
**Zur Kooperation von Suchtselbsthilfe und
beruflicher Suchthilfe**

**- eine explorative Befragung der
Gruppenleiter_innen der Selbsthilfeverbände**

Nadine Paul

Prüfungsarbeit: Bachelorarbeit
Semester: SoSe 2014
Studiengang: B.A. Rehabilitationspädagogik
Fachbereich: Rehabilitationspsychologie
Erstprüferin: Dr. Maren Aktas
Zweitprüferin: Sylvia Mira Wolf
Datum der Abgabe: 29.09.2014
Anschrift: Nadine Paul
Mallinckrodtstr. 333
44147 Dortmund
Tel.: 0176/30566186
E-Mail: nadine.paul@tu-dortmund.de
Matrikel-Nr.: 150342

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Das deutsche Versorgungssystem der Suchthilfe.....	3
2.1 Zugang zum Versorgungssystem.....	5
2.2 Therapie.....	6
2.3 Nachsorge.....	8
3. Die Säule der Suchtselbsthilfe.....	9
3.1 Selbstverständnis und Wirksamkeit von Suchtselbsthilfegruppen.....	11
3.2 Rückfallprävention.....	14
3.3 Zahlen und Statistik der Suchtselbsthilfe.....	15
3.4 Gründe für mangelnden Zulauf in die Suchtselbsthilfe.....	16
4. Kooperation von Suchtselbsthilfe und beruflicher Suchthilfe.....	18
5. Fragestellung und Forschungsinteresse.....	21
6. Methodisches Vorgehen.....	23
6.1 Untersuchungsdesign.....	23
6.2 Stichprobe.....	25
6.3 Erhebungsinstrumente.....	27
6.3.1 Der Fragebogen.....	27
6.3.2 Auswertungsinstrumente.....	30
6.4 Versuchsdurchführung.....	31
7. Ergebnisse.....	33
7.1 Allgemeine Kooperationsstrukturen.....	33
7.2 Erfahrungswerte der Befragten.....	40
7.3 Good-Practice-Beispiele.....	44
8. Diskussion.....	47
9. Fazit.....	52
Literaturverzeichnis.....	55
Anhang A: Fragebogen.....	59
Anhang B: Kodierschema.....	66
Eidesstattliche Versicherung.....	69

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenhang von Geschlecht und Alter der Untersuchungspersonen	26
Abbildung 2: Frage 17 des Fragebogens	28
Abbildung 3: Auszug aus dem Kodierschema (vgl. Anhang B).....	31
Abbildung 4: Prozentuale Anteile der Einschätzungen der aktuellen Kooperation/ Vernetzung.....	34
Abbildung 5: Anzahl genannter Bedingungen zur Entstehung einer Kooperation mit einer Einrichtung	35
Abbildung 6: Prozentuale Anteile der erhobenen Ansichten über die Anwesenheit/ Abwesenheit von Therapeut_innen bei den Informationsveranstaltungen ...	38
Abbildung 7: Anzahl der genannten Kriterien für die Auswahl der Vertreter_innen der SHG	39
Abbildung 8: Anzahl meist genannter Aspekte einer optimalen Informations- veranstaltung.....	42
Abbildung 9: Prozentuale Anteile der Häufigkeit eines Feedbacks nach der Vorstellung	45
Abbildung 10: Zusammenspiel der beteiligten Akteure im Sinne von Good-Practice- Vorstellungen.....	48

1. Einleitung

Laut dem jährlichen Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung weisen rund 1,3 Millionen deutsche Bundesbürger_innen eine Alkoholabhängigkeit auf. Hinzu kommen Abhängige von illegalen Drogen, hierbei ist Cannabis die am meisten verbreitete illegale Droge. Außerdem wird davon ausgegangen, dass der Konsum synthetischer Suchtmittel stetig steigt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2013).

Im Rahmen der notwendigen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen weist der Fachverband Sucht e.V. (FVS) ausdrücklich auf die Relevanz einer kommunalen und regionalen Vernetzung und Kooperation der Suchthilfe-Angebote in Deutschland hin. Dies sei die Grundlage für eine adäquate Behandlungsstruktur und die notwendige Behandlungskontinuität der Betroffenen. Diese Vernetzung des Versorgungssystems bezieht sich keinesfalls nur auf den beruflichen Bereich der Suchthilfe, wie Fachkliniken oder Beratungsstellen, sondern fordert auch den Einbezug der ehrenamtlichen Selbsthilfe. Neben Prävention, Motivationsarbeit und Betreuung Angehöriger, sind die zahlreichen Suchtselbsthilfegruppen in Deutschland insbesondere im Bereich der Nachsorge angesiedelt und spielen somit eine entscheidende Rolle im Behandlungsverbund. Die spezielle Zusammenarbeit zwischen professionellen Suchthilfeangeboten und ehrenamtlichen Selbsthilfegruppen ist daher laut dem FVS eine entscheidende Aufgabe für die Behandlung Abhängiger (Weissinger & Missel, 2006).

Wissenschaftlich belegt ist zudem die Wirksamkeit von Suchtselbsthilfegruppen in Bezug auf Hilfen in der Alltagsbewältigung nach einer stationären Therapie und der anschließenden Stabilisierung der Abstinenz (Küfner, Feuerlein & Huber, 1988). Insbesondere im Hinblick auf die Rückfallprävention der Betroffenen und die (Re)Integration in ein intaktes soziales Umfeld, leisten Selbsthilfegruppen einen wichtigen Beitrag in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (Schwoon, 1996).

Warum trotz dieser Erkenntnisse verhältnismäßig wenige Abhängigkeitskranke nach der Entwöhnungsbehandlung den Weg in die Selbsthilfe finden, stellt das Projekt „Chancen nahtlos nutzen“ auf der Grundlage von qualitativen Interviews im Abschlussbericht der Explorationsphase dar. Im Anschluss an dieses von den fünf großen Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden initiierten Projektes, knüpft sich schließlich die Frage an, wie dem mangelnden Zulauf in Suchtselbsthilfegruppen entgegengewirkt werden kann, um die Suchtselbsthilfe als aktiven Netzwerkpartner zu stärken.

Der Forschungsinhalt der vorliegenden Exploration bezieht sich daher auf das Interesse, wie die Zusammenarbeit der beruflichen Suchthilfe und der Selbsthilfe dahingehend verbessert werden kann, mehr Betroffenen nach einer therapeutischen Behandlung zur

Teilnahme an einer speziellen Suchtselbsthilfegruppe zu bewegen. Von besonderem Interesse ist hierbei, wie einzelne Mitglieder der Selbsthilfegruppen auf die Patient_innen von Suchthilfeeinrichtungen zugehen, um die Angebote der Selbsthilfe angemessen darzustellen und zu präsentieren und somit Vorurteilen und möglichen Ängsten entgegenzuwirken. Auf der Grundlage von hierfür konstruierten Fragebögen kommen Gruppenleiter_innen der fünf Selbsthilfeverbände als Expert_innen zu Wort. Insbesondere individuelle Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der beruflichen Suchtkrankenhilfe, Vorgehensweisen der aufsuchenden Arbeit in den Einrichtungen und Ideen zur Verbesserung der Kooperation sollen im Rahmen dieser Forschungsarbeit Beachtung finden. Hierauf aufbauend werden nach Auswertung der Fragebögen Good-Practice-Beispiele für eine gelingende Kooperation zusammengestellt.

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit wird als Grundlage zunächst das deutsche Versorgungssystem der Suchthilfe skizziert (Kap. 2). Anschließend liegt der Fokus speziell auf dem Sektor der ehrenamtlichen Selbsthilfe (Kap. 3). Hier werden sowohl die Entwicklung dieser, als auch das Selbstverständnis und die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen mit einem speziellen Augenmerk auf die Rückfallprävention dargestellt. Nach einigen statistischen Zahlen werden anschließend auch Gründe für den mangelnden Zulauf in die Selbsthilfe erläutert. Hieran anknüpfend wird die Notwendigkeit einer Kooperation zwischen professionellen Einrichtungen und Selbsthilfe herausgestellt und mit aktuellen Forschungsergebnissen untermauert (Kap. 4). Auf der Grundlage dieser theoretischen Einbettung der Thematik folgt in Kapitel 5 die Erläuterung des Forschungsinteresses, bzw. der Fragestellung der empirischen Arbeit. Kapitel 6 gibt Aufschluss über das gewählte methodische Vorgehen der explorativen Studie. Hierbei wird sowohl die erhobene Stichprobe detailliert beschrieben, als auch der Aufbau des selbst konstruierten Fragebogens erläutert. Auch die Auswertungsinstrumente, sowie die Rahmenbedingungen der Versuchsdurchführung werden beleuchtet. In Kapitel 7 werden schließlich die Ergebnisse der explorativen Befragung dargestellt. Es folgt eine Beschreibung der allgemeinen Kooperationsstrukturen zwischen Selbsthilfe und beruflicher Suchthilfe, wobei die konkrete Vorgehensweise bei Vorstellungen von Selbsthilfe in Suchthilfeeinrichtungen im Vordergrund steht. Anschließend werden sowohl positive und negative Erfahrungswerte der befragten Gruppenleiter_innen bezüglich dieser Kooperationsform beleuchtet, als auch Ergebnisse für mögliche Good-Practice-Beispiele skizziert. Die dargestellten Ergebnisse werden schließlich in Kapitel 8 diskutiert, um gültige Schlüsse für die Fragestellung herauszufiltern.

2. Das deutsche Versorgungssystem der Suchthilfe

Deutschland verfügt über ein differenziertes und professionelles System der Suchtrehabilitation, in welchem sich ambulante, stationäre und teilstationäre Angebote gegenseitig ergänzen (Leune, 2014). Unter den allgemeinen Begriff des Suchthilfesystems fallen Prävention, Forschung und Gesundheitspolitik in Bezug auf Suchterkrankungen, sowie der Behandlungsverbund mit allen Beratungsstellen, Fachkliniken und Selbsthilfegruppen. Das Suchthilfesystem ist somit streng genommen dem Behandlungsverbund übergeordnet (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [DHS], 2001)

Von Suchtkrankenhilfe wurde in Deutschland offiziell ab dem 18.06.1968 gesprochen. Das Bundessozialgericht erkannte damals zunächst die „Trunksucht“, später aber auch andere Suchtformen, als (psychische) Krankheit an (ebd.).

Sucht kann allgemein definiert werden als „ein unabweisbares, starkes Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand“ (Schulz, 2000, S.581). Dies lässt sich entweder auf den Konsum von bestimmten Suchtmitteln oder auf spezifische Verhaltensweisen zurückführen. Folgen des süchtigen Verhaltens sind sowohl im psychischen und körperlichen, als auch im sozialen Bereich der Betroffenen zu finden (ebd.).

Ende der 60er Jahre hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschlossen, den Begriff der Sucht durch „Abhängigkeit“ zu ersetzen (Stimmer, 2000). Laut der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen liegt eine Abhängigkeit vor, wenn innerhalb des letzten Jahres mindestens drei dieser Kriterien gleichzeitig zutreffen:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
 2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des [...] Konsums.
 3. Ein körperliches Entzugssyndrom [...] bei Beendigung oder Reduktion des Konsums [...]
 4. Nachweis einer Toleranz. [...]
 5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums [...]
 6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen [...]
- (WHO, 2011, S.115).

Das Leben der Betroffenen kann völlig vom Suchtmittel dominiert werden, sodass die Beschaffung und der Konsum der Substanz in den Vordergrund jeden Interesses rückt. Sämtliche Verantwortlichkeiten der Personen werden auf diese Weise oftmals stark vernachlässigt (WHO, 2009). Hieraus lässt sich schließen, dass in den meisten Fällen somit auch die direkten Angehörigen von den Auswirkungen der Erkrankung betroffen sind, insbesondere der/die Partner_in, die Kinder und die Eltern (Thomasius, 2000).

Bei einer Substanzabhängigkeit handelt es sich also einerseits um einen gesundheitsschädigenden und lebensbedrohlichen Zustand für die Betroffenen. Dem

gegenüber stehen zudem die starken Beeinträchtigungen und Teilhabeprobleme, sowohl im beruflichen, als auch im familiären und sozialen Bereich (Weissinger & Missel 2006). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, die bestmögliche Behandlung für die Betroffenen frühzeitig zu erreichen (vgl. auch Edwards, 1996). Da es eine Vielzahl von Wegen in die Sucht gibt, muss hierauf folglich mit zahlreichen Angeboten zum Ausstieg aus der Sucht reagiert werden. Die Suchtkrankenhilfe ist also ein Verbundsystem unterschiedlicher Angebote (Leune, 2000).

Mit rund 327.500 ambulanten und 47.000 stationären Behandlungen in 2012 zählt die Suchtkrankenhilfe in Deutschland zu den größten Suchtversorgungssystemen in Europa (ebd., 2014). Dieses System hat sich seit Anerkennung der Sucht als behandlungsbedürftige Erkrankung zunehmend professionalisiert. Einzelne Behandlungsstränge wurden zusammengeführt, andere wiederum ausdifferenziert und somit erweitert (DHS, 2001). Ergebnis dieses Prozesses ist das Modell der „therapeutischen Kette“, der sogenannte Königsweg der Rehabilitation. Bestandteile dieser Kette sind die Kontakt- und Motivationsphase, die Entgiftung, die Entwöhnungsbehandlung und schließlich die Nachsorgephase. Die Vorstellung eines folgerichtigen, einmaligen Durchlaufs dieser Kette, welcher schließlich zu einer lebenslangen Abstinenz führen soll, ist aus heutiger Sicht allerdings naiv und überholt (Schwoon, 2000). Vielmehr stellen die Phasen keine feste Reihenfolge dar. Im Rahmen einer Suchtbehandlung werden sowohl Phasen übersprungen, als auch Rückschritte gemacht. Man kann daher auch von einem Therapienetz verschiedener Institutionen sprechen, in welchem für die Betroffenen die Möglichkeit besteht, zurückverwiesen zu werden (Feuerlein, 2002). Primär muss hierbei darauf geachtet werden, dass die Betroffenen jederzeit Zugang zum Hilfesystem haben, die Netzwerkarbeit Ausstiegsprozessen vorbeugt und somit eine Behandlungskontinuität möglich wird (Leune, 2000).

Generell ist die deutsche Suchtkrankenhilfe mit ihrem idealtypischen Ablauf - von Krankenhäusern oder Beratungsstellen in die therapeutische Behandlung in Fachkliniken zu gelangen und schließlich Nachsorgemaßnahmen in beruflichen Einrichtungen oder durch den Besuch von Selbsthilfegruppen wahrzunehmen - erfolgreich (Schwoon, 2000). Schwoon (2000) stellt hierzu fest, dass die Abstinenzraten umso höher sind, je weiter man im Verbundsystem der Suchthilfe vorangekommen ist. Während also in suchttherapeutischen Kliniken ca. 50% der Patient_innen abstinent bleiben, sind dies im Kontext der Nachsorge in Selbsthilfegruppen vergleichsweise über 70% der Abhängigkeitskranken.

2.1 Zugang zum Versorgungssystem

Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten den Weg in das Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe zu finden. Der erste Berührungspunkt zwischen Betroffenen und der Suchthilfe sind oftmals zunächst niedrighschwellige Angebote, welche im Vorfeld des eigentlichen Beratungs- und Behandlungsangebotes stattfinden. Sie sollen eine erste Basis für weitere Hilfen darstellen. Der niedrighschwellige Hilfebereich besteht unter anderem aus geschützten Konsumräumen, Kontaktläden, Notschlafstellen und einer medizinischen Grundversorgung (Leune, 2014; Bader & Heise, 2000). Der Vorsatz der Betroffenen, ein abstinentes Leben führen zu wollen, ist bei Inanspruchnahme dieser Leistungen zumeist noch nicht gegeben. Eine Behandlungsmotivation und die Entscheidung in Zukunft weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Rahmen also keine Voraussetzung, sondern bestenfalls das Ergebnis der niedrighschwelliger Hilfeleistung (Bader & Heise, 2000).

Häufig findet der Zugang zum Behandlungsverbund jedoch auch über die körperliche Entgiftung vom Suchtmittel in einer dafür vorgesehenen Entzugseinrichtung statt. Diese Behandlung wird von den Krankenkassen übernommen und erfolgt in den meisten Fällen stationär in Allgemeinkrankenhäusern oder spezialisierten Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser. Auch ambulante Entgiftungen, welche z.B. von niedergelassenen Ärzt_innen durchgeführt werden können, sind möglich. Stationäre Behandlungen sind jedoch insbesondere vor dem Hintergrund auftretender Entzugssymptome und Beschwerden meist notwendig (Weissinger & Missel, 2006). Der Entzug kann in diesem Zusammenhang „kalt“ oder medikamentengestützt erfolgen. Bei einer schweren Abhängigkeit von Opioiden kann der/die Patient_in beispielsweise längerfristig medikamentös eingestellt werden. Hierbei handelt es sich um eine Substitutionsbehandlung, welche in den meisten Fällen mit Methadon durchgeführt wird. Vor der Entgiftung muss also eine detaillierte und verlässliche Diagnostik der Abhängigkeitsproblematik erfolgen, um Komplikationen im Rahmen des körperlichen Entzugs entgegenzuwirken. Generell wird in einer qualifizierten Entzugsbehandlung die Beseitigung der physischen Intoxikation mit einer Motivationstherapie verbunden. Neben der medizinischen Versorgung steht auch die Psychoedukation im Mittelpunkt. Die Patient_innen sollen also über ihre Erkrankung aufgeklärt werden. Dies soll sie schließlich mit Hilfe von therapeutischen Interventionen dazu motivieren, weiterführende Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen. Die Betroffenen haben mit der Durchführung des Entzugs somit den ersten Schritt in das Hilfesystem der Suchthilfe getan, indem sie sich

zumindest temporär entschlossen haben, aus der suchtmittelkonsumierenden Phase auszusteigen (Bader & Heise, 2000).

Ein idealtypischer Zugang in das Suchthilfesystem findet jedoch über ambulante Beratungsstellen statt, welche als zentrale Anlaufstellen für Abhängigkeitskranke fungieren (ebd.). In Deutschland besteht hier mit rund 1300 Fachberatungsstellen ein großes Angebot (Leune, 2014). Eine Differenzierung dieser Dienste findet zum einen über die vorrangig betreute Klientel statt. Zum anderen lassen sich die Beratungsstellen auch darin unterscheiden, ob eine Anerkennung als ambulante Behandlungsstelle vorliegt. Das Leistungsspektrum der Beratungsstellen ist vielfältig und umfangreich. Es umfasst neben der Beratung und Betreuung von Betroffenen unter anderem Prävention, Unterstützung der Selbsthilfe, Nachsorge, Vernetzung und Kooperation, sowie Dokumentation und Statistik (Weissinger & Missel, 2012). Vordergründig sollen die Beratungsstellen jedoch dazu beitragen, die Behandlungsmotivation der Betroffenen aufzubauen. Hilfepläne sollen erstellt werden, um schließlich adäquate Behandlungsformen zu beantragen. Hierzu dient neben einem medizinischen Gutachten durch den/die behandelnde Ärzt_in, ein ausführlicher Sozialbericht, in welchem die Mitarbeiter_innen der Beratungsstellen den Suchtverlauf, sowie die gegenwärtige Lebenslage der Antragsteller_innen beschreiben. Auf diese Weise wird die Notwendigkeit einer therapeutischen Behandlung aufgezeigt. Da durch die Kostenabklärung mit dem Rentenversicherungsträger und der Zuweisung eines Therapieplatzes eine gewisse Wartezeit verbunden ist, schaffen die Fachkräfte der Beratungsstellen zudem auch Überbrückungshilfen für die Wartenden. Idealerweise folgt nach eingehender Beratung und Krankheitseinsicht, sowie persönlicher Motivation, schließlich der Übergang in eine Entwöhnungstherapie (Schwoon, 2000).

2.2 Therapie

Wenn die Betroffenen sich zu einer therapeutischen Behandlung entschließen, blicken sie oft bereits auf eine langjährige Suchtgeschichte zurück. So konsumieren beispielsweise über 50% der alkoholabhängigen Männer und über 40% der alkoholabhängigen Frauen bei Beginn einer stationären Behandlung bereits seit über zehn Jahren Alkohol in schädlichen Mengen (Assfalg, 2002). Um sich langfristig vom Suchtmittel zu lösen und zukünftig abstinent zu leben, bietet eine Entwöhnungsbehandlung den für die Betroffenen vielversprechendsten Weg. Eine solche therapeutische Entwöhnung kann sowohl stationär in einer dafür vorgesehenen Fachklinik, als auch teilstationär (ganztägig ambulant) oder ambulant erfolgen (Bader & Heise, 2000). Das vordergründige Ziel einer Entwöhnung ist sowohl die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, als auch eine

allgemeine soziale Rehabilitation. Um dies zu erreichen, finden über einen Zeitraum von in der Regel drei Monaten oder länger unterschiedliche Therapieangebote und Interventionsformen statt. Ganz allgemein besteht die suchtspezifische Behandlung aus einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten, welche den Rahmen der Therapie bilden. Je nach Ausrichtung und Spezialisierung der Einrichtung finden in diesem Zusammenhang Sport- und Bewegungstherapie, gestalttherapeutische Angebote, Arbeitstherapie, Entspannungsverfahren, psychoedukative Gruppen zu suchtspezifischen Themen, als auch die Beratung bei sozialen und rechtlichen Fragen statt. Eine abstinente Lebensweise soll hier erreicht und gefördert werden. Außerdem lernen die Patient_innen auch zunehmend ihren Tagesablauf und ihre Eigenverantwortung zu reorganisieren, um Schritt für Schritt auf die Übernahme einer Berufstätigkeit vorbereitet zu werden (Schwoon, 2000).

Die Frage, ob eine Entwöhnungsbehandlung ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden sollte, lässt sich ausschließlich im Einzelfall durch die Berücksichtigung der individuellen Faktoren der Betroffenen klären. Grundlage für die Beurteilung der Indikation ist somit nicht nur die Diagnose der Abhängigkeitserkrankung, sondern auch die individuellen Lebensumstände der Person (Assfalg, 2002). Da insbesondere die stationäre Entwöhnung in einer Fachklinik einen schützenden Rahmen bietet, ist diese vorrangig für Personen angedacht, die aus einem instabilen sozialen Umfeld oder problembelasteten Milieu stammen und somit in der (ganztägig) ambulanten Therapie nicht in der Lage wären, abstinent zu leben (Weissingner & Missel, 2012). Bei der Behandlung von suchtmittelabhängigen Menschen kommt es oftmals zu Rückfällen, deren Bearbeitung jedoch als Teil der Therapie angesehen wird. Im geschützten Umfeld der Einrichtung ist es für die Betroffenen leichter sich mit dem eigenen Rückfall auseinander zu setzen, ohne dass hierbei die Gefahr zu groß wird, wieder in das alte Milieu abzurutschen. Die Rückfallbearbeitung ist somit als primäres Problemfeld in der Entwöhnungsbehandlung anzusehen und kann sich positiv auf den Therapieerfolg der Betroffenen auswirken (Küfner, Arzt, Roch, Denis & Rug, 1995).

Bei drogenabhängigen Rehabilitand_innen schließt die stationäre Behandlung üblicherweise eine sogenannte Adaptionsphase am Ende der Betreuung mit ein. Schwerpunkte dieser ebenfalls stationären Maßnahme sind Belastungserprobungen, Arbeitsversuche und der Aufbau eines stabilen sozialen Umfelds. Unter stärkerer Eigenverantwortung als im vorangegangenen Therapieabschnitt, soll hier der Weg in die Selbstständigkeit oder die Nachsorgephase geebnet werden (Bader & Heise, 2000).

2.3 Nachsorge

Die Notwendigkeit von Nachsorgeangeboten nach einer erfolgreich abgeschlossenen Therapie begründet sich vorwiegend mit dem hohen Rückfallrisiko für die Betroffenen, wenn der Schutzraum des therapeutischen Settings verlassen wird (Schwoon, 2000). Die Nachsorge dient somit der Stabilisierung der zuvor erreichten Ziele und veränderten Verhaltensweisen. Zur Aufrechterhaltung der Abstinenz und Sicherung des Behandlungserfolgs der vorangegangenen Suchthilfemaßnahme, bedarf es einer (Re)Integration in das berufliche, kulturelle und soziale Leben. Die Nachsorge soll in diesem Zusammenhang helfen, die Selbstständigkeit zu fördern und ein sinnvolles suchtmittelfreies Leben aufzubauen. Nachsorge und Integration können hierbei nicht klar getrennt werden, da letztere in jedem Abschnitt des Hilfeprozesses eine Rolle spielt. Insbesondere in Nachsorgemaßnahmen liegt jedoch ein besonderer Schwerpunkt auf der Integration der Betroffenen (Bürkle, 2004).

Voraussetzung für eine erfolgreiche Nachsorge ist auch hier die Krankheitseinsicht und Motivation:

Die Sinnhaftigkeit eines abstinenten Lebens muss Motivation des Wunsches nach Weiterbehandlung und Betreuung sein. Dazu bedarf es der in der Entwöhnungsbehandlung gewonnen[en] Kenntnis über die Bedeutung des Suchtmittelgebrauchs auf dem individuellen Lebenshintergrund (Papenbrock, 2004, S.31).

Wie bei der Entwöhnungsbehandlung gibt es auch bei der Nachsorge, je nach individuellem Bedarf der Klient_innen, unterschiedliche Einrichtungsformen, welche sich in stationär, teilstationär und ambulant untergliedern. Als stationäre Form der Nachsorge wird gerne die bereits dargestellte Adaptionsphase genannt. Diese ist zwar nach sozialrechtlichem Verständnis noch in die medizinische Rehabilitation einzuordnen, beinhaltet jedoch bereits zahlreiche Themen der Nachsorge. Ein Schwerpunkt ist hier beispielsweise die Einbindung in das berufliche Leben, wo durch Betriebspraktika die körperliche und psychische Belastbarkeit der Klient_innen erprobt wird. Eine weitere Form der Nachsorge ist das (ambulant) Betreute Wohnen. Dies stellt oftmals einen sozialen Neubeginn in einer Stadt dar, welche weit entfernt vom bisherigen Milieu liegt (Papenbrock, 2004). Das Betreute Wohnen gewährleistet bei selbstständigem Wohnen eine eingehende Betreuung bezüglich Themen wie der Konfrontation mit der Alltagsrealität, Aufarbeitung defizitärer sozialer Netzwerke und Verbesserung der Bereiche Wohnen, Arbeit, Freizeit, Sinnfindung und Lebensfreude. Die Intensität der Betreuung gestaltet sich individuell nach dem persönlichen Bedarf und beinhaltet sowohl Einzel- und Gruppengespräche, als auch aufsuchende Hilfen, die Teilnahme an

gemeinsamen Freizeitaktivitäten, sowie rechtliche Beratung. Die eingeschränkte Teilhabe der Betroffenen an wichtigen Lebensbereichen wird auf diese Weise systematisch aufgearbeitet (Schay, 2013). Eine Nachsorgemaßnahme kann zudem auch im Rahmen der Ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS) erfolgen. Hier finden dann Einzel- und Gruppengespräche, sowie bedingt Angehörigengespräche statt (Papenbrock, 2004). Neben diesen klinikeigenen Angeboten, bzw. Angeboten der beruflichen Suchthilfe, spielt allerdings auch die Suchtselbsthilfe eine bedeutende Rolle im Bereich der Nachsorge. „Selbsthilfegruppen stellen die am weitesten verbreitete Form der Nachsorge dar“ (Bader & Heise, 2000, S.176). Laut Schwoon (2000) soll insbesondere die regelmäßige Teilnahme an einer Suchtselbsthilfegruppe einen entscheidenden positiven Einfluss auf die dauerhafte Abstinenz haben.

3. Die Säule der Suchtselbsthilfe

Die Selbsthilfe stellt heute mit ungefähr 8700 Suchtselbsthilfegruppen bundesweit eine wichtige Säule im System der Suchtkrankenhilfe dar. Sie arbeitet ehrenamtlich, lebt von der Freiwilligkeit ihrer Mitglieder und bietet als „Hilfe zur Selbsthilfe“ ein ergänzendes Angebot zur professionellen Suchthilfe (Leune, 2014).

Die Selbsthilfe hat in der Geschichte eine lange Tradition. Wenn heute über Selbsthilfe oder Selbsthilfegruppen im Gesundheitssystem diskutiert wird, wird oft vergessen, dass Selbsthilfe etwas Natürliches, Selbstverständliches ist. Von 1000 Krankheitsepisoden, werden schätzungsweise nur ca. zehn professionell im Medizinsystem behandelt. Die Selbsthilfe liegt also in der Natur des Menschen und der/die Patient_in ist maßgeblich am Prozess der eigenen Genesung beteiligt. Neu im Vergleich zur ursprünglichen Selbsthilfe ist allerdings die kollektive Form, also der Zusammenschluss zu einer Selbsthilfegruppe von Betroffenen, die sich gegenseitig bei der eigenen Selbsthilfe unterstützen (Matzat, 1999). Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) definiert diese Zusammenschlüsse wie folgt:

Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie - entweder selber oder als Angehörige - betroffen sind.

Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. (zit. n. DAG SHG in Matzat, 2005, S.14.)

Für einen geschichtlichen Umriss der Selbsthilfe spielt insbesondere die Industrialisierung eine wichtige Rolle. Die Wertschätzung der Selbsthilfe im Gesundheitssystem nahm hier zunächst durch die zunehmende Entwicklung des Wohlfahrtsstaates ab, sodass vielmehr

eine Dominanz von Fremdhilfe zu beobachten war. Medizinische Professionen und staatliche Instanzen wurden federführend bei der Problembewältigung, Definition von gesundheitlichen Problemen, der Regulation von Organisationsformen, sowie der Finanzierung der Leistungserbringung (Grunow, 2006). Parallel zu dieser Entwicklung konsumierten jedoch im Rahmen der belastenden Arbeitsverhältnisse der Industrialisierung immer mehr Menschen massiv Alkohol. Ärzt_innen behandelten dann zwar die körperlichen Symptome der Alkoholabhängigkeit, jedoch herrschte in den Psychiatrien wenig Interesse an der Suchterkrankung und die Beschäftigung mit Abhängigen wurde als unangenehm wahrgenommen. Die Selbsthilfe war in diesem Zusammenhang somit eine der wenigen Möglichkeiten für die Betroffenen, Hilfe und Verständnis zu erfahren. Sie war ehrenamtlich, kostengünstig und leicht zugänglich und reagierte auf diese Weise auf die Versorgungslücken des Gesundheitssystems. Die traditionelle Suchtselbsthilfe in Bezug auf Alkoholabhängigkeit hat also, wie auch die Alkoholproblematik selbst, einen langen Werdegang hinter sich. Da die Selbsthilfe sich reaktiv und nicht präventiv entwickelt, lassen sich die ersten Gruppen in Bezug auf illegale Drogen erst in den 60er Jahren finden. Hier entstand eine ganz neue Zielgruppe von jungen Student_innen und Hausbesetzer_innen, welche den Drogenkonsum oft als Ausdruck des Protestes gegen das gesellschaftliche System einsetzte. Diese fand entsprechend kaum Zugang zur bestehenden Suchthilfe und Selbsthilfe, da gegenseitige Vorurteile zwischen den Abhängigen von legalen und illegalen Suchtmitteln bestanden. Auch als Sucht 1968 als behandlungsbedürftige Krankheit anerkannt wurde, hatte dies zunächst nur Einfluss auf die professionelle Behandlung von Alkoholabhängigen, während sich Abhängige von illegalen Drogen vielmehr in einer experimentellen Selbsthilfe wiederfanden (Plauth & Rohrmann, 1999).

In den 70er Jahren fand schließlich eine Art Wiederentdeckung und Neubewertung der Selbsthilfe statt und der Gedanke „Hilfe zur Selbsthilfe“ gewann zunehmend an Bedeutung. Die Gründe hierfür lagen in den Leistungsmängeln und der Finanzierungskrise des Gesundheitssystems, der Akzeptanzkrise professioneller Dienstleistungen und der Steuerungskrise der Gesundheitspolitik. Es folgte der sogenannte „Selbsthilfegruppen-Boom“ in den 80er Jahren, mit welchem ein rasanter Anstieg der Suchtselbsthilfegruppen bis in die 90er Jahre einher ging (Grunow, 2006). Ausschlaggebend war hier insbesondere die Empfehlungsvereinbarung zur Nachsorge von 1986. Diese führte zu neuen Debatten über den Wert von Selbsthilfe in der Suchtkrankenhilfe und Selbsthilfegruppen wurden somit zu einem essentiellen Bestandteil des Versorgungssystems (DHS, 2001). Laut der DHS (2001) darf die Suchtselbsthilfe

jedoch keinesfalls nur auf den Bereich der Nachsorge beschränkt werden, obschon hier ein wichtiges Aufgabenfeld liegt. Selbsthilfegruppen werden sowohl vor, während und nach einer professionellen Behandlung in Anspruch genommen und oftmals sogar als alleinige Hilfen beansprucht. Löcherbach (1996) beschreibt Selbsthilfegruppen in diesem Zusammenhang als Unterstützungssysteme für Betroffene, die beansprucht werden, wenn medizinische und therapeutische Hilfe den Betroffenen wenig zu bieten oder ihre Grenzen erreicht hat. Grundsätzlich steht das emotionale Bearbeiten des eigenen Krankheitsbildes im Mittelpunkt der Selbsthilfegruppenarbeit, jedoch fühlt sich die Suchtselbsthilfe auch für Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik mitverantwortlich und nimmt an gesellschaftlichen Debatten der Suchtproblematik teil. Die einzelnen Gruppen organisieren sich daher überwiegend in Verbänden. Zu den fünf großen Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden in Deutschland zählen: Blaues Kreuz Deutschland e.V., Blaues Kreuz in der evangelischen Kirche – Bundesverband e.V., Freundeskreise der Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e.V., Kreuzbund e.V. und Guttempler in Deutschland e.V. (DHS, 2001).

Die Suchtselbsthilfegruppen in Deutschland leisten somit einen wichtigen Beitrag für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und sind ein wichtiges Glied in der Gesamtversorgung. Der FVS weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass sich die professionelle Suchthilfe und die Selbsthilfe keineswegs gegenseitig ersetzen, sondern vielmehr als sich ergänzende Angebote für Betroffene fungieren. Die Kooperation und Zusammenarbeit dieser beiden Instanzen zu fördern, wird daher ausdrücklich gefordert (Weissingen & Missel, 2012).

3.1 Selbstverständnis und Wirksamkeit von Suchtselbsthilfegruppen

Der Entschluss an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen, ergibt sich bei den Betroffenen ausschließlich aus eigenem Antrieb. Die Voraussetzung hierfür ist folglich nicht nur ein gewisser Leidensdruck, der sich im Verlauf der Erkrankung entwickelt hat, sondern auch die Übernahme von Eigenverantwortung für den eigenen Genesungsprozess. Im Vordergrund steht hier die Überzeugung, den als unangenehm oder bedrohlich empfundenen Zustand aus eigener Kraft überwinden zu können. Die Selbsthilfegruppe dient in diesem Prozess als soziale Ressource, um Ängste zu überwinden, Hoffnung zu schöpfen und somit das eigene Wohlbefinden spürbar zu verbessern (Löcherbach, 1996). Selbsthilfegruppen treffen sich zu wöchentlichen Sitzungen von meist 6-12 Mitgliedern. Die Teilnahme ist freiwillig und kostenlos, professionelle Helfer_innen sind nicht anwesend. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit des Engagements der Mitglieder, da die

Gruppe vom jeweiligen Interesse der Teilnehmer_innen abhängig ist. Jede/r Teilnehmer_in benötigt somit bestimmte persönliche Ressourcen, um der Gruppe den nötigen Beitrag zu leisten, damit auf diese Weise Hilfe und Unterstützung zustande kommen kann. Im Mittelpunkt der Selbsthilfegruppenarbeit steht die Begegnung mit anderen Betroffenen, um Erfahrungen und Informationen auszutauschen und auf diese Weise das individuelle Krankheitsbild emotional zu bearbeiten (Matzat, 1999). Matzat (1999) merkt hierzu weiterführend an:

Die Gruppendynamik lebt von der persönlichen Begegnung [...], von der Entwicklung vertrauensvoller kontinuierlicher Beziehungen untereinander, von Offenheit und Selbstenthüllungsbereitschaft, [...] von aktivem Zuhören und dem Angebot neuer Sichtweisen, ausgehend von den Lebens- und Leidenserfahrungen der anderen Betroffenen. (ebd., S.118)

Das Gespräch stellt hierbei die Basis der Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen dar. Offen über die eigene Erkrankung zu sprechen soll helfen, die Krankheit zu erkennen und anzunehmen. Durch den wechselseitigen Austausch der Teilnehmer_innen sollen auf diese Weise auch Ängste reduziert, Mut gewonnen und Hoffnung geschöpft werden (DHS, 2001). „Die Krankheit hat einen zum Experten werden lassen, von dem andere nun profitieren können“ (Matzat, 1999, S.113). Die Selbsthilfe wird in der Gruppe zu ehrenamtlichem Engagement und gibt den Betroffenen auf diese Weise auch Eigenschaften wie Selbstbewusstsein und Stärke zurück, welche durch die Abhängigkeitserkrankung wohlmöglich temporär verloren gegangen sind (ebd.).

Die Kernpunkte der Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen werden grundsätzlich von drei Prinzipien bestimmt, welche allen Gruppen gleich sind: dem Gruppenprinzip, dem Kontinuitätsprinzip und dem Selbsthilfeprinzip (Löcherbach, 1996; Moeller, 1994). Unter dem Gruppenprinzip wird das Wir-Gefühl der Gruppe verstanden. Die Beziehungen untereinander zu stärken und einen starken Zusammenhalt der Mitglieder zu erzeugen, sind hier wichtige Elemente, bei welchen der jeweiligen Gruppenleitung eine übergeordnete Funktion zukommt (Löcherbach, 1996). Das Kontinuitätsprinzip bezieht sich auf die regelmäßigen Gruppentreffen über einen langen Zeitraum hinweg. Die Kontinuität und somit stetige Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit wird von der Selbsthilfe als notwendige Bedingung angesehen, diese zu überwinden. Um das Ziel eines abstinenten Lebens zu erreichen, muss einem Rückfall kontinuierlich vorgebeugt werden. Sich vorzunehmen zunächst einmal bis zum nächsten Gruppentreffen abstinent zu bleiben, fällt nach diesem Verständnis leichter, als sich weiterreichende Ziele, wie noch in einem Jahr abstinent zu sein, zu setzen. Nach dem Prinzip der Selbsthilfe hilft in einer Selbsthilfegruppe nicht direkt ein Betroffener dem anderen. Es gibt kein Therapeut_innen-Patient_innen- oder Helfer_in-Hilfesuchenden-Verhältnis wie in der professionellen

Suchthilfe. In der Selbsthilfe hilft jeder zunächst einmal sich selbst und in diesem Zusammenhang wird dann auch indirekt den anderen Betroffenen geholfen, sich selbst zu helfen. Dies bedeutet, dass die Gruppe durchaus Tipps gibt, von Erfahrungen berichtet, Alternativen oder Gefahren aufzeigt, schließlich jedoch alle Teilnehmer_innen für ihre Genesung selbst verantwortlich sind (DHS, 2001). Insbesondere das Lernen am Modell ist in diesem Rahmen ein wichtiger Wirkfaktor, da erfolgreiche Strategien anderer Mitglieder adaptiert, bzw. Verhaltensweisen, die zu Misserfolgen führten, vermieden werden. Des Weiteren lernen die Betroffenen in der Gruppe ihre Emotionen zu verbalisieren und auch über Gefühle wie Verzweiflung oder Angst zu sprechen, mit welchen man die Familie oder Freund_innen nur ungern belasten möchte. In der Selbsthilfegruppe treffen die Mitglieder also auf Gleichgesinnte, welche dieselben Krankheits- und Genesungsphasen durchmachen, wie sie selber (Matzat, 1999).

Im Vergleich zu anderen Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich steht die Suchtselbsthilfe vor besonderen Herausforderungen, welche von den fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden erfasst wurden. Hierzu zählt zunächst ein hohes Maß an Motivationsarbeit durch die Selbsthilfe, da die Suchterkrankung stark von der eigenen Krankheitseinsicht und Akzeptanz der Betroffenen abhängt. Zudem ist die Krankheit ein Leben lang latent vorhanden, sodass Rückfälle stark an psychische Faktoren, sowie das soziale Umfeld geknüpft sind. Ein wichtiger Aspekt ist zudem die sogenannte Co-Abhängigkeit von nahestehenden Personen der Betroffenen, sodass die Familien- und Angehörigenarbeit in der Suchtselbsthilfe einen besonderen Stellenwert einnimmt. Schließlich muss bei den Mitgliedern der Suchtselbsthilfegruppe ein Umdenken, bzw. eine völlige Neuorientierung der eigenen Persönlichkeit erfolgen. Hierbei steht die Gruppe sich gegenseitig unterstützend aber dennoch kritisch bei (Janßen, 1998).

Die Stärke der Suchtselbsthilfe ergibt sich letztlich aus dem Gefüge der genannten Wertvorstellungen, persönlichen und emotionalen Kompetenzen der Mitglieder, dem Zugehörigkeitsgefühl und dem Handeln in eigener Sache. Entscheidend für eine funktionierende Selbsthilfegruppe ist somit auch, dass alle Mitglieder akzeptiert werden, wie sie sind, die Gruppe ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz aufweist, Problemlösungen durch eine möglichst heterogene Zusammensetzung gemeinsam gefunden werden und Aufrichtigkeit einen höheren Stellenwert einnimmt als stetige Harmonie (DHS, 2001).

3.2 Rückfallprävention

„Abhängigkeitserkrankungen sind Rückfallerkrankungen, sonst würden wir sie gar nicht als Krankheit wahrnehmen oder definieren“ (Schwoon, 2000, S.154). Tatsächlich sind Rückfälle Teil der Abhängigkeitserkrankung und eine gezielte Vorbeugung dieser daher wichtiger Bestandteil der Behandlung. Rückfallprävention meint in diesem Zusammenhang sowohl die Vorbereitung auf den hilfreichen Umgang mit Risiken für einen Rückfall, als auch das Erlernen eines adäquaten Umgangs mit dem tatsächlichen Rückfall (Körkel & Schindler, 2003).

Ein besonders starkes Risiko für einen Rückfall besteht vor allem nach Beendigung einer stationären Behandlung, da es hier zunächst der Stabilisierung der gewonnenen Abstinenz bedarf. Hierfür gilt der Besuch einer Selbsthilfegruppe als einer der ausschlaggebendsten Faktoren (Schwoon, 1996). So kommt beispielsweise die MEAT-Studie zu dem Ergebnis, dass von den betroffenen Männern, welche nach einer stationären Therapie regelmäßig Selbsthilfegruppen besuchten, nach vier Jahren 70,5% abstinent blieben, während die Abstinenzrate bei Männern, welche nie Selbsthilfegruppen aufsuchten bei nur 45,5% lag. Die Abstinenzraten bei Frauen waren vier Jahre nach Beendigung der stationären Behandlung insgesamt geringer, allerdings war auch hier der Effekt eines regelmäßigen Besuchs von Selbsthilfegruppen erkennbar. Während 44,5% der regelmäßigen Teilnehmerinnen von Gruppen abstinent blieben, waren es lediglich 34,5% der Frauen, die nicht in der Selbsthilfe aktiv waren. Von Patient_innen, welche nach Abschluss der Therapie rückfällig wurden, anschließend jedoch regelmäßig an Selbsthilfegruppen teilnahmen, waren im vierten Jahr nach dem Rückfall 56,3% abstinent. Vergleichsweise waren zu diesem Zeitpunkt nur 29,6% der Betroffenen abstinent, welche keinen Kontakt zur Selbsthilfe hatten. Diese empirischen Ergebnisse sprechen somit eindeutig für die Relevanz eines regelmäßigen Besuchs von Selbsthilfegruppen, sowohl zur Vorbeugung von Rückfällen, als auch insbesondere für die Stabilisierung der Betroffenen nach einem Rückfall (Küfner et al., 1988).

Auf der Grundlage von Interviews stellt Schwoon (1996) fest, dass der Kontakt zu Selbsthilfegruppen gerade in den ersten Monaten nach einer stationären Therapie von großer Bedeutung ist. Eine Kausalität, dass Nachsorge allgemein zu längerer Abstinenz führt, könne jedoch nicht benannt werden. Da Rückfälle allerdings oft mit Einsamkeit und Depressivität einhergehen, seien Gruppenaktivitäten insbesondere im Sinne eines Gefühls von Akzeptanz und der Überwindung negativer Selbstkonzepte rückfallvorbeugend.

Die Stärken von Selbsthilfe sind diesbezüglich auch in der langfristigen Nachsorge angesehen. Da Nachsorge auf professioneller Seite zeitlich begrenzt ist, ist diese somit oft nicht ausreichend für Betroffene, um das alltägliche Leben ohne Suchtmittel dauerhaft zu bewältigen. Der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe bietet bei Bedarf hingegen eine lebenslange Nachsorge (DHS, 2001). Des Weiteren steht die Selbsthilfe als ambulantes Suchthilfe-Angebot an allen Wochentagen und Tageszeiten zur Verfügung und bietet Betroffenen auf diese Weise jederzeit die Möglichkeit von Interventionen bei Suchtdruck oder anderen Krisen. Sie leistet hiermit also einen entscheidenden Beitrag zur Rückfallprävention und somit zur Sicherung der vorangegangenen Therapieerfolge (Plauth & Rohrmann, 1999).

3.3 Zahlen und Statistik der Suchtselbsthilfe

Um eine statistische Vorstellung der Nutzung von Suchtselbsthilfegruppen zu bekommen, führten die fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände, welche den größten Teil der Selbsthilfearbeit in Deutschland ausmachen, im Jahr 2010 eine Erhebung durch. Laut dieser Erhebung nahmen an den 3.808 Gesprächsgruppen der Verbände in 2010 insgesamt 72.212 Personen teil. 72,4% dieser Gruppenteilnehmer_innen waren selber suchtkrank, wobei hier ein männlicher Anteil von fast 70% erhoben wurde. 21,5% der Teilnehmer_innen besuchten eine Selbsthilfegruppe als Angehörige von Betroffenen, fast 80% dieser Angehörigen waren weiblich. Mit ca. 86% der Gruppenbesucher, stellt die Alkoholabhängigkeit die eindeutig dominierende Abhängigkeitsform in den Suchtselbsthilfegruppen dar. Eine vergleichsweise geringe Rolle spielen Mehrfachabhängige (6,2%), Medikamentenabhängige (3,3%) und Abhängige von illegalen Drogen (1,5%) in der Suchtselbsthilfe. Bezüglich der Altersspanne der Selbsthilfegruppenteilnehmer_innen wird deutlich, dass der Großteil zwischen 50 und über 60 Jahren alt ist. Nur 1% der Teilnehmer ist unter 21 Jahren alt, wobei die Verbände im Vergleich zum Jahr 2006 hier eine geringe Steigerung von 0,2% feststellten. Betrachtet man die Wege, auf welchen die Teilnehmer_innen in die Suchtselbsthilfegruppen kommen, ist festzustellen, dass 27,6% der Suchtkranken vor dem Besuch der Gruppe keinerlei professionelle therapeutische Behandlung beanspruchten. In ambulanter Behandlung befanden sich 18% der Betroffenen und 16% der Gruppenbesucher_innen gaben als letzte Behandlung eine Entgiftung, bzw. eine Entzugsbehandlung an. Der Großteil der Teilnehmer_innen (35,6%) durchlief vor Teilnahme an der Selbsthilfegruppe eine stationäre Behandlung in einer Fachklinik (Selbsthilfe- und Abstinenzverbände, 2010).

Obwohl die Selbsthilfe einen wichtigen Teil zur Festigung der Abstinenz der Gruppenteilnehmer_innen leistet, kommt es natürlich auch in diesem Bereich der Suchthilfe zu Rückfällen. 12,7% der Betroffenen wurden in 2010 rückfällig, wobei Frauen eine um ca. 2% höhere Rückfallquote aufwiesen als Männer. Interessant ist in diesem Zusammenhang insbesondere, dass jedoch 76% der rückfälligen Mitglieder durch die Selbsthilfegruppe stabilisiert werden konnten und somit in Krisensituationen durch die Gruppe gestützt wurden. Die Selbsthilfeverbände werten dies als hervorragendes Ergebnis für die Suchtselbsthilfearbeit (ebd.).

3.4 Gründe für mangelnden Zulauf in die Suchtselbsthilfe

Deneke und Hey (2000) stellen fest, dass obwohl ca. 75% der alkoholabhängigen Menschen in Fachkliniken angeben, nach Abschluss der Therapie eine Selbsthilfegruppe zu besuchen, nur etwa ein Viertel dieser Interessenten auch den tatsächlichen Weg in eine Gruppe findet. Vor allem vor dem Hintergrund der Definition von Selbsthilfe als stabilisierende und abstinenzfördernde Maßnahme, stellt sich dementsprechend die Frage nach möglichen Gründen für einen mangelnden Zulauf der Betroffenen in Suchtselbsthilfegruppen.

Das von den fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden initiierte Projekt „Chancen nahtlos nutzen“ stellte im Rahmen einer wissenschaftlichen Explorationsphase einige Problemfelder der Selbsthilfe zusammen, welche als Ablehnungsursachen gegenüber Selbsthilfegruppen angesehen werden können. Hierzu zählt zunächst die Angebotspalette der Suchtselbsthilfe, welche besonders in ländlichen Gegenden, als auch in Bezug auf eine jüngere Klientel augenscheinlich eine bedeutende Lücke aufweist. Auch für Abhängige von illegalen Drogen oder Personen mit einer komorbiden Störung bestehen aktuell wenige Angebote in der Selbsthilfe (Soellner, Oeberst & Glowitz, 2012). Diese Erkenntnis deckt sich mit den Ergebnissen der Selbsthilfe-Statistik, welche aufweist, dass die dominierende Klientel der Selbsthilfegruppen der Verbände Alkoholabhängige im Alter von 50 bis 60 Jahren sind (Selbsthilfe- und Abstinenzverbände, 2010). Dies führt zudem zu stereotypen Beschreibungen von Selbsthilfegruppen als „Altmännervereine“ und hat somit erheblichen Einfluss auf das Image der Selbsthilfe. Wurden bereits negative Erfahrungen mit einer Selbsthilfegruppe gemacht, z.B. im Rahmen einer Vorstellung in einer Fachklinik, festigen sich hieraus oft negative Meinungsbilder, welche in Bezug auf die gesamte Selbsthilfe pauschalisiert werden. Eine Differenzierung der Angebote findet bei den Betroffenen in diesem Zusammenhang dann oftmals nicht mehr statt. Vorurteile gegenüber der Selbsthilfegruppe können jedoch nicht nur bei den Betroffenen, sondern

auch den Mitarbeiter_innen der professionellen Suchthilfeeinrichtungen auftreten. Ein Beispiel hierfür wäre, dass die ausschließlich ehrenamtlich arbeitenden Selbsthelfer_innen auf ihre eigenen Suchterfahrungen reduziert werden. Eine Begegnung als gleichwertige Netzwerkpartner_innen ist dementsprechend schwierig (Soellner et al., 2012).

Als weiteres Problemfeld der Selbsthilfe wurde vom Projekt eine mangelnde Transparenz der Angebotsvielfalt identifiziert. Wird der Fokus bei der Vorstellung der Suchtselbsthilfe in beruflichen Einrichtungen hauptsächlich auf die Präsentation der eigenen Gruppe gelegt, entsteht für Interessierte oftmals nur ein sehr eingeschränktes Bild der Angebotsvielfalt. Auch das schriftliche Informationsmaterial erscheint vielfach zu oberflächlich, sodass die Patient_innen schnell das Gefühl bekommen können, dass kein passgenaues Angebot der Selbsthilfe für sie existiert. Hier knüpfen des Weiteren die Einstellungen der Betroffenen gegenüber dem „Vereinsleben“ der Selbsthilfegruppen an. Individuelle Gründe wie Scham, mangelndes Eingeständnis der eigenen Hilfebedürftigkeit oder Angst, sich langfristig an eine Gruppe zu binden, können Hemmnisse für den Gruppenbesuch darstellen (ebd.). Auch die eingeschränkte Gruppenfähigkeit vieler Abhängiger kann hier als Ursache herangezogen werden (Deneke & Hey, 2000).

Letztlich erweist sich auch die direkte Kooperation von beruflicher Suchthilfe und Selbsthilfe als prägnantes Problemfeld in Anbetracht des mangelnden Zulaufs in die Selbsthilfegruppen. Eine Schwachstelle stellt in diesem Zusammenhang die sogenannte Personalisierung von Kontakten und Netzwerken dar. Beschränken sich Verantwortlichkeiten und Netzwerkkontakte auf Einzelpersonen, kann der Wegfall dieser Person durch z.B. einen Arbeitsplatzwechsel, erhebliche Auswirkungen auf die Zusammenarbeit der Suchthilfemaßnahmen haben. Auch eine fehlende oder unzureichende Beachtung der Kooperation im Leitbild, Arbeitsplan oder Qualitätsmanagement der beruflichen Einrichtungen sind hemmende Faktoren für eine Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe. Bei mangelnder Transparenz über die diesbezüglich verantwortlichen Mitarbeiter_innen kann eine Zusammenarbeit hier schnell als Zusatzbelastung wahrgenommen werden, sodass die Wirksamkeit der Selbsthilfe ausgeblendet wird (Soellner et al., 2012).

Es wird also deutlich, dass ein entscheidender Einflussfaktor für den mangelnden Zustrom in Suchtselbsthilfegruppen in Kooperationshemmnissen zwischen der professionellen Suchthilfe und der Selbsthilfe liegt. Ein sich hieraus ergebender Handlungsbedarf im Sinne einer fruchtbaren Zusammenarbeit wird in der Fachliteratur daher ausdrücklich gefordert (vgl. z.B. Weissinger & Missel, 2012).

4. Kooperation von Suchtselbsthilfe und beruflicher Suchthilfe

Wenn bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung der Leidensdruck oder der Druck von außen zu groß wird, die persönliche Lage als existenzbedrohend erkannt wird und somit der Entschluss des Aufsuchens von Hilfeleistungen getroffen ist, stehen die Betroffenen oft vor der Frage „Selbsthilfe oder Fremdhilfe?“ (Rathke, 2000). Tatsächlich sollte jedoch das eine Hilfesystem das jeweils andere nicht ersetzen. Im Sinne einer breiten Angebotspalette für suchtkranke Menschen geht es um eine gegenseitige Ergänzung von Suchtselbsthilfe und professioneller Suchthilfe, damit Betroffene ihren individuellen Weg aus der Sucht finden können. Die Zusammenarbeit dieser Hilfesysteme stellt für das Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe daher eine wichtige Herausforderung dar (Weissinger & Missel, 2012; Janßen, 2000; Plauth & Rohrmann, 1999).

Die Gefahr, dass die Selbsthilfe und die berufliche Suchthilfe nicht kooperieren, sondern konkurrieren, besteht vor allem im Rahmen der Nachsorgephase der Betroffenen, da dies ein wesentlicher Bereich beider Hilfen ist. Professionelle Nachsorge und die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe schließen sich jedoch nicht gegenseitig aus, sondern verfolgen vielmehr verschiedene Herangehensweisen und stellen somit eine gute Ergänzung dar (Eisenbach-Stangl, 2003; Schwoon, 1996). Kufner (1990) merkt hierzu an, dass die professionelle Nachsorge bei spezifischen Störungsbildern und chronischen Konflikten unabdingbar ist, während die Selbsthilfe ihren Fokus vielmehr auf die Stabilisierung und geistige Neuorientierung der Abhängigkeitserkrankten richtet. Ein Konkurrenzdenken sollte in diesem Zusammenhang somit im Sinne eigenständiger qualitativer Angebotsstrukturen, als Auswahlmöglichkeiten für Betroffene, weichen (Schwoon, 1996). Während vor etwa 30 Jahren jedoch noch eine klare Ablehnung der Selbsthilfe seitens der Professionellen vorherrschte, ist heute ein enormer Einstellungswandel zu erkennen. Auf Seiten der professionellen Hilfeleistungen ist nicht nur eine grundsätzliche Sympathie gegenüber dem Selbsthilfe-Gedanken zu verzeichnen, es besteht auch Interesse an Kooperationsformen (Matzat, 2004). Insbesondere vor dem Hintergrund eines nahtlosen Übergangs von der Therapie in die Selbsthilfe, stellt die DHS (2001) die Wichtigkeit einer gelingenden Kooperation heraus. Demnach sollte es selbstverständlich sein, dass die unterschiedlichen Maßnahmen des Behandlungsverbundes frühzeitig ineinandergreifen, damit ein stabiles Netzwerk für die Betroffenen entsteht. Anknüpfend an diese Forderung, die sich häufig in der Fachliteratur finden lässt, drängt sich jedoch die Frage auf, wie sich diese Zusammenarbeit in der Praxis konkret ausgestalten lässt.

Bachl und Stark (2003) haben im Rahmen einer qualitativen Studie förderliche und hinderliche Bedingungen einer Kooperation zwischen Professionellen und der Selbsthilfe

im Gesundheitsbereich zusammengestellt, welche sich auf den Bereich der Suchthilfe übertragen lassen. Eine der grundlegenden Erkenntnisse ist hier, dass die Kooperationsbereitschaft stark mit dem Selbstbild der beiden Parteien zusammenhängt. Als fördernder Faktor für eine gelingende Kooperation gilt in diesem Zusammenhang, der eigenen Arbeit selbstkritisch gegenüber zu stehen und die eigenen Stärken, genauso wie die eigenen Grenzen deutlich zu identifizieren. Wenn die Versorgung aus Sicht der Patient_innen betrachtet wird, ergibt sich somit die Erkenntnis der Vorteile einer Zusammenarbeit der Hilfesysteme. Eng verknüpft ist hiermit auch die Notwendigkeit der gegenseitigen Wertschätzung der Kooperationspartner_innen. Dies beinhaltet Respekt vor dem Wissen, den Kompetenzen, als auch den Grenzen des Anderen. Selbsthilfegruppen dürfen in diesem Rahmen ebenso wenig auf ihr Erfahrungswissen, wie Hauptberufliche auf ihr Fachwissen reduziert werden. In den Studienergebnissen wird zudem eine gesicherte Wissensbasis über Handlungsorientierungen und Arbeitsweisen des Partners als wichtige Bedingung einer Zusammenarbeit herausgestellt. Dies sei die Grundlage, um Klient_innen gemäß ihrer individuellen Bedürfnisse zu beraten und somit gegenseitige Empfehlungen auszusprechen. Hierin bestünde die einfachste Form einer Kooperation.

Wie genau eine solche Zusammenarbeit im Gesundheitssystem aussehen kann, wurde von Borgetto und Klein (2007) im vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsprojekt „Kooperation und Vernetzung von Rehabilitationseinrichtungen und Selbsthilfegruppen/Selbsthilfeorganisationen“ angeschnitten. Im Rahmen einer quantitativen Befragung von Rehabilitationseinrichtungen wurde zunächst ermittelt, dass 86% dieser generell mit der Selbsthilfe kooperieren. Als häufigste Kooperationsformen wurden hierbei jedoch indirekte Formen der Zusammenarbeit identifiziert, bei welchen oft kein persönlicher Kontakt zwischen den Vertreter_innen der Rehabilitationseinrichtung und der Selbsthilfe besteht. Konkret besteht diese Art der Kooperation dann aus Hinweisen auf die Möglichkeiten von Selbsthilfe (95% der Befragten), der Weitergabe von Adressen von Selbsthilfegruppen (87,4%) oder dem Auslegen von Infomaterial der Selbsthilfe in der Einrichtung (83,5%). Die Hauptursachen für eine mangelnde Kooperation wurden von den professionellen Einrichtungen vor allem in mangelnder Transparenz und unzureichenden Informationen über die Arbeit von Selbsthilfegruppen gesehen. Als eines der globalen Ziele bei der Kooperation wurde die Steuerung der Inanspruchnahme einer Selbsthilfegruppe nach Abschluss der Reha-Maßnahme benannt. Dies lässt sich auf den Bereich der Suchtselbsthilfegruppen übertragen, da auch hier ein nahtloser Übergang von Fachleuten befürwortet wird. Im Rahmen der Studie wurde in

diesem Zusammenhang festgestellt, dass eine reine Informationsweitergabe nicht ausreichend ist (vgl. auch Kufner, 1990). Hier müssten laut Borgetto und Klein Information, Kommunikation, Motivation und Vermittlung aufeinander aufbauen. Seitens der professionellen Einrichtungen bedeutet dies eine systematische Informationsweitergabe, welche sich auf das Informieren bezüglich passgenauer Selbsthilfegruppen für die Patientenklientel stützt. Die Kommunikation mit den Patient_innen über diese Möglichkeiten muss dann fester Bestandteil der Therapie sein. Schließlich sollen die Betroffenen im Rahmen von Motivationsgesprächen auch auf ihre Ängste und Widerstände gegenüber der Selbsthilfe angesprochen werden und im Anschluss ein schriftliches Konzept passender Gruppen mit Ort und Zeit der Gruppensitzungen gereicht bekommen (Borgetto & Klein, 2007).

Anknüpfend an diese theoretischen Bezüge zur gelingenden Zusammenarbeit von Selbsthilfe und beruflicher Suchthilfe, soll der folgende Forschungsteil dieser Arbeit explizit Aufschluss darüber geben, wie sich eine solche Kooperation konkret gestaltet, welche Voraussetzungen hierfür bestehen müssen und wie auf diese Weise mehr Betroffene zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe bewegt werden können.

5. Fragestellung und Forschungsinteresse

Aus den vorangegangenen theoretischen Grundlagen zum Thema Kooperation zwischen Selbsthilfe und professioneller Suchthilfe lässt sich deutlich erkennen, dass in der Fachliteratur autorenübergreifend Einigkeit über die Notwendigkeit einer guten Zusammenarbeit des ehrenamtlichen und beruflichen Hilfesystems besteht. Insbesondere im Sinne der Wirksamkeit der Suchtselbsthilfe, Betroffene nach der Therapie bei der Alltagsbewältigung und dem Weg in eine zufriedene Abstinenz zu unterstützen, wird der Vorteil eines nahtlosen Übergangs von der Therapie in eine Selbsthilfegruppe transparent. Die Patient_innen müssen daher einerseits über alle Möglichkeiten einer weiteren Anbindung an die Suchthilfe informiert werden, andererseits muss jedoch auch konkrete Motivationsarbeit geleistet und der Übergang erleichtert werden. Hieraus ergibt sich nicht nur der Wunsch, sondern auch die Forderung nach einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit von professionellen Suchthilfeeinrichtungen und Selbsthilfegruppen.

Paradox ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass trotz der erkannten Notwendigkeit und den Vorteilen einer Kooperation, in der Fachliteratur kaum empirische Befunde über die konkrete Umsetzung und Ausgestaltung einer gemeinsamen Arbeit der beiden Hilfesysteme vorliegen. Insbesondere im Bereich der Suchthilfe sind hier Mängel in der Literatur zu verzeichnen. Das Versorgungssystem der Suchtkrankenhilfe hat die Zusammenarbeit mit der Suchtselbsthilfe schon vor Jahrzehnten als wichtig herausgestellt. Trotz allem scheint keine Klarheit darüber zu bestehen, welche Kooperationsformen tatsächlich erfolgsversprechend und fruchtbar sind. Beispielsweise wurden in der Explorationsphase des Projektes „Chancen nahtlos nutzen“ Erfolgsstrategien von Selbsthilfegruppen bezüglich der Motivation Betroffener, nach der Therapie eine Selbsthilfegruppe zu besuchen, wenig beachtet. Im Vordergrund standen hier vielmehr Ablehnungsgründe der Betroffenen gegenüber der Selbsthilfe. Herausgestellt wurde in diesem Zusammenhang lediglich, dass negative Erfahrungen, zum Beispiel durch eine unangemessene Vorstellung der Selbsthilfe in professionellen Einrichtungen, bei Betroffenen schneller hängen bleiben als positive. Ein dezentes, aber entschlossenes Vorstellen der Selbsthilfe in Suchthilfeeinrichtungen gelte daher laut des Projektes als gute Praxis (Soellner et. al., 2012). Auch im Jahrbuch der DAG SHG wird die aufsuchende Arbeit von Selbsthilfegruppen in Fachkliniken als gute Möglichkeit angesehen, die Patient_innen für die Selbsthilfe zu begeistern (Hüllinghorst, 2007). Borgetto und Klein (2007) verweisen weiterführend auf drei Elemente im Sinne eines Best-Practice-Modells. Hierzu zählt die Förderung von Gesprächen von

Rehabilitand_innen untereinander über Selbsthilfe, die direkte Vermittlung in Gruppen, sowie die Bereitstellung interessant aufgearbeiteter Informationen über Selbsthilfe.

Anknüpfend an die oben genannten theoretischen Feststellungen, beschäftigt sich die vorliegende Forschungsarbeit mit der Frage, wie sich die Zusammenarbeit der beiden Hilfesysteme in der Praxis ganz konkret ausgestalten lässt. Mit dem Ziel, mehr Betroffenen den nahtlosen Übergang von einer professionellen Behandlung in die Selbsthilfe zu eröffnen, liegt der Fokus hierbei speziell auf der Art und Weise der Vorstellung der Suchtselbsthilfe in Einrichtungen des professionellen Suchthilfesystems. Es soll in diesem Zusammenhang herausgefunden werden, wie mögliche Informationsveranstaltungen der Selbsthilfe in den Einrichtungen ablaufen und mit welchen Methoden sich diese dort vorstellt. Vor dem Hintergrund möglicher schon bestehender Good-Practice-Modelle, soll ein Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit darauf liegen, Bedingungen und Methoden herauszufiltern, die sich bereits bewährt haben. Daher sollen insbesondere gute Erfahrungen, aber auch Ideen zur Optimierung der Vorstellung seitens der Selbsthilfegruppen beleuchtet werden. Es stellt sich übergreifend die Frage, wie ein angemessenes und interessantes Bild der Selbsthilfe bei Patient_innen in professionellen Einrichtungen vermittelt werden kann. Interessant ist daher auch, wie Vertreter_innen der Selbsthilfe konkret auf die Betroffenen in den Einrichtungen zugehen, wie Vorurteile abgebaut, eine Vertrauensbasis geschaffen und somit Hemmschwellen gesenkt werden können. Des Weiteren besteht das Forschungsinteresse auch in Voraussetzungen und Bedingungen, die für eine angemessene Zusammenarbeit gegeben sein müssen, damit alle Akteure von der Kooperation profitieren.

Im Rahmen einer explorativen Befragung der Gruppenleiter_innen von Suchtselbsthilfegruppen sollen somit Grundlagen, als auch konkrete Vorgehensweisen einer gelingenden Kooperation von Ehrenamt und beruflicher Hilfe in der Suchtkrankenversorgung gesammelt und aufbereitet werden.

6. Methodisches Vorgehen

Im Folgenden soll das methodische Vorgehen des explorativen Forschungsauftrages der vorliegenden Arbeit beleuchtet werden. In Kapitel 6.1 erfolgt daher zunächst eine Beschreibung und Begründung des gewählten Untersuchungsdesigns, geknüpft an eine genauere Operationalisierung der Fragestellung. In Kapitel 6.2 wird daran anschließend die Zusammensetzung der Stichprobe beschrieben, welche der Untersuchung zugrunde liegt. Kapitel 6.3 gibt detailliert Aufschluss über die Erhebungsinstrumente, wobei sowohl der Aufbau des konstruierten Fragebogens, als auch die Auswertungsinstrumente berücksichtigt werden. Abschließend werden in Kapitel 6.4 die Versuchsdurchführung und der organisatorische Ablauf der Datenerhebung erläutert.

6.1 Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine explorative Studie mit quantitativen Forschungsmethoden. Die Datenerhebung erfolgte mittels eines selbst konstruierten Fragebogens. Da die Studie eine Momentaufnahme der Untersuchungsobjekte darstellt und somit der aktuelle Zustand der interessierenden Merkmale ermittelt wird, handelt es sich um eine Querschnittstudie.

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, bestehen zur gewählten Fragestellung kaum empirische Befunde, sodass es sich um einen relativ unerforschten Untersuchungsbereich handelt und der explorative Forschungscharakter hier seine Begründung findet. Gegenstand einer Exploration sind nach Bortz und Döring (2006) prinzipiell alle subjektiven Sachverhalte, wie Einstellungen oder Werte. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung lassen sich diese Sachverhalte vor allem als Einschätzungen, Positionen und Erfahrungen der befragten Personen definieren. Auf diesem Wege sollen Ideen zur Generierung neuer Hypothesen und Handlungsansätze entstehen. Ziel der quantitativen Explorationsmethode ist es daher, die erhobenen Daten so darzustellen, dass prägnante Muster in Bezug auf die Zusammenarbeit von Suchtselbsthilfegruppen und Einrichtungen der professionellen Suchthilfe in Messwerten deutlich werden. Durch die quantitative Methode sollen möglichst viele Positionen und Erfahrungswerte der Befragten aufgegriffen werden, sodass repräsentative Aussagen über die Kooperation der Hilfesysteme herausgefiltert werden können. Da es sich um eine schriftliche Befragung handelt, wird darüber hinaus eine überregionale Betrachtung der Fragestellung möglich. Untersucht werden soll, wie bereits in Kapitel 5 erläutert, die Kooperation deutscher Suchtselbsthilfegruppen mit professionellen Einrichtungen der Suchthilfe, wie Fachkliniken, Beratungsstellen oder Krankenhäuser. Ziel und Anspruch an diese

Zusammenarbeit ist im Rahmen der vorliegenden Untersuchung die Inanspruchnahme einer Selbsthilfegruppe nach der therapeutischen Behandlung der Betroffenen. Das Verfolgen dieses gemeinsamen Ziels von Ehrenamt und beruflicher Hilfe stellt daher den Ausgangspunkt für eine positive Bewertung der Zusammenarbeit dar. Hieraus ergeben sich Fragen nach wichtigen Kriterien, Bedingungen und Vorgehensweisen bei der Kooperation, damit ein Zulauf in Selbsthilfegruppen gewährt wird. Des Weiteren definiert sich die gemeinsame Arbeit der Hilfen in dieser Studie durch die Vorstellung von Selbsthilfegruppenmitgliedern in den entsprechenden Einrichtungen. Hier ist die indirekte Form der Kooperation, z.B. Auslegen von Informationsmaterial in den Einrichtungen, oder eine direkte Form, im Sinne von persönlichem Kontakt zu Mitarbeiter_innen und Patient_innen, möglich. Letztere ist überwiegend durch Informationsveranstaltungen gekennzeichnet, in denen Vertreter_innen einer Selbsthilfegruppe die eigene Arbeitsweise in Kliniken oder anderen Einrichtungen vorstellen und über die Wichtigkeit von Selbsthilfe informieren. Auf dieser Vorstellung von Selbsthilfe als Form der Zusammenarbeit liegt der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Mithilfe des hierfür konstruierten Fragebogens soll Aufschluss über die Fragen gegeben werden, mit welchen Konzepten sich die Selbsthilfe bei den Patient_innen vorstellt, welche internen Regelungen der Einrichtungen es hierfür gibt und was wichtige Rahmenbedingungen sind, damit eine Vorstellung als gelungen bewertet wird. Tiefergehend werden hier somit Aspekte der konkreten Interaktion der Selbsthilfevertreter_innen mit den Patient_innen, als auch dessen Bewertung beleuchtet. Als Untersuchungsobjekte dieser Exploration fungieren Gruppenleiter_innen von Suchtselbsthilfegruppen, welche den fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden in Deutschland angehören (Blaues Kreuz Deutschland, Blaues Kreuz in der evangelischen Kirche, Freundeskreise der Suchtkrankenhilfe, Kreuzbund und Guttempler in Deutschland). Zwar besteht bezüglich einer fruchtbaren Zusammenarbeit der Hilfesysteme Handlungsbedarf bei allen beteiligten Akteuren, jedoch besitzen die Leiter_innen einer eigenen Suchtselbsthilfegruppe hier eine Schlüsselfunktion. Durch spezielle Konzepte und Herangehensweisen bei den Vorstellungen in professionellen Einrichtungen, kann hier aus Sicht der Mitglieder ein angemessenes Bild von Selbsthilfe vermittelt werden. Somit ist es möglich, Vorurteilen und Hemmnissen seitens der Patient_innen entgegenzuwirken und diese für die Selbsthilfe zu begeistern. Da bei den Gruppenleiter_innen zudem Interesse daran besteht, den Zulauf in die eigene Gruppe, bzw. in die Selbsthilfe im Allgemeinen, zu optimieren, wurde hier von einer guten Motivation bezüglich der Teilnahme an der Untersuchung ausgegangen.

Die Gruppenleiter_innen verfügen teilweise über einen jahrelangen Erfahrungsschatz in der Zusammenarbeit mit beruflicher Suchthilfe und sollen im Rahmen dieser Exploration somit als Expert_innen zu Wort kommen. Hierbei werden Fakten erhoben, welche zunächst Hinweise darauf geben, wie sich die Zusammenarbeit aktuell größtenteils gestaltet. Durch die Erhebung von Einschätzungen, Meinungen, Ideen und Erfahrungen der Leiter_innen soll anknüpfend herausgefiltert werden, was aktuell in Bezug auf Vorstellungen der Selbsthilfe in Suchthilfeeinrichtungen schon als Good-Practice-Beispiel gewertet werden kann. Genauso waren die Befragten aufgefordert, auch Anregungen für eine Optimierung der Zusammenarbeit zu geben, sowie Rahmenbedingungen zu benennen, welche für sie im Sinne guter Praxis essentiell sind.

Durch eine deskriptive Auswertung der Ergebnisse soll auf diese Weise eine umfangreiche Beschreibung und Einschätzung der Kooperation seitens der Selbsthilfegruppenleiter_innen entstehen. Durch das Beleuchten bereits bestehender positiver Beispiele bietet sich auch Raum für Ideen in Bezug auf Handlungsbedarf in der Zusammenarbeit.

6.2 Stichprobe

Als vordergründiges Einschlusskriterium der Untersuchungspersonen wurde die Leitung einer Suchtselbsthilfegruppe definiert, welche einem der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände angehört. Die Stichprobe der Untersuchung ergibt sich aus der Gesamtheit aller Fragebögen, welche von den Gruppenleiter_innen ausgefüllt zurückgesandt wurden und umfasst 154 Untersuchungsteilnehmer_innen.

Diese bundesweite Stichprobe setzt sich aus 108 Männern und 43 Frauen zusammen. Bei drei Fragebögen wurde keine Angabe zum Geschlecht gemacht. Die Geschlechterverteilung unter den befragten Gruppenleiter_innen gliedert sich somit in einen Männeranteil von 71,5% und einen Frauenanteil von 28,5%.

In Bezug auf die Altersverteilung wird die Stichprobe mit 54,5% von der Altersgruppe „60+“ (davon rund 76% männlich) dominiert. 35,7% der Teilnehmer_innen sind zwischen 50 und 60 Jahren alt, lediglich 9,1% zwischen 40 und 50 und nur insgesamt eine Untersuchungsperson ist unter 40 Jahre alt. Gruppenleiter_innen, welche jünger als 30 sind, treten in der Stichprobe nicht auf. Aufschluss über die Altersverteilung in Zusammenhang mit dem Geschlecht gibt Abb. 1.

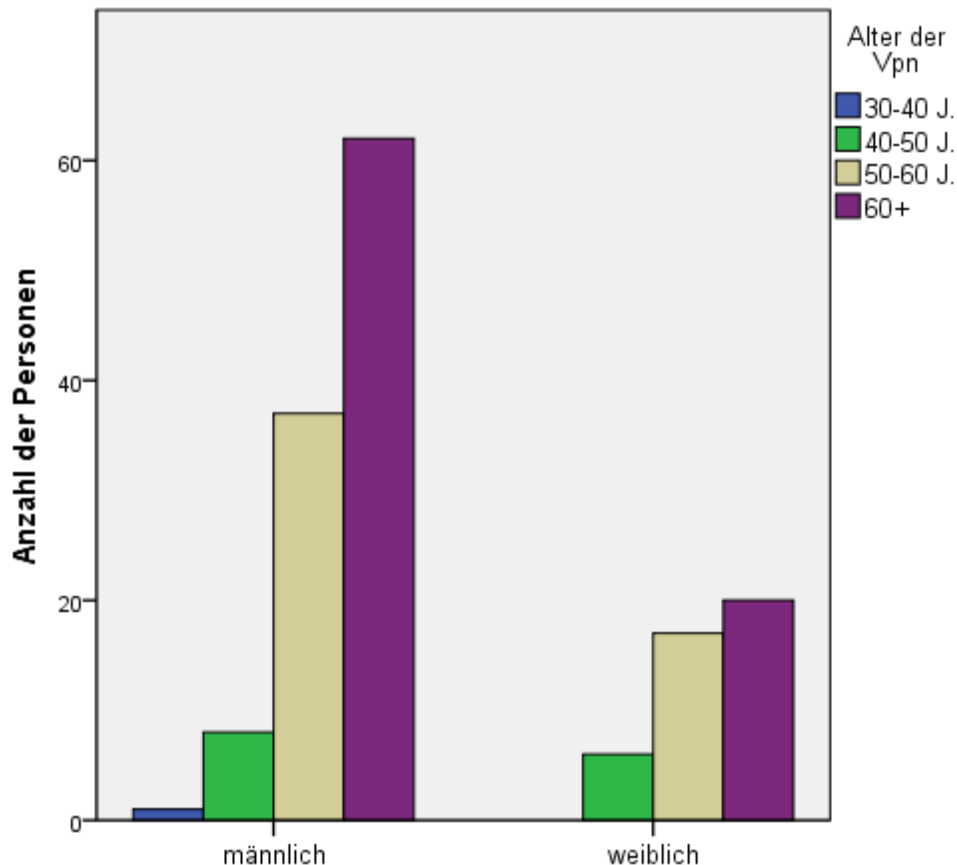


Abbildung 1: Zusammenhang von Geschlecht und Alter der Untersuchungspersonen

Deutlich zu erkennen ist, dass in der Stichprobe männliche Gruppenleiter, welche über 60 Jahre alt sind, am häufigsten vertreten sind. Dies deckt sich generell mit der Statistik der Verbände (vgl. Kapitel 3.3).

Die Länge der Mitgliedschaft in einer Suchtselbsthilfegruppe beträgt in der Stichprobe durchschnittlich rund 15 Jahre. 35% der Untersuchungspersonen sind bereits seit 20 Jahren oder länger in einer Selbsthilfegruppe aktiv, sodass hier im Allgemeinen von einem großen Erfahrungsschatz bezüglich der ehrenamtlichen Arbeit in der Selbsthilfe ausgegangen werden kann. Die Länge der Tätigkeit als Gruppenleiter_in einer eigenen Selbsthilfegruppe beträgt im Durchschnitt rund zehn Jahre.

Bezüglich einer im Rahmen der Selbsthilfetätigkeit durchgeführten Ausbildung, bzw. Fortbildung wurde erhoben, dass 90,2% der Untersuchungsteilnehmer_innen eine solche absolviert haben. Hiervon sind 58,7% ausgebildete Gruppenleiter_innen einer Suchtselbsthilfegruppe. 29,7% der Befragten sind ehrenamtliche Suchtkrankenhelfer_innen und 8,7% ehrenamtlich betriebliche Suchtkrankenhelfer_innen. Beachtlich ist hierbei auch, dass von den ausgebildeten Gruppenleiter_innen mehr als die Hälfte (55,5%) zusätzlich noch eine weitere Ausbildung als ehrenamtliche/r (betriebliche/r) Suchtkrankenhelfer_in absolviert hat und somit zwei Ausbildungen vorweist. Ca. 30

Befragte geben zudem an, bereits diverse Seminare im Rahmen der Arbeit in der Suchtselbsthilfe besucht zu haben.

Um des Weiteren auch Informationen über den Zugang zur Selbsthilfegruppe der Befragten zu erlangen, wurde erhoben auf welchem Weg der Großteil der Mitglieder dieser beitrifft. Hierbei waren Mehrfachantworten möglich. 136 der 154 Befragten gaben an, dass die Gruppe als Nachsorgemaßnahme in Anspruch genommen wird, womit dies den größten Anteil ausmacht. An zweiter Stelle (112 der Befragten) wurde genannt, dass die Selbsthilfegruppe von den Betroffenen nach der Entgiftung aufgesucht wird. Immerhin 92 Gruppenleiter_innen gaben an, dass die Mitglieder keinerlei professionelle Behandlung vor oder während der Teilnahme an der Selbsthilfegruppe erfuhren, wobei nur knapp die Hälfte der Befragten eine parallele Teilnahme an Selbsthilfegruppe und professioneller Therapie seitens der Mitglieder nannte.

6.3 Erhebungsinstrumente

In den folgenden Abschnitten werden die Instrumente dargestellt, welche für die Datenerhebung und die anschließende Auswertung verwendet wurden. In Kapitel 6.3.1 wird eine detaillierte Beschreibung des selbst konstruierten Fragebogens für die Gruppenleiter_innen von Suchtselbsthilfegruppen erfolgen. Dieser ist schwerpunktmäßig auf die Beschreibung und Bewertung konkreter Sachverhalte der befragten Personen gerichtet und ist angelehnt an Bortz und Döring (2006), sowie Petersen (2014). Im darauf folgenden Kapitel 6.2.1 werden daran anknüpfend die gewählten Instrumente erläutert, welche der Auswertung der erhobenen Daten dienen. Der Schwerpunkt liegt hier insbesondere auf dem Entwurf eines passenden Kodierschemas. Die Endfassungen des Fragebogens, als auch des entwickelten Kodierschemas sind zur besseren Veranschaulichung jeweils in Anhang A und Anhang B abgedruckt.

6.3.1 Der Fragebogen

Bei dem für die quantitative Exploration eingesetzten Fragebogen handelt es sich um ein informell entwickeltes Erhebungsinstrument, welches hauptsächlich aus Aufzeichnungen von Projektbesprechungen des Projektes „Chancen nahtlos nutzen“, grauer Literatur und eigenen berufspraktischen Erfahrungen entworfen wurde. Die Konstruktion eines neuen Fragebogens erschien notwendig, da trotz intensiver Literaturrecherche kein passendes Instrument ausfindig gemacht werden konnte, welches die Thematik abdeckt und sich an die ausgewählte Zielgruppe richtet. Der Fragebogen wurde elektronisch per E-Mail an die Untersuchungspersonen verschickt und sollte selbstständig ausgefüllt werden. Der

Anspruch bestand somit in der Transparenz und Verständlichkeit des Instrumentes, da während des Ausfüllens kein/e Versuchsleiter_in anwesend war. Dem Fragebogen vorangesetzt wurde ein Anschreiben, welches die Teilnehmer_innen über den Kontext, in welchem die Daten erhoben werden, informierte. Ziele und Erwartungen des Fragebogens wurden beschrieben, außerdem wurde über den geschätzten zeitlichen Rahmen des Ausfüllens informiert und explizit auf die Anonymisierung der erhobenen Daten hingewiesen.

Die Antwortformate des Fragebogens sind insgesamt sehr abwechslungsreich gestaltet. Auf diese Weise sollen in Bezug auf die Zusammenarbeit der befragten Gruppenleiter_innen mit professionellen Einrichtungen sowohl Fakten, als auch Einstellungen, Meinungen, sowie Vorgehensweisen transparent werden. Der Fragebogen beinhaltet sowohl geschlossene, halboffene, als auch offene Fragen. Die geschlossenen Fragen beziehen sich vor allem auf die Erhebung von Fakten bezüglich der aktuellen Zusammenarbeit. Hierzu zählen Vorgehensweisen, Rahmenregelungen und Intentionen der befragten Gruppenleiter_innen im Zusammenhang mit der Vorstellung der Selbsthilfe in beruflichen Einrichtungen. Bei einigen dieser Fragen mit Antwortvorgaben wurde die Mehrfachauswahl als Instrument verwendet, um mehrere Aspekte einer Thematik zusammenzustellen. Ein Beispiel hierfür zeigt Abb. 2.

17. Nach welchen Kriterien wählen Sie die SHG-Mitglieder aus, die die Gruppe in den Einrichtungen vertreten? (Mehrfachnennung möglich)

- Geschlecht (z.B. ein Mann und eine Frau)
- Gruppenleitung
- Erfahrung mit SHG/ Länge der Mitgliedschaft
- Abstinenzzeit
- Persönlichkeit/ Sympathie
- eigene Erfahrung mit der betroffenen Einrichtung
- sonstiges: _____

Abbildung 2: Frage 17 des Fragebogens

Aufgrund des explorativen Forschungscharakters bestand bei der Entwicklung der Antwortvorgaben mehrfach Unsicherheit darüber, ob diese erschöpfend sind. Um in diesem Zusammenhang die Gefahr zu umgehen, wichtige inhaltliche Faktoren oder Merkmale übersehen zu haben, gibt es bei dem Großteil dieser Fragen im Fragebogen für die Untersuchungsperson die Möglichkeit, unter der Vorgabe „sonstiges“ gegebenenfalls etwas hinzuzufügen (vgl. Abb. 2). Bei Ja/Nein-Antwortformaten wird die

Untersuchungsperson an einigen Stellen im Fragebogen dazu aufgefordert, die Antwort zu präzisieren oder zu begründen. Durch diese Ergänzung im Rahmen einer halboffenen Beantwortung, sollen somit auch Rückschlüsse auf den Kontext der Thematik oder das genaue Meinungsbild der Befragten gezogen werden können. Der konstruierte Fragebogen enthält darüber hinaus Fragen, welche von den Gruppenleiter_innen offen beantwortet werden sollen. Diese sind besonders im Rahmen der explorativen Forschungsmethode von Bedeutung, da hier inhaltliches Neuland betreten wird und somit neue, bzw. weiterführende Dimensionen des Themas beleuchtet werden (vgl. hierzu Petersen, 2014). Offene Fragen finden im verwendeten Erhebungsinstrument insbesondere dann Anwendung, wenn subjektive Sachverhalte erhoben werden, wie persönliche Erfahrungen, Positionen oder Anregungen.

Der Fragebogen gliedert sich in vier inhaltliche Bereiche und enthält insgesamt 23 Fragen zur konkreten Zusammenarbeit der Befragten mit regionalen Suchthilfeeinrichtungen. Diesen vorangestellt sind zunächst sechs personenbezogene Fragen, deren Daten einer Charakterisierung der Stichprobe dienen sollen. Hierzu zählen neben Geschlecht, Alter, Länge der Mitgliedschaft in der Selbsthilfegruppe und Länge der Gruppenleiter_innentätigkeit, auch Angaben über eine mögliche Ausbildung, welche im Rahmen der Selbsthilfegruppenarbeit absolviert wurde. Der darauf folgende zweite Fragenbereich soll einleitend in die Thematik einerseits Informationen über die subjektive Meinung der Befragten bezüglich der generellen Relevanz der Kooperation geben, andererseits soll hier auch eine Einschätzung, bzw. Bewertung der aktuellen Zusammenarbeit mit der beruflichen Suchthilfe vorgenommen werden. Zu diesem Zweck sind die Befragten aufgefordert, ihre Bewertung auf einer fünfstufigen Skala anzugeben, welche sich von „sehr wichtig“ (1) bis „unwichtig“ (5), bzw. „sehr gut“ (1) bis „mangelhaft“ (5) erstreckt. Da im Allgemeinen nicht alle Selbsthilfegruppen mit anderen Hilfesystemen kooperieren, wird anschließend mithilfe einer Filterfrage erhoben, ob eine Kooperation überhaupt besteht. Ist dies nicht der Fall, endet der Fragebogen bereits an dieser Stelle mit der Bitte, Gründe für die mangelnde Zusammenarbeit zu benennen. Wird eine aktuell bestehende Kooperation bestätigt, geht es im dritten Teil des Fragebogens grundlegend um den Kontaktaufbau und somit die Entstehung der Kooperation zu beruflichen Einrichtungen. Die Gruppenleiter_innen haben unter anderem die Möglichkeit, für sie essentielle Bedingungen zu notieren, welche erfüllt sein müssen, damit eine Zusammenarbeit zwischen der Gruppe und der Einrichtung zustande kommt. Der vierte Themenbereich nimmt den Großteil der Fragen ein und soll schließlich detailliert Aufschluss darüber geben, wie sich der Kontakt der Selbsthilfegruppen-Vertreter_innen

mit den Patient_innen der Einrichtung gestaltet. Fragen nach Intentionen der Selbsthilfевorstellung, dem Turnus, in welchem die Mitglieder die Einrichtung aufsuchen und Methoden, welche in den Vorstellungen verwendet werden, stehen ebenso im Fokus wie Meinungsbilder über Rahmenregelungen dieser aufsuchenden Arbeit. Am Ende des Fragebogens bieten drei offene Fragen den Teilnehmer_innen in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, mit eigenen Worten besonders positive und besonders negative Erfahrungen bei Vorstellungen von Selbsthilfe zu notieren. Abschließend werden die Untersuchungspersonen in einer letzten offenen Frage gebeten zu reflektieren und zu beschreiben, wie eine für sie perfekte Vorstellung der Selbsthilfe unter optimalen Bedingungen aussehen sollte.

Aus zeitökonomischen Gründen wurde der konstruierte Fragebogen keinem Pretest unterzogen. Alternativ wurde die erste Fassung des Bogens allerdings im Vorfeld, mit der Bitte um Stellungnahme, an die Selbsthilfeverbände geschickt. Nachdem hier eine Rückmeldung mit Verbesserungsvorschlägen erfolgte, wurde das Erhebungsinstrument überarbeitet. Ergebnis hieraus ist die Endfassung des Fragebogens (s. Anhang A).

6.3.2 Auswertungsinstrumente

Für die statistische Auswertung der erhobenen Daten wurde das Programm SPSS, Version 20.0 verwendet. Auf diese Weise konnte die Gesamtheit der beantworteten geschlossen und halboffenen Fragen in quantitative Messwerte überführt werden, um so Aufschluss über die Häufigkeitsverteilung bestimmter Vorgehensweisen und Meinungsbilder der Befragten zu bekommen.

Die Auswertung der offen beantworteten Fragen erfolgte mittels einer quantitativen Inhaltsanalyse (vgl. hierzu Bortz & Döring, 2006). Hierbei wurden Bedeutungseinheiten der formulierten Antworten zusammengefasst und somit einzelne Teile der Texte speziell hierfür entworfenen Kategorien zugeordnet. Mit dieser Methode konnte das Wortmaterial schließlich hinsichtlich bestimmter Aspekte quantifiziert und ausgewertet werden. Basis dieser Inhaltsanalyse bildet die Konstruktion von passenden Kategoriensystemen. Für die systematische Bearbeitung des Antwortspektrums von fünf offenen Fragen des Fragebogens, wurde für jede dieser Fragen ein eigenes Kategoriensystem entworfen. Abb. 3 zeigt exemplarisch einen Auszug des entworfenen Systems für Frage 7 des Fragebogens.

7.	Was sind für Sie wichtige Bedingungen, damit eine Kooperation zwischen Ihrer Gruppe und der Einrichtung überhaupt zustande kommt?		/
	a.	<i>Begegnung/ Zusammenarbeit auf Augenhöhe</i>	
	b.	<i>Persönlicher Kontakt zu den Mitarbeiter_innen der Einrichtung</i>	
	c.	<i>Regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch</i>	
	d.	<i>Feste regelmäßige (Termin)Absprachen für die Vorstellungen</i>	
	e.	<i>Gegenseitige Akzeptanz der Arbeitsfelder (Vertrauen, Respekt)</i>	
	f.	<i>Kenntnis über gegenseitige Aufgabenbereiche</i>	

Abbildung 3: Auszug aus dem Kodierschema (vgl. Anhang B)

Bezüglich des Entwurfs der Kategorien wurde induktiv vorgegangen. Das Textmaterial der ausgefüllten Fragebögen wurde zunächst grundlegend gesichtet, um hierauf aufbauend Kategorien zu formulieren, welche die jeweiligen Antworten charakterisieren. Im Anschluss wurden dann Textteile der jeweiligen Antworten entsprechenden Kategorien zugeordnet („Kodieren“) (vgl. ebd.). Das Textmaterial wurde hierzu nochmals detailliert untersucht, sodass teilweise ergänzende oder neue Aspekte herausgefiltert werden konnten. Auf diese Weise wurde das entwickelte Kodierschema während des Kodierungsprozesses weiter ausgearbeitet und modifiziert. Im Rahmen der Auswertung des Textmaterials konnten schließlich Häufigkeitsverteilungen der Kategorien ermittelt werden. Anschließend konnten wiederum durch qualitative Analyseschritte entscheidende Aussagen über den untersuchten Gegenstand ermittelt werden (vgl. hierzu Mayring, 2008).

Um von den erhobenen Daten auf Good-Practice-Beispiele schließen zu können, wurde ein besonderes Augenmerk im Laufe der Auswertung auf die Fragebögen der Gruppenleiter_innen gerichtet, welche die Kooperation aktuell als „sehr gut“ einschätzen (vgl. Frage 2 des Fragebogens, Anhang A).

Die Auswertung der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung erfolgt insgesamt rein deskriptiv.

6.4 Versuchsdurchführung

Die Rekrutierung der Untersuchungsteilnehmer_innen erfolgte unter wesentlicher Mithilfe der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände. Da es sich bei den Verbänden um die Initiatoren des Projektes „Chancen nahtlos nutzen“ handelt, welches zur Optimierung der Kooperation zwischen Selbsthilfe und beruflicher Suchthilfe beitragen soll, erklärten sich die jeweiligen Projektverantwortlichen der Verbände bereit, die Fragebögen an die Gruppenleiter_innen der Verbandsgruppen weiterzuleiten. Zu diesem Zwecke wurden die Fragebögen Ende Juni 2014 zunächst per E-Mail an diese Ansprechpersonen der

Verbände geschickt. Über entsprechende E-Mail-Verteiler wurden sie anschließend überregional versandt und gelangten zu den Zielpersonen dieser Exploration. Als Bearbeitungszeitraum wurden ca. fünf Wochen festgelegt, sodass die Teilnehmer_innen im Anschreiben gebeten wurden, den ausgefüllten Fragebogen bis zum 31.07.2014 postalisch oder per E-Mail zurückzusenden. Die Bearbeitungszeit für das Ausfüllen eines Bogens wurde auf 15-20 Minuten geschätzt. Nach differenzierter Betrachtung der ausgefüllten Fragebögen muss hier jedoch festgestellt werden, dass diese Zeit je nach Ausführlichkeit der Beantwortung der offenen Fragen wahrscheinlich stark divergiert hat. Bezüglich eines angemessenen Rücklaufs, welcher repräsentative Ergebnisse zulässt, bestand seitens der Projektverantwortlichen anfänglich Skepsis. Um einem mangelhaften Rücklauf schon vorab entgegenzuwirken, wurde im Anschreiben an die Gruppenleiter_innen explizit auf das Projekt „Chancen nahtlos nutzen“ verwiesen. Als Projekt der Selbsthilfeverbände sollte dies durch mögliche Kenntnis über die Projektarbeit seitens der Gruppenleiter_innen, das Interesse dieser an der Teilnahme der vorliegenden Untersuchung begünstigen. Angaben über die Rücklaufquote können leider nicht gemacht werden, da kein Wissen darüber besteht, wie viele Personen von den jeweiligen Ansprechpartner_innen der Verbände kontaktiert wurden. Insgesamt gab es einen Rücklauf von 154 Fragebögen, wovon 113 als postalischer Rücklauf eintrafen und 41 auf elektronischem Wege per E-Mail zurückgesandt wurden.

Kritisch betrachtet werden muss an dieser Stelle, dass der entworfene Fragebogen nicht direkt am Computer ausgefüllt werden konnte, indem zum Beispiel ausgewählte Antworten angeklickt werden können. Hier besteht rückblickend Verbesserungsbedarf, da dies eine einfachere und zeitökonomischere Handhabung mit sich bringen würde.

7. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dargestellt. Im Rahmen des explorativen Forschungsauftrags erfolgt die Auswertung rein deskriptiv. Anhand von Häufigkeitsverteilungen soll so detailliert Aufschluss über die aktuellen Kooperationsstrukturen der Suchtselbsthilfegruppen mit Suchthilfeeinrichtungen gegeben werden. Kapitel 7.1 bietet zunächst eine allgemeine Auswertung der Ergebnisse. Diese erfolgt in analoger Reihenfolge zu den im Fragebogen auftretenden Fragestellungen und bezieht sich auf die Gesamtheit der erhobenen Stichprobe. In Kapitel 7.2 werden speziell die Erfahrungswerte der befragten Gruppenleiter_innen in den Vordergrund gestellt. Hier werden besonders positive und negative Erfahrungen der Vorstellung von Selbsthilfe, sowie Wünsche und Forderungen für diese beleuchtet und mit Zitaten untermauert. In Kapitel 7.3 liegt der Fokus dann speziell auf Good-Practice-Beispielen im Sinne einer gelingenden Zusammenarbeit. Hierbei werden die Ergebnisse von Untersuchungspersonen, welche ihre Kooperationsstruktur bereits als sehr positiv einschätzen mit den Ergebnissen der Gesamtgruppe verglichen.

7.1 Allgemeine Kooperationsstrukturen

Als Einstieg in die Thematik wurde anhand einer Skala zunächst das allgemeine Interesse der Gruppenleiter_innen an einer Kooperation mit Suchthilfeeinrichtungen erhoben. Knapp 60% der Befragten erachten eine solche Kooperation als „sehr wichtig“ (1) und 29% als „wichtig“ (2). Der Mittelwert der Meinungen über die Wichtigkeit einer Zusammenarbeit liegt bei 1,53. Als „unwichtig“ (5) wurde die Kooperation von keinem der 154 Untersuchungspersonen bewertet.

Die Ergebnisse der Frage, wie die aktuelle Kooperation mit der professionellen Suchthilfe von den Befragten eingeschätzt wird, zeigt Abb. 4. Der Mittelwert dieser subjektiven Einschätzungen von „sehr gut“ (1) bis „mangelhaft“ (5) beträgt 2,53. Setzt man die Ergebnisse der bewerteten Wichtigkeit einer Kooperation in Verbindung mit den Einschätzungen des Ist-Zustandes, fällt auf, dass die Befragten, welche die Kooperation bereits als sehr gut einschätzen, diese zudem auch ohne Ausnahme als sehr wichtig empfinden. Auf der anderen Seite sind jedoch bei den Befragten, welche bei der Frage nach der Wichtigkeit der Zusammenarbeit „sehr wichtig“ angekreuzt haben, alle Kategorien der aktuellen Einschätzung von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ vertreten.

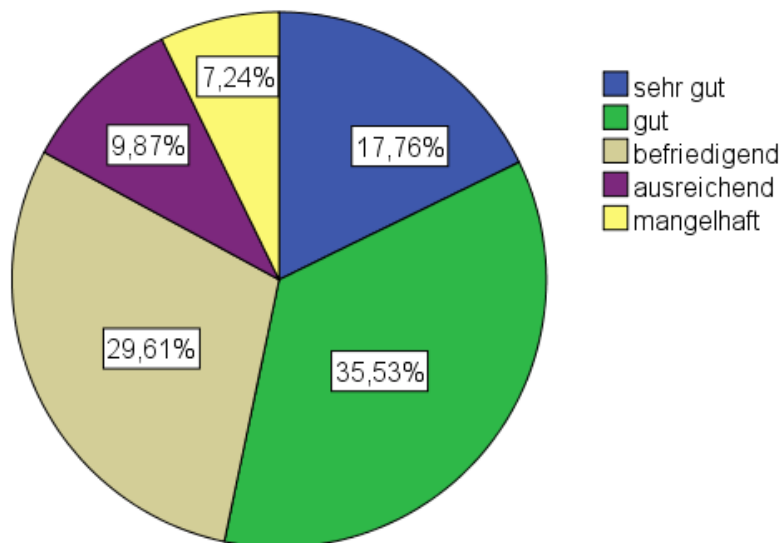


Abbildung 4: Prozentuale Anteile der Einschätzungen der aktuellen Kooperation/ Vernetzung

Von den 154 befragten Gruppenleiter_innen der Selbsthilfegruppen kooperieren nur zehn (6,5%) grundsätzlich nicht mit Einrichtungen der beruflichen Suchthilfe. Die Gründe hierfür liegen hauptsächlich darin, dass die Vorstellungen in Einrichtungen von der Gruppe personell aufgrund einer geringen Gruppengröße nicht abgedeckt werden können oder dass bislang schlichtweg die Relevanz einer Zusammenarbeit nicht erkannt wurde. Auch durch bereits bestehende indirekte Kooperationsformen, wie das Aussprechen von gegenseitigen Empfehlungen, wurde von einigen der Untersuchungspersonen bislang keine direkte Kooperation angestrebt. Bei den wiederum 144 Gruppenleiter_innen (93,5% der Gesamtgruppe), welche eine direkte Kooperationsform bestätigen, wurde deutlich, dass 78,4% dieser mit mehr als einer Art von Suchthilfeeinrichtung zusammenarbeiten. 42% arbeiten sogar mit mehr als zwei verschiedenen Einrichtungsformen zusammen. Krankenhäuser, bzw. Entgiftungen stellen hierbei die häufigsten Kooperationspartner dar. 100 der 144 Gruppenleiter_innen gaben hier, oftmals in Verbindung mit anderen Einrichtungen, eine Kooperation an. 88 Untersuchungspersonen gaben an, unter anderem mit stationären Fachkliniken zusammenzuarbeiten und 84 bestätigten Kooperationen zu Beratungsstellen. Weniger als 40 der 144 Untersuchungspersonen gaben an mit Tageskliniken oder Ambulanten therapeutischen Einrichtungen zu kooperieren. In Bezug auf den Kontaktaufbau zu diesen Einrichtungen konnte festgestellt werden, dass dieser nicht grundsätzlich immer gleich entsteht, da hier teilweise mehrere Antwortmöglichkeiten angekreuzt wurden. 82% gaben an, den ersten Kontakt zu den Einrichtungen unter anderem persönlich zu suchen. 55 Personen bestätigten zudem einen telefonischen und 23 Personen einen postalischen Kontaktaufbau. Eine feste Person der Selbsthilfegruppe, welche für genau diese Kontaktaufnahme zuständig ist, ist

in 76,4% der befragten Gruppen vorhanden. In 23,6% der Gruppen gibt es somit kein ernanntes Mitglied mit dieser Zuständigkeit. Damit es nach dem Kontaktaufbau auch zu einer partnerschaftlichen Kooperation kommt, benannten die Gruppenleiter_innen in Stichpunkten bestimmte Bedingungen, die für sie persönlich hierfür gegeben sein müssen. Die am meisten vertretenen Antworten zeigt Abb. 5.

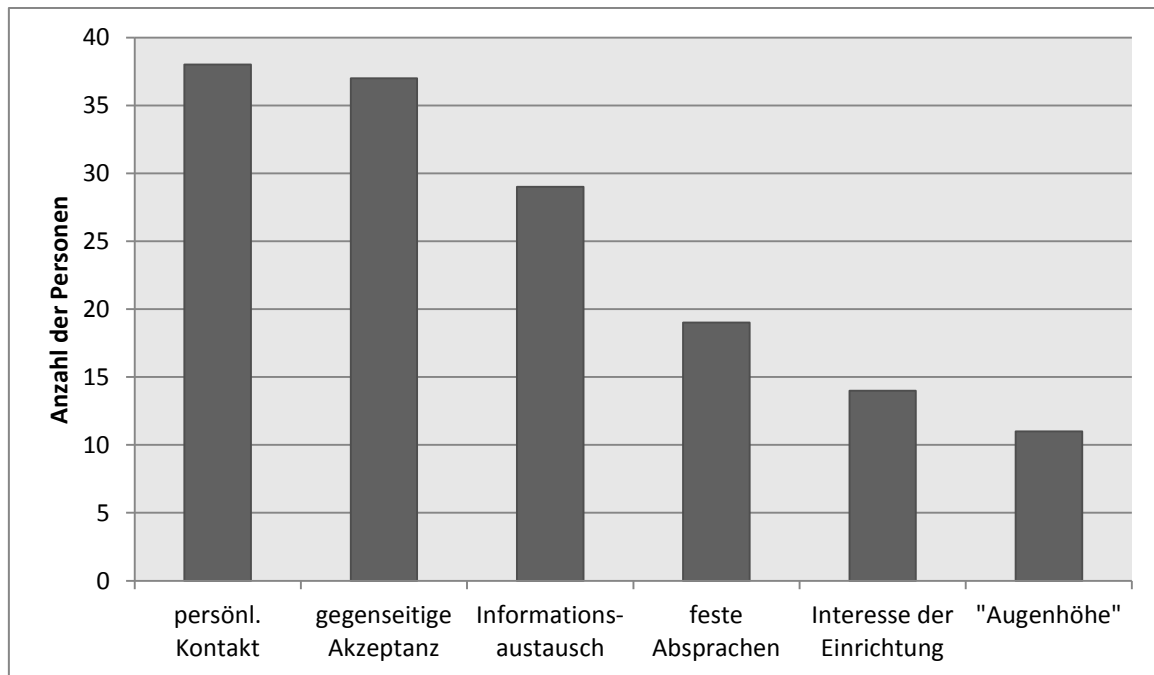


Abbildung 5: Anzahl genannter Bedingungen zur Entstehung einer Kooperation mit einer Einrichtung

In diesem Zusammenhang wurde am häufigsten der persönliche Kontakt zu Mitarbeiter_innen der entsprechenden Einrichtungen genannt. 38 Personen erkannten dies als Bedingung für eine gelingende Kooperationsform. Knapp ebenso häufig notierten die befragten Gruppenleiter_innen die gegenseitige Akzeptanz der Arbeitsfelder ehrenamtlicher und beruflicher Suchtarbeit in Verbindung mit gegenseitigem Vertrauen und Respekt. Immerhin 29 Befragte sahen einen regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen der Selbsthilfegruppe und der Einrichtung als Voraussetzung an. Verhältnismäßig häufig wurden zudem auch feste regelmäßige (Termin)Absprachen für die Selbsthilfe-Vorstellungen in den Einrichtungen, sowie ehrliches Interesse dieser an einer Zusammenarbeit genannt. In diesen Kontext passt auch die genannte Bedingung einer Begegnung und Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen den beteiligten Parteien. Seltener als die Antworten, welche in Abb. 5 dargestellt wurden, traten des Weiteren auch folgende Bedingungen für eine Kooperation seitens der Selbsthilfegruppen auf: Vorbereitung der Patient_innen auf die Vorstellung der Gruppe, ein offener Meinungsaustausch, bzw. Feedback an die Vertreter_innen der Selbsthilfegruppe, Zuverlässigkeit, Kompetenz der Gruppenvertreter_innen, sowie

Kenntnis über die gegenseitigen Aufgabenbereiche des Kooperationspartners. Weiterführend wurde die Frage nach der Existenz von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen zwischen der Gruppe und der Einrichtung von 91% der Untersuchungsteilnehmer_innen verneint. Die wenigen vorhandenen Vereinbarungen beinhalten größtenteils verbindliche Terminabsprachen.

Bei der Frage wie genau sich nun die Kooperation, bzw. der Kontakt zu den Patient_innen der beruflichen Suchthilfeeinrichtungen gestaltet, konnte festgestellt werden, dass Kooperationsmöglichkeiten hier durchaus ineinandergreifen, da größtenteils Mehrfachantworten gegeben wurden. 126 von 144 Gruppenleiter_innen gaben an, dass es Informationsveranstaltungen für die Patient_innen gebe. 128 bestätigten das Auslegen von Informationsmaterial über Suchtselbsthilfegruppen in den Einrichtungen. Lediglich ca. 6,2% der Befragten beschränken sich auf diese unpersönlichen schriftlichen Informationen und somit auf eine indirekte Form der Kooperation. Bei 93,8% der erhobenen Selbsthilfegruppen kann somit von einer direkten und persönlichen Zusammenarbeit im Rahmen von Vorstellungsveranstaltungen gesprochen werden. Das Auslegen von Infomaterial stellt hier oftmals eine Ergänzung zu diesen Veranstaltungen dar. Bei 19 Gruppenleiter_innen finden als Kontaktmöglichkeit zu den Patient_innen unter anderem auch andere Aktivitäten statt. Hierzu zählt vor allem die Teilnahme der Patient_innen an den Gruppenabenden der Selbsthilfe, die Präsenz der Selbsthilfe-Vereiner_innen bei Festen und Feierlichkeiten der Einrichtungen oder gemeinsame Grillnachmittage.

Bezüglich der Rahmenbedingungen und konkreten Vorgehensweisen der Selbsthilfe-Vorstellungen in den kooperierenden Einrichtungen, wurde zunächst der Turnus erhoben, in welchem die Gruppenvertreter_innen die Einrichtungen aufsuchen. Mit 39,6% gehen die meisten Gruppen monatlich in die Einrichtungen, um die Patient_innen zu kontaktieren. 26,4% gaben an, alle zwei bis drei Monate Informationsveranstaltungen zu organisieren und 10,4% machen dies halbjährlich. Lediglich 5,6% der Befragten suchen die Einrichtungen einmal im Jahr auf. Die Gruppen, welche „Sonstigem“ zugeordnet sind, verteilen sich größtenteils auf einen wöchentlichen Besuch und einen Turnus im Abstand von je zwei Wochen. Weiterführend war von Interesse, ob es im Zuge der Vorstellungen der Selbsthilfe unterschiedliche Konzepte für verschiedene berufliche Suchthilfeeinrichtungen gibt. Dies wurde von 82,6% der Untersuchungspersonen verneint. Von den 15,3%, welche differente Konzepte aufweisen, gab die Hälfte der Gruppenleiter_innen an, dass sich diese nach den Therapieformen, bzw. -phasen richten, in welchen sich die Patient_innen aktuell befinden. Demnach ging man auf

Patient_innen, welche sich in einer Entgiftung befinden und somit am Anfang des Weges in die Abstinenz stehen, anders zu, als auf „fortgeschrittene“ Patient_innen in einer Entwöhnungstherapie. In der Entgiftungsphase stehe somit vielmehr Motivationsarbeit in Verbindung mit allgemeinen Informationen über Selbsthilfe im Vordergrund, während gegenüber Entwöhnungspatient_innen der Fokus auf der konkreten Gruppenvorstellung liege. Zudem wurde auch angegeben, dass die Konzepte in Anlehnung an spezielle Rahmenbedingungen der Einrichtungen variieren würden und dass es sowohl Vorstellungen im großen Rahmen mit mehreren Selbsthilfegruppen gebe, als auch Informationsveranstaltungen einer bestimmten Gruppe. Da mit diesen Veranstaltungen durch die Selbsthilfegruppen auch eine gewisse Zielvorstellung einhergeht, waren die Untersuchungsteilnehmer_innen gefragt, ihr Hauptanliegen bei der Vorstellung anzugeben. Obwohl hier kein Hinweis auf eine mögliche Mehrfachnennung erfolgte, gaben fast alle Befragten mehrere Antworten an. 132 Personen wollen demnach durch die Vorstellungen beschreiben, was Selbsthilfe im Allgemeinen ausmacht. 110 haben das Anliegen, über die zahlreichen Angebote der Selbsthilfe zu informieren und 94 möchten unter anderem Kontaktadressen vermitteln. Ein verhältnismäßig geringer Anteil von 77 Personen hat das Bestreben, die Betroffenen speziell für die eigene Gruppe zu begeistern. Ca. 37% der Gruppenleiter_innen nannten sogar alle vier Antwortmöglichkeiten als persönliche Anliegen bei den Vorstellungsrunden in den Einrichtungen. Weiterführend konnte ermittelt werden, dass 86,8% der befragten Gruppen ihre Vorstellungen innerhalb der entsprechenden Einrichtungen durchführen. 10,4% gaben an, dass die Veranstaltungen außerhalb der Einrichtungen stattfinden, hierfür wird in mehr als der Hälfte der Fälle der eigene Gruppenraum genutzt.

Bei 76,4% der Befragten ist bei den Informationsveranstaltungen mit den Patient_innen kein/e Therapeut_in oder Mitarbeiter_in der Einrichtung anwesend. Nur bei 17,4% der betroffenen Selbsthilfegruppen nehmen auch Hauptberufliche an den Vorstellungsrunden teil. Hierbei wurde darüber hinaus auch erhoben, inwiefern die Gruppenleiter_innen mit diesen Regelungen konform sind. Die Ergebnisse zeigt Abb. 6. Von den Untersuchungspersonen, welche die Vorstellungen ohne anwesende Therapeut_innen durchführen, erachten dies 45% als sinnvoll, während 55% die Anwesenheit eine/r Mitarbeiter_in befürworten würden. 10 Personen gaben hierzu keine Angabe. Bei den Informationsveranstaltungen, bei welchen ein/e Mitarbeiter_in der entsprechenden Einrichtung teilnimmt, wird dies von 95,2% als sinnvoll und positiv erachtet. Lediglich 4,8% - dabei handelt es sich hier um lediglich eine Untersuchungsperson - befürworten diese Teilnahme eines/einer Hauptberuflichen nicht. Vier Personen enthielten sich.

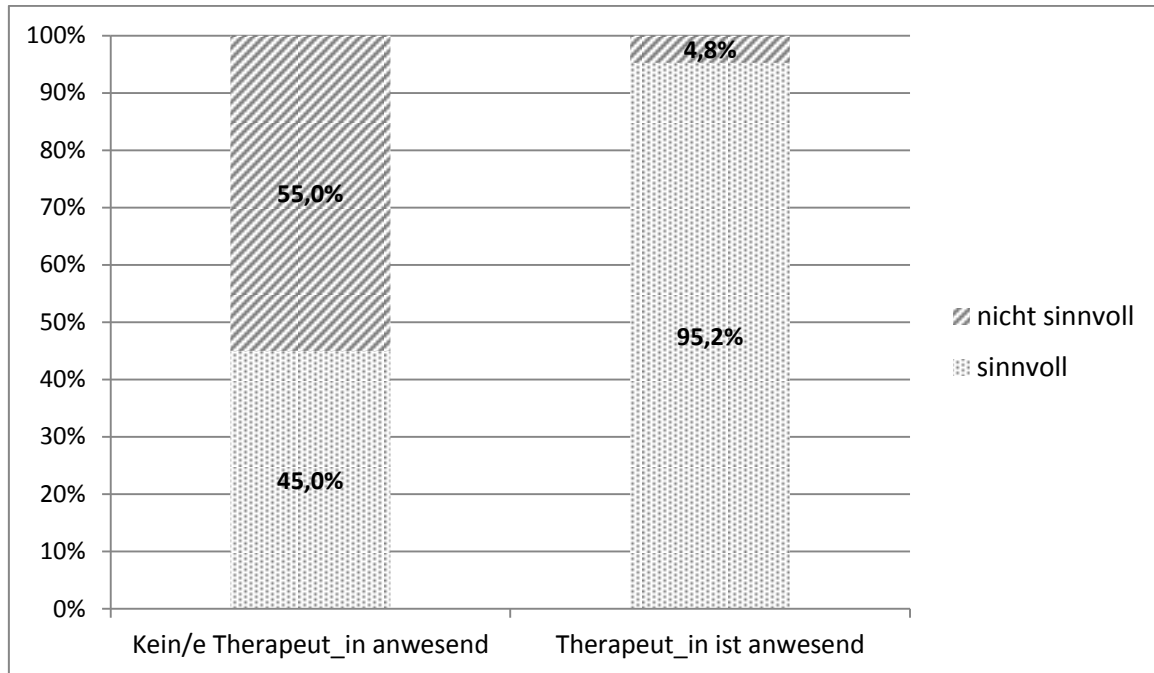


Abbildung 6: Prozentuale Anteile der erhobenen Ansichten über die Anwesenheit/ Abwesenheit von Therapeut_innen bei den Informationsveranstaltungen

In den beruflichen Suchthilfeeinrichtungen gibt es grundsätzlich unterschiedliche Umgangsweisen mit der Teilnahme der Patient_innen an den Selbsthilfe-Vorstellungen. 63,2% der befragten Gruppenleiter_innen befürworten eine verpflichtende Teilnahme aller Patient_innen im Laufe des Aufenthalts in der entsprechenden Einrichtung. Hierfür gibt es vielfältige Argumente. 25 Personen begründen die verpflichtende Teilnahme damit, dass der Erstkontakt zur Selbsthilfe bei freiwilliger Teilnahme oftmals nicht zustande kommen würde, es jedoch wichtig ist, dass die Patient_innen sich über Selbsthilfe informieren. 19 Personen begründen dies mit dem hohen Stellenwert der Selbsthilfe auf dem Weg in die Abstinenz. Weitere Argumente sind zudem, dass bezüglich des Erstkontakts oft eine große Hemmschwelle besteht und dass anfangs Desinteressierte oftmals im Laufe der Veranstaltung doch motiviert werden können, sich gezielt mit dem Thema Selbsthilfe auseinanderzusetzen. Einige Befragte gaben auch an, dass Vorurteilen gegenüber Selbsthilfegruppen nur durch eine verpflichtende Teilnahme an den Vorstellungen entgegengewirkt werden kann. 34% sprechen sich wiederum gegen die Pflicht einer Teilnahme an den Veranstaltungen in den Einrichtungen aus. Mehr als die Hälfte dieser argumentieren hierbei mit der Freiwilligkeit von Selbsthilfe. Um Betroffene für die Selbsthilfe zu begeistern, sei Zwang und Druck keinesfalls hilfreich. Ein weiterer wichtiger Grund ist, dass Desinteressierte die Informationsveranstaltungen oftmals massiv stören, so die Meinung der Gruppenleiter_innen.

Bezüglich der Frage mit wie vielen Mitgliedern sich die Selbsthilfegruppen bei den Vorstellungen repräsentieren, wurde festgestellt, dass dies in ca. 50% der Fälle genau zwei Vertreter_innen sind. Ca. 30% der Gruppenleiter_innen gaben an, mit ein bis zwei oder zwei bis drei Personen vorstellig zu werden. Hieran anknüpfend war von Interesse, nach welchen Kriterien diese Vertreter_innen der Gruppe ausgewählt werden. Die Häufigkeitsverteilungen der gültigen Antworten zeigt Abb. 7.

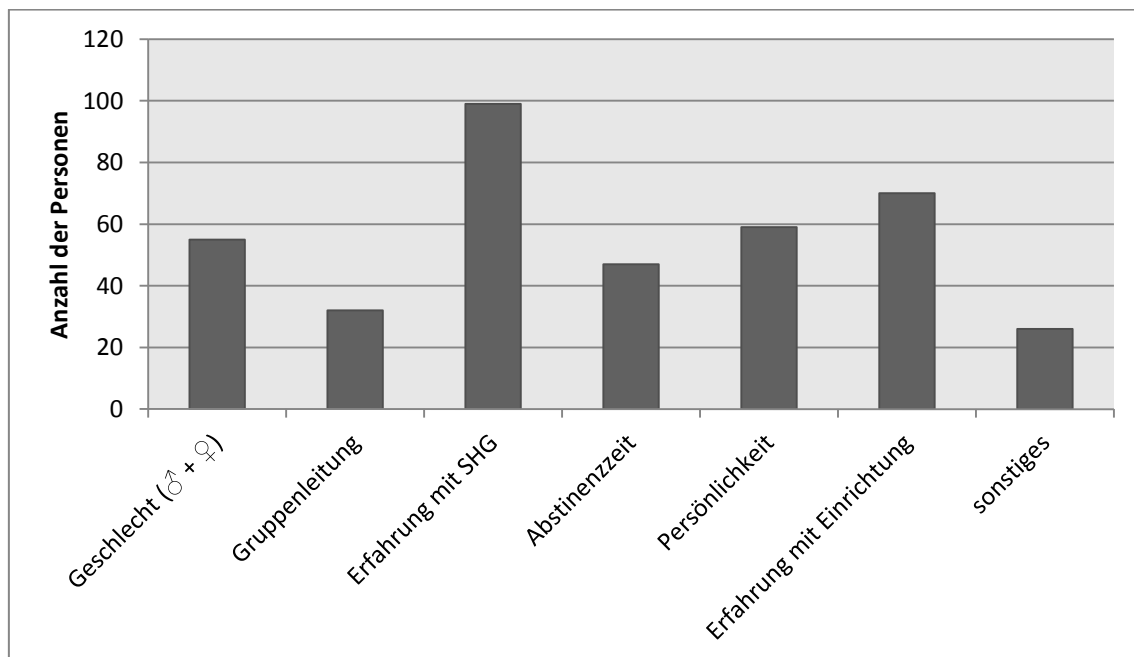


Abbildung 7: Anzahl der genannten Kriterien für die Auswahl der Vertreter_innen der SHG

70,2% der Befragten sehen hier in Verbindung mit anderen Kriterien vor allem die Erfahrung mit der Selbsthilfe, also die Länge der Mitgliedschaft als wichtige Voraussetzung an. Auch die persönliche Erfahrung mit der betroffenen Einrichtung wird von vielen befürwortet. Nur 22,7% der Befragten sind der Meinung, dass unter anderem die Gruppenleitung die Selbsthilfegruppe bei den Vorstellungen repräsentieren muss.

In Bezug auf die konkreten Methoden für die Vorstellungen der Selbsthilfe gaben 97,9% der Antwortenden unter anderem einen angestrebten „offenen Austausch“ zwischen den Anwesenden an. 38% dieser Personen nennen dies als alleinige Vorgehensweise bei den Veranstaltungen. 72 der betroffenen Gruppen leiten zudem Gesprächskreise an und 14 Gruppen arbeiten unter anderem mit (PowerPoint)Präsentationen. Zwei Personen machten hierzu keine Angabe. Im Anschluss an die Informationsveranstaltung erhalten die Patient_innen von 95,1% der erhobenen Selbsthilfegruppen zusätzlich schriftliches Informationsmaterial. Hierbei handelt es sich größtenteils um ein Gruppenverzeichnis und Kontaktadressen. Auch Informationen über die eigene Gruppe und/oder den Verband werden den Interessierten oft an die Hand gegeben. 76,8% der Gruppenvertreter_innen,

welche Material aushändigen, verteilen mindestens zwei der genannten schriftlichen Informationen. Abschließend war auch von Interesse, ob die Untersuchungspersonen nach dem Besuch in der Einrichtung ein Feedback von den Therapeut_innen und/oder Patient_innen über ihre Vorstellungen bekommen. Von den gültigen Antworten gaben 17,1% der Vorstellenden an, immer ein Feedback zu bekommen, bzw. dies einzufordern. Der Großteil von 63,6% bekommt gelegentlich eine Rückmeldung zur Informationsveranstaltung und 19,3% bekommen dies grundsätzlich nicht.

7.2 Erfahrungswerte der Befragten

Neben den erhobenen Vorgehensweisen und Rahmenbedingungen bezüglich der Vorstellungen der Selbsthilfegruppen in der professionellen Suchthilfe, sollten auch individuelle Erfahrungen und Wünsche der Gruppenleiter_innen beleuchtet werden. Dies erfolgte im Fragebogen anhand von offenen Fragen, welche von den Gruppenleiter_innen frei beantwortet wurden. Hierbei war zunächst von Interesse, welche positiven Erfahrungen im Sinne von gelungenen und erfolgreichen Informationsveranstaltungen bislang gemacht wurden. Am häufigsten (30% der gültigen Antworten) wurde notiert, dass eine Vorstellung gelungen sei, wenn intensive Dialoge und ein reger Austausch zwischen den anwesenden Patient_innen und Selbsthilfe-Vertreter_innen zustande kommen. Ebenso viele Personen erachten ihre Vorstellung als gelungen, wenn in diesem Zusammenhang die Betroffenen anschließend den Weg in die Selbsthilfegruppe finden und somit von den Vertreter_innen für diese begeistert werden konnten:

„Wöchentlicher Motivationsbesuch in Entgiftung (Krankenhaus): Ein am Tropf hängender und sehr leidender Patient war schon durch die offenen Gespräche sehr angetan und wurde sich erst richtig bewusst, in welcher nicht lebenswerten Scheinwelt er sich eigentlich befand. Seine Sehnsucht nach einem veränderten Leben war echt und er meldete sich einige Tage später wegen einer Therapie bei der Caritas. Danach kam er als Besucher in unsere SHG, ist inzwischen Mitglied und macht eine Ausbildung zum Gruppenleiter und Suchtkrankenhelfer.“

Des Weiteren sehen 21% der Antwortenden eine Vorstellung als besonders positiv an, wenn im Laufe des gemeinsamen Austauschs eine Vertrauensbasis entsteht, sodass sich die anwesenden Patient_innen öffnen und über ihrer eigenen Erfahrungen und Sorgen sprechen. Auch das Gefühl, dass die angebotene Hilfestellung der Gruppenleiter_innen bei den Betroffenen ankommt und diese schließlich von den Informationen profitieren, wird von vielen Befragten als Aspekt eines gelungenen Kontakts formuliert.

„Ich freue mich immer, wenn Patienten notgedrungen mit einem mürrischen Gesicht zu den Infoabenden kommen und mir zum Schluss die Hand schütteln und sich für die interessanten Ausführungen bedanken. Das Beste ist natürlich, wenn jemand aufgrund meiner Infos zu mir in die Gruppe kommt.“

In diesem Zusammenhang wird es auch als bereichernd angesehen, wenn die Vertreter_innen feststellen, dass das kritische Bild von Selbsthilfe seitens der Patient_innen korrigiert werden konnte. 10% sehen hier einen besonders positiven Aspekt der Vorstellungen, wenn also aus anfänglichem Desinteresse und Vorurteilen ehrliches Interesse an Selbsthilfe entsteht. Ebenso viele notierten zudem, dass eine Veranstaltung auch gelungen sei, wenn aus der Darstellung der persönlichen Suchtgeschichte des/der Vorstellenden eine gute Resonanz seitens der Patient_innen resultiere. Einige Gruppenleiter_innen verwenden zudem bestimmte Methoden, bzw. Aktivitäten, welche sich bewährt haben um einen regen Austausch zu fördern. Hierzu zählt z.B. das Abspielen von Filmen oder Liedern, gemeinsames Kaffeetrinken/ Mittagessen oder die Anwesenheit von Angehörigen. Positiv bewertet wurde auch, wenn die Anwesenden die Notwendigkeit von Selbsthilfe erkennen und die Therapeut_innen diese bereits im Vorfeld über die Vorstellungen informieren und somit Motivationsarbeit leisten. 45 Personen machten keinerlei Angaben zu positiven Erfahrungen.

Als besonders negativ wird eine Informationsveranstaltung von den Gruppenleiter_innen dann bewertet, wenn die Vorstellung durch desinteressierte und teilweise aggressive Patient_innen massiv gestört wird (23% der gültigen Antworten). Knapp ebenso häufig wird ganz allgemeines Desinteresse der Teilnehmer_innen als Beispiel für rückblickend negative Vorstellungen genannt, da die Informationen und Hilfestellungen hier nicht angenommen werden. Hierzu zählen auch Patient_innen, welche aufgrund persönlicher Vorurteile und schlechter Erfahrungen die Selbsthilfe vehement ablehnen und dies auch vor anderen Patient_innen während der Vorstellungen vertreten (15%).

„Ein Patient [...] hat die Veranstaltung nach dem Motto ‚alles Lug und Trug‘ dermaßen gestört, dass Personen, die anfangs ein gewisses Interesse gezeigt haben, nach und nach gingen. Er selbst verließ die Maßnahme erst (obwohl mehrfach dazu aufgefordert), als er offensichtlich sein Ziel erreicht hatte. Die Rücksprache mit dem Personal der Einrichtung zeigte, dass von deren Seite kein großes Interesse besteht – sind ja doch alles hoffnungslose Fälle.“

Auch organisatorische Defizite seitens der Einrichtungen und der Eindruck, dass von den Professionellen kein Interesse an den Vorstellungen der Selbsthilfe besteht, werden rückblickend von vielen als besonders negativ wahrgenommen. Hieran anknüpfend wurde auch genannt, dass bereits des Öfteren im Vorfeld nicht ausreichend über die Veranstaltungen informiert wurde:

„Da seitens der Einrichtung kein Interesse bestand die Patienten zu uns zu schicken, saßen wir auch schon mal alleine in der Einrichtung.“

Weitere negative Erfahrungen beziehen sich zudem auf mangelnde Erfahrungen und falsche Methoden der Vorstellenden. Hierzu zählt vor allem, den Betroffenen nicht auf

Augenhöhe zu begegnen, sondern sich z.B. durch die eigene lange Abstinenzzeit über diese zu stellen. Auch das Fehlen eines geeigneten Raums und eine zu große Patient_innen-Gruppe durch verpflichtende Teilnahme an den Veranstaltungen, werden von einigen Untersuchungspersonen als Beispiele für misslungene Vorstellungen genannt. 65 Befragte gaben keinerlei Aspekte einer negativen Vorstellung an.

Abschließend wurden die Gruppenleiter_innen im Fragebogen auch gebeten, offen zu beschreiben, wie eine perfekte Vorstellung der Selbsthilfe in beruflichen Einrichtungen unter für sie optimalen Bedingungen aussehen würde. Die häufigsten Antworten sind in verkürzter Form Abb. 8 zu entnehmen.

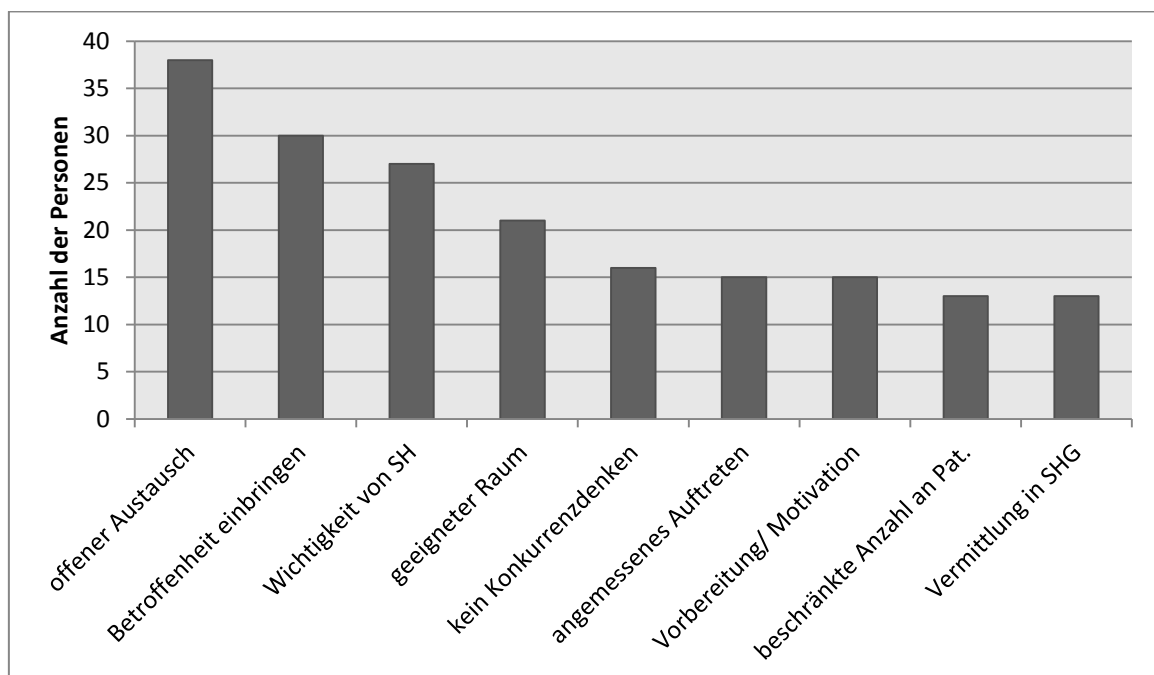


Abbildung 8: Anzahl meist genannter Aspekte einer optimalen Informationsveranstaltung

Deutlich zu erkennen ist, dass als häufigster Aspekt einer optimalen Vorstellung von 38 Untersuchungspersonen das Zustandekommen eines offenen Austauschs genannt wurde. Hierzu gehört aus Sicht der Befragten vor allem die aktive Teilnahme aller Anwesenden im Sinne eines Austauschs über gegenseitige Erfahrungen und Probleme, sowie intensive Fragerunden. Offene und ehrliche Dialoge zwischen den Beteiligten werden somit als Hauptkriterium einer optimalen Informationsveranstaltung angesehen. Am zweithäufigsten wurde von den Gruppenleiter_innen notiert, dass die Vorstellenden ihre eigene Betroffenheit und die eigenen Erfahrungen mit Sucht und den entsprechenden Hilfesystemen offen und authentisch einbringen sollten. Der Grundsatz der Hilfe von Betroffenen für Betroffene sollte hier durch die Begegnung auf Augenhöhe klar werden. Teils divergierende Meinungen gibt es hingegen über den Umfang der Darstellung der eigenen Suchtgeschichte.

„[...] nicht so viel von seiner eigenen Suchtkarriere reden, die haben sie alle selber! Sondern Tipps geben (!!!) um den Alltag zu bewältigen, der im 1. Jahr am schwierigsten ist (wie geht das mit meinen Kollegen auf Feiern, in der Familie, mit Freunden ohne Alkohol in der Zukunft??)“

Weiterhin ist eine optimale Vorstellung von Selbsthilfe für 27 Befragte, wenn von den Vertreter_innen detailliert die Wichtigkeit der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe erläutert wird. Genaue Informationen sollen darüber gegeben werden, was Selbsthilfe ausmacht. Hier sind die Untersuchungspersonen der Ansicht, dass auf die Gesamtheit der Selbsthilfegruppen hingewiesen werden muss und nicht nur Werbung für die eigene Gruppe erfolgen sollte. Als grundlegende Bedingung für positive Informationsveranstaltungen wurde zudem häufig erneut die Bereitstellung eines geeigneten Raums mit ruhiger, ungestörter Atmosphäre durch die Einrichtung genannt. 16 Gruppenleiter_innen notierten des Weiteren, dass es kein Konkurrenzdenken zwischen den beiden Hilfesystemen geben darf, sondern dass konstruktiv zusammengearbeitet werden muss. Durch die gegenseitige Wertschätzung würde dann auch den Betroffenen die gegenseitige Ergänzung der Hilfen deutlich werden.

„Die Patienten haben am Ende der Veranstaltung verstanden, dass sich die beruflichen und die ehrenamtlichen Hilfen ergänzen. Die berufliche Hilfe ist eine befristete intensive Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit der eigenen Situation. Die ehrenamtliche Hilfe ist unbefristet, wie die Suchterkrankung.“

Für eine optimale Vorstellung ist es für jeweils 15 Untersuchungsteilnehmer_innen zum einen von entscheidender Bedeutung, dass die Patient_innen von der Einrichtung im Vorhinein auf die Vorstellungen vorbereitet werden. Zum anderen müssen die Vorstellenden ein authentisches, selbstbewusstes und fachlich kompetentes Auftreten, sowie Einfühlungsvermögen gegenüber den Patient_innen besitzen.

„SHG-Vertreter müssen sehr flexibel den Interessierten ggü. sein; momentane Befindlichkeit der Betroffenen sollte erahnt/ erfüllt werden [...]. Eine solche Veranstaltung sollte kein Anfänger durchführen, er sollte ‚Sattelfest‘ sein in seiner Fachkompetenz und seinem Auftreten und in der Schlagfertigkeit.“

Die Wünsche der Befragten hinsichtlich einer optimalen Veranstaltung in den Einrichtungen beinhalten zudem eine maximale Anzahl an Teilnehmer_innen. Einig sind sich die Gruppenleiter_innen diesbezüglich darüber, dass die Patient_innen-Gruppen nicht zu groß sein dürfen. Die Vorstellungen über eine optimale Anzahl an Personen variiert jedoch erheblich. Schließlich wurde von einem erwähnenswerten Anteil an Gruppenleiter_innen auch notiert, dass die Vorstellenden bei der Suche nach einer geeigneten Selbsthilfegruppe vermittelnden Charakter haben müssen und den Interessierten in diesem Zusammenhang Hilfestellungen geben. Weitere Anregungen für eine optimale Vorstellung der Selbsthilfe, welche nicht in Abb.8 aufgeführt sind, zeigen

außerdem den Wunsch nach Feedbacks, um die eigene Vorgehensweise zu reflektieren, die Möglichkeit von Einzelgesprächen und das Zusammensitzen der Teilnehmer_innen in einem Stuhlkreis, um eine lockere Atmosphäre ähnlich einem Gruppenabend der Selbsthilfe zu erzeugen. Einige Gruppenleiter_innen gaben bereits konkrete Abläufe der Vorstellungen an, welche sich in der Vergangenheit bewährt haben. Diese Abläufe beinhalten schwerpunktmäßig die zuvor aufgeführten Aspekte.

7.3 Good-Practice-Beispiele

Neben der allgemeinen Auswertung der Vorgehensweisen und Erfahrungen der Gruppenleiter_innen, ist es auch von Interesse, bereits bestehende Beispiele einer gelungenen Umsetzung der Zusammenarbeit von Ehrenamt und beruflichen Hilfen in der Suchtkrankenversorgung zu beleuchten. In diesem Zusammenhang wird der Fokus hier speziell auf die Fragebögen von Gruppenleiter_innen gerichtet, welche den aktuellen Zustand ihrer Kooperationsstrukturen als „sehr gut“ bezeichnen (17,76%) und somit als Good-Practice-Beispiele dienen.

Geht man davon aus, dass die Aspekte für eine Vorstellung erfolgsversprechenden sind, welche am häufigsten von der Gesamtgruppe in der Befragung genannt wurden, kann festgestellt werden, dass diese von der Good-Practice-Gruppe grundsätzlich unterstützt und gestärkt werden. Während 68,8% der Gesamtgruppe angibt, dass es einen festen Verantwortlichen für die Kontaktaufnahme zu den Einrichtungen gibt, bestätigen dies in der Vergleichsgruppe sogar 88,9% der Untersuchungspersonen. Ähnliches lässt sich auch bezüglich der Frage nach der konkreten Kooperationsform erkennen. 86,3% der Gesamtgruppe organisieren regelmäßig Informationsveranstaltungen für die Patient_innen, nur 6,4% kooperieren lediglich indirekt mit den Einrichtungen, ohne dabei persönlichen Kontakt aufzunehmen. Im Vergleich hierzu gibt es Informationsveranstaltungen bei 92,6% der Good-Practice-Beispiele, während hier lediglich 3,7% indirekte Kooperationsstrukturen aufweisen. Bezüglich des Turnus, in welchem sich die Gruppen in der beruflichen Suchthilfe vorstellen, sind in den beiden Gruppen keine Unterschiede erkennbar. Die benannte Wichtigkeit eines offenen Austauschs zwischen Vertreter_innen der Selbsthilfe und den Patient_innen wird von der Good-Practice-Gruppe insgesamt bestätigt. 100% dieser Gruppe nennen diesen offenen Dialog als Methode im Rahmen der Vorstellungen. Ein angeleiteter Gesprächskreis durch die Vorstellenden wird von 63% dieser Gruppe als Methode bestätigt und liegt somit ca. 20% über der Gesamtgruppe.

Die Häufigkeitsverteilungen der Ansichten darüber, ob die Anwesenheit, bzw. Abwesenheit eines/einer Therapeut_in bei den Veranstaltungen sinnvoll ist, spiegelt sich grundsätzlich auch in der Gruppe der Beispiele gelungener Praxis wieder. Während jedoch bei Teilnahme eines/einer Mitarbeiter_in der Einrichtung immerhin noch 6% der Gesamtgruppe angeben, dass dies nicht sinnvoll sei, wird dies von keinem der Befragten aus der Vergleichsgruppe bestätigt. Die Befragten der Good-Practice-Gruppe sehen diese Anwesenheit somit ohne Ausnahme als sinnvoll an. Gegenteiliges ist wiederum festzustellen, wenn Therapeut_innen grundsätzlich nicht an den Vorstellungen teilnehmen. Hier liegt der Anteil der Gesamtgruppe, welche diese Abwesenheit befürworten, rund 10% unter der Vergleichsgruppe. Die stark divergierenden Meinungen über die verpflichtende Teilnahme der Patient_innen an den Veranstaltungen zeigen sich zudem verstärkt in der Gruppe guter Praxis. Im Vergleich zu 61,6% der Gesamtgruppe, sprechen sich hier nur 51,5% der Befragten für eine verpflichtende Teilnahme aus. Inwiefern zwischen den Vergleichsgruppen Unterschiede bezüglich eines Feedbacks nach der Vorstellung der Selbsthilfe bestehen, zeigt Abb. 9. Der Anteil der Good-Practice-Gruppe, welcher grundsätzlich nach den Vorstellungen eine Rückmeldung der Einrichtung erhält, ist hier fast dreifach so hoch wie der Wert der Gesamtgruppe.

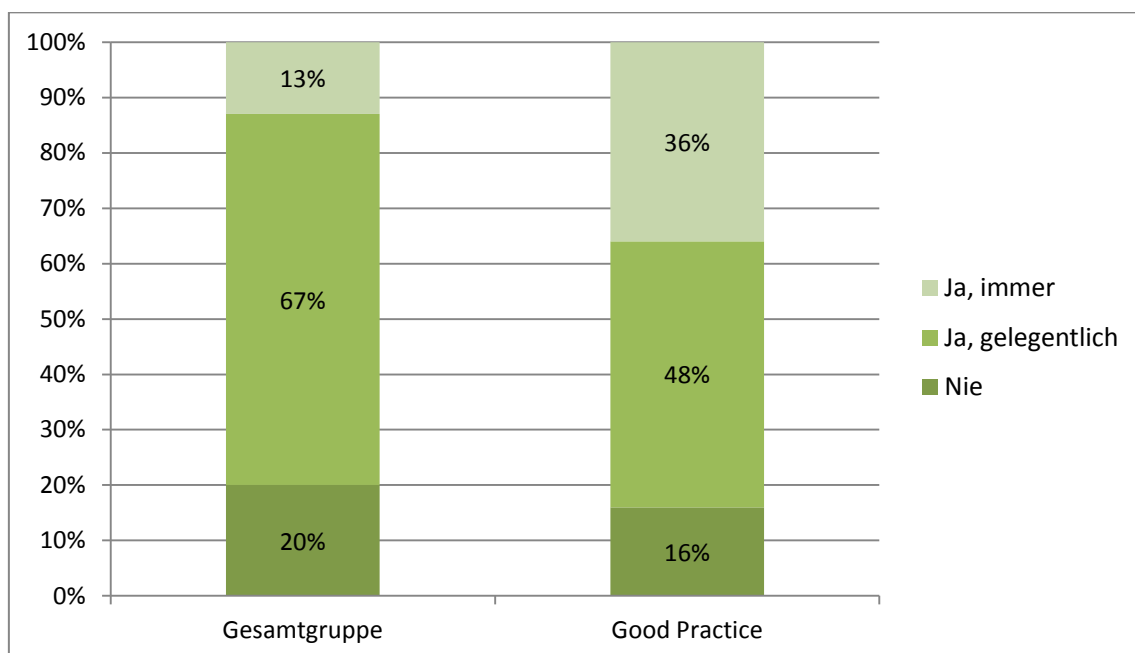


Abbildung 9: Prozentuale Anteile der Häufigkeit eines Feedbacks nach der Vorstellung

Bei der Frage nach einer für die Gruppenleiter_innen perfekten Informationsveranstaltung, steht auch im Rahmen der Good-Practice-Beispiele ein vertrauensvoller offener Austausch mit den Patient_innen an erster Stelle. Neben der konkreten Vorstellung, was Selbsthilfe ausmacht und warum diese sinnvoll und wichtig ist, geht es somit in erster

Linie darum, in ein offenes Gespräch zu kommen. Zudem wird auch hier darauf hingewiesen, dass es wichtig sei, nicht nur die eigene Selbsthilfegruppe vorzustellen, sondern ein umfassendes Bild von Selbsthilfe darzustellen. Auch die Wichtigkeit entsprechender Rahmenbedingungen, wie ein ungestörter Raum, Motivation der Patient_innen durch die Mitarbeiter_innen der Einrichtung oder die Möglichkeit Einzelgespräche einzuräumen, werden von den Befragten thematisiert. Ein optimaler Ablauf einer Vorstellung wird von einem Befragten beispielsweise wie folgt beschrieben:

- „1. sich als Mitarbeiter der SHG kurz vorstellen und offen von sich sprechen (suchmittelfrei seit.../ in der Gruppe seit...) max. 5 min*
- 2. kurz die SHG vorstellen: Besucherzahl, kurzer Ablauf der Gruppenstunde, Arbeitsweise...*
- 3. das Gespräch suchen, Fragen beantworten, Vorurteile aufnehmen, Vertrauen aufbauen*
- 4. alles ohne Mahnungen/ Drohungen/ Besserwisserei; wertefrei sprechen*
- 5. nachfragen ohne den Patienten zu ‚verhören‘“*

Als übergreifende Bedingungen für eine gute Vorstellung von Selbsthilfe, von der alle Beteiligten profitieren, wird von der Gruppe der Good-Practice-Beispiele Offenheit, Ehrlichkeit, das Schaffen einer Vertrauensbasis und Authentizität der Selbsthilfe-Vertreter_innen angegeben. Auch die Weitergabe der eigenen Erfahrungen stellt für sie einen entscheidenden Aspekt gegenüber den Patient_innen dar.

8. Diskussion

Wie bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit mehrfach erläutert, stellt die Zusammenarbeit von Suchtselbsthilfe und beruflicher Suchthilfe ein wichtiges und notwendiges Handlungsfeld in der deutschen Suchtkrankenversorgung dar. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen, dass dies nicht nur von der Fachwelt erkannt wurde. Auch aus Sicht der Gruppenleiter_innen einer eigenen Selbsthilfegruppe wird eine Kooperation als äußerst wichtig erachtet. Damit eine erfolgreiche Kooperation zustande kommt, wurde bereits von Bachl und Stark (2003) (vgl. Kap. 4) als wichtigste Bedingung die gegenseitige Wertschätzung der Arbeitsfelder erkannt. Dies lässt sich durch die Aussagen der befragten Gruppenleiter_innen eindeutig belegen. Im Zuge dieser Wertschätzung und Akzeptanz der gegenseitigen Kompetenzen, sollen sich die ehrenamtliche und berufliche Suchthilfe laut der Befragung unbedingt auf Augenhöhe begegnen. Konkurrenzdenken zwischen den Arbeitsfeldern sei eine der größten Barrieren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Diese Aspekte wurden von den Gruppenleiter_innen als Antworten auf unterschiedliche Fragestellungen genannt. Die explizite und häufige Erwähnung lässt darauf schließen, dass diese geforderte Wertschätzung zwischen den Suchthilfesystemen noch keinesfalls selbstverständlich ist. In der Fachliteratur ist diesbezüglich zunehmend von einem positiven Einstellungswandel die Rede (z.B. Matzkat, 2004). In der Realität jedoch scheint sich dies für die Kooperation von Selbsthilfe und beruflicher Suchthilfe noch als problematisch herauszustellen. Um gegenseitigen Vorurteilen entgegenzuwirken, muss als Grundlage eine Wissensbasis über die Aufgabenfelder und Arbeitsweisen des jeweils anderen Hilfesektors bestehen. Sowohl die Ergebnisse von Bachl und Stark (2003), als auch die Auswertung der vorliegenden Exploration belegen diese grundlegende Voraussetzung für eine Zusammenarbeit.

Wie vermutet, stellen Informationsveranstaltungen, also Vorstellungen von Selbsthilfe in Suchthilfeeinrichtungen, die typische direkte Kooperationsform dar. Auf diese Weise treten die Selbsthilfe-Vertreter_innen in Kontakt mit den Patient_innen und haben so die Möglichkeit ein angemessenes Bild von Selbsthilfe zu präsentieren und bestenfalls Motivation bezüglich eines Gruppenbesuches zu erzeugen. Die unterschiedlichen Angaben über den Turnus, in welchem die Einrichtungen von den Selbsthilfegruppen aufgesucht werden, lassen sich vermutlich auf die verschiedenen Einrichtungsformen und deren Aufenthaltsdauer für die Patient_innen zurückführen. Ein Großteil der Befragten gab an, monatlich Kontakt zu den Einrichtungen zu haben. Da Entgiftungen in der Befragung als häufigster Kooperationspartner genannt wurden, ist dieser Turnus hier

schlüssig. Die Patient_innen befinden sich in der Regel ca. zwei bis drei Wochen in der Entgiftungsphase, sodass ein monatlicher Besuch der Selbsthilfe hier im Gegensatz zu Fachkliniken sinnvoll ist.

Über ganz konkrete Good-Practice-Beispiele der Vorstellungen lassen sich nur schwer allgemeine Aussagen treffen, welche von den Ergebnissen gestützt werden. Setzt man insbesondere die Ergebnisse der offenen Fragestellungen in Beziehung zueinander, lassen sich hier Rahmenbedingungen herauskristallisieren, die für eine positive Vorstellung von Selbsthilfe gegeben sein müssen. In diesem Zusammenhang lässt sich zunächst klar erkennen, dass förderliche und hinderliche Bedingungen einer erfolgreichen Kooperation bei allen beteiligten Akteuren auftreten können. Eine Informationsveranstaltung wird durch die Befragten dann als positiv bewertet, wenn ein Zusammenspiel aus dem Engagement der Selbsthilfe-Vertreter_innen, der betroffenen Einrichtung und den anwesenden Patient_innen gegeben ist. Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass auf allen Seiten bestimmte Grundvoraussetzungen erfüllt sein müssen, um von Beispielen guter Praxis sprechen zu können (vgl. Abb. 10).

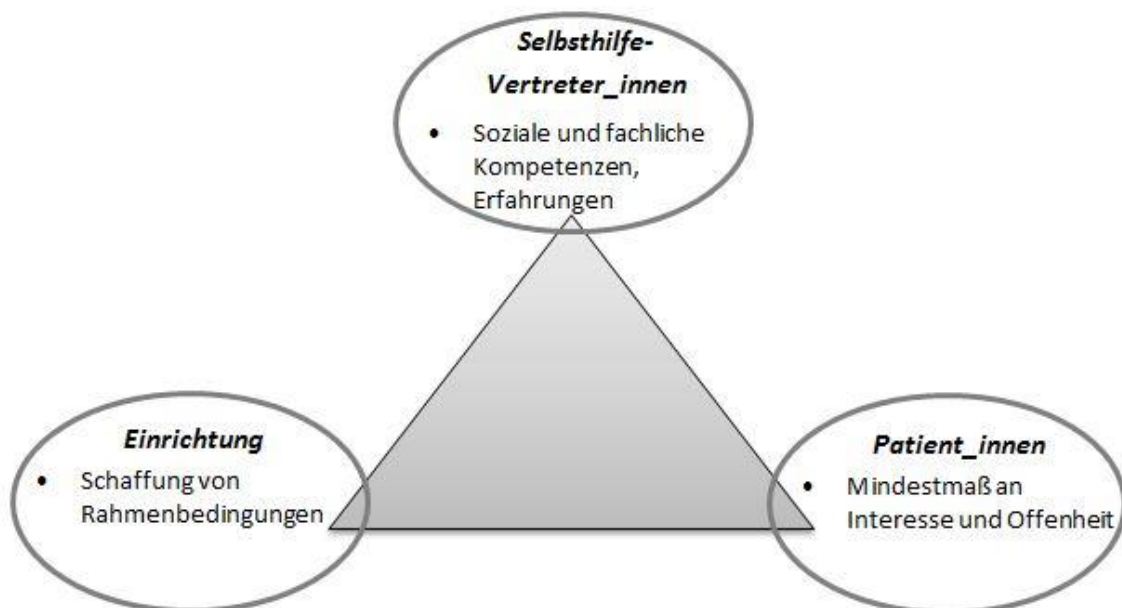


Abbildung 10: Zusammenspiel der beteiligten Akteure im Sinne von Good-Practice-Vorstellungen

Die professionellen Suchthilfeeinrichtungen sind in diesem Zusammenhang vor allem gefragt, einen geeigneten Rahmen für die Informationsveranstaltungen zu schaffen. Dies bedeutet in erster Linie ein Umfeld zur Verfügung zu stellen, in welchem eine ruhige, ungestörte Atmosphäre gewährleistet ist. Auch wenn diese Voraussetzung zunächst banal klingen mag, wurden in den Fragebögen zunehmend schlechte Erfahrungen mit den Räumlichkeiten der Einrichtungen genannt. Des Weiteren sollen die Patient_innen

von den Therapeut_innen im Vorfeld der Selbsthilfe-Vorstellung informiert und bestenfalls motiviert werden. Die Einrichtung soll somit ein klares Interesse an der Zusammenarbeit zeigen, den Selbsthilfe-Gedanken unterstützen und diesen auch nach außen tragen. Ein weiteres Beispiel für einrichtungsinterne Absprachen stellen Regelungen zur Anwesenheit von therapeutischem Personal während der Vorstellung dar. Die Ergebnisse zeigen, dass es hier unterschiedliche Handhabungen in den Einrichtungen gibt. Interessant ist insbesondere die Meinung der befragten Gruppenleiter_innen zu diesen Regelungen. Bei den Selbsthilfe-Vertreter_innen, bei deren Veranstaltungen keine Mitarbeiter_innen der Einrichtung anwesend sind, bestehen relativ ausgeglichene Ansichten darüber, ob dies sinnvoll sei oder nicht. Ist jedoch ein/e Mitarbeiter_in anwesend, wird dies im Gegensatz dazu von beinahe allen betroffenen Gruppen befürwortet. Diese Anwesenheit wird somit offensichtlich sehr positiv bewertet und als Unterstützung wahrgenommen. Im Sinne zukünftiger Optimierungen der Selbsthilfe-Vorstellungen, könnte hier also durchaus Handlungsbedarf bei den Einrichtungen bestehen. Bezüglich einer verpflichtenden Teilnahme der Patient_innen an den Vorstellungen in den entsprechenden Einrichtungen lässt sich statistisch gesehen zunächst kein Rückschluss auf Beispiele guter Praxis machen. Vor dem Hintergrund zunehmend bestehender Vorurteile, Hemmnisse oder Unkenntnis der Betroffenen gegenüber Selbsthilfegruppen, erscheint die feste Einbindung eines mindestens einmaligen Kontakts zur Selbsthilfe in das Therapiekonzept der entsprechenden Einrichtungen sinnvoll. Nur auf diese Weise kann Ablehnungsgründen entgegengewirkt und somit die Möglichkeit eines nahtlosen Übergangs nach der Behandlung eröffnet werden.

Neben den Rahmenbedingungen der Einrichtung hängt ein gelungener Ablauf der Informationsveranstaltungen auch von den anwesenden Patient_innen ab. Diese arbeiten bestenfalls aktiv mit, damit sich ein reger Austausch über die Selbsthilfe entwickelt. Zumindest sollten die Patient_innen sich jedoch nicht völlig gegenüber der Vorstellung verschließen. Insbesondere aggressives Verhalten und vehemente Ablehnung des Selbsthilfegedankens können sich hier sehr negativ auf die gesamte Informationsveranstaltung auswirken. Wenn sich bei den Patient_innen jedoch aus anfänglicher Skepsis und Desinteresse im Laufe der Vorstellung ein interessierter Austausch entwickelt, ist dies für die Gruppenleiter_innen ein besonders positiver Effekt. Allgemein sollte im Sinne einer erfolgreichen Vorstellung ein Mindestmaß an Interesse und Offenheit seitens der Betroffenen vorhanden sein.

Eine Schlüsselfunktion bezüglich möglicher Good-Practice-Vorstellungen kommt natürlich den entsprechenden Vertreter_innen der Selbsthilfegruppen zu. Hier belegen die

Ergebnisse zunächst, dass idealerweise zwei Mitglieder einer Gruppe die Vorstellungen in den Einrichtungen gemeinsam durchführen. Diese sollten einen großen Erfahrungsschatz bezüglich der Selbsthilfearbeit aufweisen und möglichst auch Erfahrungen mit der betroffenen Einrichtung haben. Authentizität, Empathie und ein offener Umgang mit den Patient_innen sind laut den Ergebnissen weitere wichtige Bedingungen bei der Auswahl der Personen, welche die Selbsthilfegruppe repräsentieren. Auch Vorstellungsteams, welche aus beiden Geschlechtern besetzt sind oder das Mitbringen von Angehörigen kann sich durchaus gesprächsfördernd und somit positiv auswirken. Zielsetzung der Vorstellenden ist es primär, zu präsentieren, was Selbsthilfe ausmacht und über die zahlreichen Angebote zu informieren. Die Betroffenen für die eigene Gruppe zu begeistern ist ebenfalls Ziel der Vorstellung, jedoch laut den Ergebnissen nebensächliche Intention der Gruppenleiter_innen. Im Vordergrund sollte bei Interesse die Vermittlung in eine Gruppe stehen, mit welcher sich die Betroffenen am besten identifizieren können. Dies muss nicht zwangsläufig die Gruppe der Vorstellenden sein. Die Methode, bzw. Vorgehensweise in nahezu allen Vorstellungen ist ein offener Austausch zwischen den Selbsthilfe-Vertreter_innen und den anwesenden Patient_innen. Es geht den Vorstellenden also grundsätzlich nicht nur um die Weitergabe von Informationen und die Aufklärung über die Angebote von Selbsthilfe im Sinne einer Präsentation. Vielmehr steht hier der Dialog im Vordergrund. Die Veranstaltung soll offenbar bestenfalls ähnlich einem Gruppenabend der Selbsthilfe ablaufen. Es soll darum gehen Vertrauen aufzubauen, Ängste abzubauen und offen über Sorgen und Erfahrungen zu sprechen. Auf diese Weise wird deutlich, dass das Selbstverständnis von Selbsthilfe (vgl. Kap. 3.1) bereits bei den Vorstellungen in den Einrichtungen latent vorhanden ist. Im Mittelpunkt steht hier somit die Begegnung mit anderen Betroffenen, welche sich bereits in einer weiter fortgeschrittenen Phase der Abstinenz befinden und auf diese Weise auch Tipps und Erfahrungen weitergeben können. Laut den Gruppenleiter_innen geht es in diesem Zusammenhang darum, die Patient_innen „dort abzuholen, wo sie sich gerade befinden“. Der Fokus sollte bei den Vorstellungen also immer auf der Hilfestellung bei dem Weg in die Abstinenz liegen und nicht auf Werbung für die eigene Gruppe. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Ergebnissen von Borgetto und Klein (2007) (vgl. Kap. 4), da auch hier erkannt wurde, dass eine reine Informationsweitergabe nicht ausreicht, sondern immer mit Kommunikation, Motivation und Vermittlung einhergehen sollte. Basis der Arbeit der Selbsthilfe ist wie bei allen Gruppenabenden das offene Gespräch. Unterstützt wird dies in den Informationsveranstaltungen häufig durch einen Stuhlkreis und eine nicht zu große Anzahl an Teilnehmer_innen, damit eine vertrauliche und persönliche Atmosphäre

entstehen kann. Als guter Einstieg in den offenen Austausch dient meist das Einbringen der eigenen Suchtgeschichte und Erfahrungen seitens der Selbsthilfe-Vertreter_innen. Auf diese Weise entsteht mit den Patient_innen eine Begegnung auf Augenhöhe und für diese das Gefühl verstanden zu werden. Dies soll den Patient_innen zudem auch Mut machen, sich selbst zu öffnen. Des Weiteren können auch gemeinsame Aktivitäten das Kennenlernen der Selbsthilfe auflockern und somit das offene Gespräch fördern. Es kann durchaus positiv sein, den Vertreter_innen zunächst in offener Atmosphäre zu begegnen. Als Beispiele wurden von den Gruppenleiter_innen unter anderem Begegnungen auf der „Raucherinsel“ der Einrichtung, sowie gemeinsames Kaffeetrinken oder Mittagessen als Einstieg in den gemeinsamen Nachmittag genannt. Insbesondere für skeptische und verschlossene Patient_innen könnte dies sinnvoll sein, da hier bereits erste lockere Gespräche entstehen, die noch nicht im Kontext der Selbsthilfe stehen. Schließlich ist es am Ende der Vorstellung wichtig, die Informationen über Selbsthilfe durch schriftliche Handreichungen zu festigen. Insbesondere durch das Austeilen eines Gruppenverzeichnisses und Kontaktadressen soll es den Patient_innen bei Bedarf und Interesse erleichtert werden, Kontakt aufzunehmen. Nach der Vorstellung ist zudem ein Feedback durch die Therapeut_innen und Patient_innen sinnvoll. Auf diese Weise kann die eigene Vorgehensweise reflektiert und der Ablauf im Sinne von Good Practice gegebenenfalls modifiziert werden.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass es kein Patentrezept für eine gelungene Vorstellung von Selbsthilfe gibt, aufgrund dessen die Patient_innen anschließend eine Gruppe besuchen. Die erhobenen Aspekte stellen hier lediglich einen Orientierungsrahmen dar, der sich in der Vergangenheit bewährt hat und sich daher durchaus positiv auswirken kann. Um in der Realität jedoch von einem Good-Practice-Beispiel sprechen zu können, muss im Rahmen der Vorstellungen insbesondere das Zusammenspiel der beteiligten Akteure funktionieren (vgl. Abb. 10.). Außerdem darf seitens der Selbsthilfe, als auch der professionellen Suchthilfe keineswegs außer Acht gelassen werden, dass Kooperation hier in erster Linie heißt, die Betroffenen auf dem Weg in die Abstinenz gemeinsam zu unterstützen. Patientenorientiertes Arbeiten muss somit klarer Mittelpunkt einer Zusammenarbeit sein.

9. Fazit

Selbsthilfegruppen für Abhängigkeitskranke haben in Deutschland eine lange Tradition und stellen als Ergänzung zur beruflichen Suchthilfe eine wichtige Säule in der Suchtkrankenversorgung dar (Leune, 2014). Insbesondere im Bereich der Nachsorge nimmt die regelmäßige Begegnung mit anderen Betroffenen einen wichtigen Stellenwert ein. Wenn der Schutzraum der Therapieeinrichtung verlassen wird, steht im Rahmen der Selbsthilfegruppenarbeit vor allem die Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags und die Begleitung in eine zufriedene Abstinenz im Vordergrund. Die Selbsthilfegruppe wirkt zudem sowohl rückfallvorbeugend, als auch stabilisierend nach einem tatsächlichen Rückfall (Küfner et al., 1988; DHS, 2001).

Basierend auf diesen Grundlagen (vgl. Kap. 2 und 3) ergibt sich die Notwendigkeit, für die Betroffenen einen nahtlosen Übergang von der Therapie in eine Selbsthilfegruppe zu gestalten. Hierzu bedarf es einer Kooperation der beteiligten Hilfesysteme – der ehrenamtlichen Selbsthilfe und der beruflichen Suchthilfe. Mit dem übergreifenden Ziel, mehr Betroffenen den Weg in eine Selbsthilfegruppe zu eröffnen, wurden im Rahmen der vorliegenden Studie bestehende Kooperationsstrukturen beleuchtet. Die aufsuchende Arbeit der Selbsthilfegruppen in Einrichtungen der beruflichen Suchthilfe und die damit verbundenen Informationsveranstaltungen für die Patient_innen standen hierbei im Fokus der Untersuchung. Anhand eines selbst konstruierten Fragebogens waren die Gruppenleiter_innen gefragt, Angaben zu ihren konkreten Vorgehensweisen, sowie zu Rahmenbedingungen und persönlichen Erfahrungen dieser Vorstellungen zu machen. Nach Auswertung der Ergebnisse konnte festgestellt werden, dass es sich schwierig gestaltet, konkrete Good-Practice-Beispiele für die Vorstellung von Selbsthilfe zu benennen. Hier wirken vielmehr mehrere Faktoren zusammen. Eine Informationsveranstaltung im Rahmen guter Praxis ergibt sich schließlich aus den sozialen und fachlichen Kompetenzen der Selbsthilfe-Vertreter_innen, einer angemessenen Vorbereitung der Vorstellung durch die Einrichtung und einem Mindestmaß an Offenheit gegenüber dem Selbsthilfegedanken seitens der Patient_innen. Die Ansichten der Gruppenleiter_innen über angemessene Vorgehensweisen bei den Vorstellungen sind subjektiv und individuell geprägt. Einigkeit besteht darüber, dass ein offener Austausch mit den Patient_innen angestrebt werden soll, um hier bereits im Rahmen intensiver Gespräche Hilfestellungen bezüglich des weiteren Abstinenzweges geben zu können. Über das Einbringen der eigenen Suchtgeschichte soll eine Begegnung auf Augenhöhe stattfinden. Schließlich soll ein allgemeiner Überblick über die zahlreichen Angebote der Selbsthilfe gegeben werden, da Werbung für die eigene Gruppe ein sehr

eingeschränktes Bild von Selbsthilfe vermittelt. Divergierende Meinungen der Gruppenleiter_innen bestehen hingegen beispielsweise bei der Frage nach einer verpflichtenden Teilnahme an den Informationsveranstaltungen und der Anwesenheit von Therapeut_innen. Als grundsätzliche Bedingungen für eine funktionierende Kooperation konnte in erster Linie die gegenseitige Akzeptanz der unterschiedlichen Arbeitsfelder ermittelt werden. Gegenseitige Kenntnis über die Arbeitsbereiche, Respekt, Vertrauen und verbindliche Absprachen stellen hier die Basis der genannten Kooperationsform dar. Fraglich ist, inwiefern dies in der Realität tatsächlich schon gegeben ist. Eine grundsätzliche Sympathie zwischen Ehrenamt und Hauptberuf in der Suchthilfe scheint zumindest bislang nicht selbstverständlich zu sein. Konkurrenzdenken und Skepsis gegenüber dem Kooperationspartner sind grundsätzlich Aspekte, welche von den Gruppenleiter_innen als hinderliche Bedingungen einer Zusammenarbeit genannt wurden und somit aktuell offenbar noch präsent sind. Allerdings konnten auch bereits partnerschaftliche Kooperationen herausgefiltert werden. Immerhin 17,76% der Befragten bewerten ihre Kooperation mit Suchthilfeeinrichtungen als „sehr gut“.

Vor dem Anspruch, durch die Betrachtung einer möglichst großen Stichprobe, ein umfassendes Bild der Kooperationsstrukturen zu erlangen, scheint die Konstruktion eines Fragebogens angemessen. Da die Stichprobe 154 Gruppenleiter_innen umfasst, kann diese als repräsentativ angesehen werden. Auf diese Weise konnte im Rahmen der Exploration ein erster Überblick über die Thematik geschaffen werden. Durch die offenen Fragen, welche trotz anfänglicher Skepsis, von der Mehrheit der Befragten recht ausführlich beantwortet wurden, konnten auch subjektive Erfahrungen und Wünsche berücksichtigt werden. Um ein noch differenzierteres Bild dieser persönlichen Erfahrungen der Gruppenleiter_innen zu bekommen, sind weiterführend z.B. qualitative Interviews denkbar. Im Rahmen des Zusammenwirkens von Selbsthilfe, Suchthilfeeinrichtungen und betroffenen Patient_innen, wäre es im Anschluss an die vorliegende Studie interessant, die Ansichten weiterer beteiligter Akteure zu beleuchten. Insbesondere die Sicht der Patient_innen kann hier weiterführend Aufschluss darüber geben, wie Vorstellungen der Selbsthilfe zukünftig optimiert werden können, um mehr Betroffene zu einem Gruppenbesuch zu bewegen.

Vor dem Hintergrund der Problemfelder von Selbsthilfe, welche vom Projekt „Chancen nahtlos nutzen“ herausgestellt wurden (vgl. Kap. 3.4), kann festgestellt werden, dass einigen Feldern seitens der Gruppen bereits gezielt entgegengewirkt wird. Allerdings spiegelt sich ein großes Problemfeld auch in der Stichprobe der vorliegenden Studie wieder. Die dominierende Klientel der Stichprobe, männliche Gruppenleiter mit einem

Alter über 60 Jahren, gibt einen deutlichen Hinweis auf die Angebotslücke der Selbsthilfe seitens jüngerer Betroffener. In den Fragebögen gab es zudem keinerlei Hinweise darauf, dass die Vorstellungen zielgruppenorientiert stattfinden. Geschlecht, Alter, Hauptdiagnose oder komorbide Störungen der Patient_innen scheinen hier somit keine Beachtung zu finden. Aus diesen Erkenntnissen lässt sich schließen, dass junge drogenabhängige Frauen vermutlich am seltensten den Weg in die Selbsthilfe finden. Interessant wäre hier anknüpfend z.B. die Frage, inwieweit Selbsthilfe im Internet eine Bedeutung für diese Klientel hat. Zusammenfassend zeigt sich also, dass die bestehenden Selbsthilfegruppen durchaus motiviert sind, durch Netzwerkarbeit mehr Betroffene zu erreichen. Dies ist grundsätzlich erfolgsversprechend und kann auf Dauer noch bestehender Skepsis gegenüber der ehrenamtlichen Suchthilfearbeit entgegenwirken. Es bleibt jedoch ein entscheidendes Problem der Selbsthilfe bestehen: Die Gruppen erreichen durch ihre Angebote bei den Vorstellungen überwiegend eine ältere Klientel Alkoholabhängiger. Hier besteht somit im Rahmen der klaren Vorteile von Selbsthilfe als stabilisierende und abstinenzfördernde Maßnahme, noch eindeutiger Handlungs- und Forschungsbedarf.

Literaturverzeichnis

- Assfalg, R. (2002). Fachkliniken. In J. Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlungen. Beratung – Therapie – Prävention* (S. 136-145). Landsberg/Lech: ecomed.
- Bachl, A. & Stark, W. (2003). Keiner baut ein Haus allein. Kooperation zwischen Selbsthilfe-Initiativen und Professionellen im gesundheitlichen Versorgungssystem. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 231-258). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Bader, T. & Heise, C. (2000). Behandlungsangebote für Suchtkranke im Verbundsystem der Suchthilfe: Rehabilitative Aspekte. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 161-180). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Borgetto, B. & Klein, M. (Hrsg.).(2007). *Rehabilitation und Selbsthilfe* [Online]. Verfügbar unter:https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/forschungsberichte/Kooperation_Rehabilitationskliniken-Selbsthilfeorganisationen.pdf [21.Sep.2014].
- Bortz, J., Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bürkle, S. (2004). Die Anforderungen an die so genannte „Nachsorge“ in der Suchthilfe wachsen – eine thematische Einführung. In S. Bürkle (Hrsg.), *Nachsorge in der Suchthilfe* (S. 14-27). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Deneke, C. & Hey, G. (2000). Selbsthilfe. In F. Stimmer (Hrsg.), *Suchtlexikon* (S. 526-532). München, Wien: Oldenbourg.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2001). *Informationen zur Suchtkrankenhilfe. Selbsthilfe Sucht. Möglichkeiten – Grenzen – Perspektiven* [Online]. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Selbsthilfe/selbsthilfe_sucht_2001.pdf [21.Sep.2014].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.). (2013). *Drogen- und Suchtbericht. Mai 2013* [Online]. Verfügbar unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publicationen/BMG_Drogen-_und_Suchtbericht_2013_WEB_Gesamt.pdf [21.Sep.2014].
- Edwards, G. (1996). Süchtig: Die nächste Therapiestunde. In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 231-242). Stuttgart: Fischer.

- Eisenbach-Stangl, I. (2003). Suchtkrankenhilfe – Selbsthilfe – Psychotherapie: Komplizierte Verhältnisse. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26 (2), 5-11.
- Feuerlein, W. (2002). *Alkoholismus. Warnsignale – Vorbeugung – Therapie*. München: Verlag C.H. Beck.
- Grunow, D. (2006). Selbsthilfe. In K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitswissenschaften* (S. 1053-1075). Weinheim (u.a.): Juventa Verlag.
- Hüllinghorst, R. (2007). Von der Entzugsklinik in die Selbsthilfegruppe. Zur therapeutischen Kette in der Suchthilfe. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.), *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2007* [Online]. Verfügbar unter: <http://www.dag-shg.de/data/Fachpublikationen/2007/DAGSHG-Jahrbuch-07.pdf> [21.Sep.2014].
- Janßen, H. (1998). Selbsthilfe. Wie funktioniert das eigentlich? *Suchtreport*, 3, 19-21.
- Janßen, H. (2000). „Selbsthilfe vor Fremdhilfe“. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Individuelle Hilfen für Suchtkranke. Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren* (S. 321-325). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin (u.a.): Springer.
- Küfner, H. (1990). Die Zeit danach – Alkoholkranke in der Nachsorgephase. In D. Schwoon, M. Krausz (Hrsg.), *Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie* (S. 189-202). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Küfner, H., Arzt, J., Roch, I., Denis, A. & Rug, U. (1995). Suchtmittleinnahme während der stationären Behandlung von Drogenabhängigen. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 112-126). Stuttgart: Enke.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, (3), 157-272.
- Leune, J. (2000). Suchtkrankenhilfe. In F. Stimmer (Hrsg.), *Suchtlexikon*. München, Wien: Oldenbourg.

- Leune, J. (2014). Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2014* (S. 181-202). Lengerich: Pabst.
- Löcherbach, P. (1996). Welchen Sinn hat die Sucht? Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung durch Selbsthilfegruppen. Eine Anfrage an das Selbstverständnis. *Suchtreport*, 3, 29-36.
- Matzat, J. (1999). Selbsthilfe als therapeutisches Prinzip. Therapeutische Wirkungen der Selbsthilfe. In P. Günther & E. Rohrman (Hrsg.), *Soziale Selbsthilfe. Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit?* (S. 105-126). Heidelberg: Edition S.
- Matzat, J. (2004). *Wegweiser Selbsthilfegruppen. Eine Einführung für Laien und Fachleute*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Matzat, J. (2005). Selbsthilfe und Patientenpartizipation im Gesundheitswesen. *Psychomed*, 17 (1), 14-20.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Moeller, M. (1994). Selbsthilfegruppen. In R. Asanger & G. Wenninger (Hrsg.), *Handwörterbuch der Psychologie* (S. 677-680). Weinheim: Beltz, Psych.-Verl.-Union.
- Papenbrock, F. (2004). Nachsorge in der Suchthilfe – ein Gesamtüberblick. In S. Bürkle (Hrsg.), *Nachsorge in der Suchthilfe* (S. 28-60). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Petersen, T. (2014). *Der Fragebogen in der Sozialforschung*. Konstanz, München: UVK Verl.-Gesellschaft.
- Plauth, R. & Rohrman, E. (1999). Selbsthilfe im Suchtbereich. Geschichte und Überblick. In P. Günther & E. Rohrman (Hrsg.), *Soziale Selbsthilfe. Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit?* (S. 37-49). Heidelberg: Edition S.
- Rathke, G. (2000). Selbsthilfe oder Fremdhilfe? In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Individuelle Hilfen für Suchtkranke. Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren* (S. 317-320). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schay, P. (2013). Ambulant betreutes Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen. In P. Schay, I. Lojewski & F. Siegele (Hrsg.), *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methoden – Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation* (S. 102-112). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Schulz, W. (2000). Sucht. In F. Stimmer (Hrsg.), *Suchtlexikon* (S. 581-585). München, Wien: Oldenbourg.
- Schwoon, D. (1996). Nutzung professioneller Nachsorge und Selbsthilfegruppen durch Alkoholiker nach stationärer Kurzzeittherapie. In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S.281-287). Stuttgart: Fischer.
- Schwoon, D. (2000). Veränderungsprozesse bei Suchtkranken im Verbundsystem der Suchthilfe: Psychologische Aspekte. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 147-160). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Selbsthilfe- und Abstinenzverbände (Hrsg.). (2011). *Erhebung der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände. Statistik 2010* [Online]. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/Statistik_der__5_SH-Verb%C3%A4nde.pdf [21.Sep.2014].
- Stimmer, F. (Hrsg.). (2000). *Suchtlexikon*. München, Wien: Oldenbourg.
- Soellner, R., Oeberst, A. & Glowitz, F. (2012). *Chancen nahtlos nutzen: Abschlussbericht der wissenschaftlichen Exploration zum Thema Suchtselbsthilfe als aktiver Partner im Netzwerk* [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen__Sucht/Forschungsberichte/2012-10-26_CNN_Abschl_22102012_Endfassung.pdf [21.Sep.2014].
- Thomasius, R. (Hrsg.). (2000). *Psychotherapie der Suchterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Weissinger, V. & Missel, P. (2006). Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *Sucht Aktuell*, 13, (2), 44-71.
- Weissinger, V. & Missel, P. (2012). Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und –behandlung. *Sucht Aktuell – Sonderausgabe*, 19 (2).
- Weltgesundheitsorganisation. (2009). *Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- Weltgesundheitsorganisation. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.

Anhang A: Fragebogen

„Chancen nahtlos nutzen“:
Sucht-Selbsthilfe als aktiver Partner im Netzwerk

Eine Befragung der Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter in den Selbsthilfeverbänden zur Kooperation mit der beruflichen Suchthilfe

Liebe Gruppenleiterin, lieber Gruppenleiter,

sicherlich kennen Sie das Projekt „Chancen nahtlos nutzen“, an dem Ihr Verband beteiligt ist. Das Projekt zielt darauf ab, die Sucht-Selbsthilfe als aktiven Partner im Behandlungs-Netzwerk zu stärken. Die Frage ist nun, wie das konkret aussehen kann.

Neben Workshops, in denen zu dem Thema gearbeitet wird, sollen auch Sie als Gruppenleiterinnen und –leiter zu Wort kommen. Schließlich haben viele von Ihnen bereits große Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Einrichtungen der beruflichen Selbsthilfe.

Die Befragung wird von mir, Nadine Paul, im Rahmen meiner Abschlussarbeit durchgeführt (Rehabilitationspädagogik, TU Dortmund). Dr. Maren Aktas, die im Projekt mitarbeitet, betreut die Arbeit.

Uns interessiert z.B.: Wie entstehen Erstkontakte Ihrer Gruppe zu Einrichtungen? Wie gehen Sie vor, wenn Sie Ihre Selbsthilfegruppe vorstellen? Haben Sie Erfahrungen gemacht, wie Betroffene besonders gut für die Selbsthilfe interessiert werden?

Möglicherweise haben Sie ähnliche Fragen schon einmal beantwortet. Trotzdem würden wir uns freuen, wenn Sie sich die Zeit nehmen (ca. 15-20 min), um den Bogen auszufüllen. Die Antworten werden vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form weiter verwendet. Die Ergebnisse werden in das Projekthandbuch „Chancen nahtlos nutzen“ einfließen.

Es wäre schön, wenn Sie den Bogen möglichst bald (spätestens bis zum 31.07.2014) an Ihren Verband oder an Dr. Maren Aktas (kontakt@maren-aktas.de; Am Eichelkamp 32, 40723 Hilden) zurückschicken könnten.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Ihre Nadine Paul und Maren Aktas

Dortmund, den 23.06.14

Angaben zu Ihrer Person/ Gruppe

Geschlecht: männlich weiblich

Alter: 20-30 J. 30-40 J. 40-50 J. 50-60 J. 60+

Wie lange sind Sie bereits Mitglied Ihrer Selbsthilfegruppe (SHG)? _____

Wie lange sind Sie bereits Gruppenleiter/in Ihrer SHG? _____

Haben Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit in der SHG eine Fortbildung besucht/ Ausbildung absolviert? ja nein

Wenn **ja**, welche? Gruppenleiter_in
 ehrenamtl. Suchtkrankenhelfer_in
 ehrenamtl. betriebl. Suchtkrankenhelfer_in
 sonstige: _____

Auf welchem Weg kommt der Großteil Ihrer Gruppenmitglieder in Ihre SHG?
(Mehrfachnennung möglich, falls das Verhältnis ausgeglichen ist)

- SHG als Nachsorge (z.B. nach stationärer Therapie)
- keinerlei professionelle Behandlung vor dem Besuch der SHG
- SHG wird parallel zu Therapiemaßnahme wahrgenommen
- Besuch der SHG nach der Entgiftung
- sonstige: _____

Zusammenarbeit mit beruflicher Suchthilfe

1. Wie wichtig ist Ihnen die Kooperation mit beruflichen Suchthilfeeinrichtungen?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sehr wichtig | eher wichtig | neutral | eher unwichtig | unwichtig |

2. Wie schätzen Sie die aktuelle Kooperation/Vernetzung ihrer SHG mit Einrichtungen der beruflichen Suchthilfe ein?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sehr gut | gut | befriedigend | ausreichend | mangelhaft |

Kontaktaufbau/ Entstehung der Kooperation zu beruflichen Einrichtungen

3. Kooperiert Ihre SHG grundsätzlich mit Einrichtungen der beruflichen Suchthilfe im Rahmen von Informationsveranstaltungen/ Vorstellungen?

ja nein

Wenn **ja** machen Sie bitte weiter mit **Frage 4**.

Wenn **nein**, welche Gründe gibt es Ihrer Meinung nach für die fehlende Zusammenarbeit?

Wenn mit **nein** geantwortet wurde, endet der Fragebogen an dieser Stelle, da sich die folgenden Fragen auf eine konkrete Zusammenarbeit von SHG und professioneller Suchthilfe beziehen. Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

4. Welche Art von Suchthilfe-Einrichtungen wird von Ihnen hauptsächlich kontaktiert?
(Mehrfachnennung möglich)

- Krankenhäuser/ Entgiftungen
 Stationäre Fachkliniken
 Tageskliniken
 ambulante therapeutische Einrichtungen
 Beratungsstellen
 sonstige: _____

5. Wie entsteht der Erstkontakt zu diesen Einrichtungen?

- postalisch/ Zusendung von Infomaterial über die SHG
 telefonisch
 persönliches Vorstellen in der Einrichtung

6. Gibt es in Ihrer Gruppe eine feste Person, die für diese Kontaktaufnahme zuständig ist?

ja nein

7. Was sind für Sie wichtige Bedingungen, damit eine Kooperation zwischen Ihrer Gruppe und der Einrichtung überhaupt zustande kommt?

8. Gibt es schriftliche Kooperationsvereinbarungen zwischen Ihnen und der Einrichtung?

ja nein

Wenn **ja**, was sind wichtige Punkte dieser Vereinbarung?

Kontaktaufnahme mit den Patientinnen und Patienten der Einrichtungen

9. Wie genau gestaltet sich der Kontakt zu den Patient_innen der kooperierenden Einrichtungen? (Mehrfachnennung möglich)

- es gibt Informationsveranstaltungen
- es finden Gruppenaktivitäten statt; hierzu zählt: _____
- es liegt Informationsmaterial in der Einrichtung aus (z.B. Flyer)
- sonstiges: _____

10. In welchem Turnus stellen Sie sich in den Einrichtungen vor?

- monatlich alle 2-3 Monate halbjährlich 1mal im Jahr
- sonstiges: _____

11. Gibt es spezielle/ unterschiedliche Konzepte für verschiedene Einrichtungen?

ja nein

Wenn **ja**, worauf beziehen sich diese Unterschiede?

12. Was ist Ihr Hauptanliegen bei der Vorstellung von Selbsthilfe in den professionellen Suchthilfeeinrichtungen?

- Betroffene über zahlreiche Angebote der SH informieren
- beschreiben, was Selbsthilfe ausmacht
- Kontaktadressen der Selbsthilfe vermitteln
- Betroffene für die eigene Gruppe begeistern
- sonstiges: _____

13. Wo finden die Treffen/ Veranstaltungen zwischen SHG-Mitgliedern und Patient_innen statt?

- innerhalb der Einrichtung
- außerhalb der Einrichtung, nämlich: _____

14. Ist ein/e Therapeut_in/ Mitarbeiter_in der Einrichtung bei diesen Treffen anwesend?

- ja
- nein
- Erachten Sie dies als sinnvoll?
- ja
- nein

15. Soll die Teilnahme der Patient_innen an diesen Veranstaltungen Ihrer Meinung nach verpflichtend sein?

- ja
- nein
- weil _____
- _____

16. Mit wie vielen SHG-Mitgliedern stellen Sie sich in den Einrichtungen vor? (bitte Zahl angeben)

_____ Person(en)

17. Nach welchen Kriterien wählen Sie die SHG-Mitglieder aus, die die Gruppe in den Einrichtungen vertreten? (Mehrfachnennung möglich)

- Geschlecht (z.B. ein Mann und eine Frau)
- Gruppenleitung
- Erfahrung mit SHG/ Länge der Mitgliedschaft
- Abstinenzzeit
- Persönlichkeit/ Sympathie
- eigene Erfahrung mit der betroffenen Einrichtung
- sonstiges: _____

Anhang B: Kodierschema

7.	Was sind für Sie wichtige Bedingungen, damit eine Kooperation zwischen Ihrer Gruppe und der Einrichtung überhaupt zustande kommt?		
	a.	<i>Begegnung/ Zusammenarbeit auf Augenhöhe</i>	
	b.	<i>Persönlicher Kontakt zu den Mitarbeiter_innen der Einrichtung</i>	
	c.	<i>Regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch</i>	
	d.	<i>Feste regelmäßige (Termin)Absprachen für die Vorstellungen</i>	
	e.	<i>Gegenseitige Akzeptanz der Arbeitsfelder (Vertrauen, Respekt)</i>	
	f.	<i>Kenntnis über gegenseitige Aufgabenbereiche</i>	
	g.	<i>Kein Konkurrenzdenken zwischen SH und berufl. Einrichtungen</i>	
	h.	<i>Bereitschaft/ Interesse der Einrichtungen an der Zusammenarbeit</i>	
	i.	<i>Offener Meinungs austausch, Feedback über Vorstellung</i>	
	j.	<i>Zuverlässigkeit</i>	
	k.	<i>Entsprechende Räumlichkeiten müssen zur Verfügung stehen</i>	
	l.	<i>Patient_innen sollten auf die Vorstellung der SHG vorbereitet werden (Motivationsarbeit seitens der Einrichtungen)</i>	
	m.	<i>Kompetenz der SHG-Vertreter</i>	
n.	<i>Fahrtkostenerstattung</i>		
o.	<i>Teilnahme der Mitarbeiter_innen an einem SHG-Abend</i>		

15.	Soll die Teilnahme der Patient_innen an den Veranstaltungen Ihrer Meinung nach verpflichtend sein?		
	a.	<i>Ja, weil viele Patient_innen zunächst Vorurteile ggü. der SH haben</i>	
	b.	<i>Ja, weil bezügl. des Erstkontakts oft eine große Hemmschwelle besteht</i>	
	c.	<i>Ja, weil die SH einen hohen Stellenwert auf dem Weg zur Abstinenz hat</i>	
	d.	<i>Ja, weil dieser wichtige (Erst)Kontakt sonst oft nicht zustande kommt, die Patient_innen sich jedoch informieren sollten</i>	
	e.	<i>Ja, weil dies fester Bestandteil des Therapiekonzeptes sein sollte</i>	
	f.	<i>Ja, weil anfangs Desinteressierte oft doch motiviert werden können</i>	
	g.	<i>Nein, weil Desinteressierte die Veranstaltung stören</i>	
h.	<i>Nein, weil SH immer freiwillig ist und Zwang/ Druck nicht hilfreich ist</i>		

19.	Wenn Sie an Ihre bisherigen Vorstellungen in beruflichen Einrichtungen zurück denken, was war ein besonders erfolgreiches, gelungenes Beispiel?		
	a.	<i>Intensive Dialoge und reger Austausch zwischen Patient_innen und SHG-Vertreter_innen</i>	
	b.	<i>Patient_innen kommen nach der Vorstellung in die SHG</i>	
	c.	<i>Patient_innen öffnen sich im Laufe der Vorstellungsrunde (Vertrauensbasis)</i>	
d.	<i>Patient_innen sind vor dem Besuch der SHG von den Mitarbeiter_innen informiert/motiviert worden</i>		

	e.	<i>Aus anfänglichen Vorurteilen/ Desinteresse wird ehrliches Interesse (Bild der SHG konnte korrigiert werden)</i>	
	f.	<i>Wenn man das Gefühl hat, dass Hilfe angekommen ist/ Patient_innen bedanken sich am Schluss für Informationen</i>	
	g.	<i>Wenn die Notwendigkeit/ Wichtigkeit von SH bei den Patient_innen ankommt</i>	
	h.	<i>Persönliche Suchtgeschichte des/der SHG-Vertreter_in bewirkt positive Resonanz</i>	
	i.	<i>Es finden besondere Methoden/ Aktivitäten statt, durch welche sich ein guter Austausch entwickelt</i>	

20.	Was war rückblickend ein besonders negatives Beispiel für die Vorstellung von Selbsthilfe in einer Einrichtung?		
	a.	<i>Störungen durch desinteressierte Patienten (teilweise auch aggressives Verhalten)</i>	
	b.	<i>Von der Einrichtung wird kein geeigneter Raum zur Verfügung gestellt</i>	
	c.	<i>Patient_innen werden von der Einrichtung nicht ausreichend über die Veranstaltung informiert (=sehr geringe Teilnahme)</i>	
	d.	<i>Aufgrund persönlicher Vorurteile/ schlechter Erfahrungen vehemente Ablehnung der SH vor den anderen Patient_innen</i>	
	e.	<i>Mangelnde Erfahrungen/ falsche Methoden bzgl. der Vorstellung seitens der SHG-Vertreter_innen</i>	
	f.	<i>Durch verpflichtende Teilnahme entsteht eine viel zu große Patient_innen-Gruppe (kein adäquater Austausch möglich)</i>	
	g.	<i>Organisatorische Defizite seitens der Einrichtung – kein Interesse an SHG-Vorstellung seitens der Professionellen erkennbar</i>	
	h.	<i>Patient_innen, die noch am Anfang ihrer Abstinenz (z.B. Entzug) stehen und zur Selbsthilfe noch nicht bereit sind, müssen trotzdem teilnehmen und zeigen entsprechend Desinteresse</i>	
	i.	<i>Allgemeines Desinteresse der Teilnehmer_innen (Informationen/ Hilfestellungen werden nicht angenommen)</i>	

23.	Beschreiben Sie bitte kurz wie eine perfekte Vorstellung der SH ggü. Patient_innen in berufliche Einrichtungen unter optimalen Bedingungen für Sie aussehen würde.		
	a.	<i>Die Patient_innen werden von der Einrichtung im Vorhinein auf die Vorstellung vorbereitet (ggf. Motivationsarbeit)</i>	
	b.	<i>Die SHG-Vorstellenden besitzen ein authentisches, selbstbewusstes und fachlich kompetentes Auftreten, sowie Einfühlungsvermögen</i>	
	c.	<i>Die Vorstellenden schaffen es Vertrauen aufzubauen und so einen offenen Austausch mit den Patient_innen zu ermöglichen (aktive Teilnahme der Patient_innen + Fragerunden)</i>	
	d.	<i>Die Möglichkeit von persönlichen Einzelgesprächen wird eingeräumt</i>	
	e.	<i>Die Vorstellenden bringen eigene Erfahrungen/ die eigene Betroffenheit offen und authentisch mit ein (= Begegnung auf</i>	

		<i>Augenhöhe)</i>	
	f.	<i>Es wird auf verschiedene SHG hingewiesen und erläutert was SH ausmacht und warum diese wichtig ist (≠ Werbung für die eigene Gruppe)</i>	
	g.	<i>Es gibt einen geeigneten Raum für die Vorstellung mit ruhiger, ungestörter Atmosphäre</i>	
	h.	<i>Es gibt eine maximale/ optimale Anzahl an Teilnehmer_innen für die Vorstellungen</i>	
	i.	<i>Es darf kein Konkurrenzdenken auftauchen, sondern es sollte eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Einrichtung erfolgen (gegenseitige Wertschätzung)</i>	
	j.	<i>Die Vorstellenden haben bei der Suche nach einer geeigneten SHG vermittelnden Charakter und geben den Patient_innen Hilfestellungen z.B. durch schriftliches Material</i>	
	k.	<i>Nach der Vorstellung sind Feedbacks hilfreich (zur Reflexion der eigenen Vorgehensweise)</i>	
	l.	<i>Die Patient_innen und Vorstellenden der SHG sollten in einem Stuhlkreis zusammensitzen (offene, lockere Atmosphäre wie bei einem Gruppenabend)</i>	
	m.	<i>Es gibt bereits einen konkreten Ablauf für Vorstellungen, der sich bewährt hat</i>	

Eidesstattliche Versicherung

Paul, Nadine

150342

Name, Vorname

Matr.-Nr.

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit / Masterarbeit mit dem Titel "Zur Kooperation von Suchtselbsthilfe und beruflicher Suchthilfe" selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erbracht habe. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Dortmund, 29.09.2014



Ort, Datum

Unterschrift

Belehrung:

Wer vorsätzlich gegen eine die Täuschung über Prüfungsleistungen betreffende Regelung einer Hochschulprüfungsordnung verstößt und/oder eine falsche eidesstattliche Versicherung abgibt, handelt ordnungswidrig. Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von bis zu 50.000,00 € geahndet werden. Zuständige Verwaltungsbehörde für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten ist der Kanzler/die Kanzlerin der Technischen Universität Dortmund. Im Falle eines mehrfachen oder sonstigen schwerwiegenden Täuschungsversuches kann der Prüfling zudem exmatrikuliert werden. (§ 63 Abs. 5 Hochschulgesetz - HG -)

Die Technische Universität Dortmund wird gfls. elektronische Vergleichswerkzeuge (wie z.B. die Software „turnitin“) zur Überprüfung von Ordnungswidrigkeiten in Prüfungsverfahren nutzen.

Die oben stehende Belehrung habe ich zur Kenntnis genommen:

Dortmund, 29.09.2014



Ort, Datum

Unterschrift