zugänglichkeit zur lokalen Suchthilfevielfalt und deren Gesamtqualität leiden darunter.

*Cluster 5 Ländlich/ West: „Historisch gewachsene Strukturen“*

Dieses Cluster stellt eigentlich einen Hybrid verschiedener Strukturen dar. So repräsentieren die vertretenen SH-Gruppen zwar ein ländliches Einzugsgebiet, deren Teilnehmenden haben jedoch zumeist in städtischen Beratungsstellen und stationären Einrichtungen ihre primär-therapeutischen Maßnahmen durchlaufen. Ursächlich ist das weitestgehende Fehlen entsprechender Angebote in der unmittelbaren Umgebung. Alle Vernetzungs- und Kooperationsbemühungen dieser SH-Gruppen zielen dementsprechend auf städtische Strukturen ab. Diese sind relativ vielfältig und beständig, beruhen jedoch hauptsächlich auf historisch gewachsenen Kooperationen untereinander, sodass der Zugang zu diesen Akteuren nur durch anhaltendes, persönliches Engagement erwirkt werden kann.

*Zitat BS: "Eigentlich ist das mittlerweile gewachsen."*

*Zitat SSH: „Die meisten Vermittlungsverhältnisse bestehen sozusagen schon immer (...) so zum Beispiel, da hatte der eine Klinikleiter `nen guten Draht zu Selbsthilfe und seitdem läuft das mit denen.“*

Um diesbezüglich geschlossener auftreten zu können und den individuellen Aufwand der Gruppenleitenden zu minimieren, haben die lokalen Gruppen desselben Verbandes einen Verein gegründet. Durch diese interne Strukturierung ist es möglich die diversen Selbsthilfepresentationstermine in den stationären Einrichtungen und bei einzelnen Beratungsstellen, sowie das notwendige Engagement in verschiedenen Gremien und Arbeitskreisen, aber auch die systematische Einführung neuer Suchthelfer auf beiden Seiten zu realisieren. Von den städtischen Einrichtungen werden diese Anstrengungen mit bevorzugender Klientenvermittlung und inhaltlicher Einbindung honoriert. Der Preis für diese – aus Sicht der Hilfesuchenden – wünschenswerte Vernetzung ist eine überdurchschnittlich hohe Belastung der ehrenamtlichen Suchthelfer.

*Zitat SSH: „Vereinsarbeit, das ist wie `ne Firma... Gruppenabend, das ist der kleinste Teil, das ist das einzige worauf ich mich noch freue!“*

Die Vernetzungsaktivitäten zwischen den beruflichen Suchthilfeangeboten lassen sich für dieses Cluster nur unter Vorbehalt darstellen, da kein Vertreter einer stationären Einrichtung dieses Clusters für einen Interviewtermin gewonnen werden konnte. Aus Sicht der Beratungsstelle und der SH-Gruppen

scheint die lokale Suchthilfearbeit jedoch nicht vorbehaltlos von Kooperation geprägt zu sein. Offenbar sind viele Akteure nicht frei von der Überzeugung im Vergleich zu den anderen Anbietern die ‚bessere‘ Suchthilfe zu offerieren.

*Zitat BS: „Da muss man immer wieder gucken, dass man Werbung macht [in den Kliniken] und kommt sich manchmal auch vor wie so ein Bittsteller. Da ist noch nicht so ganz klar, dass es eigentlich um Zusammenarbeit geht, nicht für uns, sondern im Interesse des Klientels.“*

*Zitat SSH: „Die begreifen auch einfach nicht alle, dass wir eine Einheit sind und die Selbsthilfe eigentlich der stärkste Punkt ist.“*

Charakteristisch für dieses Cluster ist somit, dass die Angebotsvernetzung als Beziehungsarbeit zwischen zentralen Personalien beschreiben werden kann. Bestrebungen die Vermittlungs- und inhaltliche Zusammenarbeit durch strukturelle Maßnahmen zu institutionalisieren bleiben deshalb partikular.

#### *Cluster 6 Städtisch: „Hoch vernetzt“*

Kennzeichnend für dieses Cluster ist ein hoher Vernetzungsgrad. Diese Vernetzung findet zwischen Selbsthilfe, Klinik und Beratungsstelle statt. Sie geht über die Kooperationen innerhalb des Clusters hinaus. Durch das hoch ausdifferenzierte Angebot in der Stadt hat jede Einrichtung auch Kontakte zu anderen Einrichtungen, die nicht Gegenstand der Untersuchung waren. In einschlägigen Gremien in der städtischen Suchthilfe begegnet man sich auch ohne die direkt aufeinander bezogene Kooperation. Beratungsstellen halten Kontakt zu Klienten während ihres Aufenthaltes in der Klinik, um nach der Entwöhnung die Beratung fortsetzen zu können. Die Klinik schult Patienten in der Kontaktaufnahme zu und Nutzung der Selbsthilfegruppen.

*Zitat BS: „Ich vermittele ja in die ganzen Behandlungen. Ich mache immer darauf aufmerksam, wie wichtig die Selbsthilfe auch zwischen den ganzen Behandlungen ist zur Aufrechterhaltung der Motivation und vor allem auch für danach. Da ist es von Vorteil, die Gruppen vorher kennen zu lernen, und nicht erst, wenn man in der Entwöhnung war und dann nach einer Gruppe sucht“.*

Mitarbeiter der Klinik haben gemeinsam mit Patienten einen Plan ausgearbeitet, welche Selbsthilfegruppe es gibt und wann welche Gruppe

stattfindet. Gleichzeitig vermittelt sie Patienten je nach Bedarf an die Beratungsstelle. Die Mitarbeiter der Beratungsstelle schätzen die Effekte der Selbsthilfe innerhalb der Suchthilfe und behandeln diese als Kooperationspartner auf Augenhöhe.

*Zitat BS: „(...) dass wir uns immer bemühen, wenn wir irgendwo hingehen, ob das jetzt Prävention ist, ob das im Krankenhaus ist, oder auch in der ambulanten Reha, dass wir natürlich die SH mit einbeziehen, weil es einfach wichtig ist. Auch wir kriegen ja nur begrenzt das bezahlt, wenn wir die Leute betreuen, wir können die nicht auf Ewigkeiten betreuen, aber sie müssen, um sich zu stabilisieren, weiter ein Angebot haben“.*

MitarbeiterInnen der Beratungsstelle sind über die Selbsthilfegruppenspezifika informiert. Sie kennen in der Regel die Gruppenleiter und können daher spezifische Zuordnungen von Klienten zu Gruppen vornehmen. Beratungsstelle und Selbsthilfeverband befinden sich in unmittelbarer Nähe zueinander. Die Klinik ist wie die erst genannte Einrichtung zentrumsnah. Alle Einrichtungen sind gut und niedrighschwellig erreichbar.

Der Selbsthilfevertreter schätzt die Kooperation aus einer Perspektive der Verantwortung ein.

*Zitat SSH: „Ich glaube nicht, dass uns die Kliniken brauchen, aber ich glaube auch, dass es zu ihrem Auftrag gehört, über ihre zeitlich begrenzte Therapiemöglichkeit hinaus, dem Patienten eine Zukunftsperspektive zu geben. (...) Eine gute Zusammenarbeit ist für mich, wenn ich den anderen in seinen Grenzen schätze.“*

Eine gute Rekrutierungsmöglichkeit wird weiterhin in der intensiven Krankenhausarbeit und der Selbstdarstellung im Internet gesehen. Die Beratungsstellen machen Werbung für die Selbsthilfegruppe und die Klinik hat den Einbezug der Selbsthilfe in ihr Therapiekonzept als immanenten Bestandteil verankert.

*Zitat sE: „Es ist ein Entlassungsgrund, wenn er sich weigert an der Selbsthilfegruppe teilzunehmen“.*

Der Kontakt funktioniere besser zwischen großen Kliniken und Selbsthilfe. Häufig genieße in kleinen Kliniken die Selbsthilfe nicht den Stellenwert, den sie

bräuchte. So mangle es schon an Organisatorischem, d.h. weder Zeit, noch Räume, noch Personal, das sich für die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe engagieren könnte, werden zur Verfügung gestellt.

In der Klinik des beschriebenen Clusters gibt es die Verpflichtung für die Patienten in der Entgiftung zur Selbsthilfe-Vorstellung zu gehen, sonst *"gibt's nichts zu essen"*.

Die gute Zusammenarbeit mit der Klinik zeichnet sich durch feste Ansprechpartner in der Klinik aus. Kliniken veranstalten Infotage. Ärzte aus Kliniken bilden Selbsthilfe-Suchthelfer aus und werden zu deren Infotagen eingeladen. Suchtexperten der Beratungsstelle referieren auch beim Selbsthilfeverband. Gelingende Kooperation scheitert bei diesen Kliniken nicht an der Einstellung der Mitarbeiter, sondern höchstens an mangelnden Ressourcen oder auch an Persönlichkeiten.

#### *Cluster 7 Ländlich: „Professionelle unter sich“*

Das Cluster zeichnet sich dadurch aus, dass die Professionellen weitgehend unter sich bleiben. Die Klinik (Fachkrankenhaus für Psychiatrie mit Suchtabteilung) kooperiert mit der Beratungsstelle, hier gibt es historisch gewachsene enge persönliche Beziehungen. Die Selbsthilfe wird aus der Perspektive der Beratungsstelle für wichtig, die Intensivierung der Kooperation jedoch nicht für notwendig gehalten.

*Zitat sE: „Ansonsten empfehlen wir unseren Klienten immer die Selbsthilfe. (...) Ich weiß, dass die sehr gut arbeiten. Der Ruf bei den Klienten ist nicht so besonders.“*

Die der Selbsthilfe zugewiesene Klientel aus der forensischen Abteilung der Klinik, dem Maßregelvollzug, passte nicht zur ortsansässigen Klientel und vergraulte diese. Nach dem Verbüßen der Strafe kamen Straffällige mit Suchtproblemen nicht in die Selbsthilfegruppe zurück. Sie belegten lange Zeit Plätze, ohne auf Langfristigkeit angelegte Gruppenarbeit aufbauen zu können.

Die Selbsthilfe auf dem Lande hat Probleme mit der mangelnden Anonymität einerseits und mangelnden Verkehrsinfrastruktur für weiter Anzureisende andererseits.

*Zitat sE: „Ich könnte ja meinen Nachbarn oder als Lehrer Eltern von Schülern begegnen“*

Die Beratungsstelle empfiehlt in die Entgiftung des ländlichen Krankenhauses. Von dort aus wird ein Großteil der Patienten in die Suchtfachklinik der Region überwiesen. Aus der Fachklinik werden sie nach der Entwöhnungstherapie wieder in die Beratungsstelle zur Nachsorge vermittelt. Die Mitarbeiter der Beratungsstelle wissen in der Regel, wo sich ihre Klientel gerade befindet und haben verhältnismäßig kontinuierlich Kontakt mit den entsprechenden Einrichtungen. Zu den Selbsthilfeverbänden dagegen ist weniger Kontakt die Regel.

*Zitat BS: „Wir kennen die [Selbsthilfeorganisation], ein Kollege macht da ab und zu Weiterbildungsveranstaltungen – so in dem Rahmen. (...) Es gibt sporadische Kontakte.“*

Kontakte der Beratungsstelle zur Selbsthilfe gibt es über die AG „Sucht“ des Landkreises, durch Fortbildung für die Selbsthilfe auf Anfrage der Selbsthilfeverbände, über die wohlfahrtsverbandliche Kreisgruppe und das „Lotsenprojekt“ (Raumnutzung in Beratungsstelle).

Die Kontakte der Klinik (Suchtstation) bleiben in der Regel auf die Vorstellungen der Gruppenleiter bzw. Vertreter der Selbsthilfeverbände innerhalb der Räumlichkeiten der Klinik beschränkt. Hier ist es überwiegend das Pflegepersonal, das durch die Organisation und Durchführung der Vorstellung mit der Selbsthilfe zu tun hat.

*Zitat SSH: „Die Ärzte wollen mit uns nicht so viel zu tun haben, aber mit den Schwestern – das geht schon.“*

Aus ärztlicher Sicht gibt es wenige Schnittstellen mit der Selbsthilfe. Die Kooperationen innerhalb der Suchthilfe beziehen sich überwiegend auf den Kontakt mit Reha-Kliniken, Ärzten von Suchtkrankenhäusern und Beratungsstellen.

Aus Sicht der Selbsthilfe stellt die Beratungsstelle keine Konkurrenz zu ihrem Angebot dar, jedoch wird in Frage gestellt, ob dies von der anderen Seite her genau so gesehen wird.

*Cluster 8 Metropole: „Selbsthilfe hoch vernetzt und unabhängig“*

Kennzeichnend für die Kooperationsbeziehungen in diesem Cluster sind die historisch gewachsenen vielfältigen Beziehungen. Es besteht nicht zu einer Klinik ein besonderes Kooperationsverhältnis, sondern zu 24 Kliniken in der Stadt und im Umland. Die Selbsthilfegruppenleiter stellen sich in diesen Kliniken vor.

Zitat SSH: *„Jedes Mitglied hat seine Klinik zum Vorstellen“.*

Darüber entstehen Beziehungen zu direkten Ansprechpartnern. Die Selbsthilfe ist wie die Kliniken in zahlreichen Arbeitskreisen und -gemeinschaften rund um das Thema Sucht vertreten und pflegt entsprechend Kontakte. Leitende Ärzte laden im Rahmen ihrer Therapie als festen Bestandteil die Selbsthilfegruppen ein. Es gibt einzelne „perfekte“ Kooperationen mit Beratungsstellen (*„das ist der Knaller“*), die von Persönlichkeiten abhängen. Mit anderen Beratungsstellen gibt es zwar zahlreiche Kontaktmöglichkeiten und –gelegenheiten, *„aber es hakt noch (...). Den Beratungsstellen gelingt es nicht, Hilfesuchende für die Selbsthilfe zu motivieren“*. Von Seiten der Selbsthilfe wird v.a. ein engerer Kontakt zu den Beratungsstellen gewünscht. Das Thema „Konkurrenz“ müsste leichter besprechbar und Lösungen durch gute Kooperation ohne große Schwierigkeiten gefunden werden.

Die Beratungsstelle ist ebenfalls vielfältig vernetzt. Sie stellt ihr Angebot wöchentlich bis zweiwöchentlich je nach Klinik mit kommunalem Bezug vor. Sie selbst bietet ein *„Mittelding zwischen Therapiegruppe und offener Selbsthilfe“* an. Jeder Mitarbeiter hat eine gewisse Anzahl von Kontakten zu Beratungsklienten nachzuweisen. In den Kliniken haben die Mitarbeiter der Beratungsstellen feste Ansprechpartner. In größeren Abständen – etwa alle sechs bis acht Wochen – findet ein Fachaustausch statt.

Ein Problem dabei stellt die häufige Wechselfrequenz bei Ärzten in der Facharztausbildung dar. In den Räumen der Beratungsstellen gibt es Selbsthilfeangebote, Selbsthilfemitglieder werden als der Klientel näher stehend beschrieben. Die Kooperation mit der Suchtselbsthilfe sei aber vor Jahren einmal eingeschlafen. Neue Kooperationen suchen die Beratungsstellen nicht von sich aus. Andere suchten zwar zunehmend die Zusammenarbeit mit ihnen zu intensivieren, sie selbst müssten eher bestehende Kontakte mehr pflegen.

*Cluster 9 Ländlich: „Autonomie als Qualität“*

Die Selbsthilfe im hier beschriebenen Cluster steht auf eigenen Beinen und wird maßgeblich durch den Landesverband und die örtliche Kirche unterstützt. Insgesamt fühlt sich die Selbsthilfe nach Aussagen des Selbsthilfevertreters in ihrer Umgebung gut vernetzt.

Es werden sporadisch Kontakte zur Beratungsstelle im Nachbarort gepflegt. Die Vorgängerin in der Leitung der Beratungsstelle habe die Gruppen sehr direkt unterstützt und nach Meinung des Gesprächspartners der Beratungsstelle zu sehr geprägt. So habe die Selbsthilfe nie auf eigenen Beinen stehen und sich aus sich heraus entwickeln können. Tendenziell sei es vermutlich eine „Bevormundung“ gewesen. Beim Leitungswechsel in der Beratungsstelle hat sich die Selbsthilfe vorgestellt. Ziel und Anspruch der Beratungsstelle sei es aber, die Gruppen „in Ruhe zu lassen“. Klienten empfehle sie aber „in die Gruppen hinein“.

Zu Fachkliniken in der näheren Umgebung ist der Kontakt der Selbsthilfe als gut zu bezeichnen. Die Selbsthilfe ist dort „als wichtiger Grundstein für ein trockenes zufriedenes Leben“ verankert. Der Kontakt besteht eher zum Pflegepersonal, insbesondere zur Stationsschwester. Die Klinik sei damals auf die Selbsthilfe zugekommen. Jetzt präsentiere sich die Selbsthilfe regelmäßig einmal im Monat. Das Interesse der Kliniken geht über die Bereitschaft, dass sich Selbsthilfe in den Häusern präsentieren kann, hinaus. Kleinere Unkostenbeträge der Selbsthilfe werden durch die Klinik übernommen. Eine Fachklinik organisiert einmal im Jahr ein Ehemaligentreffen. Insgesamt ist eine gute Kooperation durch gegenseitige Achtung möglich. Die Idee, dass Kliniken Patienten direkt in die Selbsthilfegruppen schicken, ist jedoch noch Zukunftsperspektive.

Die hier erwähnten Kliniken der näheren Umgebung konnten aus organisatorischen Gründen nicht in die Untersuchung mit aufgenommen werden. Gesprächspartner standen nicht zur Verfügung. Zwar war man seitens der Klinik grundsätzlich bereit, sich im Interview zu diesem Thema zu äußern, doch wechselten die hierfür vorgesehenen Ansprechpartner von Telefonat zu Telefonat. Die Befugnis, sich äußern zu dürfen, musste in den jeweiligen

Gremien- bzw. Leitungssitzungen erteilt werden. Diese tagten dann in zu großen Abständen, als dass dies hätte im Rahmen des ohnehin schon ausgedehnten Befragungszeitraumes abgewartet werden können.

Als Klinik der weiteren Umgebung, konnte jedoch eine Fachklinik mit Suchtabteilung in das Untersuchungssample aufgenommen werden. Die Bereitschaft der leitenden Oberärztin „Sucht“ war groß und es wurde umgehend nach dem ersten Anschreiben erklärt, sich als Klinik mit einem Gesprächspartner zu beteiligen.

Die Organisation des Gesprächstermines war aber auch in diesem Fall sehr zeitintensiv, da auch hier die Bewältigung des Stationsalltages und das formale Bedienen der Hierarchien im Vordergrund vor der Terminvereinbarung standen.

Das Ausmaß der Kooperation mit Selbsthilfegruppen oder -verbänden entspricht nicht dem beigemessenen Stellenwert in der Suchthilfe. Laut Aussagen der Interviewpartnerin wird in der Entgiftungsbehandlung sehr empfohlen, dass sich Patienten mit Selbsthilfe auseinandersetzen. In der Entwöhnungsbehandlung lege die Oberärztin nachdrücklich Wert darauf, dass das Prinzip Selbsthilfe gut verstanden werde. Jedoch finde Vorstellungen der Selbsthilfegruppen keine große Resonanz, vielmehr starke Ablehnung bei Patienten. Erfahrungsfreie Vorurteile spielten hier v.a. eine Rolle. Da Nachsorge aber als ein wesentlicher Bestandteil der Suchthilfe gesehen wird, werden die Patienten zahlreich an wohnortnahe Suchtberatungsstellen vermittelt.

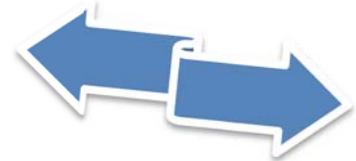
Ein Selbsthilfeverband hat die Vorstellung der Selbsthilfe in der Klinik im gegenseitigen Einverständnis auf Eis gelegt, da die Erfahrungen für Selbsthilfevertreter, Patienten, Personal und dort insbesondere die Pflegekräfte von übermäßiger Anstrengung bei zu geringem Nutzen geprägt waren.

Das 10te untersuchte Cluster wird an dieser Stelle nicht dargestellt, da es lediglich aus einer Perspektive, der Perspektive der Selbsthilfe, beschrieben wurde (vgl. Kap. 4.2 „Resonanz und Ausschöpfung“). Die Erkenntnisse aus dieser beschriebenen Perspektive auf die kommunale und regionale Kooperation in der Suchthilfe fließen in Kap. 5.3 „Der Blick auf die Selbsthilfe aus allen drei Perspektiven“ ein.

## 5.2 Vergleich zwischen Clustern: Systematische

### *Unterschiede*

Die Suche nach systematischen Unterschieden zwischen den lokalen Suchhilfenetzwerken ist ein wichtiger Schritt hin zur näheren Erläuterung identifizierter Problembereiche und somit effektiven Umsetzung angegliederter Handlungsempfehlungen. Gibt es beispielsweise Vernetzungsschwierigkeiten, die vor allem in ländlichen Regionen oder besonders stark im norddeutschen Raum auftreten, lassen sich dafür verfügbare Maßnahmen primär in solchen Clustern anbringen. Wichtig ist an dieser Stelle jedoch darauf hinzuweisen, dass die im Folgenden vorgenommenen Differenzierungen keine völlig polarisierenden Interventionsstrategien rechtfertigen und die spezifische Exploration einzelner Cluster nicht ersetzen können.



### 5.2.1 Vergleich städtischer und ländlicher Strukturen

Auf den ersten Blick unterscheiden sich ländliche und städtische Suchhilfenetzwerke insbesondere durch die Dichte der lokal verfügbaren Angebote. Während in ländlichen Gegenden zumeist eine leicht zu überschauende Einfachstruktur vorherrscht, sind städtische Angebote tendenziell vielfältiger und stellen oft mehrere Angebotsalternativen zur Verfügung. Beide Versorgungsbedingungen gehen mit Vor- und Nachteilen für die beteiligten Akteure und die Hilfesuchenden einher.

Problematisch an der geringeren Versorgungsdichte auf dem Land ist z.B., dass relevante Angebote zwar leicht identifiziert, jedoch manchmal nur schwer erreicht werden können. Für ambulante und Suchtselbsthilfeangebote müssen viele Hilfesuchende deshalb regelmäßig lange Wege auf sich nehmen, was gerade im Hinblick auf etwa alkoholbedingten Führerscheinentzug und schlechte öffentliche Nahverkehrsangebote ein erhebliches Zugangshemmnis darstellen kann. Besonders drastisch wird die Situation in Clustern, die regelrechte Versorgungslücken für mindestens eine der ambulanten

Angebotsvarianten aufweisen. Hier kann es vorkommen, dass für einige Hilfesuchende quasi keine realistisch erreichbaren Beratungsstellen und/oder Selbsthilfegruppen verfügbar sind. So stehen Hilfesuchenden mit Suchtproblematiken abseits des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs in ländlichen Gegenden nur sehr selten spezialisierte Angebote gegenüber. Ebenso problematisch ist es für Personen mit anderen psychischen Störungen, neben der Suchtproblematik oder mit Migrationshintergrund ein geeignetes ambulantes Suchthilfeangebot zu finden. In der Suchtselbsthilfe sind zudem nur in Ausnahmefällen geeignete Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene (bis Mitte 30) oder Personenkreise von den Rändern des sozio-ökonomischen Spektrums vorhanden.

Aber auch wenn die Grundversorgung relativ lückenlos ausgebaut ist, bleiben gewisse Zugangshemmnisse wirksam. Hilfesuchende, denen es wichtig ist, in ambulanten Maßnahmen oder der SH-Gruppe weitgehend anonym zu bleiben, sind auf dem Land fast immer gezwungen Angebote in der eigenen oder der nächsten Kleinstadt zu vermeiden, da die Chance dort auf bekannte Personen zu treffen sehr hoch ist. In größeren Städten ist das nachbarschaftliche Beieinander viel stärker von Anonymität geprägt, so dass diese Problematik weniger zu Tage tritt. Ebenfalls problematisch werden einfache Versorgungsstrukturen, wenn Hilfesuchende Schwierigkeiten haben sich mit einzelnen Vertretern der Suchthilfen oder den Grundsätzen der jeweiligen Suchthilfeangebote zu arrangieren. Auch umgekehrte Passungsprobleme können dazu führen, dass hilfsbedürftige Personen aufgrund der Alternativlosigkeit der Angebote keinen Zugang zum Hilfesystem finden. Besonders prekär wird dies, wenn das betreffende Angebot exklusiv die lokale Vermittlerrolle ausfüllt – ebenfalls eine Konstellation, die auf dem Land häufiger anzutreffen ist.

Letztes Merkmal ländlicher Angebotsstrukturen ist der hohe Personalisierungsgrad in der Vernetzung. Oft sind es nur wenige Personen, die das Bild der lokalen Suchthilfeversorgung entscheidend prägen. Dies mag vor allem daran liegen, dass die Netzwerke insgesamt nicht so viele Akteure vereinen, spiegelt jedoch auch die Tendenz wieder, wesentliche Entscheidungen und Absprachen abseits der allen zugänglichen Gremienarbeit

zu tätigen. Hierbei sind oft persönliche Vorlieben und Trägerverbundinteressen ausschlaggebend. Dies trifft im gleichen Maße auf Vermittlungsentscheidungen bzw. –empfehlungen zu, was zumindest die Zugängigkeit verfügbarer Angebote zusätzlich vermindert, gleichzeitig aber auch zu unsachgemäßen Entscheidungen führen kann. Neue Akteure in derartigen Netzwerken sind dementsprechend darauf angewiesen, möglichst schnell einen ‚guten Draht‘ zu den zentralen Personen zu entwickeln, während etablierte Akteure es sich mit diesen nicht ‚verscherzen‘ dürfen. Auch diese Dynamik stellt ein Hemmnis für eine qualifizierte Zusammenarbeit aller dar.

Die Tendenz Vernetzungen zu personalisieren ist allerdings kein Alleinstellungsmerkmal ländlicher Strukturen. Auch in städtischen Netzwerken betreiben Akteure häufig bilaterale oder zumindest kleinteilige Kooperationen mit persönlichen Hintergründen. Dies wird jedoch zumeist durch eine vielfältigere Gremien- und Arbeitskreisstruktur ausgeglichen, der für die gesamte Vernetzungsarbeit eine höhere Bedeutsamkeit zukommt, da die größere Vielfalt der Suchthilfeangebote ansonsten gar nicht koordiniert werden könnte. Je größer und weitläufiger die Stadt ist, desto stärker fokussieren solche Strukturbemühungen auf Stadtteile oder vergleichbare Verwaltungseinheiten. Diese zwar nachvollziehbare Tendenz geht allerdings mit Irritationen auf Seiten einiger Hilfesuchender einher, deren Lebensumstände sich selten um Stadtteilgrenzen kümmern.

Die relative Vielfalt städtischer Versorgungsstrukturen ist zumindest in zweierlei Hinsicht wünschenswert. So gibt es häufig etliche Angebote, die sich auf spezifische Suchtformen abseits des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs spezialisiert haben. Andererseits ist es Hilfesuchenden zumeist möglich zwischen unterschiedlichen, gut erreichbaren ambulanten Angeboten und damit konkreten Personen und Suchthilfeansätzen zu wählen. Gleichzeitig jedoch kann diese Vielfalt und Wahlfreiheit zum Fluch werden, sollten keine klaren Hinweise auf Erstkontaktstellen existieren oder die Vermittlungsbemühungen kontaktierter Einrichtungen unzureichend sein. Das Fehlen zentraler Anlaufstellen, die fast alle Hilfesuchenden der Region zumindest kurzfristig aufsuchen, fördert dann wiederum den Aufbau kleinteiliger Kooperationen. Gleichzeitig kommt zur Navigation in städtischen

Suchthilfenetzwerken der lokalen Presse und dem Internet eine bedeutsamere Rolle zu. Insbesondere nicht direkt an eine stationäre Einrichtung oder Beratungsstelle angebundene SH-Gruppen sind auf diese Medien angewiesen, um neue Teilnehmende zu akquirieren.

Nicht unerwähnt soll bleiben, dass auch städtische Strukturen gewisse Angebotslücken aufweisen. Die Versorgung mit Selbsthilfeangeboten für soziale Randgruppen wie Personen mit Migrationshintergrund oder vom unteren Ende des sozio-ökonomischen Spektrums deckt nur selten den tatsächlichen Bedarf. Auch Jugendliche und junge Erwachsene finden oft keine auf sie zugeschnittenen SH- Gruppen. Dies scheint somit ein genereller Problembereich zu sein, auf den in Kap. 6.1.1 noch näher eingegangen wird.

### 5.2.2 Vergleich alter und neuer Bundesländer

Im Folgenden wird ein Aspekt vertieft, der ausschließlich in den neuen Bundesländern gefunden wurde, dort jedoch in beiden Clustern und aus verschiedenen Perspektiven: Den Aspekt der *Bedeutung von Arbeit in der Gesellschaft und ihrer Kehrseite, der Arbeitslosigkeit im Zusammenhang mit der Individualisierung von gesellschaftlichen Bedeutungen*.

Wie typisch und wie aussagekräftig dieser Aspekt für die Cluster der neuen Bundesländer sein kann, wurde hier mit diesem qualitativen Vorgehen nicht erfasst und bedürfte einer weitaus größeren Stichprobe sowie eines anderen Befragungsdesigns. Mindestens ein ostdeutsches Cluster war personell - bezogen auf das Herkunftssystem - ein gemischtes Ost-West-Cluster. Was die Klientel angeht, diejenigen also, die die Angebote der Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe in Anspruch nehmen, so ist von zwei überwiegend ostdeutschen Clustern auszugehen.

Festgestellt werden konnte, dass in den Aussagen bezogen auf die Inanspruchnahme der Suchtselbsthilfeangebote aus allen drei Perspektiven (SSH, BS, sE) "Arbeitslosigkeit" mehr und anders thematisiert wurde als in den alt-bundesdeutschen Clustern. Hierbei wurden mehrfach Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholismus hergestellt und eine bessere Beschäftigungslage als ein wirksameres Mittel gegen Alkoholismus als eine

Selbsthilfegruppe angesehen. Auch von medizinischer Seite wurde dieser Zusammenhang als Erklärungsansatz genannt. Alkoholismus wird als Folge einer gesellschaftlich-ökonomischen Schwäche gesehen, die jedoch eine individuelle Zuschreibung erfährt: Dies wird als beschämend für die arbeitslosen (Alkoholiker) wahrgenommen. Die Gesellschaft verwehrt dem Menschen, sich durch Arbeit in der gesellschaftlichen Teilhabe verdient zu machen. Dieser soll sich jedoch selbst helfen, wo Gesellschaft nicht in der Lage oder nicht willens ist zu helfen. Der hier mitschwingende Gedanke, Suchtselbsthilfe forcieren eine Individualisierung von gesellschaftspolitischen Missständen wird ebenfalls politisch kritisch bewertet.

Fazit: Nicht die Befragten selbst denken wie oben beschrieben. Sie stellen sich vielmehr vor, dass Betroffene und Angehörige so denken könnten und gewinnen dieser Argumentation, die Abhängige davon abhält, Selbsthilfe als lebensbegleitende Unterstützung zugunsten eines selbständigen Lebens zu nutzen, etwas ab. Darin steckt Aufklärungspotenzial, das die Suchtselbsthilfe aufgreifen könnte (s. Kap. 6).

### 5.3 Der Blick auf die Selbsthilfe aus allen drei Perspektiven

#### 5.3.1 Der Blick auf die Selbsthilfe aus der Perspektive der Selbsthilfe



##### Zugangswege

Die Teilnehmer kommen nach Einschätzung der Gesprächspartner aus der Suchtselbsthilfe überwiegend aus folgenden Zusammenhängen (ohne Rangfolge):

- direkt aus Kliniken (nach/während Entzug und/oder Entwöhnung)
- Beratungsstellen
- "Direktmelder" (Anrufe z.B. bei Geschäftsstelle)
- von Ärzten (über ausliegende Flyer)
- Maßregelvollzug
- über Faltblatt des Landkreises zu Nachsorgeangeboten
- über Vorträge (die auch von Beratungsstellen- und Klinikmitarbeitern gehört werden)
- über Austausch auf Selbsthilfeverbändeebene mit Psychiatrien.

Erfolgsstrategien, um Teilnehmer für die Gruppen zu gewinnen, werden weniger thematisiert als die Ablehnungsgründe. Es gäbe nicht *die* eine Erfolgsstrategie, sondern eher die Berücksichtigung mehrerer Faktoren, die den Schwellenübertritt erleichtern. Dazu gehörten v.a. die Fähigkeit, den Abhängigen persönlich zu berühren, ohne ihn mit der eigenen Geschichte zu "erdrücken". Die persönliche Erfahrung mit Abhängigkeit und die Erfahrung, einen Weg aus der Sucht gefunden zu haben, gehören einerseits zu den Alleinstellungsmerkmalen der Suchtselbsthilfeverbände gegenüber den Fachexperten wie Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern. Die Überbetonung der eigenen Erfahrung, bzw. der eigenen Leistung abstinent leben zu können, könne jedoch insbesondere auf therapie- und entwöhnungsunerfahrene Patienten auch abschreckend wirken. Viele Patienten, die sich gerade in der Entgiftung befinden, oder zu Beginn einer Entwöhnungstherapie, hätten noch

nicht ausreichend Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten abstinent leben zu können. Sie erlebten dann die Erfolge der Selbsthilfemitglieder als unerreichbar und sich damit als defizitär. Dies sei aus Sicht der Selbsthilfevereine ein nicht unwesentlicher Grund für die mangelnde Kontaktaufnahme vieler Patienten.

*Zitat SSH: "Wenn man in der Gruppe Selbsthilfe sitzt, wo zehn Betroffene sind, dann hat jeder eine Geschichte. Und wenn er daran interessiert ist, dann kriegt er diese zehn Geschichten präsentiert und kriegt zehn verschiedene Möglichkeiten sein Problem in den Griff zu bekommen."*

Als gute Praxis erweist sich die Kombination aus Networking (Stadt, Landkreis, Gremien, Fachtagungen), entschlossenem aber auch dezentem Vorstellen der Selbsthilfe in den entsprechenden Institutionen und einem möglichst klientenspezifischen Gruppenangebot.

#### Selbstverständnis

Die Selbsthilfe bietet Hilfe zur Selbsthilfe ein Leben ohne das jeweilige Suchtmittel möglich zu machen. Das Hilfsangebot richtet sich grundsätzlich an alle – unabhängig vom Grad der Abhängigkeit oder der Schwere der Problematik. Im Vordergrund steht in der Regel die Abstinenzfindung.

*Zitat SSH: "Ich helfe Dir abstinent zu leben, Du hilfst mir abstinent zu bleiben".*

Die Selbsthilfe versteht sich als Freiwilligenengagement. Selbsthilfe ist ein „lebenslangliches Angebot“ da ein Leben lang Behandlungsbedarf bestehe.

*Zitat SSH: „Was wir vermögen zu leisten, ist Hilfe auf der Selbsthilfeebene. Das kann keine Beratungsstelle.“*

Ein wesentliches Merkmal ist Vertraulichkeit. Die meisten Gruppen arbeiten mit einem spezifischen Konzept von "Gruppe", wie z.B. themenzentrierte Interaktion. Tagesaktuelle Probleme haben dem zufolge Vorrang vor längerfristigen Themen, auf die sich die Gruppenmitglieder ggf. geeinigt haben. Wichtig ist bei gleichzeitigem Wissen über Grundmuster von Sucht die Individualität des Süchtigen zu berücksichtigen.

*Zitat SSH: "Jeder hat seinen Weg in die Sucht gemacht, deshalb geht auch jeder seinen Weg aus der Sucht heraus".*

In den meisten Gruppen spielen die verbandlichen Konzepte an Werten (Konfession, Persönlichkeitsbildung, Gesellschaftstheorie) für die Mitglieder zugunsten des Geborgenheitsgefühls und der Vertrautheit in der Gruppe eine untergeordnete Rolle.

### Stärken der Selbsthilfe

Die umfangreich vorliegenden Suchterfahrungen sind ein wesentliches Merkmal der Stärken in der Suchtselbsthilfe. Die dort erhältlichen Informationen und Unterstützungsangebote reichen weit über suchtspezifische hinaus. Gerade auch alltagspraktische und –relevante Hilfe gehört zu den nachgefragten Angeboten. Gruppenleiter können auf Gruppenmitglieder individuell eingehen. Sie können unter Umständen auch eine passende Gruppe finden oder empfehlen. Der Gruppenleiter hat sich in der Regel mit Gruppendynamik befasst und hat die Gruppe als solche in ihrem Zusammenwirken und ihrer Entwicklung im Blick. Neue Gruppenmitglieder haben in der Regel Zeit, sich einzugewöhnen. Es wird zunächst wenig von ihnen abverlangt oder erwartet. Allerdings ist jedes Gruppenmitglied auch gleich Teil der Gruppe, in der es sich nicht verstecken kann.

Die "warme Angenommenheit gegenüber dem distanziierten therapeutischen Setting" wird häufig als besondere Stärke gefasst.

*Zitat SSH: „In gut geführten Gruppen hat es manchmal den Eindruck eines gut geführten Kamingespräches“.*

An sich sei das Selbstverständnis "Selbsthilfe ist Ergänzung zum Suchthilfeangebot" und nicht Konkurrenz auch eine Stärke, wenn sie nur von anderen Anbietern ebenso gesehen würde. Das Verhältnis von "nicht-fachlicher" Unterstützung, sondern einer von Mensch zu Mensch, von Betroffenen zu Betroffenen und einer qualifizierten Gruppenleitung auf der anderen Seite wird für die Qualität der Selbsthilfegruppe als maßgeblich dargestellt.

### Probleme und Schwächen der Selbsthilfe

Als hinderlich in der Gewinnung oder Bindung von Mitgliedern werden zum Teil zu starre Regeln, z.B. eine lebenslange Mitgliedschaft angesehen. Dies sei bei der von der Gesellschaft geforderten Mobilität nicht mehr zeitgemäß. Wenn die Gruppenleiter nicht mehr *“als die eigene Geschichte können”*, sei dies zu wenig für die Anforderung, die an die Selbsthilfe gestellt würden. Wenn Gruppenleiter *“Mit Helfer-Syndrom”* sich zu sehr in der Hilfeleistung verwickelten (z.B. eigenes finanzielles Engagement), richte dies einen *“ungeheuren Schaden”* an. Das Verhältnis von Anonymität und Vertrautheit kann für eine Gruppe insbesondere im ländlichen Umfeld zum Problem werden. Wollte man einerseits als Selbsthilfe dazu beitragen, dass ein bewusster, offener Umgang mit der Suchtproblematik ermöglicht wird, wünschten viele Menschen etwas mehr Abstand zu den Gruppenmitgliedern, da auf dem Lande ohnehin häufiger Beziehungen untereinander bestünden. Man wolle offen reden können und dabei nicht den Lehrer des Sohnes oder den Nachbarn treffen.

Bestimmte Zielgruppen werden kaum oder nur sehr schlecht erreicht. Dazu gehörten Jugendliche, *“Drogenabhängige”*, nicht stoffgebundene Abhängige, wie Spielsüchtige, Internetsüchtige etc. Der Kontakt zu Hausärzten sei häufig mangelhaft. Diese könnten intensiver die Rolle als Vermittlungspartner einnehmen, vermittelten aber häufig den Eindruck, die Ehrenamtlichen nicht ernst zu nehmen und empfehlen gleich an die Beratungsstellen.

Eine Schwäche im Marketing der Selbsthilfeverbände sei das mangelnde Feedback von Patienten, den *“potenziellen Klienten”* aus den Fachkliniken zu den Vorträgen der Selbsthilfeverbände, bzw. zu deren Motiven, Selbsthilfe abzulehnen. Zu Vorurteilen und Klischees bezüglich der Selbsthilfepraxis wisse man vor allem von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern und Psychologen über die Motive der Patienten, aber nicht von den Patienten direkt, die eben nicht in der Selbsthilfe ankommen.

Die Altersentwicklung wird zunehmend als ein Problem gesehen. Erstens werden junge Menschen von dem Selbsthilfeangebot immer weniger angesprochen und zweitens erlebe man auch mangelnde Toleranz und Verständnis zwischen den verschiedenen Altersgruppen.

*Zitat SSH: “[Die Älteren] verstehen die Gruppenmitglieder dann nicht mehr und sind entsetzt, wenn die einen iPod mitbringen”.*

### 5.3.2 Der Blick auf die Selbsthilfe aus der Perspektive der stationären Einrichtungen

Befragt wurden Mitarbeiter von Kliniken, die vorwiegend Erfahrung mit Entgiftung vorzuweisen hatten, Mitarbeiter von Kliniken, die Entgiftung und Entwöhnung anbieten und Klinikmitarbeiter, die ausschließlich Entwöhnungstherapie anbieten.

Die Gesprächspartner betonten alle die Wichtigkeit, die Notwendigkeit und den Wert der Suchtselbsthilfe für die Behandlung der Alkoholsucht. Hierfür wurden u.a. Erfolgsstatistiken zitiert, eigene langjährige Erfahrung mit Menschen, die sich in Selbsthilfeverbänden engagieren, sowie Patientenerfahrungen aus der Beobachtung der Gesprächspartner angeführt.

So gehört es beispielsweise zum Aufnahmekriterium für eine stark nachgefragte und in der Region einer Klinik sehr renommierte Entzugsbehandlung, sich mit der Suchtselbsthilfe bekannt zu machen, Kontakte mit ihr zu knüpfen, verschiedene Anbieter kennenzulernen und Sitzungen zu besuchen. Hier drückt sich der der Suchtselbsthilfe beigemessene Wert in der Praxis direkt aus.

*Zitat sE: "Ich vermittele ja in die ganzen Behandlungen. Ich mache immer darauf aufmerksam, wie wichtig die SH auch zwischen den ganzen Behandlungen ist zur Aufrechterhaltung der Motivation und vor allem auch für danach. Da ist es von Vorteil, die Gruppen vorher kennen zu lernen, und nicht erst, wenn man in der Entwöhnung war und dann nach einer Gruppe sucht."*

In anderer Form findet bei einer Entwöhnungsklinik die Selbsthilfe in die Praxis, indem die Klinik neben den Kontakt- und Präsentationsmöglichkeiten für die Selbsthilfeverbände auch einen regelmäßigen Austausch am "Selbsthilfe-Tag", der in Abwechslung mit dem Beratungsstellen-Tag stattfindet, bietet bzw. diesen am Selbsthilfe-Fachtag ermöglicht.

*Zitate sE: "Mit der Selbsthilfe sind wir auch insofern eng verbunden, da wir regelmäßig einen Selbsthilfe-Tag für die Gruppen, die zu uns kommen veranstalten und einmal im Jahr einen Selbsthilfe-Fachtag. Wir haben*

*regelmäßig Selbsthilfegruppen im Haus (...) Die kommen aus der Großregion.*

*(...) Für die machen wir diese so genannten Helfertage."*

*"Für den Besuch der Selbsthilfegruppen sucht sich jeder einen Partner, so dass man zu zweit oder maximal zu dritt die Selbsthilfegruppe besucht. Am Wichtigsten ist, dass Patienten überhaupt eine Gruppe finden, da der längerfristige Besuch einer Selbsthilfegruppe die Wahrscheinlichkeit erhöht, trocken zu bleiben und einen Rückhalt zu haben."*

*"Meist sind die Rückmeldungen der Teilnehmer zu den Vorstellungen positiv. Das habe beeindruckt etc. Manchmal beklagen sie, die Selbsthilfe-Leute erzählten nur von sich selbst."*

Die Gesprächspartner aus den Kliniken differenzieren aber deutlich zwischen angenommenem Wert für die Behandlung der Alkohol- bzw. Drogensucht und dem wahrgenommenen Wert für die Patienten. Dabei wird der angenommene Wert, die Wertschätzung der Selbsthilfe an sich, stärker zum Ausdruck gebracht als der Gewinn, den viele Patienten in den Kliniken von der Selbsthilfe aus deren Perspektive erleben.

Die Authentizität von Erlebnissen der Patienten, die in den zum Teil negativen Rückmeldungen zu den Kontakten zur Selbsthilfe niederschlagen, wird sogar stark in Zweifel gezogen.

*Zitat sE: "Das sind häufig die immer und immer wieder gekäuten Vorurteile, die auf vielleicht ein einziges - wenn überhaupt - Erlebnis vor Jahren zurückgehen."*

Selbsthilfe sei nur für bestimmte, nämlich kompetente Menschen, die mit ihrer Erkrankung umgehen können, sinnvoll und hilfreich. Für ‚Anfänger‘ oder noch ‚Nasse‘ sei die Hilfeform nicht das Richtige.

*Zitate sE: "Wenn jemand wirklich noch in hohem Maße nass ist."*

*"Ein ganz grundsätzliches Problem ist immer, dass man selber dabei sowas wie Krankheitseinsicht haben muss. Das Wesen der Sucht ist, dass man sich um Realitäten herum mogelt."*

Die Selbsthilfe leiste einen Beitrag zur gegenseitigen Motivation über die Krankheit zu sprechen.

*Zitat sE: "Es gibt natürlich Gruppen die eigentlich nicht mehr so ganz diesen Suchtselbsthilfecharakter tragen. Wo das eigentlich nur noch so ein Freundeskreis ist, die sich eigentlich nur noch über Urlaub unterhalten."*

Der Erfolg einer Gruppe und die Akzeptanz der Gruppe durch die Patienten stehen und fallen jedoch mit dem Gruppenleiter.

*Zitat sE: "Es ist schon gruppenleiterabhängig, ob sich Gruppen überhaupt über einen längeren Zeitraum halten, dass sie erfolgreich laufen, dass sie voll sind, dass Leute regelmäßig hingehen. Manchmal hat man den Eindruck, dass es sehr ausufernd ist, man immer die gleichen Geschichten hört von raumgreifenden Gruppenleitern oder auch Teilnehmern."*

*Zitat sE: "Entscheidend ist die Einstellung der Leitung, nur dann ist ein positives Leitbild auch etwas wert."*

Als Wünsche für die Entwicklung der Selbsthilfe werden überwiegend folgende Punkte genannt:

- speziellere Gruppen (z.B. mehr Raum für Medikamentenabhängigkeit),
- für bestimmte Sprachgruppen,

*Zitat sE: "... es gibt polnische, russische, keine mehr aus dem ex-jugoslawischen Bereich, es gibt keine spezielle türkische Selbsthilfegruppe und keine türkische Beratungsstelle; den Bedarf gäbe es sicherlich schon."*

- Gruppen für junge Menschen,
- mehr therapeutisch orientierte Gruppen,
- offenere Gruppen,
- Sucht im Alter.

Fazit: Die Kliniken geben ein differenziertes Bild ihrer Sicht auf die Selbsthilfe ab. Zu unterscheiden sind zurückhaltend wertschätzende Äußerungen von solchen, in denen sowohl in der Haltung und der berichteten Praxis zum Ausdruck kommt, dass die Selbsthilfe als integraler Bestandteil der Suchthilfe begriffen wird. Ganz und gar ablehnende, der Selbsthilfe an sich kritisch gegenüber stehende Fachkräfte wurden in der Befragung nicht angetroffen.

### 5.3.3 Die Sicht der Beratungsstellen auf die Selbsthilfe

Bei der Analyse der Perspektive der Beratungsstellen auf die Selbsthilfe wird deutlich, dass die wesentlichen Unterschiede nicht auf städtische oder ländliche Strukturen zurückzuführen sind und nicht auf die Unterscheidung Alte bzw. Neue Bundesländer, sondern offensichtlich vielmehr auf die persönlichen Bezüge, die in den letzten Jahren hergestellt, kontinuierlich gepflegt und erhalten werden konnten. Einen Hinweis auf die unterschiedliche Nähe zwischen Beratungsstellen und Selbsthilfe gibt auch der Umgang mit dem Druck seitens der Kostenträger bezüglich der Klientenzahlen in den Beratungsstellen. Entscheidend ist dabei auch eine unterschiedliche Haltung der Gesprächspartner: Während die einen ein deutliches Kooperationsgebot aussprechen, andere eher von schlechten Erfahrungen sprechen, weitere die Arbeit der Selbsthilfe schätzen, aber selbst wenig Kontakt haben, drückt sich bei anderen Gesprächspartnern eine enge Kooperation durch ihr spezifisches Fachverständnis bzw. ihre Haltung aus, die es im Sinne der eigenen Arbeitsqualität und mithin im Sinne des Klienten geradezu erforderlich macht, über die Dauer der Beratung in der Beratungsstelle hinaus zu denken.

*Zitat BS: "...dass wir uns immer bemühen, wenn wir irgendwo hingehen, ob das jetzt Prävention ist, ob das im Krankenhaus ist, oder auch in der ambulanten Reha, dass wir natürlich die Selbsthilfe mit einbeziehen, weil es einfach wichtig ist, auch wir kriegen ja nur begrenzt das bezahlt, wenn wir die Leute betreuen, wir können die nicht auf Ewigkeiten betreuen, aber sie müssen sich, um sich zu stabilisieren, weiter ein Angebot haben."*

Teilweise profitiert die Beratungsstelle von einem gemeinsamen Auftreten mit der Selbsthilfe, teilweise werden von der Beratungsstelle eigene selbsthilfeähnliche Strukturen aufgebaut, sodass es kaum Kontakte zu Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden gibt.

*Zitat BS: "Jemand der jetzt in dieser Gruppe ist, den würd ich jetzt nicht unbedingt noch ne Selbsthilfegruppe parallel anbieten."*

Bezüglich der Stärken sind sich die meisten Gesprächspartner einig. Es wird in der Selbsthilfe die Möglichkeit zu einem tieferen und echteren Verständnis vermutet. Dieses tiefere und echtere Verständnis gegenüber der medizinischen Helfersicht und der Psychotherapie erzeuge ein tieferes Gefühl des

Verstandenwerdens und von Geborgenheit, was die Entwicklung von - gestörter – Beziehungsfähigkeit mit unterstütze.

*Zitate BS: "Ich denke mir mal die Selbsthilfe kann vor allem eine Stabilisierung leisten, weil sie natürlich unter gleich Betroffenen sind. Das macht schon wahnsinnig viel aus. Und weil sie dort (...) gut lernen können - und das können wir sicherlich nicht in dem Maße herstellen in der Beratungsstelle - wie kann ich denn mein Leben gestalten, weil sie einfach auch Vorbilder haben. Wie kann es gehen abstinent zu bleiben, aber natürlich auch, was kann ich denn machen, um wirklich meinen Tag auszufüllen. (...) Das ist in der Selbsthilfe natürlich unschlagbar, das werden sie woanders nicht machen."*

*"(...) eigene Betroffenheit, echtes Verständnis der anderen Betroffenen, Zuversicht durch glaubhafte Abstinenz erfahren (...)."*

*„Zur Stabilisierung (...) gerade wenn jemand nicht den familiären Rückhalt hat.“*

*„Verfügbarkeit außerhalb von Arbeitszeiten, Freizeitgestaltung, praktische Alltagsunterstützung.“*

Ebenso wird es als Stärke der Selbsthilfegruppe gewertet, wenn Familienangehörige der Betroffenen mit einbezogen werden, sodass eine neue Lebensgestaltung auch durch die und mit der Familie möglich wird.

Eine funktionierende Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe wird insbesondere an der Kommunikation, von bestehenden Kontakten und gemeinsamer Auswertung der Erfahrungen mit Selbsthilfe gemessen.

*Zitate BS: „Zusammenarbeit funktioniert dann gut, wenn dauerhafte, feste Ansprechpartner vorhanden sind und die Kommunikation und Konfliktfähigkeit stimmen.“*

*“Die Berater in Beratungsstellen kennen die Gruppen in der Selbsthilfe und die Gruppenleiter. Dadurch wird eine spezifische Einordnung des Patienten möglich. Der Berater kann dann Klienten als Informationsquelle nutzen und sich die Gruppen der Selbsthilfe beschreiben lassen.“*

Wichtig sind für eine gelingende Kooperation der nahtlose Übergang von anderen Betreuungsangeboten in die Suchtselbsthilfe und der frühzeitige Kontakt:

*Zitat BS: „Hab ich die Erfahrung gemacht, wenn die nicht während der Reha Kontakt aufnehmen, dann gehen die nicht in die Selbsthilfe.“*

Allerdings wird die Selbsthilfegruppe von den Beratungsstellen auch durchaus kritisch gesehen. Besonders das dauerhafte Abstinenzgebot als Teilnahmebedingung wird als problematisch empfunden:

*Zitate BS: "Wenn die selbst noch nicht entschieden haben aufzuhören zu trinken (...) das wollen die Selbsthilfegruppen nicht."*

*"Da haben die auch Schwierigkeiten damit umzugehen."*

Ebenso die Überalterung der Gruppen:

*Zitat BS: „Oder sagen die [Jüngeren]: ‚Nee sowas Verstaubtes will ich gar nicht; jede Woche mich da hinsetzen und reden und diese Freizeitangebote sind auch nicht das was ich will‘.“*

Ein weiterer problematischer Punkt scheint die starke Gruppendynamik zu sein. Mitglieder, die dem allgemeinen Gruppenbild widersprechen oder eine andere Meinung vertreten, werden ausgeschlossen:

*Zitat BS: "In dem Moment wo einer sagt, mir gefällt das nicht, was du da machst, dann hat der schlechte Karten, weil das läuft alles auf dieser Freiwilligenbasis und viel über Beziehungen, über Freund sein und wenn einer da nicht mitspielt, dann ist der raus."*

Auch scheuen neue Mitglieder den Eintritt in eine bereits bestehende Gruppe:

*Zitat BS: „Viele Ratsuchende haben ja irgendwann im Laufe Ihrer Suchtkarriere schon mal Kontakt zu einer SH-Gruppe gehabt und waren dann vielleicht von so einer Gruppe enttäuscht und hatten den Eindruck, ich komm da als neuer nicht so leicht rein. Das hab ich ganz oft gehört, die dann sagen: ‚Oh, wenn sich da `ne neue Gruppe bildet, dann will ich da gleich von Anfang an dabei sein. ‘“*

Ein gewisser Hang zur Überheblichkeit und Generalisierung von Einzelerfahrungen stehen ebenfalls in der Kritik von Beratungsstellen:

*Zitat BS: "Selbsthilfe-Gruppen werden manchmal größtenwahnsinnig. Die können alles, die wissen alles, die haben eine Therapie gemacht".*

Es soll vorkommen, dass individuelle Lösungswege von Gruppenmitgliedern oder –leitern zur allgemeinen Richtlinie für alle Gruppenmitglieder gemacht werden. D.h., es werden individuelle Erfahrungen als der einzige Weg in die Trockenheit allen anderen oktroyiert. Klare Grenzen der Selbsthilfe zeigten sich bei schweren psychischen Erkrankungen, in diesen Fällen sei professionelle Hilfe unabdingbar.

Als größte Schwäche der Selbsthilfe werden überwiegend Gruppenleitereigenschaften und mangelnde Fähigkeit zur Perspektivübernahme und Distanzierung von der eigenen Erfahrung genannt. Hinzu kommen mangelnde Einsicht in die Grenzen der Selbsthilfe und Allmachts- bzw. Rettungsphantasien.

*Zitate BS: "Selbsthilfe-Gruppen werden manchmal größtenwahnsinnig. Die können alles, die wissen alles, die haben eine Therapie gemacht..."*

*"(...) Weil Sie da eigentlich schon fast einen Profi in der Selbsthilfe brauchen. Spielsüchtige spielen auch mit fast allem anderen. (...) Und die sprengen Gruppen mit Leichtigkeit"*

*"Es hat hier so Vorfälle gegeben (...) eigentlich muss jemand den Gruppen auch auf die Finger klopfen."*

Als Empfehlung der Beratungsstellen für die Selbsthilfeverbände wurde die künftige Finanzierung angesprochen: Die Selbsthilfe dürfe die Entwicklung nicht verschlafen, *"dass die Finanzierung flexibler wird."* Man könne und müsse künftig vermutlich die Finanzierung *„auf andere Füße stellen“*. Gegebenenfalls wäre ein Obolus für das Selbsthilfe-Angebot zu verlangen. Zudem sei die Klientel weiter zu fassen, z.B. müssten mehr polytoxikomane Patienten angesprochen werden. Derzeit bestünde leider eine zu starke Fixierung auf Alkoholabhängige. Für die Gruppe der Jüngeren müssten neue Settings entworfen werden, damit Kommittent entstehen könne. Was die oben genannten Schwächen der Gruppenleiter angeht, wird häufig auch eine *"Professionalisierung"* empfohlen. Z.T. werden Kenntnisse in Gruppendynamik, Therapiekonzepten, theoretische Suchtexpertise etc. verlangt.

*Zitat BS: „(...) Ich hab schon den Eindruck, dass jemand, der eine Schulung gemacht hat, häufig eine Flexibilität im Denken mitbringt und damit leben kann, dass Suchterkrankung auch verschieden abläuft (...)“*

Dort, wo nicht mehr Fachexpertise gefordert wird, empfiehlt man häufig die Selbstreflexion und die Stützung durch Externe.

*Zitat BS: „Aber ich sag mal so, wie wir Professionellen, die wir auch unsere Supervision haben (...), dass dort die Gruppenverantwortlichen (...) nochmal zu einer Reflexion und zum Austausch zusammen kommen. Auf irgendeiner Ebene, unter sich, oder mit Professionellen.“*

Bezüglich des Abstinenzgebotes sind die Gesprächspartner der Beratungsstellen eher vorsichtig, könnten sich aber in einigen Fällen auch hier eine Flexibilisierung vorstellen, damit mehr Risikokonsumenten erreicht werden.

*Zitate BS: "Wenn die selbst noch nicht entschieden haben aufzuhören zu trinken,..., das wollen die Selbsthilfegruppen nicht."*

*"Da haben die auch Schwierigkeiten damit [mit der Abstinenz] umzugehen."*

Aus den in den zuletzt genannten Beschreibungen aller Cluster und der verdichteten Erfahrung mit Selbsthilfe aus drei verschiedenen Perspektiven, werden im folgenden Kapitel aus einer Gesamtsicht Probleme zusammengefasst und Handlungsempfehlungen formuliert.

## **6. Extraktion von Problemen und Handlungsempfehlungen**

Bereits in den vorangegangenen Kapiteln sind einige typische Probleme lokaler Suchhilfestrukturen auch in Bezug auf die Akzeptanz und Einbindung der Suchtselbsthilfe sichtbar geworden. In den folgenden Abschnitten sollen diese dysfunktionalen Tendenzen nun systematisch analysiert werden, um ihnen Handlungsempfehlungen gegenüberzustellen, die sich aus positiven Praxiserfahrungen der Interviewten, den Diskussionen mit den externen Experten und im Fachbeirat oder dem Transfer aus ähnlichen Settings extrahieren ließen. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Handlungsmöglichkeiten der Suchthilfeakteure, wobei hier ausdrücklich nicht nur die vor Ort tätigen Ehrenamtlichen berücksichtigt werden.



Ausgehend von den im Projektantrag formulierten Fragen und Praxisproblemen konzentriert sich die Analyse zuerst auf mögliche Ursachen für einen mangelnden Zustrom zu den Selbsthilfeangeboten (Kapitel 6.1). Ebenfalls vom Antrag vorweggenommen, sollen im Anschluss Gründe für eine verminderte Haltefähigkeit von SH-Gruppen, d.h. das Vermögen neue Selbsthilfeinteressierte nach einer erfolgreichen Kontaktaufnahme langfristig einzubinden, diskutiert werden (Kapitel 6.2.). Die Exploration selbst ließ zudem einen Komplex von Problemen Gruppenleitender deutlich werden. Diese lassen sich teilweise als Mitursachen für die mangelnde Attraktivität und Haltefähigkeit von Selbsthilfegruppen identifizieren, stellen jedoch auch eine eigenständige Problematik im Bereich der Gewinnung und Unterstützung ehrenamtlicher Suchthelfer dar (Kapitel 6.3). Zwei besonders dezidiert ausgearbeitete Modell(versuch)e zur Lösung einiger dieser Probleme werden im Anschluss gesondert betrachtet (Kapitel 6.4.).

### *6.1 Hinderliche Bedingungen und förderliche Maßnahmen für den Zustrom in die Suchtselbsthilfe*

Dass Personen mit einer Suchtproblematik nach erfolgreicher Teilnahme an stationären bzw. ambulanten Therapiemaßnahmen nicht den Weg in die Suchtselbsthilfe finden, kann vielfältige Ursachen haben. Nicht selten weist die

Palette der realistisch erreichbaren Suchtselbsthilfeangebote Lücken auf und kann somit die Bedürfnisse einiger Hilfesuchender augenscheinlich nicht bedienen. Die Lücken in der Angebotspalette mögen dabei dramatischer erscheinen als sie tatsächlich sind, wenn es an Transparenz in der Darstellung der verfügbaren SH-Gruppen mangelt. Ebenso hinderlich ist eine ungünstige Strukturierung des relevanten Suchthilfenetzwerkes, welche die erfolgreiche Vermittlung in Suchthilfeangebote wie auch die der Selbsthilfe erschwert. Gerade unter solchen Bedingungen kann auch das Image von Suchtselbsthilfe allgemein und in Gestalt der lokalen Angebote in den Augen der professionellen Suchthelfer und der Hilfe-suchenden ausschlaggebend für die Nachdrücklichkeit der Vermittlung in SH-Gruppen sein. Möglicherweise ist die negative Haltung einiger Hilfesuchender der Selbsthilfe gegenüber aber auch in negativen Einstellungen zum ‚Vereinsleben‘ oder in Bezug auf die Gruppenabende begründet. All diese möglichen Hemmnisse für den Zustrom neuer TeilnehmerInnen für die SH-Gruppen sollen nun im Einzelnen betrachtet werden.

### 6.1.1 Lücken in der SH-Angebotspalette

Von allen drei interviewten Akteurs-Perspektiven wurde immer wieder auf Engpässe in der Palette der lokalen Suchtselbsthilfeangebote hingewiesen. Insbesondere in ländlichen Gegenden scheint die Dichte und Vielfalt der verschiedenen Gruppen oft unzureichend,



aber auch in städtischen Clustern fehlen häufig SH-Gruppen speziell für jüngere Personen, kulturelle & sprachliche sowie soziodemographische „Randgruppen“, Personen mit Suchtproblemen abseits des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs und komorbide Personen. Auch die Auswahl ‚weicherer‘ Angebotseigenschaften ist regional oft eingeschränkt. Hierzu zählen etwa die Zentralität der Gruppensitzungen, die Art der Sitzungsstruktur (z.B. dialogisch vs. monologisch), oder die Striktheit des Abstinenzgebots.

Als Lösung dieser Versorgungsprobleme einfach die Einrichtung neuer und vielfältigerer Gruppen zu fordern, erscheint allerdings weder realistisch noch

sinnvoll. Einerseits können die SelbsthelferInnen gerade in ländlichen Gegenden keinesfalls für alle Einzelfälle ein spezielles Angebot realisieren. Andererseits müssen derartige Angebote auch auf ausreichend Nachfrage treffen, um sie sinnvollerweise vorzuhalten. Wichtig ist deshalb die routinemäßige quantitative Bedarfsbestimmung zur Absicherung des augenscheinlichen Bedarfs. Hierbei ist die Unterstützung seitens der professionellen Einrichtungen des jeweiligen Netzwerkes unumgänglich, da nur diese über die notwendigen Klientendaten verfügen. Bereits diesbezüglich empfiehlt es sich für die SuchtselbsthelferInnen verbandsübergreifend zu agieren, um ihrem Ansuchen Nachdruck verleihen zu können. Gerade in ländlichen Gegenden erscheint es aber auch unumgänglich, über die Schranken von Verbänden und Grundsätzen hinweg zu kooperieren, um die notwendigen Selbsthilfeangebote überhaupt realisieren und koordinieren zu können.

Zitat SSH: *„Es ist schwierig die jüngeren Leute in die Selbsthilfegruppen zu kriegen.“*

Eine Sonderstellung bei den Angebotslücken innerhalb der Suchtselbsthilfe nehmen die ‚Jüngeren‘ ein. Einerseits ist es fraglich, ob die überwiegende Form der Angebote, d.h. die Konzentration auf wöchentliche Gesprächsrunden in der Gruppe überhaupt geeignet ist, den Bedürfnissen jüngerer Hilfesuchenden zu begegnen, andererseits sollte vorab zumindest diskutiert werden, ob das Phänomen denn überhaupt neu und von welchen Alterskohorten in diesem Zusammenhang die Rede ist. In den Interviews wurde bei entsprechenden Nachfragen schnell deutlich, dass nicht nur Jugendliche, sondern auch junge Erwachsene, ja nicht selten sogar die über 40jährigen hierunter subsummiert werden.

Zitat SSH: *„Die Jugend ab 40 kommt nicht nach. Die bräuchten jüngere Gruppen, aber da wollen die Leute noch nicht aufhören zu trinken.“*

Zitat BS: *„Für die 35-50 Jährigen würde ich mir auch so etwas wünschen, aber ich sehe weit und breit keinen Verband, der sich dafür eignen würde...“*

Während es Stimmen gibt, die aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen für dieses Phänomen verantwortlich machen, (...):

*Zitat SSH: „Karriere und private Entwicklungen sind aktuell doch wesentlich ausgedehnter in die Lebensmitte hinein, so dass auch die typische Suchtkarriere später beginnt und sich entwickelt.“*

*Zitat sE: „Heutzutage wollen die sich ja oft nicht mehr langfristig binden. Wenn da in der Selbsthilfe sehr drauf gepocht wird, kann das schon davon abhalten, das überhaupt mal auszuprobieren.“*

... ist es anderen wichtig zu betonen, dass es sich dabei keineswegs um ein neues Problem handelt:

*Zitat SSH: „...also als ich mit 35 oder 36 aufgehört hab zu trinken, war ich eine der Jüngsten. [...] Und jetzt auf einmal erwarten wir, weil wir älter sind, dass nun auch die 30jährigen kommen. So ein Quatsch, die sind früher auch nicht gekommen.“*

Vor diesem Hintergrund erscheint es wenig angebracht Interventionsbemühungen zu initialisieren, ohne vorab die Altersdaten von Neuzugängen zu Selbsthilfeangeboten mit denen von stationären und ambulanten Suchthilfemaßnahmen zu vergleichen. Verlaufen Suchtkarrieren heutzutage möglicherweise generell langsamer verlaufen als noch vor Jahren, wäre die veränderte Nachfrage kein Problem der Suchtselbsthilfe, sondern lediglich ein Symptom dieser Entwicklung. Nur wenn sich deutliche Altersunterschiede bei den Neukontakten zu professionellen und Suchtselbsthilfeangeboten zeigen, sind Maßnahmen zur vermehrten Gewinnung ‚jüngerer‘ Teilnehmer angezeigt. Welche das sein sollten, hängt wiederum davon ab, ob der mangelnde Zustrom ‚Jüngerer‘ letztlich durch ein Fehlen passender Angebote oder durch die mangelhafte Integrationsfähigkeit von Gruppen neuen TeilnehmerInnen gegenüber begründet ist. Vieles spricht dafür, dass Jugendliche und junge Erwachsene (bis 30 Jahren) vor Allem passende Angebote fehlen.

*Zitat SSH: „Da ist es nicht mit Gesprächen getan. Da muss man also auch Aktivitäten anbieten.“*

Tatsächlich gibt es bereits viele verschiedene Versuche alternative Angebote abseits des Primats der Gruppensitzungen zu realisieren. Diese reichen vom ehrenamtlich moderierten Austausch in Internetforen oder –

gruppen, über Konzepte der alkoholfreien Freizeitgestaltung, inklusive der Kooperation mit Sportvereinen bis hin zur Begleitung von Berufsbildungsmaßnahmen. Der verminderten Verbindlichkeit solcher Maßnahmen kommt dabei sicherlich eine förderliche Bedeutung zu. Ebenso förderlich ist es offenbar, wenn die Verantwortlichen dieser Angebote zur selben Alterskohorte wie deren Adressaten gehören (siehe auch das entsprechende Praxismodell im Kap. 6.4).

Im Hinblick auf die ‚Jüngeren‘ über 30 erscheint es jedoch zweifelhaft, dass das Fehlen derartiger Angebotsalternativen die Hauptursache für eine geringe Beteiligung an SH-Gruppen ist. Viel wahrscheinlicher spielen hier Schwierigkeiten bei der Integration neuer Interessierter in die Gruppen eine entscheidende Rolle. Maßnahmen, um Probleme wie die folgenden zu vermeiden werden im Kapitel 6.2 diskutiert.

*Zitate SSH: „...wenn sich dann die ganzen Alteingesessenen auf den Neuen stürzen und mit Fragen löchern. Das kann ganz schnell einfach zu viel sein.“*

*„Die Sucht ist dann gar kein Thema mehr... Wenn jemand der jetzt aus der Therapie kommt und so am Anfang seines Lebens der Abstinenz steht, der hat da natürlich mehr Gesprächsbedarf...“*

Nicht unbeachtet sollte bleiben, dass es sich bei der ‚Jugendproblematik‘ auch versteckt um einen Mangel an Angeboten für bestimmte Suchtformen handeln könnte, falls ein Großteil der Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen als Primärdrogen nicht von Alkohol oder Medikamenten abhängig waren. Dementsprechend würde möglicherweise bereits die zuvor diskutierte Erweiterung der Angebotsvielfalt ausreichen, um die Zahl der Kontaktaufnahmen durch diese Alterskohorte zu steigern. Auch in dieser Hinsicht empfiehlt sich ein quantitativer Vergleich der Suchtformverteilungen bei jüngeren und älteren Hilfesuchenden.

Eine Alternative zur Einrichtung zusätzlicher, spezialisierter SH-Gruppen könnte in der Öffnung bestehender Gruppen bestehen. Hierzu bedarf es jedoch nicht nur der Akzeptanz gegenüber Hilfesuchenden mit anderen Hintergründen innerhalb der Gruppen (siehe Maßnahmen zur Erhöhung der Haltefähigkeit von SH-Gruppen), sondern auch eines klaren Bekenntnisses zur Offenheit nach außen hin. Dazu ist es erforderlich, dass betreffende SH-Gruppen die Grenzen

ihrer Integrationsbereitschaft diskutieren und innerhalb des Netzwerkes kommunizieren.

### 6.1.2 Mangelnde Transparenz der Angebotsvielfalt

Das Konzept von Suchtselbsthilfe und die sich dahinter verbergende Vielfalt an Angeboten gegenüber Teilnehmenden von stationären oder ambulanten Suchthilfemaßnahmen vorzustellen, ist eine der wichtigsten Aufgaben ehrenamtlicher Suchthelfer abseits



der Gruppenabende. Gleichzeitig haben viele GruppenleiterInnen das Bedürfnis neue Teilnehmer für die eigenen Angebote bzw. den eigenen Selbsthilfverband zu begeistern. Beide Anliegen ausgewogen unter einen Hut zu bekommen, ist nicht einfach und kann, sollten die Vorstellungsrunden der Selbsthelfer in Einrichtungen der beruflichen Suchthilfe hauptsächlich Werbeveranstaltungen in eigener Sache sein, dazu führen, dass ein sehr eingeschränktes Bild der Selbsthilfeangebote bei den Hilfesuchenden entsteht. Ähnliche Auswirkungen hat es, wenn im Wesentlichen die eigenen Vorstellungen der Gruppenarbeit reflektiert werden und alternative Formen der Gruppengestaltung unter den Tisch fallen.

*Zitate SSH: "Bei einigen gilt ganz klar: Nur eine Form von Suchtselbsthilfe ist ok."*

Besonders prekär sind derart beschränkte Darstellungen, wenn auch durch die professionellen Suchthelfer kein ausgewogenes oder zumindest korrektes Bild von Suchtselbsthilfe gezeichnet wird. Durch die – z.T. sicher bewusst – unscharf gehaltene sprachlichen Trennung von Nachsorgeangeboten wie angeleiteten Gruppen können so schnell Missverständnisse gefestigt werden.

*Zitat SSH: „Selbsthilfe ist Alkoholismus für die und alles andere sind angeleitete Gruppen.“*

Andere übliche Mittel die lokalen Selbsthilfeangebote vorzustellen und so den Hilfesuchenden zugänglich zu machen, sind Flyer oder Einträge in Listen, die von den stationären Einrichtungen oder Beratungsstellen als Informationsmaterial bereit gehalten werden. Auch Inserate in Zeitungen oder

die Präsenz auf relevanten Internetseiten sind häufig gewählte Maßnahmen zur Akquise neuer Teilnehmender. Typischerweise beschränken sich die enthaltenen Informationen auf die jeweilige Verbandszugehörigkeit, die hauptsächlich vertretene Suchtformen, die Zahl der Mitglieder sowie Ort und Zeit der Gruppenabende. Informationen über das erwünschte Alter oder andere Eigenschaften neuer Mitglieder (z.B. welche anderen Suchtformen die Gruppe zu integrieren bereit ist) sowie grundlegende Prinzipien der Selbsthilfearbeit (wie die Wichtigkeit von langfristiger Mitgliedschaft, totaler Abstinenz, Christlichkeit, oder Aktivitäten außerhalb der Gruppenabende; die Einstellung zur Einbindung von (Ehe-) Partnern, dem parallelen Besuch stationärer bzw. ambulanter Angebote und die konkrete Gestaltung der Gruppenabende) werden dagegen selten vermittelt. In Folge dessen werden Hilfesuchende häufig Kontakt zu Gruppen aufnehmen, die sich für sie bzw. für die sie sich nicht als passend erweisen. Dies kann schnell zu Frustrationen führen, insbesondere da die Kontaktaufnahme durchaus eine schambesetzte Erfahrung darstellen kann und gleichzeitig mit dem Risiko einhergeht die eigenen Suchtprobleme ungewollt vor Bekannten zu offenbaren. Der Versuch sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, kann unter diesen Umständen schnell aufgegeben werden.

Die hieraus abgeleiteten Empfehlungen zur Förderung der Angebotstransparenz fokussieren deshalb auf zwei grundlegend unterschiedliche Maßnahmen. 1.) Für die Informationsveranstaltungen der Selbsthilfe in professionellen Einrichtungen scheint es geboten primär die allgemeine Vielfalt von Suchtselbsthilfe sowie die der lokalen Angebote zu verdeutlichen, bevor die eigene Gruppenarbeit dargestellt wird. Je intensiver letzteres Thema solcher Veranstaltungen ist, desto wichtiger wird eine umfassende Rotation der Vortragenden. Ausschlaggebend für das konkrete Vorgehen sollte in diesem Zusammenhang die von der Einrichtung vorgesehene Zahl an Teilnahmen seitens der Klienten sein. Je häufiger diese angehalten sind den Vorstellungsrunden der Selbsthilfe beizuwohnen, desto sinnvoller lässt sich die Vielfalt der Angebote durch die Vielfalt ihrer Vertreter repräsentieren. Nehmen die Klienten allerdings in der Regel nur eine derartige Veranstaltung wahr, darf sich die Vorstellung nicht auf eine Form der Gruppenarbeit konzentrieren. Unter dieser Bedingung ist es empfehlenswert,

wenn die lokalen Selbsthilfeakteure in Kooperation ein paar VertreterInnen bestimmen, die gruppen- und verbandübergreifend über die Selbsthilfe informieren. Noch weiter gedacht, könnten solche Personen auch Lotsenfunktionen<sup>5</sup> abseits der Informationsveranstaltungen übernehmen, indem sie als Erstkontakte für Selbsthilfeinteressierte fungieren und von den professionellen Einrichtungen zur Vermittlung auf sie verwiesen wird.

2.) Ganz im Gegensatz dazu empfiehlt es sich auf Flyern oder anderen spezifischen Informationsmaterialien nicht nur Minimalinformationen zur Gruppe zu geben, sondern die jeweilige Gruppeneigenschaften möglichst differenziert darstellen. So lassen sich Irritationen bei den Kontaktversuchen minimieren. Voraussetzung dafür ist, dass die Gruppe ihre Selbstverständnisse, Einstellungen und Grenzen diskutiert und benennen kann. Diesbezüglich stellt sich auch die Frage, ob nicht bereits zwischen den Verbänden unterschiedliche Selbsthilfephilosophien bzw. Grundsätze identifizierbar und somit kommunizierbar sind, oder ob eher gilt:

*Zitat SSH: "Es gibt nicht DIE AA's, DIE Guttempler,..."*

Auch wenn Informationsabende und –materialien optimal gestaltet sind, kann die Vermittlung in Selbsthilfeangebote stocken, sollten die Hilfesuchenden gar nicht erst ausreichend Zugang zu diesen Informationen geboten bekommen. Verschiedene strukturelle Faktoren der regionalen Suchtlfelnetze können hierfür unter anderem verantwortlich sein.

### 6.1.3 Strukturelle Hemmnisse und Maßnahmen in der Vermittlung zu den SSH-Angeboten

Die Vernetzung vieler, zugleich in Abhängigkeit und Konkurrenz zueinander stehender Akteure ist niemals einfach. Wenn in diesem Zusammenhang auch noch Professionelle und Ehrenamtliche, Arbeits- und Freizeit, gewinnorientierte und gemeinnützige



<sup>5</sup> Zur Illustration sei hier auf das ‚Lotsenprojekt‘ verwiesen: <http://fdr-online.info/pages/fdr-projekte/lotsenprojekt-der-suchtselbsthilfe.php>

Akteure sowie eine Bandbreite unterschiedlicher Grundüberzeugungen aufeinander treffen, kann das gemeinsame Anliegen schnell aus dem Fokus geraten. Eine schlechte regionale Vernetzung von Suchthilfeakteuren kann Folge dieser Bedingungen sein. Gleichzeitig sind gute Vernetzungsstrukturen eine starke Ressource in der Bemühung um eine sachgerechte und nahtlose Zusammenarbeit.

Vor allem im Hinblick auf die Einbindung der Suchtselbsthilfe ließen sich in der Exploration die folgenden Vernetzungsbedingungen als ungünstig identifizieren:

- personalisierte Netzwerke und Vermittlungsstrukturen,
- fehlende oder unzureichende Explikation der Zusammenarbeit mit SSH im Arbeitsplan bzw. Qualitätsmanagement professioneller Einrichtungen,
- die Wahrnehmung von Bringschuld seitens professioneller Einrichtungen gegenüber der SSH (anstatt gegenseitigem Gewinn) und
- die wahrgenommene Konkurrenz zwischen Vertretern unterschiedlicher Trägerverbände.

Das Phänomen der Personalisierung von Kontakten zwischen einzelnen Angeboten ist allgegenwärtig. Auf Netzwerkebene lässt sich davon sprechen, wenn ein paar zentrale Personen sich um die Kontaktpflege zwischen fast allen Suchthilfeanbietern ‚kümmern‘, diese Kontakte persönlich und gewachsen sind und dementsprechend die Weitergabe von Informationen und die Vermittlung von Hilfesuchenden bzw. Angeboten dem Gutdünken einzelner Personen obliegt.

*Zitat SSH: „Man geht nicht zur Beratungsstelle, sondern man geht zu Herrn X. ER ist die Institution.“*

Gerade für die zentralen Personen und die durch sie vertretenen Angebote ist eine derartige Vernetzung selbstverständlich positiv. Schließlich werden der Informations- und Klientenzufluss sowie die Gestaltungsanteile bei der Weiterentwicklung der lokalen Angebotsstruktur im Vergleich zu weniger zentral eingebundenen Akteuren überdurchschnittlich hoch ausfallen. Aus diesem Grund ist es nicht leicht, einmal etablierte ‚Klüngel‘ zu einer offeneren Gestaltung der Zusammenarbeit zu bewegen. Die Leistungsfähigkeit des Gesamtnetzwerkes leidet jedoch auf Dauer unter derartigen Bedingungen. So

gestaltet sich etwa die Einbindung neuer Angebote schwerer und ist abhängig von intensiver persönlicher Kontaktpflege und einer wohlwollenden Grundhaltung seitens der zentralen Personen. Da die höchste Angebotsfluktuation oft im Bereich der Suchtselbsthilfe zu verzeichnen ist, betrifft diese Problematik vor allem die ehrenamtlichen SuchthelferInnen.

*Zitat SSH: "Das hat aber auch, ... so anderthalb, zwei Jahre hab ich gebraucht, bis ich [bei] diesen Klüngel hier mich da so durchgewurschtelt hab."*

Wenn Weiterleitung von Informationen, die Vergabe von SSH-Vorstellungsterminen, die Vermittlung von (SSH-)Angeboten und die Partizipation an Netzwerkentscheidungen vom persönlichen Gutdünken einiger weniger Akteure abhängig ist, besteht zudem immer die Gefahr, dass individuelle Präferenzen oder finanzielle oder Trägerinteressen anstelle sachgerechter Argumente die Zusammenarbeit diktieren.

*Zitate BS: „Weil wir mit denen ne enge Kooperation haben, also wir kennen uns auch persönlich. Unser Beratungsstellenarzt ist dort auch als Oberarzt tätig.“*

*„Es gibt schon so gewisse Präferenzen, ..., in der Empfehlung der Selbsthilfegruppen.“*

Hinzu kommt, dass einige Aktive in stark personalisierten Netzwerken untereinander kaum direkten Kontakt und Austausch haben. Wenn dann auch in offen zugängigen Gremien o.ä. hauptsächlich die Kommunikation von Entwicklungen und Entscheidungen seitens der ‚big player‘ im Mittelpunkt steht, kann es schnell passieren, dass kleinere Angebote unkoordiniert nebeneinander her arbeiten und sich sogar ungewollt gegenseitig behindern (z.B. durch Versuche dieselbe Gruppe von Hilfesuchenden zu bedienen, anstatt sich aufeinander abgestimmt zu spezialisieren). Gleichzeitig sind personalisierte Netzwerke anfälliger für den Ausfall von einzelnen, zentralen Personen. Während Wechsel in der ärztlichen Belegschaft stationärer Einrichtungen zur Normalität gehören und deshalb normalerweise leicht zu kompensieren sind, ist der Wegfall gut vernetzter, engagierter Personen oft dramatisch für die Kommunikations- und Entscheidungsfähigkeit des gesamten Netzwerkes.

*Zitate BS: „Dann kriegt dann irgendwie mit, dass der nicht mehr da ist der Kollege. Das kommt ja relativ häufig mal vor.“*

*"Das sind Sozialarbeiter, die wechseln nicht. Ärzte wechseln."*

Bis eine neue Person in diese Rolle hineingewachsen ist bzw. sich diese erkämpft hat, fehlen personalisierten Netzwerken gewöhnlich die strukturellen Mittel, um reibungslos zu funktionieren, vor allem wenn mehrere Akteure bestrebt sind, die frei gewordene Position im Netzwerk zu besetzen.

Um derartigen Problemen entgegenzuwirken wird empfohlen Koordinationsverantwortungen zu explizieren und zu institutionalisieren (z.B. durch Koop-Kreise und regelmäßig, über die Akteursperspektiven hinaus rotierende Verantwortliche). Wichtig ist es zudem derartige Gremien nicht zu ‚Verkündungsplattformen‘ zu degradieren, sondern Kommunikations- und Diskussionsbeiträge von allen Akteuren zu fördern. Wenn bestimmten Einrichtungen in einem Netzwerk sinnvollerweise eine zentrale Vermittlerrolle zukommt (wie das in ländlichen Strukturen bei Beratungsstellen häufig der Fall ist), sollte zudem eine maximale Transparenz in den Entscheidungskriterien bei Vermittlungsvorgängen leitend sein.

Die ‚Pflege‘ von Netzwerken durch die Aufbereitung und regelmäßige Aktualisierung der Angebotsübersicht zur Kommunikation gegenüber Hilfesuchenden und zur Bestimmung der Angebotsvielfalt in Relation zum lokalen Bedarf ist eine aufwändige Tätigkeit. Viele Akteure können diesen Aufwand nicht leisten und beschränken sich deshalb auf die Pflege ‚ihrer‘ Kontakte. Um die Übernahme dieser Aufgabe im Interesse aller Akteure zu erleichtern, wäre es hilfreich die Netzwerkpfege zu einem extra finanzierten und abrechenbaren Bestandteil von (professioneller) Suchthilfe zu machen. Um etwas Derartiges durchzusetzen bedarf es eines geschlossenen Auftretens der professionellen und ehrenamtlichen Suchthilfen jenseits von Verbands und Trägerzugehörigkeiten.

Ein geschlossenes und verbandsübergreifendes Auftreten empfiehlt sich auch seitens der Suchtselbsthilfevertreter und -vertreterinnen, wenn sie bei der Netzwerkgestaltung eine mitbestimmende Rolle einnehmen wollen. Selten wird ein einzelner ehrenamtlicher Suchthelfer eine vergleichbar gewichtige Position innerhalb des lokalen Netzwerkes innehaben, wie sie Vertretenden

professioneller Einrichtungen des Öfteren zukommt. Hauptsächlich liegt dies an der typischen ‚Karriere‘ Hilfesuchender, die bei den professionellen Einrichtungen beginnt und von dort bestenfalls eine Vermittlung in die Selbsthilfe erfährt. Durch die Vermittlungshoheit, aber auch die höhere Bandbreite und Flexibilität der Angebote kommt professionellen Einrichtungen eine größere Macht zu. Dieser kann nur durch geschlossenes Auftreten ausreichend Gewicht entgegengesetzt werden.

Die relative Abhängigkeit der SH-Gruppen von den Vermittlungsentscheidungen professioneller Suchthelfer, lässt eine schlechte Qualität der Zusammenarbeit direkt zum Engpass in der Gewinnung von ‚Nachwuchs‘ werden. Eine fehlende oder unzureichende Explikation der Zusammenarbeit mit den Suchtselbsthilfeangeboten im Arbeitsplan bzw. Qualitätsmanagement professioneller Einrichtungen kann deshalb prekär sein. Ist die Einbindung von Selbsthilfe nicht Bestandteil des Leitbildes oder existieren solche Richtlinien nur auf dem Papier, werden jedoch von den leitenden Akteuren der Einrichtung nicht durch finanzielle, personelle und andere strukturelle Maßnahmen unterstützt, sind häufig die Verantwortlichkeiten in der Organisation der Zusammenarbeit (z.B. Vergabe von Zeiten und Räumen für Informationsabende, inhaltliche Unterstützung der Selbsthelfer) unklar. Oft ist die Übernahme dieser Aufgaben unerwünscht, da sie im Arbeitsplan nicht vorgesehen sind und deshalb eine Zusatzbelastung darstellen.

*Zitat SSH: „Die Ärzte wollen mit uns nicht so viel zu tun haben, aber mit den Schwestern – das geht schon.“*

Fehlen klare Ansprechpartner mit definierten Entscheidungsbefugnissen für die Selbsthelfer und -helferinnen, sind Absprachen schwerer zu erzielen. Auch eine konstruktive gegenseitige Rückmeldekultur in Bezug auf die Zusammenarbeit lässt sich so nur schwerlich implementieren. Sind neben den Entscheidungsträgern und –befugnissen auch die Entscheidungskriterien nicht transparent, unterliegt das Ausmaß und die Qualität der Zusammenarbeit der Laune von Einzelpersonen. Planungssicherheit seitens der SH-Gruppen lässt sich unter diesen Umständen nur durch intensive und andauernde ‚Beziehungsarbeit‘ erreichen. Wie bereits im Zusammenhang personalisierter Netzwerke konstatiert, sind derartig aufrechterhaltene Kooperationsstrukturen

häufig exklusiver Natur und kollabieren beim Ausscheiden der Akteure, die sich um sie ‚kümmern‘.

*Zitat SSH: "Die Gelegenheit ist wichtig, jetzt kommt da keine neue Selbsthilfegruppe mehr rein."*

Ohne ein positives Leitbild wird zudem die Art und Nachdrücklichkeit der Empfehlung von Suchtselbsthilfe gegenüber Klienten stärker von individuellen Einstellungen abhängen. Tendenziell verringern intransparente und implizite Kontaktstrukturen also das Ausmaß und die Qualität der Zusammenarbeit, sowie die Nachdrücklichkeit von Empfehlungen in andere Angebote wie die der Selbsthilfe.

*Zitat SE: „..., dass eben relativ schnell da auch Selbsthilfe dabei ist, aber das kann man natürlich nicht mit Zwang erreichen. Das ist immer nur Vorschlag, dass das eben ein ganz anderes Angebot ist.“*

Im Vergleich dazu:

*Zitat SE: "Sie müssen diese Selbsthilfegruppe einfach aussuchen, das ist so. Station ist begrenzt, ..., [ein] kleines Ding in der ganzen Suchtkarriere"*

Für gewöhnlich sind die Patienten im Zuge einer stationären Maßnahme angehalten, mindestens eine der Informationsveranstaltungen der Selbsthilfegruppen zu besuchen. Später im Therapieverlauf, zumindest jedoch nach erfolgreicher Beendigung (ggf. auch der Nachsorgemaßnahmen) wird dann die Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen empfohlen. Offen ist, wie viel Nachdruck bzw. gar Sanktionen in Bezug auf (a) den Besuch von Informationsveranstaltungen und (b) die Kontaktaufnahme zu SH-Gruppen effektiv sein kann. Ist man als Patient gezwungen, mehrere Wochen lang Informationsabende zu besuchen, kann der zugrundeliegende Zwangscharakter die Einstellung zur Selbsthilfe negativ beeinflussen. Die Effektivität unterschiedlicher ‚Empfehlungsmaßnahmen‘ zur Teilnahme an Vorstellungsveranstaltungen der Selbsthilfegruppen müsste jedoch zunächst empirisch analysiert werden, um hier ‚gute Praxis‘ besser definieren zu können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es von Seiten der Suchtselbsthilfe empfehlenswert wäre, transparente und verbindliche Verantwortlichkeiten sowie Handlungs- und Entscheidungsgrundlagen

einzufordern. Wiederum sollten die Selbsthilfevertretenden dabei verbandsübergreifend und geschlossen agieren, damit dauerhaft für alle ehrenamtlichen Akteure gilt:

*Zitat SSH: „Kommt in die Klinik und dann kriegt ihr da Hilfe, das funktioniert!“*

Ein weiterer Grund für das Scheitern konstruktiver Zusammenarbeit kann darin bestehen, dass professionelle Einrichtungen die Kooperation mit der Selbsthilfe primär als Belastung ansehen. Trägerseitig gezwungen Informationsabende von Vertretern der Suchtselbsthilfe in der Klinik anzubieten, werden jegliche Anstrengungen zur Förderung einer weitergehenden Zusammenarbeit dann tendenziell vermieden. Ursache hierfür können ein kurzfristigen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten folgendes Denken, als auch eine tendenziell negative Grundhaltung gegenüber der Selbsthilfe sein. Die Wirksamkeit von Selbsthilfe für die Süchtigen wird dann weitgehend ausgeblendet oder angezweifelt. Auch ausgeblendet werden oft die möglichen Gewinne für die eigene Arbeit, welche eine intensive Zusammenarbeit mit den ehrenamtlichen Suchthelfern (z.B. durch die Leitung von Angehörigengruppen oder eine Rückmeldekultur aus der SH-Gruppen heraus) erbringen kann. Hier ist es an den Selbsthilfeverbänden und -gruppen sich entsprechend als mitgestaltende Partner anzubieten, damit allen professionellen Einrichtungen deutlich wird:

*Zitat sE: „Wir profitieren schon sehr von deren Engagement!“*

Noch prekärer gestaltet sich die Zusammenarbeit, wenn die SH-Gruppen nicht ‚nur als notwendiges Übel‘, sondern gar als Konkurrenz wahrgenommen werden. Die Erweiterung der professionellen Angebote in den Bereich der Nachsorge hinein (durch angeleitete oder sogenannte begleitete ‚SH‘-Gruppen) kann diese Sichtweise bestärken.

*Zitat SSH: „Für uns ist es deutlich schwieriger geworden, die Menschen nach Absolvierung einer erfolgreichen Therapie oder ambulanten Maßnahme zu erreichen, weil die eben erst mal alle in die Nachsorge gehen.“*

Gerade wenn keine klare sprachliche und inhaltliche Trennung von ‚echten‘ SH-Gruppen angestrebt wird und die Informations- und Vermittlungsroutinen in die Selbsthilfe nicht auf diese Angebote hin abgestimmt werden, nehmen sich

beide Seiten schnell als Konkurrenten wahr. Eine sachliche Zusammenarbeit ist dann selten möglich. Außerdem wird unter diesen Umständen das Verständnis von Selbsthilfe seitens der Klienten unterminiert.

*Zitat BS: „Was genau Nachsorge ist, das ist eigentlich auch nochmal ein spannendes Thema. Das ist eigentlich auch noch gar nicht so richtig definiert.“*

*Zitat SSH: „Die kennen das einfach nicht, was Selbsthilfe ist. Das finde ich sehr erschreckend... dann kommt immer so: Ach ja, das ist ja in der Beratungsstelle und dann müssen wir dann und dann dahin. Das sind geleitete Gruppen, das ist keine Selbsthilfe.“*

Die Anbindung der Suchtselbsthilfe an neue professionelle Nachsorgeangebote anzupassen, stellt hier einen wichtigen Schritt dar (siehe auch das entsprechende Praxismodell im Kap. 6.4). Wenn dann auch noch eine saubere sprachliche Grenzziehung gelingt, kann es den Akteuren unter Umständen auf beiden Seiten leichter gelingen zu erkennen, dass sie sich zu Unrecht als Konkurrenten wahrgenommen haben. Zusätzlich sollten die Auswirkungen einer parallelen Teilnahme an professionellen (Nachsorge-)Angeboten und SH-Gruppen genauer analysiert werden. Kernfragen eines solchen Forschungsprojektes könnten sein, ob die Parallelität dieser Angebote die Patienten während der Reha-Maßnahmen stabilisiert und eine Steigerung der Übergangsraten in die Suchtselbsthilfe erzielt werden kann.

Ebenfalls förderlich für Konkurrenzdenken ist es, wenn zentrale Einrichtungen mit ihrem Kooperationsverhalten nicht primär nach einer hohen regionalen Angebotsqualität streben, sondern sich von Träger- bzw. Verbandsinteressen leiten lassen und deshalb einige Akteure von der Zusammenarbeit weitgehend auszuschließen. Bleiben jedoch z.B. die Empfehlungen von SH-Gruppen lückenhaft, wird dadurch die Zugänglichkeit der gesamten Angebotsvielfalt reduziert. Erneut lässt sich auch hier die Empfehlung ableiten, als VertreterInnen der Selbsthilfe eine Vorbildrolle einzunehmen und das Primat der Angebotspassung geschlossen zu betonen. Wenn die SH-Gruppen dann auch noch ihre Angebote trägerübergreifend inhaltlich abstimmen, steht einer kooperativen, lokalen Vielfaltkultur zumindest strukturell nichts mehr im Wege.

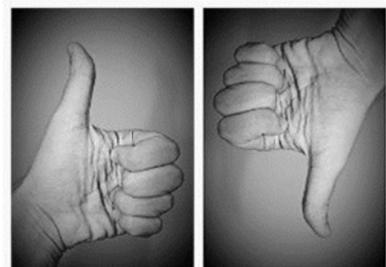
Eine besondere Herausforderung stellt die Einbindung von Selbsthilfe bei überregional versorgenden Suchthilfeanbietern dar. Einerseits profitieren die ehrenamtlichen Suchthelfer nicht direkt von der Durchführung von Informationsveranstaltungen, da die Hilfesuchenden nach Beendigung der Maßnahme das lokale Netzwerk wieder verlassen werden, andererseits werden die Vorstellungen lokaler Selbsthilfeangebote von den Patienten eher als irrelevant wahrgenommen. Eine positive Einstellung zur Selbsthilfe wird somit unwahrscheinlicher. Eine wesentliche Maßnahme kann nur sein:

*Zitat sE: "..., nicht primär Werbung für die eigene Gruppe zu machen, sondern die Suchtselbsthilfe allgemein vorzustellen."*

Informationen zu den Stärken und über die Vielfalt von Suchtselbsthilfe bleiben unabhängig von lokalen Bezügen relevant und ergänzende Informationen oder Hilfestellungen zur Erleichterung des allgemeinen Zugangs zu SH-Gruppen können als Nebenwirkung das Ansehen der ehrenamtlichen Suchthilfe fördern. Um das nötige Engagement für die lokalen Selbsthilfeakteure attraktiver zu machen, wäre es möglich die Zusammenarbeit um einen weitergehenden inhaltlichen Austausch mit und beratende Unterstützung seitens der stationären Einrichtung zu erweitern.

#### 6.1.4 Das Image von SSH in der professionellen Suchhilfe und bei den Hilfesuchenden

Bereits in den vorangegangenen Abschnitten ist das Image von Selbsthilfe als wesentlicher Faktor für die erfolgreiche Vermittlung von Hilfesuchenden angesprochen worden. In den Interviews und bei VertreterInnen aller Perspektiven traten Imageprobleme der Suchtselbsthilfe zu Tage. Insbesondere an



professionellen Einrichtungen ohne ein kooperatives Leitbild mit Bezug auf die Selbsthilfe werden z.T. Ansichten über die ehrenamtlichen SuchthelferInnen deutlich, die dringend einer Korrektur bedürfen. Am auffälligsten ist, dass eine der Stärken der Selbsthilfe zugleich als Schwäche wahrgenommen wird, indem die ehrenamtlichen Selbsthelfer auf ihre Suchterfahrungen reduziert werden.

*Zitate SSH: „Die können doch nur über sich selbst reden.“*

*„(...) dass die eigene Leistung und das eigene Leiden bis zum Erbrechen wiederholt wird.“*

Folglich genießen Vertreter und Vertreterinnen der Suchtselbsthilfe oft nicht das Ansehen als gleichwertige Netzwerkpartner und Empfehlungen in SH-Gruppen fallen weniger nachdrücklich aus. Beides wiederum trägt sicher nicht zu einer positiven Rollenidentität der ehrenamtlichen Suchthelfer bei. Um diesen Sichtweisen entgegenzuwirken, empfiehlt es sich vorhandene Gelegenheiten (z.B. in der Gremienarbeit) zum inhaltlichen Austausch mit den professionellen SuchthelferInnen aktiv zu nutzen. Auf diesem Wege lassen sich die vielfältigen Stärken der ‚Nicht-Professionalität‘ betonen. Zugleich ist es sinnvoll ebenso offensiv mit den eigenen Grenzen und denen von Selbsthilfeangeboten umzugehen. Bei Bedarf um Rat zu fragen signalisiert nicht zuletzt auch, dass man gewillt ist, zu lernen und die eigene Selbsthilfearbeit zu verbessern. Beide Strategien können dabei helfen die Wirksamkeit von Suchtselbsthilfe an sich wieder in den Mittelpunkt der Einstellungen zu rücken.

*Zitat BS: „Wo das eigentlich nur noch so ein Freundeskreis ist, die sich [...] nur noch über Urlaub unterhalten.“*

Ein weiteres Problem in den Einstellungen zur Selbsthilfe ist die Tendenz zu stereotypen Beschreibungen (z.B. „Altmännervereine“, „selbstherrliche GL“, „Alkoholiker“). Die Folge ist, dass SH-Angebote von professionellen SuchthelferInnen aber auch Hilfesuchenden nicht angemessen differenziert werden. Im schlimmsten Fall wird die Suchtselbsthilfe diskreditiert und als Partner weniger ernst genommen. Darunter leidet die Nachdrücklichkeit der Empfehlungen in die Selbsthilfe und das Interesse zur Kontaktaufnahme seitens der Hilfesuchenden wird unterminiert. Da sich derartige Überzeugungen schnell verfestigen, empfiehlt es sich, diesbezügliche Äußerungen nie unwidersprochen zu lassen. Die gemeinsame Arbeit in Gremien, aber auch die Etablierung einer gegenseitigen Rückmeldekultur kann helfen ein ausgewogeneres Bild der Selbsthilfe zu zeichnen, wenn denn alle Ehrenamtlichen daran partizipieren. Bei diesen Kontakten und während der Selbsthilfe-Informationsabende ist es erneut förderlich, nicht die eigenen

Präferenzen zum Maßstab zu machen, sondern die Vielfalt der SH-Angebote zu verdeutlichen.

Ein Phänomen menschlicher Wahrnehmung ist, dass negative Erfahrungen zumeist prägnanter und langfristiger erinnert werden als positive. Demzufolge können bereits einzelne negative Eindrücke von SH-Vorstellungen und -angeboten die Einstellung zur Selbsthilfe nachhaltig beeinflussen.

*Zitat sE: „... schon mal alkoholisiert zu der SSH-Vorstellung gekommen.“*

Damit die Selbsthilfe als Ganzes nicht durch ‚schwarze Schafe‘ diskreditiert wird, sollten auch für die ehrenamtlichen SuchthelferInnen Maßnahmen zur Qualitätssicherung greifen. Denkbar wäre z.B. eine verbandsübergreifende Koordination des Selbsthilfe-Marketings. Gemeinsam könnte man vorbehaltloser klären, wer geeignet ist, eine beständige und über die eigenen Präferenzen und Überzeugungen hinausblickende Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Gleichzeitig bietet es sich an, eine Rückmeldekultur seitens der Professionellen und routinemäßige Praxisreflexionen für die ehrenamtlichen SuchthelferInnen zu etablieren. Der konstruktive Umgang mit Grenzen und Schwächen, kann ein ausgewogenes Meinungsbild von den ehrenamtlichen SuchthelferInnen fördern. Regelmäßige Reflexionssitzungen von professionellen Einrichtungen einzufordern, scheint allerdings kaum realistisch, solange derartige Tätigkeiten nicht als abrechenbare Leistungen anerkannt werden. Ein gemeinsames Votum aller Suchthilfeakteure für die Aufnahme von Praxisreflexionen für Gruppenleitende in den abrechenbaren Leistungskanon sollte sich jedoch organisieren lassen, da alle Beteiligten davon profitieren würden.

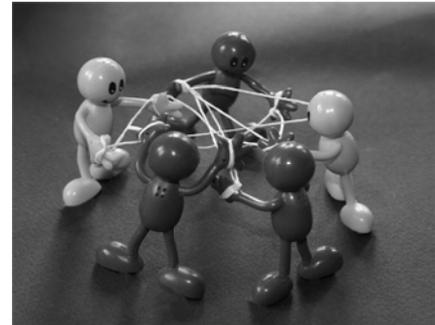
Ein Sonderfall hinsichtlich der Einstellungen zur Suchtselbsthilfe, der ausschließlich in den Neuen Bundesländern gefunden wurde, ist die Meinung einiger professioneller SuchthelferInnen, dass die Gruppenarbeit lediglich ein „Pflaster für die Massenarbeitslosigkeit“ darstelle. Unklar ist, welche Überzeugungen sich dahinter verbergen. Wird hier die Wirksamkeit von Suchtselbsthilfe dem der Arbeitstätigkeit gleichgesetzt? Oder anders, was ist die differentielle Wirksamkeit von Suchtselbsthilfe im Vergleich zur Arbeitstätigkeit? Weiter Untersuchungen zu diesen Fragen könnten helfen, mit derartigen Aussagen umzugehen. Darüber hinaus wäre dann möglicherweise

eine Diskussion darüber angemessen, ob die Suchtselbsthilfe mit Arbeitsförderungsmaßnahmen kooperieren kann und sollte.

Ob einer derartigen Argumentation aus Sicht der Suchtselbsthilfe so zu folgen ist oder diese Argumentation beispielsweise durch Vergleichszahlen von Alkoholkonsum und –abhängigkeit zwischen der DDR (mit formaler Vollbeschäftigung) und der BRD zu entkräften wäre, steht hier u.E. nicht zur Debatte. Vielmehr könnte sich die Suchtselbsthilfe die Frage stellen, wenn diese o.g. Annahme tatsächlich das Handeln/Nicht-Handeln der Abhängigen zu beeinflussen verstünde, wie sie darauf in ihrer Selbstdarstellung und Praxis insbesondere in den neuen Ländern damit umgehen möchte.

#### 6.1.5 Die Einstellungen dem ‚Vereinsleben‘ oder Selbsthilfegruppen gegenüber

Bei all den genannten Gründen aus denen heraus professionelle SuchthelferInnen und Hilfesuchende eine schlechte Meinung von der Suchtselbsthilfe haben könnten, blieb bisher unbeachtet, dass der wahrgenommene Rückgang im Zustrom zu Selbsthilfe möglicherweise ein breiteres gesellschaftliches Phänomen widerspiegelt. Stellt vielleicht die erwartete ‚Vereinsmeierei‘ ein Hemmnis dar? Oder fällt es den Hilfesuchenden heutzutage schwerer langfristige Bindung einzugehen?



*Zitat BS: „Heutzutage wollen die sich ja oft nicht mehr langfristig binden. Wenn da in der Selbsthilfe sehr drauf gepocht wird, kann das schon davon abhalten, das überhaupt mal auszuprobieren.“*

*Zitat SSH; „Die abnehmende Bereitschaft aktiv zu werden und sich langfristig zu engagieren und zu binden...das ist auch ne gesamtgesellschaftliche Geschichte.“*

Ebenso kann es sein, dass in Zeiten vermehrter virtueller Kommunikation intensive, direkte Sozialkontakte von vielen als unangenehm antizipiert werden. Auch die Scham ob der eigenen Probleme und das Eingeständnis von Hilfsbedürftigkeit können Süchtige davon abhalten, den Kontakt zu SH-Gruppen aufzunehmen. Ferner spricht die zunehmende Mobilität in der Arbeitsgesellschaft auch zunehmend gegen die enge, gar lebenslange Bindung

an einen Ort, bzw. eine Gruppe. Um diese Fragen beantworten zu können, empfiehlt sich ein vergleichender Blick auf die Entwicklung von Mitgliedszahlen anderer Vereine. Hier könnte gezielt nach gruppenbasierten Angeboten gesucht werden, die verschiedene Eigenschaften mit denen der Suchtselbsthilfe gemein haben, um so für den Zustrom kritische Eigenschaften identifizierbar zu machen. Alternativ könnte man Bedarfsbestimmungen abseits bisheriger Angebotsformen vornehmen und Modellprojekte zur Erweiterung der Angebotspalette ins Leben rufen. Naheliegend sind niedrigschwellige Einstiegsangebote ohne Mitgliedschaft und Kontaktzwang sowie Angebote ohne vordergründigen Hilfecharakter.

*Zitat SSH: „Weil wir – in Anführungsstrichen - in einer Gesellschaft leben, wo die Menschen sagen, ich will bespaßt werden, ich will konsumieren.“*

Betrachtet man abschließend die gesamte Palette der möglichen Ursachen für einen mangelnden Zustrom zu den Suchtselbsthilfeangeboten, ist es umso erfreulicher, dass fünf große Suchtselbsthilfeverbände dieses Explorationsprojekt gemeinsam bestritten haben und auch in der Umsetzung einiger Empfehlungen zusammenarbeiten wollen. Eine wesentliche Grundvoraussetzung vieler Maßnahmen zur Verbesserung der Nahtlosigkeit zwischen professionellen und Suchtselbsthilfeangeboten ist, dass die ehrenamtlichen SuchthelferInnen geschlossen auftreten und agieren. Sei es, um andere Akteure für eine bessere Zusammenarbeit zu beeinflussen oder die eigenen Angebote untereinander zu koordinieren; das Engagement Einzelner wird nicht ausreichen, um nachhaltig mehr Hilfsbedürftige für SH-Gruppen zu interessieren.

## *6.2 Ursachen für mangelnde Integrationsfähigkeit von Suchtselbsthilfeangeboten und mögliche Maßnahmen*

Gelingt es die Hilfesuchenden mehrheitlich für Selbsthilfe zu interessieren und ihnen möglichst vielfältige Angebote zu vermitteln, stehen die Chancen gut, dass eine Kontaktaufnahme zustande kommt. Auf dem Weg zur regelmäßigen Teilnahme an den Gruppenaktivitäten, zur Mitgliedschaft im Dachverband oder gar dazu, selbst ehrenamtlich in der Selbsthilfe aktiv zu werden, können weitere

Hemmnisse auftreten. Bereits im vorangegangenen Kapitel kurz angesprochen wurde das Problem der ungenügenden Passung zwischen den Bedürfnissen der Hilfesuchenden und den kontaktierten SH-Angeboten. Doch auch wenn die Art und Weise eines Angebotes den Vorstellungen der potentiellen Teilnehmer gut entspricht, kann eine Integration in die Gruppe scheitern. Die Einbindung neuer Teilnehmender stellt für die komplexen Dynamiken und Rollenverteilungen von Kleingruppen immer eine Herausforderung dar. Dass zudem die Teilnehmenden von Suchtselbsthilfegruppen oftmals andere Probleme während der Treffen bewältigen oder zumindest besprechen wollen, erleichtert den Umgang mit neuen Interaktionspartnern nicht. Letztlich kann es auch die mangelhafte Qualität einzelner SH-Angebote sein, welche Neuzugänge vom Verbleib im Suchtselbsthilfesystem abhält. Alle drei Ursachenkomplexe sollen in den folgenden Abschnitten analysiert und diskutiert werden, um darauf aufbauend wiederum Handlungsvorschläge für die Selbsthilfepraxis zu generieren.

### 6.2.1 Ungenügende Passung der SH-Angebote

Keine Selbsthilfegruppe ist wie die andere. Die Zusammensetzung der Mitglieder, geteilte Überzeugungen zum Thema Sucht, die vereinbarten Regeln und Ziele, sowie die Art der Interaktion untereinander sind Eigenschaften, welche die Hilfeangebote spezifizieren und die Gruppenidentität ausmachen.



Beide Aspekte – das spezifische Hilfsangebot und die Gruppenidentität – sind schwer voneinander zu trennen, können aber auf unterschiedliche Weise hemmend wirken. Wenn das Hilfsangebot den Bedürfnissen neuer Teilnehmender (z.B. über welche Themen gesprochen werden sollte oder wie aktiv man sich am Gruppenabend beteiligen will) nicht ausreichend entspricht, werden diese die Gruppe kaum als hilfreich erleben. Andererseits erleben sich beide Seiten einander eher als irritierend, wenn neue Teilnehmende sich in wesentlichen Eigenschaften von den Gruppenmitgliedern unterscheiden. Solche negativen Erstkontakterfahrungen verringern die Wahrscheinlichkeit einer längerfristigen Teilnahme an der betreffenden Gruppe, aber auch weitere Kontaktversuche.

Dass mangelnde Bedürfnisspassung und störende Identitätsdifferenzen erst bei der Teilnahme deutlich werden, dürfte häufiger vorkommen, wenn die SH-Gruppen wesentliche ihrer Eigenschaften nicht nach außen kommunizieren und zudem die Grenzen ihrer Integrationsbereitschaft, d.h die wichtigsten Eigenschaften willkommener Neuzugänge ebensowenig explizieren. Beides ist auf Basis von SH-Gruppen-Listen nicht annähernd, durch Flyer nur teilweise, in Informationsabenden oder Vorabgesprächen mit dem Gruppenleitenden jedoch gut realisierbar; vorausgesetzt die SH-Gruppe hat ihre Toleranzbereiche und Eigenschaften intern ausreichend reflektiert. Natürlich ist es kaum möglich alle Facetten der Gruppe und ihres Hilfsangebotes zu benennen, zur Orientierung mag aber die folgende Liste potentiell wichtiger Gruppeneigenschaften dienen:

---

**vorhandene bzw. willkommene Eigenschaften**

---

Geschlechts- und Altersverteilung  
Suchtformen  
Stand der Suchtkarrieren  
kulturell-sprachlicher Hintergründe  
Weltanschauung und Religiosität  
Milieus/ Lebenssituationen  
Verbindlichkeit der Teilnahme  
Striktheit des Trockenheitsgebots  
Gestaltung der Gruppenabende  
Routiniertheit im Umgang mit der Sucht

---

Gerade die Benennung der Grenzen des Integrationsvermögens und der Integrationsbereitschaft sollte nicht leichtfertig getroffen werden. Zu eng gesteckte Toleranzbereiche sind genauso wenig wünschenswert wie zu weit gezogene Grenzen („Wir können allen helfen“). So besteht die Gefahr, dass Gruppen sich „einigeln“, d.h. unnötig überspezialisieren und dementsprechend für weniger Hilfesuchende ein tatsächliches Angebot darstellen, sich aber auch um die Chance auf neue Erfahrungen und Einsichten bringen.

### 6.2.2 Mangelnde Integrationsfähigkeit von Gruppen

Wenn SH-Gruppen langfristig nur sehr spezifische Interessenten erfolgreich einbinden oder generell Schwierigkeiten haben neue Hilfesuchende zu integrieren, stehen sie dem Suchhilfenetzwerk als vermittelbares Angebot praktisch nicht mehr zur Verfügung. Je länger Gruppen – mit einer bestimmten Kernbesetzung – existieren, desto häufiger zeigen sie die Tendenz zur verminderten Integrationsfähigkeit.



*Zitat SSH: „Die Gruppenmitglieder wollen das [andere Suchtformen] nicht.*

*Da nützt es nix, dass ich da so tolerant bin.“*

*Zitate BS: „Gruppe hat sich gemütlich miteinander eingerichtet.“*

*„Viele Ratsuchende haben ja irgendwann im Laufe Ihrer Suchtkarriere schon mal Kontakt zu einer SH-Gruppe gehabt und waren dann vielleicht von so einer Gruppe enttäuscht und hatten den Eindruck, ich komm da als neuer nicht so leicht rein.“*

Unklar ist, ob und in welchem Ausmaß die bloße Forderung nach mehr Offenheit von Selbsthilfegruppen angemessen sein kann. D.h. es stellen sich die Fragen: Wie viel Offenheit verträgt eine Gruppe? Und wie gut sind die Bedürfnisse neuer und alter Gruppenmitglieder generell vereinbar? Abschließende Antworten auf diese Fragen können auf der Grundlage der hier geführten Interviews nicht gegeben werden, um jedoch eine strukturierte Debatte und ggf. gezielte Forschungsprojekte anzustoßen, wird hier ein knapper Exkurs zu den Wirkfaktoren und Hemmnissen der Wirksamkeit gruppentherapeutischer Maßnahmen und den Dynamiken der Gruppenbildung eingeschoben.

Damit Gruppen eine therapeutisch hilfreiche Wirkung entfalten können, sind die folgenden Bedingungen als instrumentell identifiziert worden (vgl. Yalom, 1995):

- Kohäsion: gegenseitige Wahrnehmung von Wertschätzung und Unterstützung ohne Konformitätsdruck

- Offenheit: Zulassen von intimen und privaten Themen sowie Bereitschaft sich neuen Themen zu widmen
- Vertrauen: Gewissheit von Unterstützung durch die anderen und Zuversicht etwas erreichen zu können
- Arbeitshaltung: Engagement im Sinne aller Mitglieder sowie Kritikfähigkeit und Konstruktivität

Um dahin zu gelangen, sich als Gruppe unter solchen Bedingungen gegenseitig zu helfen, bedarf es mitunter langwieriger Annäherungsprozesse. Die Mitglieder müssen ihre Rollen und Aufgaben innerhalb der Gruppe finden (z.B.: Wie aktiv beteilige ich mich? Bin ich eher konfrontativ oder unterstützend, sachlich oder empathisch? Wie viel Verantwortung für die Gruppe will ich übernehmen?), Interaktionsroutinen sowie grundlegende Überzeugungen müssen abgestimmt werden und auch gemeinsame Ziele bedürfen der Vereinbarung (vgl. Tuckman & Jensen, 1977). Durch neue Gruppenmitglieder werden viele dieser Selbstverständlichkeiten vakant, so dass bis zu einem gewissen Grad erneut Gruppenfindungsprozesse angestoßen werden. Je unähnlicher die Vorstellungen und das Auftreten neuer Personen denen der Gruppe sind, desto aufwändiger ist deren Integration. Sollte die Integration neuer Hilfesuchender trotz den Bemühungen der angestammten Mitglieder misslingen, kann das die Gruppendynamiken zusätzlich verunsichern. Die Anforderungen an die Gruppenorganisation und -findung dürfen aber nicht dauerhaft das Funktionieren der Gruppe behindern.

Für die unmittelbare Praxis der SH-Gruppen scheint es daher empfehlenswert, hin und wieder die Grenzen, die Bereitschaft und ggf. die Notwendigkeit der Öffnung für Neue innerhalb der SH-Gruppen zu diskutieren. Auch der routinemäßige Wechsel der Gruppenleitung oder anderer Verantwortlichkeiten kann dazu beitragen, dass die Gruppe in ihrem Gefüge flexibler und somit integrationsfähiger bleibt. Hilfreich kann es außerdem sein, einen stärkeren Fokus auf die Gemeinsamkeiten (z.B. zwischen verschiedenen Suchtformen) in der Selbsthilfepraxis und zur Vorbereitung in Gruppenleiterschulungen zu legen, um so die Einbindung von Neuen mit ‚unähnlichen Süchten‘ zu erleichtern. Selbst wenn eine Gruppe gerne neue Hilfesuchende einbinden will, muss dies nicht immer zu einer hohen Haltequote

führen. Zwar mag ein hohes Generativitätsbedürfnis von Gruppen kompatibel zum grundlegenden Hilfsbedürfnis neuer Teilnehmender erscheinen, eine zu starke Konzentration auf die neue Person kann jedoch auch die Unsicherheit und Beschämung ihrerseits erhöhen. Solche Gruppen sollten also aufpassen, dass sie Neulinge nicht überfordern.

*Zitat BS: „Und wenn die sich dann auf den Neuen stürzen und den alle mit Fragen löchern,... das verschreckt die dann auch schnell.“*

Abseits der Öffnung bestehender Gruppen, kann die Trennung von Anfänger- und Beständigengruppen eine weitere Maßnahme sein, die verschiedenen Bedürfnisse neuer und routinemäßiger SelbsthilferInnen zu befriedigen. Wichtig für das Funktionieren solch paralleler Gruppen, ist die Transparenz und Einhaltung klarer Regeln zur Veranlassung und Gestaltung von Gruppenwechseln. Sind ausreichend engagierte Ehrenamtliche und Selbsthilfeinteressierte vorhanden, bieten sich zudem regelmäßige Neugründungen von Gruppen an. Letztlich ist es aber auch ein probates Mittel, die Informationsabende der Selbsthilfe eher den Ehrenamtlichen zu überlassen, deren Gruppen auch tatsächlich offen für Neue sind. So sollte es zu einer geringeren Zahl an frustrierenden Erstkontakten mit SH-Gruppen kommen.

Zur langfristigen Verbesserung der Selbsthilfepraxis wird zusätzlich ein systematischer Vergleich von Bedürfnissen routinierter und neuer Selbsthilfemitglieder vorgeschlagen. Dieser kann dazu beitragen mögliche Unterschiede besser zu verstehen und ggf. miteinander vereinbaren zu können. Ebenso könnte ein systematischer Vergleich heterogener/ integrierender Gruppen mit vergleichsweise homogenen/ geschlossenen Gruppen in Hinsicht auf deren Wirksamkeit (z.B. Regelmäßigkeit der Teilnahme, Gegenseitigkeit von Hilfe, Häufigkeit von Rückfällen) gewinnbringend sein. Dabei scheint eine ergänzende Erfassung der Wirkfaktoren therapeutischer Gruppen und der Phasen der Gruppenentwicklung sinnvoll, um mögliche Unterschiede erklären zu können.

### 6.2.3 Mangelnde Qualität einzelner SH-Angebote

Was macht gute Selbsthilfearbeit aus? Wahrscheinlich sind sich die verschiedenen Akteure der



Suchthilfenetzwerke nicht in allen Belangen dieser Frage einig. Wenn hier nun also die Qualität von SH-Gruppen besprochen werden soll, orientieren wir uns dabei an der Frage: Lässt sich die Beschaffenheit eines SH-Angebotes im Rahmen der Verbandsvorgaben beschreiben?

In der Exploration wurden dementsprechend vor allem drei Qualitätsprobleme benannt. So kommt es vereinzelt vor, dass die Minimalbedingungen für das Funktionieren einer Gruppe nicht erfüllt werden, wenn z.B. die Gruppenabende nicht verlässlich stattfinden oder die Gruppenleitung zu einer sehr konfrontativen Gesprächsführung neigt. Häufiger als problematisch benannt, wurde die Tendenz einiger SH-Gruppen, sich zu viel aufzubürden und die Wirksamkeit der Selbsthilfe zu überschätzen. Besonders kritisch wird dies z.B. wenn bei vorliegender Fremd- oder Selbstgefährdung keinen Kontakt zur professionellen Suchthilfe hergestellt wird.

*Zitat sE: „Narzisstische Gruppenleiter die denken, allen helfen zu können.“*

*Zitat BS: "SH-Gruppen werden manchmal größenwahnsinnig. Die können alles, die wissen alles, die haben eine Therapie gemacht..."*

Damit einhergehend ist das Bestreben einiger Ehrenamtlicher, sich immer weiter zu Professionalisieren, d.h. durch Fortbildungen, privates Literaturstudien u.ä. nach und nach die Rolle eines fachlichen Experten einzunehmen. Dies kann zu einer stärkeren Hierarchisierung von Gruppenstrukturen führen und schwächt somit deren Selbsthilfecharakter.

Grundsätzlich wird zu einer Enthierarchisierung der Verantwortungsstrukturen und damit einhergehend zu einer Stärkung des Selbsthilfegedankens geraten. Dies kann durch eine breiter gestreute Verantwortungsübernahme (z.B. GL gestaltet nicht auch noch die Informationsabende an den professionellen Einrichtungen) und regelmäßige Verantwortungsrotation erzielt werden. Auch das Ausmaß der ‚Quasiprofessionalisierung‘ der Ehrenamtlichen durch verbandsinterne Schulungen sollte zumindest überdacht und ggf. dosiert werden. Zur generellen Qualitätssicherung wird empfohlen Eignungskriterien für die Übernahme bestimmter Verantwortlichkeiten, wie die Leitung von SH-Gruppen zu diskutieren und Szenarien für deren Anwendung zu entwickeln.

Abschließend sei erneut auf die Etablierung einer konstruktiven Rückmeldekultur innerhalb des lokalen SH-Netzwerkes hingewiesen. Auch die Einführung einer regelmäßigen Praxisreflexion für Gruppenleiter soll hier wiederholt angeregt werden.

*Zitat BS: „Aber ich sag mal so, wie wir Professionellen die wir auch unsere Supervision haben. Das dort die Gruppenverantwortlichen ... nochmal zu einer Reflexion und zum Austausch zusammen kommen...auf irgendeiner Ebene, unter sich, oder mit Professionellen.“*

Diese Maßnahmen können qualitätssichernd und -entwickelnd wirksam sein, indem sie zur Entlastung, zur Vergewisserung von Grenzen der (eigenen) Handlungsfähigkeit, zur kontinuierlichen Reflexion über Rollenverständnisse und Gruppenentwicklungen, und nicht zuletzt zur Übung kollegialer Beratung (gegenseitige Intervision der Ehrenamtlichen ohne professionellen Supervisor) beitragen. Sie können somit helfen, Probleme von Gruppenleitenden zu lösen, auf die im nächsten Kapitel näher eingegangen wird.

### *6.3 Probleme von Ehrenamtlichen*

Ehrenamtliche SuchthelferInnen sehen sich häufig mit gewissen Widersprüchen und Anforderungen konfrontiert, die ihnen die Selbsthilfearbeit erschweren. Wie bereits in Kapitel 6.1.4 dargestellt, werden SH-Gruppenleitende häufig auf ihre Suchterfahrungen reduziert und von den professionellen Akteuren oft nicht als gleichwertige Partner im Suchthilfe-netzwerk angesehen. Gleichzeitig wird die permanente Verfügbarkeit der Ehrenamtlichen als Besonderheit der Selbsthilfeprinzips sehr stark betont.



*Zitat sE: "Jemand dann nachts um 9 anrufen können, oder um 3 Uhr... also die Einsatzbereitschaft."*

*Zitat BS: „Na die Verfügbarkeit. Außerhalb von Arbeitszeiten, in der Freizeitgestaltung und die praktische Alltagsunterstützung.“*

Im ungünstigsten Fall erwarten professionelle Suchthelfende also ein enorm hohes Engagement von den ehrenamtlichen SuchthelferInnen, verbinden dies

jedoch nicht mit einer kollegialen, sondern eher geringschätzenden Grundhaltung. Ein selbstbewusstes und ausgeglichenes Rollenverständnis seitens der Ehrenamtlichen wird dadurch offensichtlich nicht befördert. Sind die Selbsthelfenden zudem auf gute persönliche Kontakte zu den Professionellen angewiesen, lässt sich nicht selten eine übermäßige Steigerung des Engagements feststellen, die sich vor allem in verstärkten Professionalisierungsbemühungen niederschlägt.

*Zitat SSH: "Die Leute die berufstätig sind... es ist ja nicht mit dem Gruppenabend getan. Wenn du das richtig intensiv betreiben willst, ..., dass man auch immer wieder auf dem neusten Stand ist."*

In Einzelfällen lässt sich sogar beobachten, dass die Überzeugungen der professionellen Netzwerkpartner übernommen werden.

*Zitate SSH: "Teilweise haben die auch keine Zeit die Gruppenleiter. Da muss man auch flexibel sein."*

Langfristig drängt dies viele Ehrenamtliche in Richtung einer ungünstigen Imbalance zwischen den wahrgenommen Anforderungen (intensive Kontaktpflege, permanente Weiterbildung, Gruppen- und ggf. Vereinsarbeit) und den ihnen verfügbaren Ressourcen. Als Konsequenz erhöht sich einerseits die Hemmschwelle, Verantwortung in der Selbsthilfe zu übernehmen. Andererseits fällt es vielen dadurch schwerer tragende Rollen wieder abzugeben, weil sie so viel Zeit und Energie investiert haben.

*Zitat BS: "Manche geben nicht ab. Und zum Gesundwerden gehört aber auch, dass man wieder rauskommt aus diesem System."*

*Zitat SSH: „Das Problem ist glaub ich ein anderes, dass wir nämlich in den Führungsqualitäten, dass wir da die Rentner sitzen haben, die nicht aufhören.“*

Auch die Gefahr des Burnouts ist unter solchen Umständen gegeben.

*Zitat BS: "Die machen ja unendlich viel, Landesverbände, Bundesverband, da wird viel angeboten, aber auf der örtlichen Ebene ja auch noch. Wo ich dann so denke, wann ist dieser Punkt erreicht, wo Menschen zusammenbrechen."*

Sich rechtzeitig selbst wieder zu schonen und Verantwortung abzugeben, wird dabei womöglich auch durch den Umstand erschwert, dass das

Bewusstsein anderen helfen zu können, oder gar die Wahrnehmung für sie unentbehrlich zu sein, das eigene Selbstwertgefühl enorm bestärken kann.

*Zitat SSH: „Das Gefühl der Macht, was man über Menschen bekommt, das kann schon süchtig machen.“*

Auch über die direkten Folgen für die einzelnen Ehrenamtlichen hinaus, resultieren für die Selbsthilfeangebote aus dieser Dynamik weitergehende Gefahren. Die Professionalisierungsbemühungen und das Festhalten an Leitungsfunktionen stellt eine Schwächung des Prinzips von Hilfe zur Selbsthilfe dar. Eine weitere Folge verstärkter Professionalisierung kann die Überschätzung der Wirksamkeit von Suchtselbsthilfe bzw. zumindest der eigenen Gruppenarbeit sein.

Eine erhöhte Hemmschwelle zur Verantwortungsübernahme führt zudem möglicherweise zu einer ungünstigen oder zumindest unerwünschten Selbstselektion unter den AnwärterInnen. Einerseits werden eher Personen mit viel Freizeit, also auch Rentner bereit sein, Leitungsfunktionen zu übernehmen, andererseits mögen insbesondere Personen, denen der Zuspruch anderer wichtig ist, sich vom scheinbar nötigen Aufwand nicht abschrecken lassen. Ein hohes Engagement, der Glaube ein besonders gut gewappneter Suchthelfer zu sein und die Abhängigkeit vom Zuspruch anderer sind wiederum alles Faktoren, die es wahrscheinlicher machen, dass Ehrenamtliche vor allem Werbung für die eigene SH-Arbeit machen und den Hilfesuchenden so den Einblick in die Vielfalt der Angebote verwehren.

Hinsichtlich des Umgangs mit den hier beschriebenen Problemen, wird wiederholt empfohlen, regelmäßige Praxisreflexionen mit den ehrenamtlichen Suchthelfende durchzuführen, um sie gegen unangemessene Kritik und Ansprüche zu stärken, ihnen aber auch die Grenzen ihrer Tätigkeit sowie ihre eigenen Grenzen zu vergegenwärtigen. Zusätzlich sollten, die Selbstreflexionsanteile in den Schulungen von Gruppenleitenden überprüft werden. Beide Maßnahmen verstehen sich als Alternativen zur vermehrten Professionalisierung der Ehrenamtlichen. Letztendlich folgt daraus auch die Empfehlung einer personellen Trennung von Gruppenleitung und SH-Marketing (Informationsabende) sowie Netzwerkpflege. So können die Belastungen

einzelner und die Hierarchien an der Basis der Selbsthilfestrukturen verringert werden.

Vielen der hier abgeleiteten Empfehlungen in diesem und den vorangegangenen Abschnitten liegen Praxisbeispiele zugrunde, die sich in den von uns untersuchten Clustern als positiv in ihrer Auswirkung für die Selbsthilfearbeit gezeigt haben. Die Bestätigung der generellen Wirksamkeit solcher Maßnahmen über verschiedene lokale Strukturbedingungen und Akteure hinweg, steht in vielen Fällen jedoch aus. Entsprechend vorsichtig haben wir diese Empfehlungen formuliert. Auch fehlt den meisten Praxismodellen ein expliziter Plan für wesentliche Aspekte der Umsetzung. So ist beispielsweise das Praxismodell, zwei parallele Selbsthilfegruppen – eine für Anfänger und eine für Beständige – anzubieten, kein Einzelfall und bringt einige potentielle Stärken mit sich, obliegt in der konkreten Umsetzung jedoch den individuellen Einschätzungen der durchführenden Ehrenamtlichen. Diese geben als Grundlagen für wesentliche Entscheidungen, wie z.B. „nach welchen Kriterien Hilfesuchende in die eine oder andere Gruppe ‚gehören‘“, oft ihre bisherigen Erfahrungen mit solchen Entscheidungen an. Lässt sich derartiges Handlungswissen nicht weiter explizieren, bedarf es der Exploration, Diskussion und ggf. Evaluation gangbarer Handlungsalternativen. In seltenen Fällen haben lokale Netzwerke oder Projekte Handlungsmodelle jedoch so weit entwickelt, expliziert und evaluiert, dass sie in anderen Kontexten einfach adaptiert oder übernommen werden können, unter der Gewissheit auch dort wirksam zu sein. Zwei solcher Modelle sollen im letzten Kapitel vorgestellt werden.

### *6.4 Darstellung zweier Modelle guter Praxis*

Die Beschreibung der beiden folgenden Praxismodelle folgt nicht nur dem Motiv, für zwei besonders herausstechende Problematiken – die Integration Jugendlicher in die Suchtselbsthilfe und die Nahtlosigkeit im Übergang zwischen Nachsorgemaßnahmen und Selbsthilfeangeboten – Lösungsansätze zu präsentieren. Beide Praxisprojekte führen zudem beispielhaft wesentliche Faktoren guter Praxismodelle vor Augen.

*Projekt: Übergang von Nachsorge- in Selbsthilfeangebote (Beschreibungsgrundlage: Arbeitspapier und persönliche Kommunikation)*

Es handelt sich hier um ein recht überschaubares und einfaches Praxismodell, welches in einem der von uns explorierten Cluster durch das Engagement der SelbsthilfevertreterInnen initiiert wurde. Neben der konkreten Umsetzung sind auch die Entstehungsprozesse des Modells beispielhaft. Hintergrund des Projektes war die auch in vielen anderen Clustern geäußerte Problematik, dass Nachsorgemaßnahmen die Zahl der Kontaktaufnahmen von jüngst therapierten Süchtigen zur Selbsthilfe verringern. Lokale VertreterInnen der *verschiedenen Selbsthilfeverbände* nutzten infolgedessen einen der lokalen Suchtarbeitskreise um das Thema *geschlossen* zur Sprache zu bringen und mit den VertreterInnen der professionellen Suchthilfen *Lösungsvorschläge zu diskutieren*. Die Ergebnisse dieses ersten Treffens wurden als Arbeitspapier formuliert und allen Mitgliedern des Arbeitskreise zugänglich gemacht. Ebenso wurden andere Akteure der lokalen Suchthilfestrukturen darüber informiert. Es wurde um *Meinungsbilder, Kritik und Anregungen oder Alternativvorschläge* gebeten und zu einer erweiterten Diskussionsrunde eingeladen. In dieser wurde dann das Praxismodell in seiner ersten und bisher gültigen Fassung entworfen. *Alle relevanten Einrichtungen* wurden angehalten, sich geschlossen zu verpflichten, das Modell für ein Jahr *testweise umzusetzen*:

1. SH-VertreterInnen informieren als *Bestandteil der Nachsorgemaßnahme* über die Arbeit der Selbsthilfe. Die für die Nachsorge verantwortlichen Einrichtungen überprüfen, ob die Patienten diesen Veranstaltungen beiwohnen und sanktionieren ggf. eine Nichtteilnahme. Die Infoabende der Selbsthilfe für Teilnehmende der Therapie finden weiterhin statt. Alle Veranstaltungen werden gemeinsam mit einem Professionellen der Suchthilfe gestaltet. Für die abschließende Fragerunde verlassen die Professionellen die Veranstaltung.
2. Die Veranstaltungen sind so getaktet, dass *jede Nachsorge- und ambulante Rehagruppe genau an einer* teilnimmt. Ziel der Veranstaltungen ist es, *das Prinzip Selbsthilfe erfahrbar zu machen*. Die

*VertreterInnen der Selbsthilfe koordinieren untereinander* wer welche Informationsveranstaltung leitet.

3. *Einmal im Jahr* trifft sich der Kreis aus den MitarbeiterInnen der Therapie- bzw. Nachsorgemaßnahmen und VertreterInnen der Selbsthilfegruppen zum *Erfahrungsaustausch*. Diskussionspunkte können sein: Wurden alle Verabredungen eingehalten? Welche Erfahrungen wurden gemacht? Sollen die getroffenen Verabredungen geändert oder ergänzt werden?

Grundsätzlich vorbildhafte Aspekte dieses Projektes sind das gemeinsame Engagement der SelbsthilfevertreterInnen, der Versuch alle potentiellen Partner im Vorfeld direkt einzubinden, die anfängliche Offenheit für Umsetzungsvorschläge, die Einfachheit des Vorhabens, die beständige Kooperation aller Beteiligten insbesondere im Rahmen der regelmäßigen Projektevaluation und die grundsätzliche Offenheit für eine Überarbeitung der Maßnahmen.

*Projekt: Suchtselbsthilfeangebot für Jugendliche (Beschreibungsgrundlage: Projektskizze und persönliche Kommunikation)*

Im Rahmen eines lokalen Ablegers des Bundesprojektes „HaLT“ (<http://www.halt-projekt.de>) bieten Ehrenamtliche Selbsthilfe für alkoholsuchtgefährdete und alkoholsüchtige Jugendliche und junge Erwachsene an. Auch dieses Projekt ist einfach strukturiert, zeichnet sich jedoch durch einige wesentliche Erfolgsfaktoren aus.

Die Initiierung der HaLT-Maßnahmen im zugrundeliegenden regionalen Cluster wurde von ehrenamtlichen Suchthelfenden zum Anlass genommen, einen neuen Versuch zu starten, ein Selbsthilfeangebot für Jugendliche und junge Erwachsene zu etablieren. Die SelbsthelferInnen wandten sich an die Projektleitung mit entsprechenden Ideen und bewarben sich als Projektpartner. Mit den HaLT-Projektverantwortlichen zusammen wurde ein konkretes Konzept entworfen und relevanten anderen Projektpartnern vorgestellt. Nach einigen Abstimmungsprozessen wurde beschlossen, die folgenden Maßnahmen *probeweise* für zwei Jahre durchzuführen:

Die ProjektmitarbeiterInnen von HaLT werden von einer lokalen Klinik über Jugendliche mit Alkoholintoxikation informiert. Die HaLT-Mitarbeiter suchen

die Jugendlichen an der Klinik auf und führen ein „Brückengespräch“ gemäß dem Handbuch des HaLT-Projektes durch. Ergibt dieses Erstgespräch ein regelmäßiges Risikoverhalten, wird versucht die Jugendlichen in ein breiteres Frühinterventionssystem einzubinden. Für die erlebnispädagogischen Anteile sind unter anderem die SelbsthelferInnen verantwortlich. Sie betreuen den zweimal wöchentlich für alle *offenen Treffpunkt*, übernehmen die Organisation von *gemeinsamen Aktivitäten* und kümmern sich ggf. im Interesse der Jugendlichen um *Anbindungen an Sport- und andere Vereine*. Alle für diese Angebote verantwortlichen Ehrenamtlichen sollen *im Schnitt immer unter 30 Jahren alt* sein und sich nach und nach aus den *Reihen der Jugendlichen rekrutieren*. Neue Verantwortliche werden von den Ehrenamtlichen vorgeschlagen und ggf. zusammen mit HaLT-Verantwortlichen geschult. Die Räumlichkeiten werden von HaLT gestellt und durch Sponsoring anfangs einmalig ausgestattet. Weitere Gestaltungsspielräume unterliegen völlig dem Engagement der ehrenamtlichen SuchthelferInnen und Jugendlichen. Da die Angebote nicht nur Interventions- sondern auch Präventionscharakter haben sollen, firmieren sie nicht unter der Begrifflichkeit *Suchtselbsthilfe*, jedoch darf man während der Teilnahme an den Angeboten nicht alkoholisiert sein oder Alkohol zu sich nehmen. *Nur wenn die Jugendlichen Alkohol von sich aus zum Thema machen, wird dies von den Ehrenamtlichen aufgegriffen und im Dialog begleitet*. Die Angebotsverantwortlichen besprechen *vierteljährlich die aktuellen Aktivitäten und ggf. Probleme* innerhalb der Angebote mit der HaLT-Projektleitung. *Einzelgespräche sind jederzeit möglich*. Zusammen mit der beteiligten Klinik und den HaLT-Verantwortlichen evaluieren die Selbsthelfenden jährlich den Zugang zu den und die Ausgestaltung der Angebote.

Vorbildhaften Charakter hat der Umstand, dass die das Projekt initiiierenden SelbsthelferInnen eine günstige Gelegenheit erkannt und ergriffen haben. So können sie Strukturen nutzen, zu denen sie sonst kaum Zugang bekommen hätten. Ebenso besticht der freizeitbezogene und niedrighschwellige Ansatz der Angebote. Die Rotation der Verantwortlichen erhält zudem den Selbsthilfecharakter aufrecht und die regelmäßigen Reflexionsgespräche und Evaluationen sorgen für eine konstante Angebotsqualität.

## **7. Literatur**

Tuckman, B.W. & Jensen, M.A.C. (1977). Stages of Small-Group Development Revisited, *Group Organization Management*, 2(4), 419-427.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 5<sup>th</sup> Edition, Basic Books: New York,

## **Anhang**

### **I. Interviewvorbereitung und -leitfäden**

#### **a. Online-Recherchen in Vorbereitung auf den Telefonkontakt zur Vereinbarung eines Interviewtermins:**

##### **Selbsthilfegruppen:**

- Selbstdarstellung: Was sind die im Internet verfügbaren Informationen zur Gruppe?

##### **Beratungsstellen:**

- Träger/ ggf. Dachverbandszugehörigkeit
- Angebotspalette (Suchtformen, Therapieangebote, Nachsorge, angeleitete Gruppen, etc.)

##### **Stationäre Einrichtungen:**

- Träger
- Art der Einrichtung (Psychiatrie, Allg.-Krankenhaus, Fachklinik, etc.)
- Angebotspalette (Suchtformen, Entgiftung, ambulante & stationäre Therapieangebote, Nachsorge, angeleitete Gruppen, etc.)

#### **b. Einleitung des Interviews:**

Dauer ca. 45 Minuten, Anonymisierung aller Angaben, Erinnerung an das allgemeine Projektanliegen:

„Heute und hier geht es uns vor Allem darum Ihre konkreten Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den *lokalen stationären Einrichtungen (sE), Beratungsstellen (BS) und Selbsthilfegruppen (SHG) [Auswahl je Gesprächspartner]* aufzuarbeiten sowie Ihre generelle Sicht auf die Zusammenarbeit mit anderen Suchthilfeanbietern zu erfahren. Wichtig ist es dabei immer wieder den Blick auf die Perspektive der Nutzer Ihrer Hilfeangebote zu lenken.“

Zuvor haben wir aber einige Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Einrichtung/  
Selbsthilfegruppe.“

*c. Fragen zur Person und zum SH-Angebot (für alle Interviewpartner):*

Hintergrunddaten zur Interviewperson:

- Funktion, Alter & „Dienstalter“ in dieser Einrichtung/ SH-Gruppe

Eckdaten zur Einrichtung:

- Träger & Verbandszugehörigkeiten, „Alter“ der Einrichtung/ SH-Gruppe
- Klienten/ Jahr bzw. TN-Zahl, Alters- & Geschlechtsverteilung, Migrationsanteil
  - *Nur sE:* Anteil der Hilfesuchenden aus der unmittelbaren Region
  - *Nur SHG:* Ausmaß der Teilnehmerfluktuation
- Für welche Suchtformen bieten Sie Hilfe an?
- Angebotspalette (siehe Vorabrecherchen)
  - *Nur BS & sE:* Was sind die angestrebten Entlassungsziele für Ihre Klienten?
  - *Nur BS & sE:* Ist die Einrichtung neuer Angebote geplant?

*d. Interview mit Selbsthilfegruppen:*

Ergänzende Angaben zur SH-Gruppe:

- Was sind die grundlegenden Prinzipien Ihrer Selbsthilfepraxis?
- Einstellung zu: lebenslanger Mitgliedschaft, totaler Abstinenz, Einbindung der (Ehe-) Partner, Christlichkeit, Beschränkung der Abhängigkeitsformen, paralleler Besuch stationärer bzw. ambulanter Angebote?
- Gibt es über die regelmäßigen Gruppentreffen hinaus Angebote für TN der SH-Gruppe (Ggf. nachhaken: z.B. Ausflüge, Beratungsgespräche)?

Vermittlung von Hilfesuchenden deskriptiv:

- Woher kommen Ihre Teilnehmer normalerweise? Wie werden diese auf Sie aufmerksam bzw. wer vermittelt Ihnen diese typischerweise?
- Wohin vermitteln Sie Ihre Teilnehmer wenn z.B. Rückfälle eine Entwöhnung oder Therapie (erneut) erforderlich machen?
- Haben Sie feste Ansprechpartner für die Akquise bzw. Vermittlung von Teilnehmern?
  - *Wenn Ja:* Wie sind diese Kontakte im Einzelnen zustande gekommen? Wessen Engagement war ausschlaggebend? Musste hat man sich gegenüber anderen Konkurrenzangeboten durchgesetzt?
  - Wie lange bestehen diese Kontakte im Einzelnen bereits?

## Chancen Nahtlos Nutzen: Abschlussbericht der Explorationsphase

- Wie ist die Zusammenarbeit/ Akquise-Aktivität konkret organisiert? (Ggf. nachfragen: Stellen Sie sich regelmäßig bei professionellen Einrichtungen vor?)
- Ggf.: Wenn Sie Ihre SH-Gruppe an einer Einrichtung vorstellen, wie machen Sie das?
- Gibt es Einrichtungen, bei denen Sie sich umsonst um eine engere Zusammenarbeit bemüht haben?
  - *Wenn Ja:* Was waren mögliche Ursachen für die Zurückweisung?
- Welche Kriterien sind für Sie entscheidend für die Entstehung einer festen Zusammenarbeit? (Ggf. nachfragen: Konzept der professionellen Einrichtung, Träger der Einrichtung, persönlicher Kontakt, auf Anordnung von "oben", Suchthilfekzept: lebenslange Abstinenz, christlicher Hintergrund, etc.)

### Kooperationen deskriptiv:

- Gibt es Einrichtungen bei denen die gemeinsamen Aktivitäten über die Vermittlung Hilfesuchender hinausgehen?
  - *Wenn ja:* Wie ist die fachliche Zusammenarbeit organisiert? (Ggf. nachfragen: Führen Sie regelmäßige Treffen durch? Finden gemeinsame Fortbildungen statt?)
  - *Wenn nein:* Wären Sie auch an einer weitergehenden Zusammenarbeit mit anderen Suchthilfeanbietern interessiert?
- Wie sollte die fachliche Zusammenarbeit aussehen? (Ggf. nachfragen: Wären Ihnen regelmäßige Treffen und/ oder gemeinsame Fortbildungen wichtig?)
- Welche Kriterien wären für Sie entscheidend für die Entstehung einer festen Kooperation? (Ggf. nachfragen: Konzept der professionellen Einrichtung, Träger der Einrichtung, persönlicher Kontakt, wenn potentielle Kooperationspartner auf uns zukämen, auf Anordnung von "oben" [Kostenträger etc.] Suchthilfekzept: lebenslange Abstinenz, christlicher Hintergrund, etc.)
- Was unternehmen Sie zur Förderung fachlicher Kooperationen?

### Evaluation der Zusammenarbeit:

- Wie würden Sie die Vernetzung der Suchthilfeanbieter in Ihrer Region insgesamt bewerten?
  - Wie könnten die regionale Vernetzung verbessert werden?
  - Gibt es Nischen in der regionalen SH-Versorgung? Wenn ja, welche?
- Ab hier einzeln auf die genannten Kooperationseinrichtungen eingehen:*

- Was sind positive Eindrücke die Sie im Laufe Ihrer Zusammenarbeit mit [Einrichtung XY] gewonnen haben?
- Welche Verbesserungswünsche haben Sie für die zukünftige Zusammenarbeit mit [Einrichtung XY]?
- *Ggf. nachfragen:* Wie bewerten Sie die Art und Weise in der Sie sich bei der [Einrichtung XY] präsentieren können?

Evaluation Suchtselbsthilfe allgemein:

- Was sind Ihrer Ansicht nach die potentiellen Stärken der Suchtselbsthilfe?
- Was sind generelle, strukturelle Schwächen von Suchtselbsthilfeangeboten?
- Welche grundlegenden Änderungen in der Suchtselbsthilfepraxis (Ihres Verbandes) würden Sie sich wünschen?

Themenkomplex Teilnehmer-Nachwuchs:

- Wie wichtig ist es Ihnen Nachwuchs für Ihre Selbsthilfegruppe(n) zu akquirieren?
  - *Wenn wichtig:* Was sind Ihre Hauptmotive dafür neue Mitglieder für Ihre Selbsthilfegruppe(n) zu akquirieren?
- Haben Sie hier vor Ort Nachwuchsprobleme?
  - *Wenn Ja:* Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe für diese Nachwuchsprobleme? (Ggf. nachfragen: Liegt es eher an den strukturellen Bedingungen im lokalen Suchthilfenetzwerk allgemein oder vielleicht auch an der konzeptionellen Ausrichtung der Suchtselbsthilfeangebote?)
  - Haben Sie in letzter Zeit etwas unternommen, um Nachwuchsproblemen entgegenzuwirken?
  - *Wenn Nein:* Was könnten Ihrer Meinung nach Gründe für die Nachwuchsprobleme anderer Gruppen sein? (Ggf. nachfragen: Liegt es eher an strukturellen Bedingungen in den Suchthilfeangeboten allgemein oder vielleicht auch an der konzeptionellen Ausrichtung einiger Suchtselbsthilfeangeboten?)

Kernaufgaben der Suchthilfeanbieter:

- Wo sehen Sie aus Ihrer Sicht die Kernaufgabenbereiche von Selbsthilfegruppen, stationären Einrichtungen und Beratungsstellen in der Suchthilfe?
- Wie würden Sie Ihre Selbsthilfe-Angebote innerhalb der Palette lokal verfügbarer Suchthilfeangebote verorten? In Konkurrenz zu welchen anderen Angeboten sehen Sie sich?

Haben Sie noch Fragen an mich?

e. Interview mit Beratungsstellen:

Klientenvermittlung deskriptiv:

- Woher kommen Ihre Klienten normalerweise? Wie werden diese auf Sie aufmerksam bzw. wer vermittelt Ihnen diese typischerweise?
- Wohin vermitteln Sie Ihre Klienten nach Therapieende oder wenn z.B. Rückfälle eine Entwöhnung (erneut) erforderlich machen?
  - *Wenn eigene angeleitete Gruppen existieren:* Nach welcher Maßgabe vermitteln Sie dann trotzdem in die Selbsthilfe?
- Haben Sie feste Ansprechpartner für die Akquise bzw. Vermittlung von Klienten?
  - *Wenn Ja:* Haben Sie feste Ansprechpersonen für Ihre Kooperationspartner im Haus?
  - Haben Sie feste Ansprechpersonen bei Ihren Kooperationspartnern?
  - Wie sind diese Kontakte im Einzelnen zustande gekommen? Wessen Engagement war ausschlaggebend? Musste man sich gegenüber anderen Konkurrenzangeboten durchgesetzt?
  - Wie lange bestehen diese Kontakte im Einzelnen bereits?
  - Wie ist die Zusammenarbeit/ Akquise-Aktivität konkret organisiert? (Ggf. nachfragen: Stellen sich z.B. regelmäßig SH-Gruppen bei Ihnen vor?)
  - Bestehen klare Vereinbarungen innerhalb dieses Netzwerkes, d.h. sind die von Ihnen genutzten Vermittlungs- und Kooperationsstrukturen kontraktiert?
  - Ggf.: Wenn sich SH-Gruppe bei Ihnen vorstellen, wie organisieren Sie das (welche Gruppen, unter welchen Bedingungen)?
- Entspricht diese Praxis den bei ihnen geltenden QS/ QM-Regularien des Trägers?
- Welche Kriterien sind für Sie entscheidend für die Entstehung einer festen Zusammenarbeit? (Ggf. nachfragen: Konzept der Einrichtung/ Gruppe, Träger der Einrichtung, persönlicher Kontakt, auf Anordnung von "oben", Suchthilfekzept: lebenslange Abstinenz, christlicher Hintergrund, etc.)

Kooperationen deskriptiv:

- Gibt es Einrichtungen/ SH-Gruppen bei denen die gemeinsamen Aktivitäten über die Vermittlung Hilfesuchender hinausgehen?
  - *Wenn ja:* Wie ist die fachliche Zusammenarbeit organisiert? (Ggf. nachfragen: Führen Sie z.B. regelmäßige Treffen durch? Finden gemeinsame Fortbildungen statt?)
  - *Wenn nein:* Wären Sie auch an einer weitergehenden Zusammenarbeit mit anderen Suchthilfeanbietern interessiert?
  - Wie sollte die fachliche Zusammenarbeit aussehen? (Ggf. nachfragen: Wären Ihnen regelmäßige Treffen oder gemeinsame Fortbildungen wichtig?)
- Welche Kriterien wären für Sie entscheidend für die Entstehung einer

festen Kooperation? (Ggf. nachfragen: Konzept der Einrichtung/ Gruppe, Träger der Einrichtung, persönlicher Kontakt, wenn potentielle Kooperationspartner auf uns zukämen, auf Anordnung von "oben" [Kostenträger etc.] welches Suchthilfekonzept: lebenslange Abstinenz, christlicher Hintergrund, etc.)

- Was unternehmen Sie für das Zustandekommen fachlicher Kooperationen?

#### Evaluation der Zusammenarbeit:

- Wie würden Sie die Vernetzung der Suchthilfeanbieter in Ihrer Region insgesamt bewerten?
- Wie könnten die regionale Vernetzung verbessert werden?
- Gibt es Nischen in der regionalen Suchthilfeversorgung? Wenn ja, welche?

Ab hier einzeln auf die genannten Kooperationseinrichtungen eingehen:

- Was sind positive Eindrücke die Sie im Laufe Ihrer Zusammenarbeit mit [SH-Gruppe XY] gewonnen haben?
- Welche Verbesserungswünsche haben Sie für die zukünftige Zusammenarbeit mit [SH-Gruppe XY]?
  - Ggf. nachfragen: Wie bewerten Sie die Art und Weise mit der Sie sich [SH-Gruppe XY] bei Ihnen präsentiert?

#### Evaluation Suchtselbsthilfe allgemein:

- Wie ist Ihre generelle Einstellung zur Suchtselbsthilfe?
- Wie ist die Einstellung der Mitarbeiter Ihrer Einrichtung zur SSH?
- Was sind Ihrer Ansicht nach die potentiellen Stärken der SSH?
- Was sind generelle, strukturelle Schwächen von SH-Angeboten?
- Welche grundlegenden Änderungen in der Suchtselbsthilfepraxis würden Sie sich wünschen?

#### Kernaufgaben der Suchthilfeanbieter:

- Wo sehen Sie aus Ihrer Sicht die Kernaufgabenbereiche von Beratungsstellen, SH-Gruppen und stationären Einrichtungen in der Suchthilfe?
- Wie würden Sie Ihre Selbsthilfe-Angebote innerhalb der Palette lokal verfügbarer Suchthilfeangebote verorten? In Konkurrenz zu welchen anderen Angeboten sehen Sie sich?
- Für wie sinnvoll halten Sie den Besuch von SH-Gruppen parallel zur Teilnahme an einer Ihrer therapeutischer Maßnahmen?
  - *Wenn Inhouse-Nachsorgegruppen angeboten werden:* Wie würden Sie die von Ihrer Einrichtung organisierten Nachsorge-Angebote innerhalb der Palette lokal verfügbarer Suchthilfeangebote verorten? (ggf. nachhaken: In Konkurrenz zu welchen anderen Angeboten sehen Sie sich damit vor allem?)

Haben Sie noch Fragen an mich?

*f. Interview mit stationären Einrichtungen*

Klientenvermittlung deskriptiv:

- Woher kommen Ihre Klienten normalerweise? Wie werden diese auf Sie aufmerksam bzw. wer vermittelt Ihnen diese typischerweise?
- Vermitteln Sie Ihre Klienten nach Ablauf Ihres Therapieangebotes aktiv weiter?
  - *Wenn ja:* Wohin vermitteln Sie Ihre Klienten typischerweise?
  - *Ggf.:* Nach welchen Kriterien entscheiden Sie darüber, wohin Sie Ihre Klienten weitervermitteln?
  - *Wenn eigene angeleitete Gruppen existieren:* Nach welcher Maßgabe vermitteln Sie dann in die Selbsthilfe?
- Haben Sie feste Ansprechpartner für die **lokale** Akquise bzw. Vermittlung von Klienten?
  - *Wenn Ja:* Haben Sie feste Ansprechpersonen für Ihre Kooperationspartner im Haus?
  - Haben Sie feste Ansprechpersonen bei Ihren Kooperationspartnern?
  - Wie sind diese Kontakte im Einzelnen zustande gekommen? Wessen Engagement war ausschlaggebend? Musste hat man sich gegenüber anderen Konkurrenzangeboten durchgesetzt?
  - Wie lange bestehen diese Kontakte im Einzelnen bereits?
  - Wie ist die Zusammenarbeit/ Akquise-Aktivität konkret organisiert? (Ggf. nachfragen: Stellen sich z.B. regelmäßig SH-Gruppen bei Ihnen vor?)
  - Bestehen klare Vereinbarungen innerhalb dieses Netzwerkes, d.h. sind die von Ihnen genutzten Vermittlungs- und Kooperationsstrukturen kontraktiert?
  - *Ggf.:* Wenn sich SH-Gruppe bei Ihnen vorstellen, wie organisieren Sie das (welche Gruppen, unter welchen Bedingungen)?
- Entspricht diese Praxis den bei ihnen geltenden QS/ QM-Regularien des Trägers?
- Welche Kriterien sind für Sie entscheidend für die Entstehung einer festen Zusammenarbeit? (Ggf. nachfragen: Konzept der Einrichtung/ Gruppe, Träger der Einrichtung, persönlicher Kontakt, auf Anordnung von "oben", Suchthilfekonzept: lebenslange Abstinenz, christlicher Hintergrund, etc.)
- *Ggf.:* Wie ist Ihre Vermittlungspraxis bei **überregionalen** Klienten? Welche Empfehlungen und Hilfestellungen geben Sie denen an die Hand?

Kooperationen deskriptiv:

- Gibt es Einrichtungen/ SH-Gruppen bei denen die gemeinsamen Aktivitäten über die Vermittlung Hilfesuchender hinausgehen?
  - *Wenn ja:* Wie ist die fachliche Zusammenarbeit organisiert? (Ggf. nachfragen: z.B. regelmäßige Treffen/ gemeinsame Fortbildungen?)

## Chancen Nahtlos Nutzen: Abschlussbericht der Explorationsphase

- *Wenn nein:* Wären Sie auch an einer weitergehenden Zusammenarbeit mit anderen Suchthilfeanbietern interessiert?
- Wie sollte die fachliche Zusammenarbeit aussehen? (Ggf. nachfragen: Wären Ihnen regelmäßige Treffen und/ oder gemeinsame Fortbildungen wichtig?)
- Welche Kriterien wären für Sie entscheidend für die Entstehung einer festen Kooperation? (Ggf. nachfragen: Konzept der Einrichtung/ Gruppe, Träger der Einrichtung, persönlicher Kontakt, wenn potentielle Kooperationspartner auf uns zukämen, auf Anordnung von "oben" [Kostenträger etc.] welches Suchthilfekonzept: lebenslange Abstinenz, christlicher Hintergrund, etc.)
- Was unternehmen Sie für das Zustandekommen fachlicher Kooperationen?

### Evaluation der Zusammenarbeit:

- Wie würden Sie die Vernetzung der Suchthilfeanbieter in Ihrer Region insgesamt bewerten?
- Wie könnten die regionale Vernetzung verbessert werden?
- Gibt es Nischen in der regionalen Suchthilfeversorgung? Wenn ja, welche?

Ab hier einzeln auf die genannten Kooperationseinrichtungen eingehen:

- Was sind positive Eindrücke die Sie im Laufe Ihrer Zusammenarbeit mit [SH-Gruppe XY] gewonnen haben?
- Welche Verbesserungswünsche haben Sie für die zukünftige Zusammenarbeit mit [SH-Gruppe XY]?
  - Ggf. nachfragen: Wie bewerten Sie die Art und Weise mit der Sie sich [SH-Gruppe XY] bei Ihnen präsentiert?
  - Welchen Eindruck hinterlassen die Vorstellungen der [SH-Gruppe XY] bei ihren Klienten?

### Evaluation Suchtselbsthilfe allgemein:

- Wie ist Ihre generelle Einstellung zur Suchtselbsthilfe?
- Wie ist die Einstellung der Mitarbeiter Ihrer Einrichtung zur SSH?
- Was sind Ihrer Ansicht nach die potentiellen Stärken der SSH?
- Was sind generelle, strukturelle Schwächen von SH-Angeboten?
- Welche grundlegenden Änderungen in der Suchtselbsthilfepraxis würden Sie sich wünschen?

### Kernaufgaben der Suchthilfeanbieter:

- Wo sehen Sie aus Ihrer Sicht die Kernaufgabenbereiche von Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und stationären Einrichtungen in der Suchthilfe?
- Wie würden Sie Ihre Selbsthilfe-Angebote innerhalb der Palette lokal verfügbarer Suchthilfeangebote verorten? In Konkurrenz zu welchen

- anderen Angeboten sehen Sie sich?
- Für wie sinnvoll halten Sie den Besuch von SH-Gruppen parallel zur Teilnahme an einer Ihrer therapeutischer Maßnahmen?
  - *Wenn Inhouse-Nachsorgegruppen angeboten werden:* Wie würden Sie die von Ihrer Einrichtung organisierten Nachsorge-Angebote innerhalb der Palette lokal verfügbarer Suchthilfeangebote verorten? (ggf. nachhaken: In Konkurrenz zu welchen anderen Angeboten sehen Sie sich damit vor allem?)

Haben Sie noch Fragen an mich?

II. Interviewkodierung

Interviewcode (Region, Siedlungsstruktur, Suchthilfeperspektive)				
Kodierungsplan	Kodierte Angaben	Referenzzeit	Transkripte	Referenzzeit
Erstkontaktaufnahme				
Interviewtermin				
Gesprächsdauer (min)				
Auswertet (bis min)				
Gesprächspartner				
Funktion/ Beruf				
Dienstalter				
Geschlecht				
Körperschaft				
Träger/ Verband (seit)				
Bestehenszeit				
Angebotspalette <b>professionelle Anbieter</b>	<i>oder</i>	Praxis der <b>SH-Gruppen</b>		
qualifizierter Entzug		Mitgliederzahl		
stationäre Therapie		Suchtmittel		
ambulante Therapie		Trockenheit		
Beratung		Partnereinbindung		
Betreutes Wohnen		Mitgliedschaft (Fristigkeit)		
Nachsorge		Christlichkeit		
angeleitete Gruppen		Struktur der Gruppenstunden		
Besonderheiten/ Spezialisierungen		weitergehende Angebote		
Klientel	Kodierte Angaben	Referenzzeit	Transkripte	Referenzzeit
Durchlauf/ Jahr				
Art der Störungen				
Einzugsgebiet				
Alterszusammensetzung				
andere Besonderheiten				
Beschreibung der Vermittlungsstrukturen				
Wie gelangen Klienten zum Angebot?				
Wer vermittelt zu Ihnen?				
Vermitteln Sie aktiv weiter? Ggf.				
Wohin?				
Welche anderen, lokalen SH-Anbieter				
Dauer der Vermittlungsverhältnisse				
Entstehung der Vermittlungs-				
Nischen in den lokalen SH-Strukturen				

Chancen Nahtlos Nutzen: Abschlussbericht der Explorationsphase

Kodierungsplan	Kodierte Angaben	Referenzzeit	Transkripte	Referenzzeit
<b>Organisation der Vermittlungsstrukturen</b>				
Gibt es dort feste				
Vermittlungsvorgänge QS/ QM-				
Vermittlungsstrukturen kontraktiert?				
Maßnahmen zur Aufrechterhaltung				
Erwartungen diesbezüglich an die				
Vermittlungshemmnisse				
<b>Inhaltliche Kooperation</b>				
Inhaltliche Zusammenarbeit lokalen				
Entstehung der				
Kooperationen QS/ QM-reguliert?				
Kooperationen kontraktiert?				
<b>Evaluation der lokalen SSH-Praxis</b>				
Beschreibung guter Gruppen/ -leitung				
Beschreibung schlechter Gruppen/ -				
Verbesserungswünsche				
Optimale Gestaltung der				
<b>Evaluation der SSH allgemein</b>				
Einstellung zur SSH allgemein				
Stärken von SSH				
Schwächen & Grenzen von SSH				
Einstellung zu Parallelität von SSH				
Probleme, Grenzen in der GL-				
<b>Angebotskonkurrenz</b>				
zu anderen Suchtanbietern				
<b>andere Aussagen/ Themen</b>				