



NIEDRIGSCHWELLIGE SUCHTHILFE

Der erste Schritt zur Hilfe — bevor Arbeit, Familie und Gesundheit verloren gehen

Brücken Suchthilfe e.V. verbindet einen digitalen Zugang rund um die Uhr, Gruppen in der Sprache der Betroffenen und Begleitung in das professionelle Hilfesystem.

Die Entscheidung, um die wir bitten

450.000 €

für einen 12-monatigen professionellen Pilotbetrieb mit transparenter Berichterstattung und messbaren Ergebnissen.

Pilotstart

2026

Fokus

DE · RU · digital

Ziel

früher Kontakt → Hilfesystem

51

aktive Teilnehmende in den ersten 5 Wochen

81%

mindestens eine positive Veränderung

≤24 h

Zielwert für die erste Antwort

28

gedruckte Ausgaben mit ISBN als niedrigschwelliges Instrument

Das Problem ist größer als Alkohol: Abhängigkeit hat viele Formen

Niedrigschwelliger Erstkontakt wird nicht nur bei Alkoholabhängigkeit gebraucht. Spät ins Hilfesystem gelangen auch Menschen mit Abhängigkeit von Cannabis, Medikamenten, Nikotin, illegalen Substanzen, Glücksspiel und digitalen Medien sowie ihre Angehörigen.

3,9 Mio.

Alkoholbezogene Störungen, 18-64 Jahre

515 Tsd.

Kriterien einer Cannabisabhängigkeit

1,5-1,9 Mio.

Schätzung Medikamentenabhängigkeit

4,3 Mio.

Abhängigkeit von klassischen
Tabakprodukten

Was verschiedene Abhängigkeiten verbindet	Warum Menschen spät Hilfe suchen	Was Brücken leistet
Scham, Verleugnung, Angst vor Folgen	Komplexe Sprache, unklarer Weg, Wartezeiten	Einfacher Erstkontakt ohne sofortige Diagnosepflicht
Familien-, Arbeits-, Wohnungs- und Finanzkrisen	Unklarheit, welche Stelle für das Problem zuständig ist	Gruppe, erste Orientierung und Begleitung zur passenden Hilfe
Risiko von Mehrfachabhängigkeit und psychischen Begleitproblemen	Zersplitterung zwischen Medizin und Sozialhilfesystem	Navigation - aber kein Ersatz für medizinische Behandlung

Positionierung des Projekts

Brücken ist kein Programm „nur gegen Alkohol“. Es ist ein niedrigschwelliger Zugang für Menschen mit unterschiedlichen Abhängigkeiten und für Angehörige, die einen klaren nächsten Schritt brauchen.

Hilfespektrum: Substanzen, Verhalten und Co-Abhängigkeit

Alkohol

3,9 Mio.

Alkoholbezogene Störungen bei Erwachsenen von 18 bis 64 Jahren.

DHS / ESA 2024

Cannabis und weitere Substanzen

515 Tsd.

Kriterien einer Cannabisabhängigkeit; zusätzlich Kokain, Amphetamine, Opioide und Mischkonsum.

DHS Jahrbuch Sucht 2026

Medikamente

1,5-1,9 Mio.

Schätzung der Zahl medikamentenabhängiger Menschen; relevant sind u.a. Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel.

DHS 2026

Nikotin

4,3 Mio.

Schätzung zur Abhängigkeit von klassischen Tabakprodukten.

DHS / ESA 2024

Glücksspiel

1,23 Mio.

Geschätzte Prävalenz einer Glücksspielstörung in der Bevölkerung von 18 bis 70 Jahren.

DHS Jahrbuch Sucht 2026

Digitale Medien

1,5 Mio.

Junge Menschen mit problematischer Social-Media-Nutzung; ein eigener Jugendbereich ist geplant.

DHS / DAK-Studie 2025

Weitere Themen: Essstörungen, Co-Abhängigkeit und Hilfe für Angehörige. Bei Zuständen, die Diagnostik oder Behandlung erfordern, verweist Brücken in das spezialisierte medizinische System.

Krise 1: 142 Tage Wartezeit auf Psychotherapie

Wartezeit Psychotherapie

142 Tage

Durchschnitt in Deutschland. In NRW regional **deutlich länger**. Für Menschen in akuter Krise ist das keine Statistik, sondern ein reales Risiko.

BPtK 2023; KV Nordrhein 2026; Hansen & Jacobi 2026

In NRW

regional länger

Wartezeiten auf einen Kassensitz-Termin in Nordrhein-Westfalen. Für Menschen mit Abhängigkeit kann diese Zeit gefährlich werden.

KV Nordrhein 2026; idahealth.de 01.06.2026

40% der Patient:innen

20+ Wochen

40% beginnen Therapie frühestens im dritten Quartal nach Erstkontakt. Mehr als 10% warten über ein Jahr.

BPtK 2023

Ein struktureller Engpass im Psychotherapiesystem

Die Bedarfsplanung für Kassensitze basiert historisch auf Daten der 1990er Jahre und wurde nur begrenzt angepasst. Gleichzeitig steigt die Zahl psychischer Erkrankungen. Psychische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und zu den wichtigsten Gründen für Frühverrentung.

Quellen: Bundespsychotherapeutenkammer; Hansen/Jacobi; KV Nordrhein; Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung.

Krise 2: Honorarkürzung in der Psychotherapie um 4,5%

Absenkung der EBM-Honorare

-4,5%

Zum 1. April 2026. Netto-Einkommenseffekt laut Diskussion: etwa -2,3% bis -2,8%.

EBA 11.03.2026; GKV-SV; BpTK

Betroffene Therapeut:innen

~42.000

Viele psychotherapeutische Praxen wären betroffen. Weniger Kapazität bedeutet längere Wartezeiten.

GKV-Spitzenverband 2026

KBV klagt

umstritten

Die Entscheidung wurde politisch, fachlich und gerichtlich diskutiert.

Deutsches Ärzteblatt 02.06.2026

Folgen für Menschen mit Abhängigkeit

Wenn Praxen unter wirtschaftlichen Druck geraten, steigt das Risiko, dass Kassenpatient:innen länger warten oder seltener Termine erhalten. Ein ohnehin belastetes System erhält einen weiteren Engpass. Genau hier braucht es niedrigschwellige Brückenangebote, die Menschen stabilisieren und in der Motivation halten, bis professionelle Behandlung erreichbar ist.

Quellen: Erweiterter Bewertungsausschuss; KV Nordrhein; Deutsches Ärzteblatt; taz; Deutschlandfunk.

Krise 3: Stigmaangst und berufliche Folgen verzögern den Hilfeschritt

Rechtlich wichtig

Diagnose geschützt

Arbeitgeber erhalten Informationen über die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, nicht aber die Diagnose. Die ärztliche Schweigepflicht bleibt bestehen.

gesund.bund.de; eAU; Schweigepflicht

Faktisch relevant

Angst bleibt

Menschen fürchten Stigma, häufige Fehlzeiten und Gerüchte im Team – auch wenn die Diagnose formal nicht übermittelt wird.

Beobachtungen aus dem Brücken-Piloten, 2026

Niedrigschwellige Antwort

ohne Diagnose

Anonymer Erstkontakt, Orientierung und Gruppe können vor offizieller Behandlung und ohne Arbeitgeberinformation stattfinden.

Modell Brücken

Politische Diskussion 2026

Strengere Regeln zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und Einschränkungen der telefonischen AU wurden diskutiert. Für die Präsentation bleibt entscheidend: Brücken argumentiert nicht damit, dass Arbeitgeber Diagnosen sehen, sondern mit dem realen Zugangshindernis – Angst vor Stigma und fehlendem sicherem Erstschrift.

Zwei gleichwertige Hauptzielgruppen: deutsch- und russischsprachige Menschen

Deutschsprachige Bürger:innen

- erleben Scham, Verleugnung und Angst vor offizieller Behandlung;
- verstehen medizinische und administrative Sprache nicht immer;
- suchen Hilfe abends, nachts oder am Wochenende;
- akzeptieren nicht zwingend religiös oder spirituell geprägte Formate;
- brauchen praktische Unterstützung bei Arbeit, Wohnen, Familie und Behandlung.

Russischsprachige Menschen in Deutschland

- haben zusätzlich Sprach- und Kulturbarrrieren;
- sprechen emotionale Themen oft leichter in der Muttersprache an;
- kennen Zuständigkeiten deutscher Stellen häufig nicht;
- bringen teils Misstrauen gegenüber staatlichen Systemen mit;
- brauchen Übersetzung der Systemlogik, nicht nur der Wörter.

DE

eigene deutschsprachige Gruppe

RU

eigene russischsprachige Gruppe

gleicher Zugang

keine Priorität nach Herkunft

Sprache der Gefühle

Teilnehmende können offen sprechen

Sprache ist Zugangsinstrument, kein Ausschlusskriterium

Deutschsprachige Menschen sind eine ebenso zentrale Zielgruppe wie russischsprachige Menschen. Die Gruppen werden nach Sprache getrennt, um psychologische Sicherheit und Verständlichkeit zu gewährleisten - nicht nach Staatsangehörigkeit oder Herkunft.

Digitale Lücke: Menschen suchen keine Behörde, sondern eine verständliche Antwort

Hilfe beginnt heute oft mit dem Smartphone. Menschen geben keine offiziellen Leistungsnamen ein, sondern ihre Not: „ich bin wieder rückfällig geworden“, „ich kann nicht aufhören zu spielen“, „Tabletten sind leer“, „mein Kind ist nur noch online“, „wie helfe ich meinem Mann“.

Typische Suchanfragen abends oder am Wochenende

„Ich kann nicht mehr aufhören zu trinken“	Antwort statt Behördenkatalog
„Hilfe Tabletten abhängig“	sicherer medizinischer Weg
„Sucht Hilfe in der Nähe russisch“	russische Sprache und klarer nächster Schritt
„Mein Kind ist nur noch online“	verständliche Hilfe für Eltern und Jugendliche
„Ich habe alles verspielt“	Krisen-, Schulden- und Behandlungsnavigation

Was Brücken macht

Website und Messenger nehmen Anfragen rund um die Uhr auf. Menschen sehen kurze Wege, verständliche Texte und eine konkrete Handlung: schreiben, anrufen oder die nächste Gruppe buchen. Die operative Zielmarke der Antwortzeit liegt bei maximal 24 Stunden.

Wir sprechen dieselbe Sprache - nicht nur linguistisch

So wirkt ein bürokratischer Einstieg

- lange Texte und unbekannte Fachbegriffe;
- mehrere Institutionen ohne Erklärung der Unterschiede;
- Formulare vor dem ersten menschlichen Kontakt;
- unklarer Ablauf nach Absenden der Daten;
- verunsicherte Menschen verschieben die Entscheidung und schließen die Seite.

So ist Brücken gestaltet

- eine Hauptaktion auf dem Bildschirm;
- kurze Sätze ohne medizinischen Jargon;
- ruhige Farben, klare Hierarchie und gut sichtbare Buttons;
- mobiler Weg über WhatsApp, Telegram und Buchung;
- Vertraulichkeit, Grenzen der Hilfe und Notfallwege sind sofort erklärt.

1

Sich wiedererkennen

Der Text beschreibt den Zustand des Menschen, nicht eine Verwaltungsleistung.

2

Handlung verstehen

Schreiben, anrufen oder eine Gruppe wählen.

3

Angst reduzieren

Kein Diagnosezwang und kein langer Fragebogen vor Kontakt.

4

Hilfe erreichen

Das Team übersetzt Angst in einen konkreten nächsten Schritt.

Begründung: Gesundheitskompetenz bedeutet, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Eine verständliche digitale Oberfläche ist Teil des Zugangs - nicht Dekoration.

Versorgungslücke: Menschen gehen zwischen Entscheidung und Behandlung verloren

1

Entscheidung

„Ich brauche Hilfe“ – oft nur ein kurzes Motivationsfenster.

2

Online-Suche

Gesucht wird in Alltagssprache, nicht nach Fachstellenbegriffen.

3

Erstkontakt

Benötigt wird schnelle Antwort ohne bürokratische Überforderung.

4

Übergang

Menschen brauchen Begleitung bis Ärzt:innen, Klinik, Reha oder Gruppe.

Wo Menschen verloren gehen

- sie verstehen Zuständigkeiten nicht;
- sie fürchten Diagnose und Stigma;
- sie halten Wartezeiten und wiederholte Anrufe nicht durch;
- sie können die Krise nicht formal formulieren;
- sie bleiben nach einer Adresse allein.

Was Brücken schließt

- digitaler Zugang 24/7;
- menschliche Antwort mit Zielwert ≤ 24 h;
- getrennte Gruppen DE und RU;
- Peer-Support ohne religiöse Pflicht;
- Begleitung in professionelle Hilfe.

Brücken diagnostiziert und behandelt nicht. Das Projekt hält Menschen im Moment der Motivation und hilft, den Übergang in das passende professionelle System tatsächlich zu vollziehen.

Unser Unterschied: Wir übersetzen das System in die Sprache des Menschen

Typischer schwieriger Weg

- die Person muss selbst die richtige Stelle bestimmen;
- Fachtexte lesen und Formulare ausfüllen;
- auf Öffnungszeiten oder freie Termine warten;
- sofort Diagnose und Biografie ausführlich schildern;
- nach einer Adresse den Übergang allein organisieren;
- spirituelle Selbsthilfeformate passen nicht für alle.

Der Weg über Brücken

- die Person schreibt in eigenen Worten;
- sie erhält eine verständliche Antwort und nächste Kontaktmöglichkeit;
- sie kommt in eine deutsche oder russische Gruppe;
- sie spricht über Gefühle und akute Krise ohne Belehrung;
- sie erhält einen konkreten nächsten Schritt und Begleitung;
- Glaubens- oder Spiritualitätsfragen sind keine Teilnahmebedingung.

Keine Konkurrenz, sondern Übersetzung und Navigation

Kliniken, Ärzt:innen, Suchtberatung, Reha, AA und Sozialdienste erfüllen unverzichtbare Aufgaben. Brücken hilft, die jeweils passende Funktion zu verstehen und sie praktisch zu erreichen.

Pilot-Funnel Brücken

Vom Eingang einer Anfrage bis zum ersten menschlichen Kontakt



≈10

Anfragen pro Woche

85%

qualifizierte Anfragen → Kontakt

≤24 h

Zielwert Antwortzeit

51

aktive Teilnehmende in 5 Wochen

So ist der Wert 85% zu lesen

Es handelt sich um einen internen operativen KPI des Piloten: Anteil qualifizierter Eingangsanfragen, nach denen ein erster menschlicher Kontakt stattfand. Es ist **kein** Behandlungs-, Remissions- oder Populationsindikator.

Nächster Schritt: standardisiertes Anfragejournal mit Datum, Kanal, Sprache, Antwortzeit, erstem Gruppenbesuch, Referral und 30/90-Tage-Verlauf.

Pilotergebnisse und Messsystem

Kennzahl	Pilot 2026	Interpretation	Nächster Standard
Aktive Teilnehmende	51 in den ersten 5 Wochen	eindeutige Personen in Begleitung	Register ohne Doppelzählung
Eingehende Anfragen	≈10 pro Woche	Nachfrage über Website und Messenger	Kanal, Sprache, Thema
Anfrage → Erstkontakt	≈85% qualifizierter Anfragen	operative Funnel-Kennzahl	einheitlicher Nenner
Positive Veränderung	81% der Teilnehmenden	mindestens ein praktisches Ergebnis	Baseline und Follow-up
Erste Antwort	Zielwert ≤24 h	Geschwindigkeit menschlichen Kontakts	90% Antworten ≤24 h
Bindung	kurzer Beobachtungszeitraum	noch keine Langzeitremission	30/90/180 Tage

81% bedeutet: Teilnehmende berichteten mindestens eine positive Veränderung - Arbeit erhalten, Entgiftung vermieden, Behandlung begonnen, Familie/Wohnung stabilisiert, Konsum reduziert oder Abstinenz gehalten. Es ist ein interner Frühindikator und muss unabhängig geprüft werden.

Wichtigster Grundsatz

Wir bezeichnen 81% nicht als „Heilungsquote“. Es ist ein früher sozial-medizinischer Outcome des Piloten, der durch standardisierte Dokumentation bestätigt werden muss.

Unser Weg: 2 Jahre, 7 Personen, 0 € Förderung

Februar 2024 — Idee und Konzept

7 Gründer:innen aus Russland, der Ukraine, Kasachstan, Lettland und Israel.
Vision: digitale, mehrsprachige Suchthilfe als Brücke in Integration und Versorgung.

Investition: 0 €

2024-2025 — Materialien

14 Präventionsromane und 6 Integrationsbroschüren, dreisprachig angelegt (DE/RU/UA), auf realen Geschichten basierend.

Eigenmittel: 5.000 €

Februar-April 2026 — Verein und Gemeinnützigkeit

Satzung unterzeichnet, Zweck: Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens. Gemeinnützig anerkannt, VR 12752 Düsseldorf.

Investition: 0 €

Juni-Juli 2026 — Operativer Start

Website online, 51 aktive Teilnehmende, ~10 Anfragen pro Woche. Gruppen in Hilden, Düsseldorf und Krefeld. 4 Ehrenamtliche.

Wir haben nicht auf Förderung gewartet - wir haben die Nachfrage belegt.

Was bereits ohne Förderung entstanden ist

Über zwei Jahre entwickelte das Team Plattform, Buchungssystem, Online-Shop, Bücher, Broschüren, Gruppenlogik und digitale Zugangswege. Die interne Schätzung des eingebrachten Arbeits- und Sachwerts liegt bei **≈866.000 €**; für den Förderantrag wird dieser Wert durch Zeitrnachweise, Rechnungen und Bewertungslogik belastbar dokumentiert.

Geschätzte Eigenleistung: rund 866.000 €

Berechnung: Eigenleistung über 2 Jahre

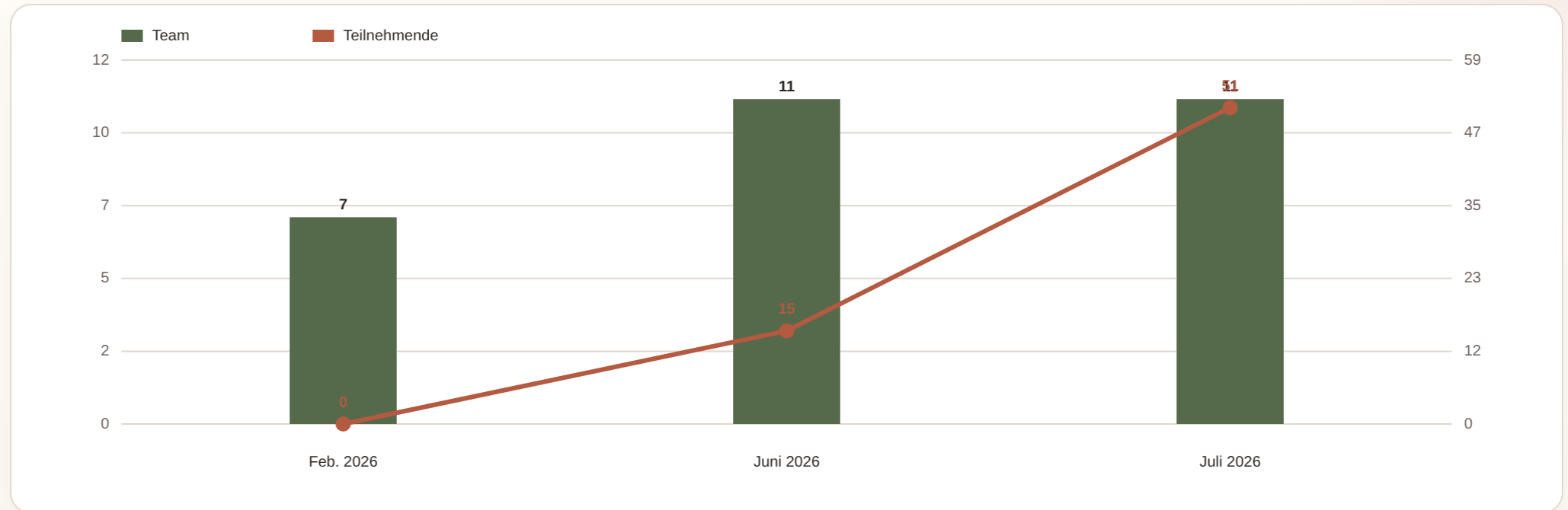
7 Gründer:innen, nebenberuflich / Vollzeitanteile, 2 Jahre	~200.000 €
4 Ehrenamtliche, unentgeltlich, 6 Monate	~91.200 €
Internetplattform mit Buchungssystem	~250.000 €
Online-Shop	~150.000 €
14 Präventionsromane: Druck, ISBN, Vorbereitung	~144.000 €
Eigene Computer, Telefone, Fahrzeuge	~15.000 €
Website-Entwicklung in Eigenleistung	~10.000 €
Eigenmittel für Probedrucke	5.000 €
Raum bei Komma! Frauenverein (40 €/Monat)	960 €

Summe geschätzter Gegenwert der Eigenleistung: **~866.160 €**

Warum das für Fördergeber wichtig ist

Wir bitten nicht um Geld für eine Idee. Wir bitten um Mittel, um eine bereits aufgebaute und nachgefragte Struktur sicher, dokumentiert und überprüfbar zu skalieren.

Teamwachstum: von 7 Gründer:innen zu 11 aktiven Helfenden



Team- und Teilnehmendenentwicklung. Quelle: interne Daten Brücken 2026.

Warum Finanzierung jetzt erforderlich ist

Aktuell arbeiten Gründer:innen und Ehrenamtliche überwiegend nach ihrer Hauptarbeit, abends und am Wochenende. Die Nachfrage wächst schneller als die ehrenamtliche Kapazität. Finanzierung ermöglicht verlässliche Erreichbarkeit, dokumentierte Qualität, Versicherungsschutz, Datenschutz und verantwortliche Krisenprozesse.

Format der laufenden Gruppen

1×/Woche

Regelmäßigkeit je Gruppe

1,5-2 h

Dauer einer Sitzung

12-15

optimale Gruppengröße

DE / RU

Sprachen getrennt durchgeführt

Aktuelle und geplante Standorte

Hilden

NRW

laufendes Angebot

Düsseldorf

NRW

laufendes Angebot

Krefeld

NRW

Ausbau des Angebots

Schleiz

Thüringen

in Planung

Inhalt der Gruppe

- aktuelles Gefühl und Zustand der Person;
- Verlust von Partner:in, Familie, Arbeit, Wohnung oder Sinn;
- Angst vor Behandlung, Rückfall und Zukunft;
- ein realistischer nächster Schritt;
- Unterstützung beim Übergang zu Medizin und Sozialdiensten.

Bücher werden in den Gruppen nicht besprochen. Sie werden freiwillig für die Lektüre zu Hause ausgegeben.

Die Gruppe nutzt Peer-Support und Elemente der Selbsthilfe, verlangt aber keine religiöse oder spirituelle Orientierung. Sie ersetzt keine Psychotherapie, Entgiftung oder Reha.

Der Weg eines Menschen: von der Samstagsnachricht zum nächsten Schritt

1

Entscheidung

Die Person schreibt über WhatsApp, Telegram, Website oder bucht einen Platz.

2

Antwort

Das Team antwortet verständlich und bietet die nächste passende Gruppe an.

3

Orientierung

Vor der Gruppe werden Zustand, Dringlichkeit und sichere Teilnahme geklärt.

4

Begegnung

Die Person trifft Menschen mit ähnlicher Erfahrung und bleibt nicht allein.

Innerhalb von 1,5-2 Stunden

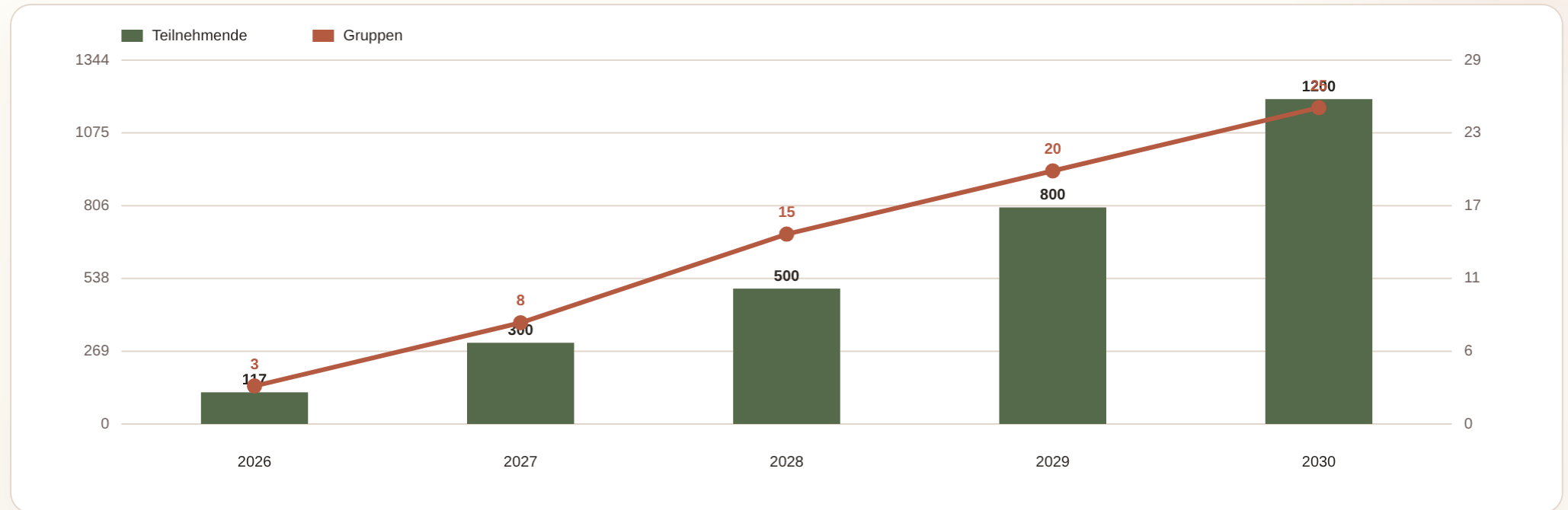
- jede Person spricht nur so viel, wie sie kann;
- Leitfrage: „Was fühlen Sie gerade?“;
- es geht um akute Realität, nicht um Theorie;
- Krise wird reduziert und ein nächster Schritt formuliert;
- praktische Probleme können gemeinsam sortiert werden.

Wenn medizinische Hilfe nötig ist

- Hausarzt oder Facharzt;
- Entgiftung oder Akutklinik;
- psychiatrische Hilfe;
- Reha oder professionelle Suchtberatung;
- bei akuter Gefahr: Notfallsystem.

Wenn keine akute medizinische Einweisung nötig ist, besucht die Person regelmäßig die Gruppe, stabilisiert den Alltag und erhält Unterstützung bei Familie, Arbeit, Wohnung, Schulden und Behördenkontakten.

Wachstumsprognose: Teilnehmende und Gruppen 2026-2030

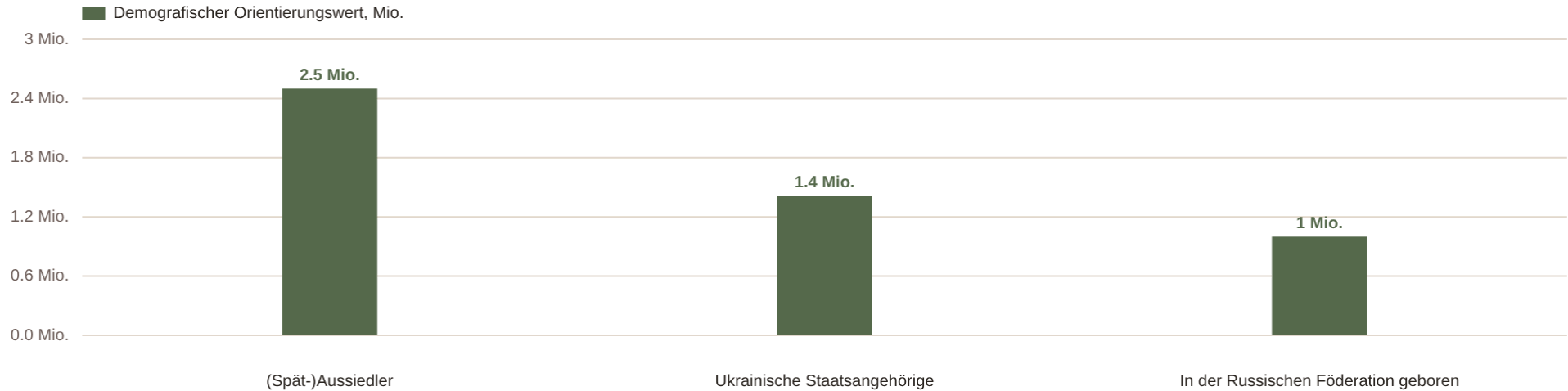


Prognose: 1.200 Teilnehmende in 25 Gruppen an 15+ Standorten. Quelle: Brücken-Szenario auf Basis des aktuellen Wachstums.

Wachstumstreiber: Digitale Zugänge bringen Nachfrage. Der aktuelle Bedarf übersteigt die verfügbaren Gruppenplätze deutlich.

Quelle: interne Analyse Anfragen vs. Plätze, Juli 2026.

Demografische Orientierung für die mehrsprachige Zielgruppe



Die Werte überschneiden sich und dürfen nicht addiert werden. Sie zeigen das sprachlich-kulturelle Umfeld, nicht die Zahl suchtkranker Menschen.

Priorität entsteht durch Zugangsbarrieren, nicht durch Herkunft

Brücken behauptet nicht, dass eine nationale Gruppe „abhängiger“ sei. Priorität erhalten Menschen, die das bestehende System objektiv schwerer nutzen können: unzureichendes Deutsch für Krisengespräche, Kriegs- oder Migrationstrauma, Isolation, Angst vor Institutionen, fehlende familiäre Unterstützung oder fehlende digitale Erreichbarkeit passender Angebote.

Zielgruppen: gleicher Zugang, unterschiedliche Barrieren

Zielgruppe	Hauptbarriere	Format Brücken	Kernergebnis
Deutschsprachige Bürger:innen	Scham, Behandlungsangst, komplexer Weg, kein Abendzugang	deutsche Gruppe, einfacher Online-Kontakt, praktische Navigation	früher Kontakt und Übergang in Hilfe
Russischsprachige Menschen	Sprache der Gefühle, kulturelles Misstrauen, Systemunkenntnis	russische Gruppe, Erklärung des deutschen Systems	vollzogener Übergang und Bindung
Arbeitende und Selbständige	Angst vor Ruf- und Einkommensfolgen	vertraulicher niedrigschwelliger Zugang	Erhalt von Beschäftigung
Angehörige und Co-Abhängige	Scham, Überlastung, Kontrollversuche	Orientierung, Grenzen, Familiennavigation	Sicherheit und Krisenreduktion
Menschen mit Komorbidität	Bruch zwischen Psychiatrie, Suchthilfe und Sozialdiensten	Risikoeinschätzung und Begleitung	sicherer Referral
Jugendliche 14-18	Suche online, Angst vor Erwachsenen und Jugendamt	geplanter Jugendzugang und Gruppen	Früherkennung und Schutz

Nichtdiskriminierung: Herkunft bestimmt nicht den Anspruch auf Hilfe. Sprache und Format werden nach der realen Fähigkeit gewählt, über Krise zu sprechen.

28 Ausgaben mit ISBN: Geschichten als niedrigschwelliges Instrument

14

gedruckte Bücher auf Russisch

14

gedruckte Bücher auf Deutsch

ISBN

jede Ausgabe registriert

Ausleihe

zu Hause lesen und zurückgeben

Warum Fachliteratur Menschen in Krise oft nicht erreicht

- sie verlangt, sich als „Patient:in“ oder „abhängig“ zu erkennen;
- sie nutzt medizinische Begriffe und abstrakte Empfehlungen;
- sie erfordert Konzentration trotz Angst, Scham oder Entzug;
- sie kann als Diagnose, Vorwurf oder Belehrung wirken;
- Veränderung wird sofort verlangt.

Warum eine Geschichte leichter angenommen wird

- Lesende beobachten zuerst eine Figur statt sich zu verteidigen;
- eigene Gefühle, Entscheidungen und Selbsttäuschung werden erkennbar;
- mögliche Folgen werden sichtbar, bevor sie selbst eintreten;
- Motivation entsteht im eigenen Tempo;
- das Thema kann ohne öffentliche Diskussion bearbeitet werden.

Grenze: Die Bücher sind keine Behandlung und werden in Gruppen nicht diskutiert. Sie unterstützen Selbstreflexion, Prävention und Motivation zur professionellen Hilfe. Eine formale Evaluation steht noch aus.

Medizinische Beratung im Aufbau: acht Ärzt:innen sind zur Kooperation bereit

Acht Ärzt:innen im Ruhestand haben Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Brücken signalisiert, einschließlich namentlicher Vorstellung und schriftlicher Vereinbarung. Zum Zeitpunkt der Präsentation befinden sich die Verträge in Vorbereitung.

Klinische Grenzen

Erkennen, wann Gruppe nicht ausreicht und medizinische Hilfe nötig ist.

Überweisungswege

Entgiftung, Akutklinik, Psychiatrie, Hausarzt, Facharzt, Reha und Suchtberatung.

Qualität und Sicherheit

Krisenprotokolle, Schulung und Fallbesprechung im rechtlichen Rahmen.

Partnernetzwerk

Vorbereitung von Kooperationen mit Fachstellen und Einrichtungen.

Vertragliche Basis

Aufgaben, Erreichbarkeit, Haftung, Vertraulichkeit und Datenschutz.

Transparenz

Namen und Spezialisierungen werden erst nach Vertrag und Einwilligung veröffentlicht.

Wichtig: Vor Vertragsunterzeichnung versprechen wir keine 24/7-ärztliche Beratung und keine Behandlung. Akutfälle werden in das offizielle Notfallsystem verwiesen.

Geplante Gruppen für Jugendliche von 14 bis 18 Jahren

Jugendliche aus suchtbelasteten Familien

- sie müssen wissen, dass die Situation zu Hause nicht ihre Schuld ist;
- sie brauchen Erwachsene, die zuerst ruhig zuhören;
- sie lernen sichere Ansprechstellen und Schutzwege kennen;
- sie erhalten Orientierung, ohne die Familie sofort zu pathologisieren;
- bei Kindeswohlgefährdung gelten klare Schutzprozesse.

Jugendliche mit eigenem Risiko

- Cannabis, Alkohol, Gaming, Social Media, Essverhalten oder Medikamente;
- online erreichbare Sprache ohne Moral und Beschämung;
- Gruppen mit klarer Altersgrenze und Schutzkonzept;
- Einbindung von Eltern nur, wenn fachlich und rechtlich passend;
- Kooperation mit Jugendhilfe, Schule und Fachberatung.

1

Schutzkonzept

SGB VIII, KKG, Meldewege, Rollen und Dokumentation.

2

Fachaufsicht

Training, Supervision und klare Krisenprotokolle.

3

Digitaler Zugang

Jugendgerechte Texte und sichere Kontaktwege.

4

Pilotgruppe

Start erst nach Schutz-, Datenschutz- und Kooperationsprüfung.

Das Jugendangebot wird nicht improvisiert. Es startet erst mit Schutzkonzept, qualifizierter Begleitung und definierten Kooperationen.

Was Brücken bereits konkret für Deutschland erhält

Frühe Stabilisierung schützt Ressourcen

≈41 von 51

Teilnehmende berichteten mindestens eine positive Veränderung im frühen Pilotzeitraum.

Arbeit

Job erhalten oder Kündigungsrisiko reduziert

Familie

Konflikte entschärft, Angehörige entlastet

Wohnen

Wohnungsverlust oder Eskalation verhindert

Behandlung

Übergänge zu Ärzt:innen und Fachstellen

Frühe Veränderung	Gesellschaftlicher Nutzen	Warum Förderung wirkt
Rückfall wird früher angesprochen	weniger Eskalation, weniger Notfälle	schneller menschlicher Kontakt
Arbeit bleibt stabil	Steuern, Beiträge, weniger Transferkosten	Begleitung vor totalem Zusammenbruch
Familie bleibt erreichbar	Schutz von Kindern und Angehörigen	Orientierung statt Isolation
Referral wird abgeschlossen	bestehende Hilfen werden genutzt	nicht nur Adresse, sondern Übergang

Diese Effekte sind frühe Pilotindikatoren. Die professionelle Förderphase dient dazu, sie sauber zu messen, zu bestätigen oder zu korrigieren.

Ökonomischer Effekt: transparentes Szenario statt Garantiezusage

Vorsichtiges Modell

15.000 €

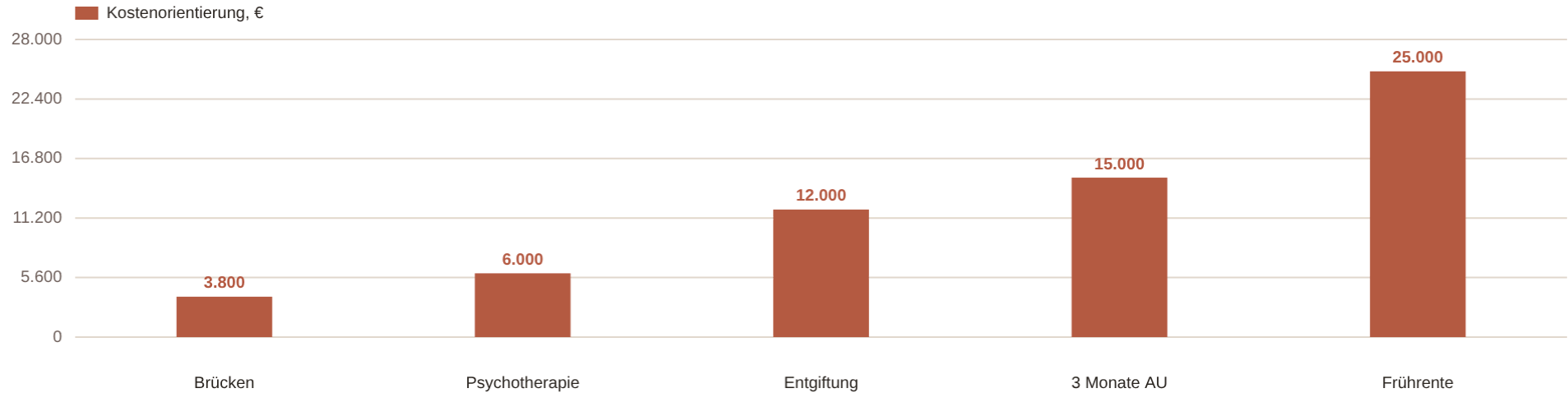
angenommener gesellschaftlicher Nutzen pro participant-year im Szenario. Keine garantierte Einsparung, sondern ein prüfbarer Modellwert.

Geplanter Jahreshaushalt	450.000 €
Teilnehmende im 12-Monats-Pilot	117 participant-years
Bruttonutzen im Szenario	1.755.000 €
abzüglich Förderung	-450.000 €
Nettonutzen im Szenario	1.305.000 €

Warum vorsichtig gerechnet wird

Stationäre Behandlung, Arbeitsunfähigkeit, Wohnungsverlust, Jugendhilfe, Justizkontakte und Transferleistungen können sich überschneiden. Deshalb rechnen wir nicht jede Kategorie einzeln auf, sondern verwenden einen einheitlichen konservativen Nutzenwert und verlangen eine unabhängige Evaluation.

Kostenvergleich: Brücken vs. klassische Interventionen



~3.800 €

Kosten pro participant-year bei Brücken

~6.000 €

ambulante Psychotherapie als
Kostenorientierung

~12.000 €

stationäre Entgiftung/Behandlung als
Orientierung

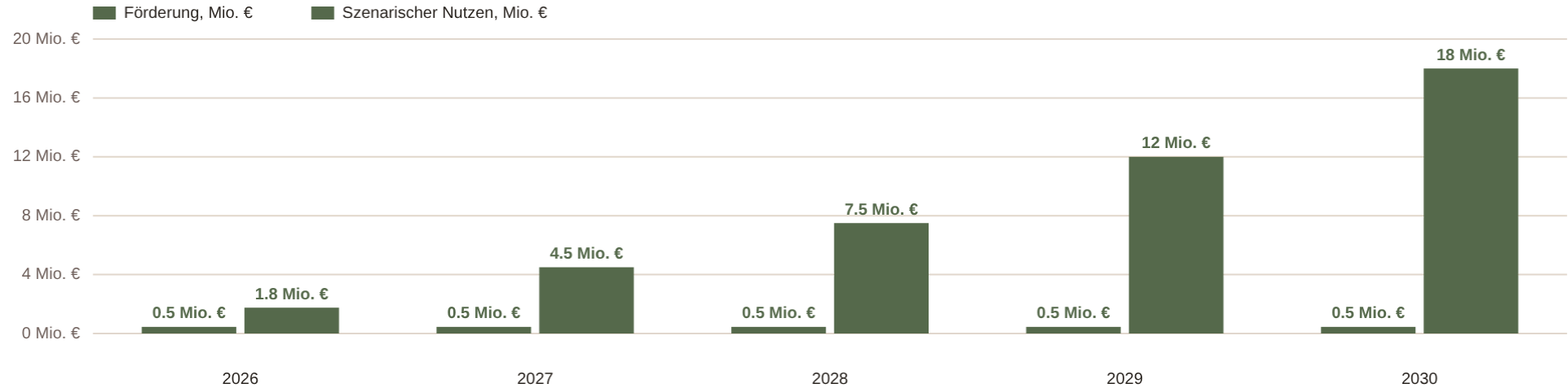
~25.000 €

Frühverrentung / Langzeitfolgen als Orientierung

Einordnung

Brücken ersetzt keine dieser Leistungen. Der Kostenvergleich zeigt, warum ein früher, niedrigschwelliger Zugang wirtschaftlich plausibel ist: Wenn er Eskalation verhindert oder professionelle Hilfe früher erreichbar macht, kann er Folgekosten reduzieren.

Fünffjahresszenario 2026-2030



2,25 Mio. €

Förderung über 5 Jahre

2.917

participant-years

43,76 Mio. €

berechneter Bruttonutzen

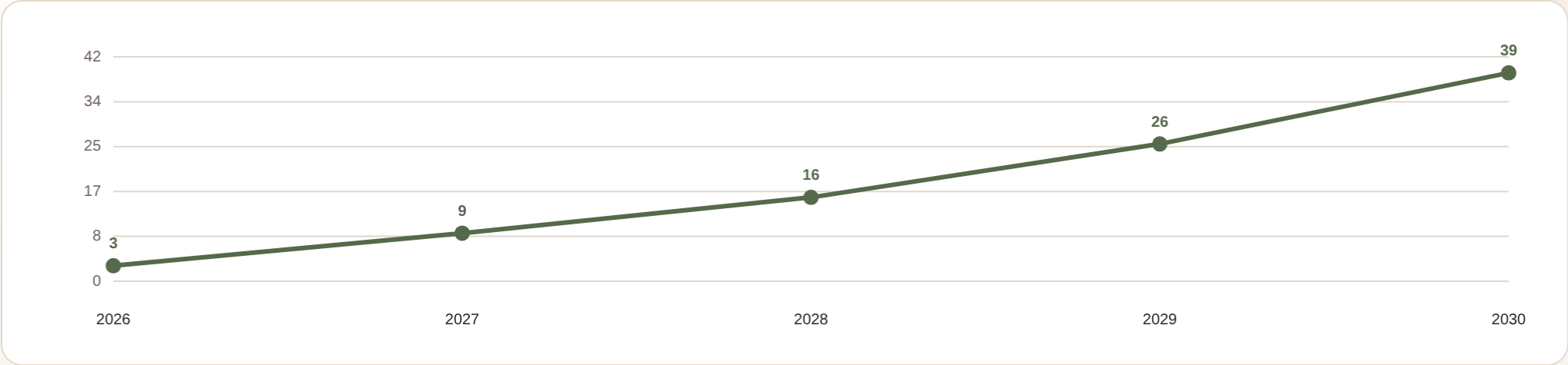
41,51 Mio. €

berechneter Nettonutzen

Formel

Die jährliche Förderung bleibt mit 450.000 € konstant. Teilnehmende im Szenario: 117 / 300 / 500 / 800 / 1.200. Bruttonutzen = participant-years × 15.000 €. Der kumulative Netto-ROI läge im Szenario bei rund 18,4×. Alle Werte sind durch unabhängige Evaluation zu prüfen.

ROI nach Jahren: eine Formel, ein Budget



Jahr	Teilnehmende	Förderung	Bruttonutzen	Nettonutzen	Net ROI
2026	117	450.000 €	1,755 Mio. €	1,305 Mio. €	2,9×
2027	300	450.000 €	4,5 Mio. €	4,05 Mio. €	9×
2028	500	450.000 €	7,5 Mio. €	7,05 Mio. €	15,7×
2029	800	450.000 €	12,0 Mio. €	11,55 Mio. €	25,7×
2030	1.200	450.000 €	18,0 Mio. €	17,55 Mio. €	39×

Net ROI = (Bruttonutzen - Förderung) / Förderung. Der Anstieg hängt von der Skalierung ab und wird im Pilot überprüft.

Welche Kosten das Projekt potenziell senken kann

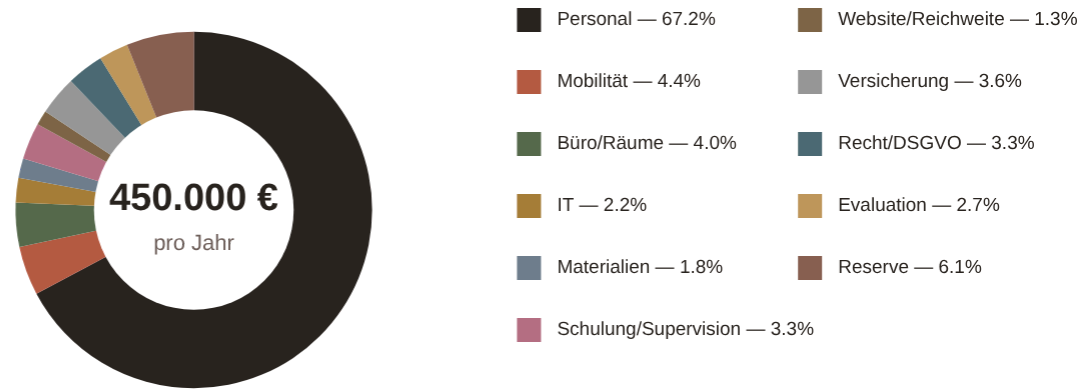
Folgekosten-Kategorie	Möglicher Wirkmechanismus von Brücken	Messung
Stationäre und Notfallkontakte	früher Kontakt, Weiterleitung und Bindung vor Eskalation	Hospitalisierungen und Notfallkontakte vor/nach Eintritt
Arbeitsunfähigkeit	Krisenreduktion, Terminbegleitung, Stabilisierung des Alltags	AU-Tage, Beschäftigungsstatus, Selbstbericht
Wohnungsverlust und Schulden	frühzeitige soziale Navigation und Begleitung	Wohnstatus, Schuldenberatung, behördliche Kontakte
Familien- und Kinderschutzrisiken	Entlastung Angehöriger, Schutzwege, Kooperation Jugendhilfe	Referrals, Sicherheitspläne, Kindeswohl-Dokumentation
Wiederholte Krisen und Rückfälle	Peer-Support, Rückkehrkultur, Follow-up	Krisenereignisse und 30/90-Tage-Bindung

Wichtig: Einzelne Kostenkategorien überschneiden sich und dürfen nicht automatisch pro Teilnehmendem addiert werden. Deshalb nutzt das Finanzmodell einen vorsichtigen einheitlichen Annahmewert von 15.000 € pro participant-year.

Vorgeschlagener Evaluationsaufbau

Baseline bei Eintritt, Follow-up nach 30/90/180 Tagen, Dokumentation von Hilfewegen und - bei Einwilligung - Abgleich mit administrativen Daten. Erst dann kann tatsächliche Einsparung belastbar behauptet werden.

Budget des ersten professionellen Jahres: 450.000 €



Im Budget sind Versicherung, Recht, Datenschutz und unabhängige Evaluation enthalten - die Infrastruktur für ein verantwortliches Förderprojekt.

Versicherung als Qualitätsbestandteil

Abgedeckt werden Haftung, Vorstand, Ehrenamt, Cyber-/Datenschutzrisiken, Sachwerte, Veranstaltungen und Mobilität.

Recht und Datenschutz

Nötig für Kooperationen, Verträge, Vereins-/Sozialrecht, Schutzkonzept und sensible Fallbegleitung.

Budget: Detailansatz nach Kostenarten

Kostenart	Summe/Jahr	Was abgedeckt wird
Personal: ca. 5,5 FTE	302.500 €	Koordination, Gruppen, Erstkontakt, Navigation; inklusive Arbeitgeberanteile
Mobilität und Transport	20.000 €	Fahrten zu Gruppen, Ärzt:innen, Kliniken und Behörden; Pool-Modell statt Einzelautos
Büro und Räume	18.000 €	vertrauliche Gespräche, Gruppen, Nebenkosten
IT und geschützte Kommunikation	10.000 €	Technik, Telefonie, CRM, sichere Ablage und Zugänge
Bücher und Informationsmaterial	8.000 €	Bibliotheksbestand, Broschüren, Gruppenmaterial
Schulung und Supervision	15.000 €	Krisenprotokolle, Kindeswohl, Datenschutz, Beratungsgrenzen
Website und digitale Reichweite	6.000 €	SEO, DE/RU-Nutzerwege, Barrierearmut
Versicherungspaket	16.000 €	Haftpflicht, Vermögensschaden, D&O, Rechtsschutz, Unfall, Cyber/DSGVO
Anwalt, Verträge und Datenschutz	15.000 €	Kooperationen, Arbeits- und Ehrenamtsverträge, Vereins-/Sozialrecht, Schutzkonzept
Unabhängige Evaluation und Qualität	12.000 €	KPI, Baseline/Follow-up, Prüfung des 81%-Outcomes und Finanzmodells
Reserve	27.500 €	Unvorhergesehenes und Anpassung nach Angeboten
GESAMT	450.000 €	erster 12-monatiger professioneller Pilot

Brücke in das professionelle System - mit klaren Verantwortungsgrenzen

1

Niedrigschwelliger Zugang

Website, WhatsApp, Telegram, Telefon oder Buchung.

2

Orientierung

Was passiert gerade und wie dringend ist die Situation?

3

Gruppe

Gefühle, Peer-Support und konkreter nächster Schritt.

4

Vollzogener Übergang

Nicht nur Adresse, sondern Hilfe beim Erreichen der passenden Stelle.

Brücken kann

- zuhören und soziale Isolation reduzieren;
- Probleme strukturieren;
- Selbsthilfegruppen durchführen;
- zu Ärzt:innen und Einrichtungen begleiten;
- zwischen professionellen Kontakten stabilisieren.

Brücken kann nicht

- medizinische Diagnosen stellen;
- Medikamente verordnen oder absetzen;
- Entgiftung durchführen;
- Psychotherapie, Psychiatrie oder Reha ersetzen;
- Abstinenz oder Rückfallfreiheit garantieren.

Ziel ist nicht der Aufbau eines parallelen Medizinsystems, sondern die Erreichbarkeit des bestehenden Systems in dem Moment, in dem ein Mensch Hilfe annehmen kann.

Partnermodell: Brücken ergänzt, ersetzt aber nicht

Struktur	Unersetzliche Funktion	Rolle von Brücken vor und zwischen Kontakten
Ärzt:innen und Kliniken	Diagnostik, Entgiftung, Behandlung, Krisensicherheit	Erkennen von Weiterleitungsbedarf, Motivation und Begleitung
Reha und Psychotherapie	langfristige professionelle Behandlung	Motivation bis Beginn halten und Alltagsstabilität unterstützen
Professionelle Suchtberatung	soziale Diagnostik, Hilfeplan, Fachberatung	verständlicher Erstkontakt und vollzogener Referral
AA und andere Selbsthilfegruppen	langfristige Peer-Unterstützung nach eigenen Methoden	alternativer nichtreligiöser Zugang, wenn besser passend
Jobcenter, Sozialamt, Jugendamt	offizielle Entscheidungen, Sozial- und Schutzmaßnahmen	Erklärung, Vorbereitung, Begleitung und Angstabbau

Erfolgskriterium der Partnerschaft

Nicht die Zahl ausgehändigter Adressen, sondern die Zahl der Menschen, die tatsächlich Ärzt:innen, Klinik, Reha, Fachstelle oder Jugendamt erreichen und Hilfe weiter nutzen.

Expansion: von NRW in ganz Deutschland

Standortkarte Brücken Suchthilfe 2026-2030

2026 · Hilden, Düsseldorf, Krefeld	3 Gruppen
2027 · Schleiz, Berlin, München	8 Gruppen
2028-2029 · Baden-Württemberg, Niedersachsen, Sachsen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein	20 Gruppen
2030 · bundesweit skalierte Struktur	25 Gruppen · 1.200 Teilnehmende

Warum Skalierung realistisch ist

Der NRW-Pilot zeigt Nachfrage und operative Umsetzbarkeit, beweist aber noch keine Langzeitwirkung. Die digitale Infrastruktur – Website, Chat und Buchung – ermöglicht Skalierung ohne proportional steigende Kosten. Materialien und Gruppenlogik sind vorbereitet. Jede neue Region braucht lokale Koordination, Räume und Anbindung an bestehende Hilfestrukturen.

Es geht nicht um den Aufbau eines neuen Systems, sondern um die reproduzierbare Ergänzung des bestehenden Systems durch einen frühen, verständlichen Zugang.

Antrag: 450.000 € für einen 12-monatigen professionellen Pilot

Ziel ist, eine funktionierende ehrenamtliche Struktur in ein sicheres, dokumentiertes und messbares System des frühen Zugangs für deutsch- und russischsprachige Menschen mit unterschiedlichen Abhängigkeiten zu überführen.

≈5,5 FTE

professionelles operatives Team

DE / RU

getrennte wöchentliche Gruppen

≤24 h

Zielstandard Erstantwort

30/90/180

strukturiertes Follow-up

Phase	Zeitraum	Ergebnis
Professionalisierung	0-3 Monate	Personal, Verträge, Versicherungen, Datenschutz, Krisen- und Kinderschutzprozesse
Stabiler Betrieb	4-9 Monate	regelmäßige DE/RU-Gruppen, dokumentierte Referrals, Bibliothek mit 28 Ausgaben
Evaluation	6 und 12 Monate	Antwortzeit, Bindung, 81%-Outcome, Übergänge in Medizin und Sicherheit
Fortsetzungsentscheidung	nach 12 Monaten	neues Budget und Skalierung nur nach bestätigten Ergebnissen

Mehrjährige Förderung wird nicht als Automatismus dargestellt. Der erste Antrag ist ein Jahr mit Quality Gates und unabhängiger Evaluation.

Die Entscheidung, um die wir bitten

1 Pilot anerkennen

als vielversprechendes Modell des frühen Zugangs für verschiedene Abhängigkeiten.

2 12 Monate finanzieren

450.000 € inklusive Personal, Versicherung, Recht und Evaluation.

3 Partnerkreis schaffen

GKV, kommunale Suchthilfe, Ärzt:innen, Kliniken, Reha und Sozialdienste.

4 Auswerten und entscheiden

Fortsetzung und Skalierung nach Ergebnissen in 6 und 12 Monaten.

Brücken bittet nicht darum, das bestehende System zu ersetzen. Wir bitten darum, einen verständlichen Eingang, regelmäßige Unterstützung und einen vollzogenen Übergang zu finanzieren - damit Menschen früher in Hilfe kommen.

alle Abhängigkeiten

nicht nur Alkohol

DE + RU

zwei gleichwertige Zielgruppen

14-18

geplantes Jugendangebot

28 Bücher

niedrigschwellige ISBN-Bibliothek

Methodik, Quellen und Grenzen

Externe Quellen

- DHS Jahrbuch Sucht 2025/2026 und ESA 2024;
- DHS: Alkohol, Cannabis, Medikamente, Nikotin, Glücksspiel, digitale Medien;
- BMG: Gesundheitskompetenz und verständliche Gesundheitskommunikation;
- SGB VIII §§ 8a, 8b und KKG § 4 - Kinderschutz und Fachberatung;
- BPtK/KV und gesund.bund.de - Zugang, Vertraulichkeit und Behandlungswege.

Interne Daten

- 51 aktive Teilnehmende in den ersten 5 Wochen;
- rund 10 Anfragen pro Woche;
- ≈85% qualifizierte Anfragen → Erstkontakt;
- 81% → mindestens eine positive Veränderung;
- getrennte DE/RU-Gruppen, 1×/Woche, 1,5-2 Stunden;
- 14 russische und 14 deutsche gedruckte Bücher mit ISBN.

Grenzen: Interne Kennzahlen stammen aus einem kurzen Pilotzeitraum, beruhen teils auf Selbstberichten und wurden noch nicht unabhängig geprüft. 81% ist keine Heilungsquote. Ökonomische Werte sind Szenarien. Ärztliche Verträge und Jugendbereich befinden sich in Vorbereitung. Versicherungs- und Rechtskosten benötigen konkrete Angebote.

Dokumentstatus

Deutsche Förderpräsentation zur Vorbereitung von Förderantrag und Partnergesprächen. Aktualisierung: 16. Juli 2026. Vor offizieller Einreichung zu ergänzen: Finanzplan, Datenschutzkonzept, Schutzkonzept, Verträge/LOI, Qualifikationsprofile und erste Outcome-Nachweise.



Brücken Suchthilfe

450.000 €

12 Monate, um einen ehrenamtlichen Pilot in eine tragfähige professionelle Brücke der Hilfe zu überführen.

Brücken zu fördern heißt, den Moment zu finanzieren, in dem ein Mensch noch bereit ist, Hilfe anzunehmen.

Verständlicher digitaler Zugang. Gruppe in der Sprache der Teilnehmenden. Übergang in professionelle Hilfe.

Der schwierigste Schritt ist die erste Nachricht. Unsere Aufgabe ist, schnell, verständlich und vertraulich zu antworten - und dann gemeinsam den nächsten realistischen Schritt zu bestimmen.

E-Mail	hello@bruecken-suchthilfe.de	Telefon	+49 1578 2895992
Website	bruecken-suchthilfe.de	Register	VR 12752 Düsseldorf

alle Formen von Abhängigkeit

DE · RU

digitaler Zugang 24/7

ersetzt keine Behandlung