

Zur Bedeutung und zum Überstrapazieren des Begriffs „Eigenverantwortung“ in der Behandlung von Suchterkrankungen – einige kritische Anmerkungen

Wolfgang Beiglböck

Zusammenfassung

Eigenverantwortung gilt als „conditio sine qua non“ der professionellen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, während das Konzept in der Suchtselbsthilfe kaum eine Rolle spielt. Eine Literatursuche zum Thema erbringt nahezu ausschließlich Resultate, die eine kritische Betrachtung dieses Begriffes ausschließen. Dieser Artikel versucht anhand einiger Fallbeispiele einen differenzierten Zugang zu diesem Themenbereich zu entwickeln und einige – manchen vielleicht provokant erscheinende – Thesen aufzustellen, um den Diskurs dazu wieder anzustoßen.

Schlüsselwörter: Eigenverantwortung, Stigmatisierung, ergebnisoffene Behandlung, alcohol harm paradox

Summary

Personal responsibility is considered a 'conditio sine qua non' in the professional treatment of addiction disorders, while the concept plays no important role in addiction self-help or support groups. A literature search on the subject yields almost exclusively results that exclude a critical consideration of this term. This article attempts to develop a differentiated approach to this subject area on the basis of a few case studies and to put forward some theses – which may seem provocative to some – in order to re-initiate the discourse.

Keywords: individual responsibility, stigmatization, outcome-open treatment, alcohol harm paradox

Eigenverantwortung gilt als „conditio sine qua non“ der professionellen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, während das Konzept in der Suchtselbsthilfe kaum von Bedeutung ist. Eine Literatursuche zum Thema erbringt nahezu ausschließlich Resultate, die eine kritische Betrachtung dieses Begriffes ausschließen. So schreibt zum Beispiel die Gesundheit Österreich GmbH (das Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und die Kompetenz- und Förderstelle für Gesundheitsförderung des österreichischen Gesundheitsministeriums (Hervorhebungen vom Autor):

„Die Erfahrungen der Pandemie haben in Österreich zu einer Beschleunigung regulatorischer Prozesse und zu einer unbürokratischen Ausweitung der Angebotspalette beigetragen.

Ähnliche Erfahrungen werden auch aus anderen Ländern berichtet... Insgesamt wird die höhere Flexibilität dahingehend, wo und auf welche Weise Suchthilfe angeboten wird, als positive Innovation beurteilt. Dies betrifft sowohl den Ort der Versorgung (mehr „Suchthilfe vor Ort“ oder aufsuchende Angebote), aber auch ein größeres Vertrauen in die Eigenverantwortung und Autonomie der Klientel.“ (Strizek et al., 2021, S. 26).

Ebenso positiv äußert sich die Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren:

„Autonomie und Eigenverantwortung sollten zu jedem Zeitpunkt der Beratungs- und Begleitungsprozesse für die Hilfesuchenden gewährleistet sein.“ (DHS, 2019)

Damit sollte eigentlich alles klar sein – ohne Eigenverantwortung ist eine zielführende Behandlung von Suchterkrankungen nicht möglich, ja eine Nichtbeachtung könnte ethische Grundprinzipien verletzen. In Zeiten einer – zu Recht! – stärkeren Hinwendung zu akzeptanzorientierten Vorgangsweisen wird eine kritische Betrachtung des Prinzips Eigenverantwortung oft geradezu als rückständig und menschenverachtend erlebt. Trotzdem versucht dieser Artikel anhand einiger Fallbeispiele¹ einen etwas differenzierteren Zugang zu diesem Themenbereich zu entwickeln und einige – manchen vielleicht provokant erscheinende – Thesen aufzustellen, um den Diskurs dazu wieder anzustoßen.

Dass ein kritischer Diskurs dazu wohl notwendig ist, lässt sich wohl schon aus der folgenden Feststellung des Bundesverbandes der Deutschen Spirituosenindustrie und -importeure erschließen:

„Der Bundesverband der Spirituosenindustrie ... lehnt pauschale Verbote, Verkaufsbeschränkungen, Lizenzierungen von Verkaufsstellen sowie gesetzliche Werbebeschränkungen ab. (...) [Er] setzt sich (...) dafür ein, Eigenverantwortung und Risikokompetenz als zentrale Voraussetzungen für einen verantwortungsvollen Umgang mit alkoholhaltigen Getränken zu fördern.“ (BSI, 2021)

Es sollte uns SuchttherapeutInnen wohl zum Nachdenken anregen, dass ein Verband gewinnorientierter Betriebe der Alkoholindustrie ebenfalls großen Wert auf Eigenverantwortung legt.

Es wird wohl auch kein Zufall sein, dass dieses Konzept nahezu nur in der professionellen Suchthilfe von Bedeutung ist. Im Folgenden sollen daher einige – manchen vielleicht provokant erscheinende – Thesen aufgestellt werden, die einen Diskurs dazu wieder anstoßen sollen und vielleicht auch Hinweise liefern können, warum gerade die professionelle Suchthilfe so großen Wert darauflegt.

These I: Unser Gesundheitssystem ist möglicherweise nur beschränkt darauf ausgerichtet, dass PatientInnen eigenverantwortlich handeln können.

Möglicherweise im Zusammenhang mit vermehrten Finanzierungsproblemen oder des

¹ Sämtliche in dem Artikel vorgestellten Fallbeispiele stellen ein Konglomerat aus mehreren PatientInnenberichten aus der jahrzehntelangen klinischen Erfahrung des Autors dar. Damit soll jeglicher Rückschluss auf aktuelle PatientInnen ausgeschlossen werden.

Personalmangels im Gesundheitswesen entsteht zunehmend der Eindruck, dass eigenverantwortliches Handeln zunehmend schwieriger wird. Einige Fallbeispiele aus der Praxis des Autors sollen dies illustrieren

Fallbeispiel 1

Eine Patientin im fünften Lebensjahrzehnt, seit mehr als drei Jahren alkoholabstinent, besucht aus eigenem Interesse weiterhin eine ambulante Gruppentherapie. Die Finanzierung der ambulanten suchtspezifischen Behandlung war bereits ausgelaufen, da die Patientin ausreichend stabil erschien. In Zusammenhang mit einer potenziell traumatisierenden Erfahrung im unmittelbaren persönlichem Umfeld kommt es zu einem ausgeprägtem Rezidiv. Die Patientin sucht nach fünf Tagen massiven Alkoholkonsums eine Suchtberatungsstelle auf, die ihr mitteilt, dass zuerst eine Finanzierung für die Behandlung sichergestellt werden müsse. Der Ersttermin zur Abklärung, ob eine Finanzierung übernommen wird, ist in zehn Wochen. Da sie keine zehn Wochen weitertrinken will, versucht sie einen Termin bei einem/-r niedergelassenen FachärztIn für Psychiatrie zu bekommen – Ersttermin in knapp fünf Wochen. Letztendlich erklärt sich ein niedergelassener Allgemeinmediziner bereit, kurzfristig Benzodiazepine zu verschreiben, um einen Entzug einzuleiten.

Diese Patientin hat wohl ihre Eigenverantwortung nahezu optimal wahrgenommen. Aber hat das Gesundheitssystem seine Verantwortung optimal wahrgenommen? Könnte es sein, dass eigenverantwortliches Handeln in unserer Gesundheitsbürokratie aufgrund der finanziellen Ausstattung und des Personalmangels in unserem Gesundheitssystem eher störend wirkt und nur beschränkt möglich ist?

These II: Die ausschließliche Beachtung der Eigenverantwortung und einer ergebnisoffenen Vorgangsweise kann zu Behandlungsfehlern führen.

Fallbeispiel 2

Ein Patient im vierten Lebensjahrzehnt mit mehrfachen stationären Entzügen mit massiven Entzugerscheinungen inklusive entzugsepileptischer Anfälle, prädeliranter Zustandsbilder und kompensierter Leberzirrhose mit einem Krankheitsverlauf, der von ausgeprägten Kontrollverlusten gekennzeichnet ist, erscheint in der Ordination des Autors und ersucht um psychotherapeutische Behandlung. Da die Alkoholabstinentz nie von langer Dauer gewesen sei, möchte er nunmehr eine Behandlung mit

dem Ziel kontrollierten Konsums – dies sei für ihn besser vorstellbar. Aufgrund des Krankheitsverlaufes und der medizinischen Anamnese lehne ich ab, auf dieses Behandlungsziel einzugehen. Motivationsgespräche hinsichtlich Abstinenz verlaufen frustan.

Der Patient findet nach einiger Zeit einen Kollegen, der den Ansatz der ergebnisoffenen Suchtbehandlung vertritt. Nach knapp zwei Jahren meldet sich der Patient wieder, er möchte jetzt doch wieder eine abstinentorientierte Behandlung versuchen. Nach einer neuerlichen stationären Entzugsbehandlung nach einem entzugsepileptischen Anfall mit nachfolgendem Alkoholdelir ist die Leberzirrhose mittlerweile dekompensiert. Eine Lebertransplantation ist aufgrund intern-medizinischer Überlegungen kurzfristig nicht möglich. Die psychotherapeutische Behandlung beginnt zunehmend palliativen Charakter anzunehmen, der Patient verstirbt nach einem knappen Jahr.

Der Patient hat offensichtlich seine Eigenverantwortung wahrgenommen und eine autonome Entscheidung getroffen. Der Kollege hat sich professionell korrekt nach dem Prinzip der ergebnisoffenen Suchttherapie verhalten. Aber inwieweit war dieser Behandlungsansatz ethisch vertretbar? Inwieweit war es ethisch vertretbar, dass ich die ergebnisoffene Behandlung abgelehnt habe?

Fallbeispiel 3

Aus einer Zuweisung: „Aufgrund der mehrfachen stationären Entzüge und des hohen Konsums harter Alkoholika sowie eines zu erwartenden komplexen Entzuges (bereits zweimaliges delirantes Zustandsbild, mehrfach entzugsepileptische Anfälle) wurde dem Patienten eine stationäre Behandlung empfohlen, die jedoch von ihm abgelehnt wird. Wir ersuchen daher um Übernahme in eine hochfrequente ambulante Behandlung.“

Auch dieser Patient hat seine Autonomie und Eigenverantwortung wahrgenommen. Aber wie verantwortlich ist es trotz medizinischer Bedenken, dies zu fördern? Soll der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin diese Verantwortung übernehmen?

Fallbeispiel 4

Ein Patient im siebenten Lebensjahrzehnt hat jahrzehntelang harte Alkoholika in hohen Mengen konsumiert. Er zeigt deutlich ausgeprägte alkoholbedingte kognitive Einschränkungen, vor allem hinsichtlich Merk- und Konzentrationsfähigkeit sowie frontaler Exekutivfunktionen, dies allerdings nicht in einem Ausmaß, das die Diagnose eines Korsakow-Syndroms rechtfertigen würde.

Inwieweit ist dieser Patient aufgrund seines neurologischen/neuropsychologischen Zustandsbildes überhaupt in der Lage, eigenverantwortlich zu handeln? Wie sehr soll das Prinzip „Eigenverantwortung“, das doch so sehr handlungsleitend sein soll, bei der Behandlung dieses Patienten im Vordergrund stehen?

Diese Fallbeispiele stellen große ethische und professionelle Herausforderungen dar, und wir müssen uns die Frage stellen, wie viel Verantwortung das Behandlungssystem übernimmt (übernehmen „darf“), und wie weit die Eigenverantwortung des Patienten nicht auch selbstschädigend sein kann. Daraus leitet sich auch Hypothese III ab.

These III: Das Prinzip der Eigenverantwortung der PatientInnen dient als handlungs-erleichterndes Prinzip für das Behandlungssystem.

Das (Be-)Handlungsprinzip „Eigenverantwortung“ ermöglicht es uns als Behandlungssystem, dass wir uns komplexen Problemen und unserer Verantwortung als BehandlerInnen nicht stellen müssen. Wir ersparen uns die Auseinandersetzung mit unseren ethischen und professionellen Prinzipien und die Auseinandersetzung mit PatientInnen. Der/die PatientIn ist ja schließlich für sich selbst verantwortlich!

These IV: Gibt es wirklich einen Unterschied zwischen Eigenverantwortung und Schuldzuweisung?

In einer großen Metanalyse zur Stigmatisierung von Alkoholgebrauchsstörungen gegenüber anderen psychischen Erkrankungen schreiben Kilian und KollegInnen (2021, S. 899; Hervorhebungen vom Autor):

„We identified 20,561 records, of which 24 met the inclusion criteria, reporting results from 16 unique studies conducted in 9 different countries. Compared to substance-unrelated mental disorders, persons with AUD were generally less likely to be considered mentally ill, while they were perceived as being more dangerous and responsible for their condition.“

Wenn die Allgemeinbevölkerung also der Meinung ist, dass Menschen mit Alkoholabhängigkeit verantwortlich für ihre Erkrankung sind, betrachten wir das als Stigmatisierung. Wenn wir als Behandlungssystem der Meinung sind, dass alkoholabhängige Personen Eigenver-

antwortung für ihre Genesung übernehmen sollen, so ist das selbstverständlich keine Stigmatisierung, sondern eine notwendige Voraussetzung, um eine Behandlung überhaupt möglich zu machen!

Dementsprechend fragen sich Schomerus und Speerfork (2023, S. 176) in ihrem sehr zu empfehlenden Beitrag „Suchtbehandlung ohne Schuldzuschreibung – eine Utopie“:

„... wie bekommt man die Schuldvorwürfe aus der Behandlung von Suchtkrankheiten heraus? Schließlich handelt es sich bei den Suchtkrankheiten ja um eine Verhaltensstörung, und Verhalten kann nur verändert werden, wenn Betroffene Verantwortung für ihr Tun übernehmen!“

Es steht zu befürchten, dass auch dem Behandlungssystem und deren AkteurInnen der manchmal sehr fließende Unterschied zwischen Schuldzuweisung und Eigenverantwortung nicht immer ausreichend bewusst sein könnte.

These V: Ein Krankheitskonzept der Sucht und das Konzept der Eigenverantwortung widersprechen sich.

Wenn wir davon ausgehen, dass eine Abhängigkeitserkrankung eine physische Erkrankung des Stoffwechselsystems ist, ist Eigenverantwortung nur mehr ein beschränkt geeignetes Konzept, da ja eine Erkrankung von professionellen Helfern behandelt werden muss und damit Eigenverantwortlichkeit bestenfalls Adherence bedeuten kann. Am pointiertesten hat das der deutsche Philosoph und Psychologe Martin Wallroth (2018) in einem Vortrag zum Thema „Sucht und Selbstverantwortung“ formuliert:

„An die Stelle des Selbstbetruges, nicht in Sucht verstrickt zu sein, tritt der Selbstbetrug, an einer Krankheit namens Sucht erkrankt zu sein, die ein unwiderstehliches Verlangen und Kontrollverlust mit sich bringt. Diese neue Form des Selbstbetruges verhindert tendenziell die Übernahme von Selbstverantwortung.“

These VI: Selbstaktualisierung vor Eigenverantwortung.

Der Autor dieses Beitrages hatte die Gelegenheit, Carl R. Rogers bei einem Vortrag im April 1981 in Wien persönlich hören zu dürfen. Dabei erzählte Rogers auch sein mittlerweile berühmtes „Kartoffelgleichnis“ (vgl. dazu auch Rogers, 1980): Wird eine Kartoffel im Keller vergessen,

so bildet diese Wassertriebe aus – weiße Auswüchse, die eigentlich Wurzeln werden sollten, aber mangels guter Erde nicht gedeihen können. Daher vertrocknet die Kartoffel und stirbt ab. Ändert man aber die Bedingungen und legt die Kartoffel in gute Erde und bewässert sie, wird daraus eine kräftige Pflanze, die austreibt, wächst, Blüten bildet und sich vermehrt.

Rogers meinte, dass die weißen Wassertriebe die Symptome seien, die psychisch kranke Menschen entwickeln, weil sie eben in ihrem bisherigen oder aktuellen Leben keine Bedingungen vorgefunden haben, die eine autonome Entwicklung fördern können. Die Aufgabe der TherapeutInnen sei es daher, eben diese Bedingungen zu schaffen.

Das bedeutet, dass es nicht unsere Aufgabe ist, PatientInnen zu erklären, wie wichtig Eigenverantwortung ist und diese mit allen möglichen „Tricks“ zu fördern, sondern Bedingungen zu schaffen, die Selbstaktualisierung ermöglichen. Dann entsteht die Entwicklung weg von der Heteronomie hin zur Autonomie im/durch die PatientInnen selbst, da diese Entwicklungstendenz im Individuum bereits angelegt ist und nur geeignete Bedingungen benötigt, um sich aus sich selbst heraus zu entwickeln. Eigenverantwortung benötigt also geeignete Bedingungen und kann nicht als Voraussetzung angenommen werden.

These VII: Eigenverantwortung ist im Zusammenhang mit sozialen Aspekten purer Zynismus.

Wissen Sie, was das „alcohol harm paradox“ ist? Wenn nicht, so gehören Sie nach den Erfahrungen des Autors zur Mehrheit – selbst im Zirkel der SuchttherapeutInnen.

Das „alcohol harm paradox“ ist die Beobachtung, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status eher mehr unter alkoholbedingten Folgeschäden leiden als Menschen mit hohem sozioökonomischen Status, auch wenn diese gleich viel oder weniger Alkohol konsumieren als Menschen mit hohem sozioökonomischen Status (Bloomfield, 2020, e300; Übersetzung von Autor). Das heißt, dass nicht die konsumierte Alkoholmenge das Ausmaß der erfahrenen Alkoholfolgeerkrankungen bestimmt, sondern Bildung und Einkommen!

Eine Reihe weiterer Erhebungen stützen diesen Befund: Für Deutschland stellte der Alkoholatlas 2022 (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2022, S. 62 ff.) fest, dass Erwachsene mit höherem Bildungsstand sogar häufiger und mehr Alkohol trinken, als Personen mit geringerer Bildung. So konsumieren rund 62 Prozent

der Männer mit hoher Bildung mindestens einmal in der Woche Alkohol, gegenüber knapp 50 Prozent der Männer mit mittlerer Bildung und nur knapp 32 Prozent der Männer mit niedriger Bildung. Auch der riskante Alkoholkonsum steigt mit steigendem Bildungsniveau bei Männern in den meisten und bei Frauen in allen Altersgruppen an. Von den hochgebildeten Frauen trinken 42 Prozent mindestens wöchentlich Alkohol, aber nur 20 Prozent der Frauen mit niedriger Bildung tun dies. Riskante Mengen Alkohol konsumieren etwa doppelt so viele Frauen mit hoher Bildung wie solche mit niedriger Bildung. Auch der Anteil der abstinent lebenden Personen ist unter den Personen mit niedrigerem sozialen Status deutlich höher.

Für 17 europäische Länder sammelten und harmonisierten Mackenbach und KollegInnen (2015) vorliegende Daten zur Sterblichkeit aufgrund von alkoholbedingten Erkrankungen. Berücksichtigt wurden Daten zu alkoholbedingten Psychosen, Abhängigkeit und Missbrauch, alkoholbedingter Kardiomyopathie, alkoholbedingter Leberzirrhose und versehentlichen Vergiftungen durch Alkohol. Es zeigt sich, dass die alkoholbedingte Sterblichkeit in allen Ländern in den unteren Bildungs- und Berufsgruppen um ein Vielfaches höher ist, obwohl in diesen Gruppen im Regelfall weniger Alkohol konsumiert wird!

Diese Beobachtung spielt nicht nur im Bereich der alkoholbedingten Folgeerkrankungen eine Rolle. Das Department of Social Determinants of Health der Weltgesundheitsorganisation (WHO, o.D.) geht davon aus, dass die sozialen Determinanten von Gesundheit einen größeren Einfluss auf die Gesundheit haben können als die Qualität der Gesundheitsversorgung eines Staates oder die Wahl des Lebensstils. Schätzungen zeigen, dass die Gesundheit der Bevölkerung mehr von Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens als durch die Qualität des Gesundheitswesens selbst bestimmt wird (vgl. dazu auch Raphael & Bryant, 2022). Soziale Bedingungen, wie unter anderem im Folgenden angeführt, beeinflussen zu 30–55 Prozent unsere Gesundheit:

- Einkommen,
- soziale Sicherheit,
- Bildung,
- Arbeitslosigkeit bzw. unsichere Arbeitsplätze,
- Bedingungen im Arbeitsleben,
- Ernährung,
- Wohnen,
- Grundversorgung,
- Umweltbedingungen,
- frühkindliche Entwicklung,

- soziale Kontakte und Nicht-Diskriminierung,
- strukturelle Konflikte,
- Zugang zu erschwinglichen Gesundheitsdiensten von angemessener Qualität u. v. m. Gesundheitstipps wie „Rauchen Sie weniger“, „Trinken Sie weniger Alkohol“, „Betreiben Sie Sport“, „Gehen Sie nicht zu viel in die Sonne und verwenden Sie Sonnencreme“ usw. sind demnach weniger sinnvoll als Bildung und Einkommen.

Also liebe PatientInnen, übernehmt Eigenverantwortung:

- Kümmert euch darum, dass ihr reiche Eltern habt, bevor ihr geboren werdet.
- Kümmert euch darum, dass eure Eltern einen hohen Bildungsgrad haben.
- Schaut, dass ihr ein möglichst hohes Bildungsniveau habt, auch wenn euer Bildungsniveau leider von dem eurer Eltern abhängig ist.
- Leistet euch Privatärzte, damit ihr schneller zu einer Behandlung kommt.
- usw. usf...

Dann könnt ihr auch deutlich mehr Alkohol trinken und werdet trotzdem länger leben als andere!

These VII: Die Propagierung des Schlagwortes „Eigenverantwortung“ dient dazu, finanzielle Einsparungen zu rechtfertigen.

Eigenverantwortung ist nicht nur im Sinne der social determinants of health ein eher zynisches Konstrukt, sondern scheint seit vielen Jahren auch von der solidarischen Verantwortung des Staates/der Gemeinschaft abzulenken, um die mangelnde Finanzierung der Gesundheitsversorgung zu rechtfertigen.

Schon vor mehr als 20 Jahren schrieben Dinges und KollegInnen (2002) in einer Schriftenreihe der Stiftung Marktwirtschaft, einer wirtschaftsliberal orientierten Denkfabrik: „Eigenverantwortung und soziale Garantien müssen neu austariert werden, zugunsten von wieder mehr Eigenverantwortung“ (a.a.O., S. 91); was in dieser Formulierung ja noch recht harmlos klingt: Wer ist schon gegen Eigenverantwortung? Einige Seiten später wird jedoch deutlich, was damit gemeint ist:

„Ein ausreichend großes Gewicht der privaten Eigenverantwortung bei der Absicherung von Gesundheitsrisiken ist durch eine breitere Selbstbeteiligung der Versicherten an den Gesundheitsausgaben allein nicht zu erreichen. Neu zu definieren ist auch, welche Gesundheitsleistun-

gen jedermann garantiert sein sollen.“ (a.a.O., S. 93)

Das heisst nicht nur, dass man im Sinne der Eigenverantwortung mehr zahlen soll, sondern es soll auch nicht jede/r entsprechende Gesundheitsleistungen erhalten, sondern Eigenverantwortung übernehmen. Das gilt natürlich nicht, wenn der eigene sozioökonomische Status ausreichend hoch ist (siehe These VII).

Diese Überlegungen spielen aber nicht nur in wirtschaftsliberalen Kreisen eine bedeutende Rolle. Auch in einer Veröffentlichung des Managerkreises der Friedrich-Ebert-Stiftung (2005), einer der SPD nahen stehenden Stiftung, heisst es:

„Eigenverantwortung ist in einer Wirtschaftsordnung, die auf Konsumentensouveränität basiert, auch und gerade im wachsenden Gesundheitssektor eine Selbstverständlichkeit. Sie sorgt für den rationalen Einsatz der vorhandenen Mittel, da die informierten Klienten ihre Präferenzen selber am besten kennen.“ (a.a.O., S. i)

Wie wir ja wissen, ist Information von Bildung und sozioökonomischem Status völlig unabhängig (Achtung: Satirewarnung). Hier folgt aber zumindest die Anmerkung:

„Vier gleich gewichtige Ziele dienen zur Orientierung für gesundheitspolitisches Handeln: Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Eigenverantwortung. Diesen Maßstäben muss das Gesundheitswesen gerecht werden. Keines dieser Ziele kann und darf auf Kosten eines anderen optimiert werden.“ (a.a.O., S. 1)

Es ist daher nur allzu nachvollziehbar, wenn Said die Schlussfolgerung zieht:

„Unter dem Schlagwort ‚Stärkung der Eigenverantwortung‘ möchte so die Gesundheitspolitik in vielen Staaten auch mit immer höheren Selbstbeteiligungen die Finanzierungsproblematik im Gesundheitswesen in den Griff bekommen.“ (Said, o.D., S. 63)

(NB: Ich danke Frederic Fredersdorf für die Anregung zu These VIII.)

Schlussfolgerungen und Zusammenfassung

Falls die geneigten LeserInnen eine entsprechende Provokationsresistenz aufweisen konnten und mir bis hierher gefolgt sind, werden sich wahrscheinlich einige die Frage stellen:

„Und wie sollen wir jetzt mit dem Prinzip Eigenverantwortung umgehen? Diese sieben Thesen sind ja Argumente für und wider der persönlichen gesundheitsspezifischen Kompetenz.“

Eine kurze und prägnante Antwort darauf gibt Otto Schmid (2019, S. 15), ein Suchttherapeut mit jahrzehntelanger Erfahrung und Lektor an der Universität Basel:

„Die Eigenverantwortung wird oft überstrapaziert und damit wird den Betroffenen die notwendige Unterstützung versagt.“

Mit dieser Meinung steht er zumindest in der Schweiz nicht alleine da. Die Nationale Strategie Sucht 2017–2024 der Schweizer Eidgenossenschaft hat vor der Verabschiedung durch den Bundesrat im Jahr 2015 verschiedene Stakeholder dazu befragt und hält fest:

„Mehrere unterstrichen zudem die Wichtigkeit der Eigenverantwortung. Im Gegenzug dazu monierten die Akteure aus dem Suchtbereich sowie verschiedene Vertreter des Gesundheitswesens, dass die Eigenverantwortung zu sehr in den Vordergrund gerückt worden sei.“ (BAG 2015, S. 70)

Schomerus und KollegIn (Schomerus & Corrigan, 2022; Schomerus & Speerfork, 2023) versuchen dies auch in die Praxis umzusetzen: Sie gehen davon aus, dass

„... der Prozess von Recovery ... als eine inkrementelle Zunahme der Fähigkeit verstanden werden (kann), wieder selbst Verantwortung für das eigene Konsumverhalten zu übernehmen. Der Bedarf an Hilfe von außen verringert sich, die Steuerungsfähigkeit, die Abstinenzzuversicht, die Fähigkeit, auch in schwierigen Situationen nicht in alte Verhaltensmuster zurückzufallen, nimmt zu. Das Ergebnis von Recovery (und nicht etwa die Voraussetzung dafür) ist die weitestgehende Übernahme der Verantwortung für den eigenen Konsum.“ (a.a.O., S. 176; Hervorhebungen vom Autor)

Die Autoren haben für die Einschätzung, wie viel an Verantwortung von außen und wie viel Eigenverantwortung in der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen notwendig ist, ein dynamisches Modell der Verantwortung entwickelt (Schomerus & Corrigan, 2022). Es geht im Wesentlichen von einem Zusammenhang aus: Je ausgeprägter eine Suchterkrankung ist, desto geringer wird die Eigenverantwortung sein, aber desto größer die Verantwortung der gesamten sozialen Umgebung. Erst mit der

Behandlung steigt wieder die Eigenverantwortung. Dieses Prinzip findet sich nach Ansicht des Autors auch in der Suchtselbsthilfe wieder: Sehr ausgeprägt im Rahmen der Anonymen Alkoholiker durch das Buddy-System und die v. a. anfängliche Forderung einer sehr häufigen Gruppenteilnahme. Aber auch allein die Tatsache, dass die Gemeinschaft im Sinne des *Communitas-Prinzips*², im Sinne der gegenseitigen Verantwortung („*cum munus*“) mich in meinen Bemühungen unterstützt, lässt mich wieder zunehmend Verantwortung für mich selbst übernehmen.

Suchttherapie war in den letzten Jahrzehnten zu sehr eingeengt auf abstinenzorientierte Behandlung; gleichzeitig hat sie Eigenverantwortung als Bring„schuld“ (sic!) gesehen. Die Entwicklung ergebnisoffener Behandlungsansätze hat endlich mit diesem undifferenzierten Behandlungsansatz aufgeräumt. Es steht nun aber zu befürchten, dass wir uns in der Euphorie über diese Entwicklung zu sehr auf die ergebnisoffene Behandlung einengen – genauso, wie wir es früher mit der abstinenzorientierten Behandlung gemacht haben. Möglicherweise übersehen wir dabei, dass wir manchen PatientInnen nicht gerecht werden, vor allem wenn es bereits zu schweren Verläufen mit ausgeprägten Folgeerkrankungen gekommen ist. Das Bedürfnis nach einfachen Lösungen (Solutionismus) ist dem Menschen und damit auch SuchttherapeutInnen immanent. Wir wechseln von der einfachen Lösung, dass alle abstinent werden müssen, zur nächsten einfachen Lösung, dass das (Sucht-)Problem nur mehr in der Verantwortung der PatientInnen liegt. Wir sind so stolz darauf, auf betroffene Personen individuell einzugehen, wenn wir ergebnisoffen behandeln. Aber vielleicht berücksichtigen wir manchmal dabei zu wenig, dass wir manche Menschen damit überfordern und sie vielleicht deswegen die Behandlung abbrechen und nicht etwa, weil sie nicht genug Eigenverantwortung aufweisen!

In einem Dilbert-Cartoon³ stellt eine Führungskraft einen Mitarbeiter zur Rede: „Ted sagt, Sie wollen ihm nicht bei seinem Projekt helfen.“ Worauf der Mitarbeiter antwortet: „Aber ich habe ihm beigebracht, wie man ei-

genverantwortlich arbeitet, das ist doch auch wichtig, oder?“ Auf den konsternierten Blick der Führungskraft reagiert der Mitarbeiter mit den Worten: „Keine so leichte Frage, was?“

Ja, Menschen zu helfen kann manchmal schwierig sein, aber Eigenverantwortung anderer sollte nicht dazu dienen, es uns einfacher zu machen. Wir professionell Helfende sollten uns hin wieder daran erinnern, dass wir u. a. in Diagnostik ausgebildet sind und als Behandelnde (sowie das soziale Umfeld im weitesten Sinn) ebenfalls Verantwortung für Harm Reduction oder Abstinenz oder psychosoziale (Re-)Integration oder Genesung tragen und nicht allein unsere PatientInnen im Zuge ihrer Eigenverantwortung.

Die Suchtselbsthilfe berücksichtigt – wie oben dargestellt – dieses Prinzip im Sinne einer gegenseitigen Übernahme der Verantwortung füreinander („*Communitas-Prinzip*“) wohl oft besser als das professionelle Hilfssystem.

Literatur

- BAG. (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit der Schweizerischen Eidgenossenschaft. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html> – abgerufen am 06.01.2024.
- Bloomfield, K. (2020). Understanding the alcohol-harm paradox: what next? *The Lancet – Public Health*, 5(6), e300–e301 [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30119-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30119-5/fulltext) – abgerufen am 06.01.2024.
- BSI. (2021). *Code of Conduct. „Alkohol und Verantwortung“*. Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und Importeure e.V. https://www.spirituosen-verband.de/fileadmin/introduction/downloads/BSI-Code_of_Conduct_2021.pdf – abgerufen am 06.01.2024.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2022). *Alkoholatlas Deutschland 2022*. Lengerich: Pabst Science Publishers. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2022_dp.pdf – abgerufen am 06.01.2024.
- DHS. (2019). *Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Donges, J. B., Eekhoff, J., Franz, W., Möschel, W., Neumann, M. J. M. & Sievert, O. (2002). *Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen*. Berlin: Stiftung Marktwirtschaft.

² „Aus ‚munus‘ – im Sinne von Bürde, Verpflichtung, Gabe, Amt – geht die Gemeinschaft hervor: An ihrem Grund erweist sich, dass sie durchaus kein Besitz, kein Territorium ist, das es zu verteidigen gilt. Ihr dunkler Kern ist vielmehr ein Mangel: etwas Auszufüllendes, eine geteilte Verpflichtung, ein von allen zu Erbringendes – etwas, das stets noch aussteht. ‚Im-munitas‘ (als Schutzmechanismus) und ‚Com-munitas‘ erscheinen als die Leitbegriffe dieser grundlegenden Ambivalenz zwischen Gabe und Schuld, Geteiltem und Bedrohlichem, die die Gemeinschaft seit Anbeginn prägt“ (Klappentext aus Esposito, 2004).

³ Siehe z. B.: <https://www.sueddeutsche.de/kultur/comics-dilbert-peanuts-reality-check-1.4654001>

- Esposito, R. (2004). *Communitas: Ursprung und Wege der Gemeinschaft*. Zürich: Diaphanes.
- Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S. & Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcohol Clin Exp Res*, 45, 899–911.
- Mackenbach, J. P., Kulhánová, I., Bopp, M., Borrell, C., Deboosere, P. et al. (2015). Inequalities in alcohol-related mortality in 17 European countries: a retrospective analysis of mortality registers. *PLOS Medicine*, 12(12), e1001909. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001909> – abgerufen am 06.01.2024.
- Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung. (2005). *Wachstumsfeld Gesundheit?* <https://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/02871.pdf> – abgerufen am 10.01.2024.
- Raphael, D. & Bryant, T. (2022). Emerging themes in social determinants of health theory and research. *International Journal of Health Services*, 52(4), 428–432.
- Rogers, C. (1980). *A way of being*. Boston: Mariner.
- Said, H. (o.D.). *Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Versorgungskosten – Konsequenzen für Sanierung und Steuerung des österreichischen Gesundheitswesens* (Masterarbeit). Medizinische Universität Graz. https://me001ned.edis.at/publichealth/archiv/Mastersarbeiten/Arbeiten02/Mastersarbeit_Said.pdf
- Schmid, O. (2019). Die Eigenverantwortung wird überstrapaziert. Interview. *Handicapforum*, 4, 15–16. http://stigmafrei.ch/wp-content/uploads/2019/12/Interview_Handicapforum_stigmafrei.pdf – abgerufen am 06.01.2024.
- Schomerus, G. & Corrigan, P. W. (2022). Understanding the stigma of substance use disorders. In G. Schomerus & P. W. Corrigan (Eds.), *The stigma of substance use disorders* (pp. 232–251). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schomerus, G. & Speerforck, S. (2023). Suchtbehandlung ohne Schuldzuschreibung – eine Utopie? *Psychiat Prax*, 50, 175–177.
- Strizek, J., Brotherhood, A., Priebe, B. & Puhm, A. (2021). *Sucht(behandlung) in der Krise. Zweiter Kurzbericht*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Wallroth, M. (2018). *Sucht und Selbstverantwortung: Philosophische Anmerkungen zu einem schwierigen Verhältnis*. Vortrag gehalten in Wien im November 2018. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Vortrag%20Wien%20November%202018_Endversion.pdf – abgerufen am 06.01.2024.
- WHO. (o.D.). *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 – abgerufen am 06.01.2024.



Dr. Wolfgang Beiglböck

Klinischer Psychologe, Psychotherapeut und Gesundheitspsychologe, seit mehr als 40 Jahren in Suchtbehandlung und Suchtforschung in verschiedenen Settings tätig. Unterrichtet an mehreren Universitäten in Österreich und Slowenien, Gastvorlesungen an der Columbia University New York. wolfgang.beiglboeck@meduniwien.ac.at

Selbsthilfe suchterfahrener Menschen – gestern, heute und morgen

Die Bedeutung der Selbsthilfe für suchterfahrene Menschen, für das Suchthilfesystem und für die Gesellschaft

Jürgen Naundorff

Zusammenfassung

Selbsthilfe ist ein wichtiges Angebot im Suchthilfesystem und schlägt Brücken zwischen den verschiedenen Suchthilfeangeboten. Im Blick auf die Geschichte wird deutlich, wie die Selbsthilfe maßgeblich suchterfahrene Menschen ganzheitlich begleitet hat. Sie lebt ein facettenreiches bio-psycho-soziales Modell, mit Einschränkung auch ein spirituelles. In einer sich rasant wandelnden Gesellschaft sucht die Selbsthilfe nach weiteren Wegen, um Menschen niedrigschwellig und bedarfsgerecht begleiten zu können. Zugleich arbeitet sie an Konzepten, wie sie zukünftig ihren Platz im Suchthilfesystem ausfüllen, entstigmatisierend wirken und gesellschaftspolitisch aktiv sein kann.

Schlüsselwörter: Abhängigkeit, Abstinenz, Alkohol, Alkoholkrankung, Angehörige, bio-psycho-soziales Modell, bio-psycho-sozial-spirituelles Modell, Drogen, Gespräch, Gruppe, Konsumkompetenz, Medikamente, Prävention, Substitution, Sucht, Suchtgefährdung, Suchthilfesystem, suchtkrank, Selbsthilfe

Abstract

Self-help is an important service in the addiction support system and builds bridges between the various addiction support services. Looking back at its history, it becomes clear how self-help has played a key role in providing holistic support to people who have experienced addiction. It embraces a multi-faceted bio-psycho-social model, and to a limited extent also a spiritual one. In a rapidly changing society, self-help is looking for further ways to provide people with low-threshold and needs-based support. At the same time, it is working on concepts as to how it can fill its place in the addiction support system in the future, how it can have a destigmatising effect and how it can be active in social policy.

Keywords: addicted, addiction, addiction risk, addiction self-help abstinence, addiction support system, alcohol, alcoholism, bio-psycho-social model, bio-psycho-social-spiritual model, consumer competence, conversation, drugs, group, medication, prevention, relatives, substitution

Wenn im Nachfolgenden von Selbsthilfe geschrieben wird, ist stets die kollektive (nicht individuelle) Selbsthilfe suchterfahrener Menschen (schwerpunktmäßig in Deutschland) gemeint. „Herzstück“ der beschriebenen Selbsthilfe sind Menschen, die Erfahrungen mit dem Phänomen Sucht gemacht haben:

- durch eine eigene Suchterkrankung,
- durch das Zusammenleben oder Arbeiten mit Menschen, die suchtkrank sind oder waren,

- durch Erfahrungen, die eine Suchtgefährdung nahelegen.

Diese Vielfalt an Menschen subsumiert der Autor unter der Wortgruppe *suchterfahrene Menschen*.

1 Zur Bedeutung der Selbsthilfe

Zwanzig Thesen sollen zu Beginn zusammenfassen, worin im Wesentlichen die Bedeutung der Selbsthilfe in der Gegenwart besteht.

Die Bedeutung der Selbsthilfe für suchterfahrene Menschen:

- 1) Selbsthilfe entsteht, wo sich suchterfahrene Menschen gegenseitig öffnen und einander Anteil geben.
- 2) Selbsthilfe ist autonom und grundsätzlich niemandem verpflichtet als allein sich selbst. Diese Unabhängigkeit ermöglicht, dass sich die darin agierenden Menschen aufeinander und auf sich fokussieren können.
- 3) In der Selbsthilfe sind die suchterfahrenen Menschen die mit den größten Kompetenzen. Die Selbsthilfe legt somit die Betroffenenkompetenz von Menschen offen und verhilft suchterfahrenen Menschen zu Selbstachtung und gesellschaftlichem Respekt.
- 4) Selbsthilfe eröffnet einen Gesprächsraum, in dem suchterfahrene Menschen ihre Herausforderungen im Leben schildern können, Verständnis und gemeinsam Lösungswege finden können.
- 5) Selbsthilfe eröffnet für suchterfahrene Menschen einen Schutz- und Lebensraum, der ihnen zu einer zweiten oder ersten Heimat/Familie werden kann. Das zeigt sich u. a. in der langen Verweildauer von suchterfahrenen Menschen in den Gruppen.
- 6) In der Selbsthilfe können Menschen Lebenswege finden, auf die sie sich gemeinsam einlassen, z. B. suchtmittelabstinent, drogenkonsumierend oder substituiert.
- 7) Selbsthilfe ermöglicht suchterfahrenen Menschen, ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln, sich in ihrer sucht(mittel)freien Lebensweise zu motivieren bzw. diese zu stabilisieren, Rückfällen in die Erkrankung vorzubeugen bzw. diese aufzuarbeiten und (neue) soziale Bindungserfahrungen zu machen.
- 8) In der Selbsthilfe werden suchterfahrenen Menschen erste Schritte zu mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben angeboten. Hintergrund ist, dass viele suchterfahrene Menschen sich aus der Gesellschaft zurückgezogen haben bzw. durch eine Suchterkrankung vereinsamt sind. Im Schutz der Selbsthilfeangebote können suchterfahrene Menschen Schritte in die Mitte der Gesellschaft wagen. Dafür stehen u. a. Angebote, in denen suchterfahrene und nicht suchterfahrene Menschen gemeinsam aktiv werden.
- 9) Selbsthilfe bietet suchterfahrenen Menschen ein Handlungsfeld, in dem sie auch Anderen helfen können und das sinnstiftend wirkt.

Die Bedeutung der Selbsthilfe für das Suchthilfesystem:

- 10) Selbsthilfe (inkl. ihrer Ursprungsorganisationen, der Abstinenzverbände) vereint das Erfahrungswissen aus einer bis zu 170-jährigen Geschichte. Dieses Erfahrungswissen vereint gewonnene Erkenntnisse und entwickelt Handlungsstrategien in der langjährigen Begleitung suchterfahrener Menschen.
- 11) Abstinenzverbände (und aus ihnen entstandene Selbsthilfeorganisationen) haben bereits vor dem Aufbau von beruflicher Suchthilfe und Suchtprävention einen ganzheitlichen Ansatz in der Begleitung suchterfahrener Menschen entwickelt, weiterentwickelt und aufrechterhalten.
- 12) Selbsthilfe bringt sich durch ein herausragendes Engagement von vielen ehrenamtlich engagierten Menschen in das Suchthilfesystem ein. Sie geschieht unentgeltlich und ist zugleich nicht kostenlos zu haben.
- 13) Selbsthilfe ist ein wichtiger Player im Gesundheitsversorgungssystem im Handlungsfeld der Suchthilfe und Prävention.

„Seit den 90er Jahren hat insbesondere der Stellenwert der gesundheitlichen Selbsthilfe zugenommen und wird mittlerweile als vierte Säule des Gesundheitsversorgungssystems beschrieben. In keinem anderen europäischen Land scheint sie eine derart hohe Verbreitung und Ausdifferenzierung wie in Deutschland erreicht zu haben. Die zunehmende Bedeutung der gesundheitlichen Selbsthilfe wird auch durch die Veränderung der Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen von einer gesetzlichen Soll-Regelung in eine Muss-Regelung im Jahre 2008 unterstrichen.“ (Fronhöfer, 2022, S. 4)

- 14) Selbsthilfe ist für suchterfahrene Menschen ein Brückenbauer in das Suchthilfesystem hinein; sie baut zugleich Brücken zwischen einzelnen Angeboten der Suchthilfe. Akteure der Selbsthilfe begleiten suchterfahrene Menschen vor, während und nach einer ambulanten bzw. stationären Rehabilitation. Sie motivieren, Gesprächsangebote in Suchtberatungsstellen in Anspruch zu nehmen. Sie stellen die Angebote der Selbsthilfe in Suchtfachkliniken und in psychiatrischen Kliniken vor. Und sie suchen rückfällige suchtkranke Menschen auf und motivieren sie, Rückfälle zu bearbeiten und selbstbestimmt zu leben. Nicht selten begleiten sie suchterfahrene Menschen zum

Arzt oder zur Ärztin, zur Beratungsstelle bzw. in die entsprechende Klinik.

- 15) Selbsthilfe suchterfahrener Menschen agiert – anders als im Handlungsfeld anderer Krankheitsbilder – seit Jahrzehnten verbandsübergreifend (s. u. Kapitel 9) und schafft Synergien zwischen den einzelnen Organisationen.
- 16) Selbsthilfe unterstützt Verhaltensprävention. Sie wirkt u. a. in beruflichen Suchtpräventionsangeboten mit. Suchterfahrene Menschen geben Einblicke in ihre Biographie. Die Authentizität der Akteure erzielt in der Regel eine emotionale Wirkung bei jungen Menschen und verbindet Fachwissen im Bereich Sucht mit biographischen Erfahrungen.

Die Bedeutung der Selbsthilfe für Politik und Gesellschaft

- 17) Selbsthilfe trägt durch gelebte Vorbilder zur Entstigmatisierung von suchterfahrenen Menschen bei. Sie vermittelt als wichtigste Antistigmastrategien Wissen um die Erkrankung und ermöglicht den Erfahrungsaustausch mit ebenfalls suchterkrankten Menschen. Darüber hinaus können Selbsthilfeverbände und -vereine entstigmatisierend wirken, indem sie Antistigmastrategien gemeinsam umsetzen. Selbsthilfe als wichtigste Akteurin fordert Politik und Gesellschaft auf, bei der Entstigmatisierung suchterfahrener Menschen mitzuwirken.
- 18) Selbsthilfe ist auf suchtpolitischer Ebene als Betroffenen- und Patientenvertretung in Gremien des deutschen Gesundheitswesens tätig.
- 19) Selbsthilfe weist durch ihre Arbeit auf Suchtprobleme im jeweiligen Land hin und informiert über Angebote der Sucht- und Selbsthilfe. Insbesondere die verbandliche Selbsthilfe verfasst Stellungnahmen zu suchtpolitischen Herausforderungen und Gesetzesentwürfen und informiert kritisch über die Suchtpolitik des jeweiligen Landes (Guttempler, 2023). Sie bildet mit Selbsthilfeverbänden anderer Nationalstaaten ein äußerst bedeutsames Sprachrohr für suchterfahrene Menschen und gegen Suchtgefahren.
- 20) Selbsthilfe unterstützt die Verhältnisprävention im Verbund mit regionalen und bundesweiten Suchthilfeorganisationen und Präventionsakteuren.

Im Folgenden werden diese Aspekte unter speziellen Gesichtspunkten entfaltet.

2 Zum grundsätzlichen Verständnis von Selbsthilfe

„Sucht-Selbsthilfe ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Menschen, die suchterfahren sind bzw. die sich in der Sucht-Selbsthilfe engagieren wollen.“ (DHS, 2023, S. 1)

Die Selbsthilfe ist natürlich nicht homogen. Wenn im Folgenden von Selbsthilfe oder „der Selbsthilfe“ geschrieben wird, dann als Summe ihrer heterogenen Erscheinungsformen. Erschwerend kommt hinzu, dass zumindest für Angebote der Selbsthilfe suchterfahrener Menschen die Bezeichnung Selbsthilfe irreführend ist. Denn – und das ist noch genauer für die Selbsthilfe herauszuarbeiten – geht es keinesfalls originär lediglich darum, dass sich jeder selbst in der Gruppe hilft. Zu bedeutsam sind Gemeinschaftserfahrungen, „gegenseitige Hilfe und Unterstützung“ (Arbeitskreis Selbsthilfeförderung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, 2019) sowie Beziehungsdynamiken in der Selbsthilfe. Sie stehen gleichrangig neben dem Aspekt, dass Menschen mit Krankheitserfahrungen in der Selbsthilfe selbstbestimmte Wege entdecken.

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, die grundsätzlichen Kriterien für Selbsthilfe zu benennen. Diese Kriterien dienen dazu, um auf Basis eines sogenannten Expertenkonsens' einzuschätzen, ob bei dem jeweiligen Angebot ein vertretbares Mindestmaß an Nähe zu den grundsätzlichen Kriterien von Selbsthilfe vorhanden ist und somit von einem Angebot der Selbsthilfe gesprochen werden kann.

Wenn diese vier grundsätzlichen Kriterien vorhanden sind, kann von Selbsthilfe suchterfahrener Menschen gesprochen werden:

- a) *zielgruppenorientiert*: Das Angebot steht suchterfahrenen Menschen offen;
- b) *bedarfsgerecht*: Das Angebot richtet sich an deren Bedürfnissen aus und fördert deren Selbstbestimmung;
- c) *gesprächsorientiert*: Das Angebot ermöglicht, „auf Augenhöhe“ Erfahrungen und Erkenntnisse auszutauschen und gemeinsam Lösungen bei Herausforderungen zu diskutieren;
- d) *ehrenamtlich*: Das Angebot wird nicht von beruflichen Kräften geleitet.

Diese Kriterien finden sich in den Grundsatzpapieren (Leitlinien, Prinzipien etc.) sowohl der deutschlandweit agierenden Organisationen der Selbsthilfe (Blaues Kreuz in Deutschland, BKE Selbsthilfe, BVEK Elternkreise, Frau.Sucht.Hilfe., Bundesverband, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Glücksspielfrei, Guttempler in Deutschland, JES Junkies Ehemalige Subs-

tituierte, Kreuzbund) als auch der Anonymen Alkoholiker und der Narcotics Anonymous.

3 Zur (Vor-)Geschichte der Selbsthilfe

Um die heutige Selbsthilfe im deutschsprachigen Raum verstehen und deren Bedeutung einschätzen zu können, lohnt es, sich deren (Vor-)Geschichte anzuschauen.

3.1 Massenarmut und „Branntweinpest“

Alkoholabhängigkeit ist kein Phänomen der Neuzeit. Bereits Martin Luther soll gesagt haben:

„Unser deutscher Teufel wird ein guter Weinschlauch sein und muss Sauf heißen.“ (Bückart, 2024)

Alkoholabhängige bzw. drogenkonsumierende Menschen gab es zu allen Zeiten. Doch zwischen 1825 und 1850 zeigte sich durch die „Branntweinpest“ erstmals ein weit verbreiteter exzessiver Alkoholkonsum in Mitteleuropa. Wie kam es zu einer solchen Breitenwirkung?

Zwischen 1750 und 1850 lebten viele ländliche Bevölkerungsgruppen in elenden Verhältnissen. Meist nur mithilfe ländlicher Nebengewerbe wie dem Flachsspinnen, Tuchweben oder einer kleinen Landwirtschaft konnten sie den Lebensunterhalt decken. Der preußische Regierungsrat Bittner fasste das Elend der Spinner in der Senne (heutige Region Ostwestfalen-Lippe) so zusammen:

„Die Bevölkerung lebt, denn sie verhungert nicht, sie hungert zwar, aber sie lebt.“ (Hegen, 1984, S. 367)

Den Handwerkern und Kaufleuten in den Städten ging es nicht viel besser. Auch sie lebten mit der latenten Angst, durch ihre Arbeit die Familie nicht mehr ernähren zu können. Diese prekären sozialen und wirtschaftlichen Zustände waren eine Ursache für die Ausbreitung der „Branntweinpest“.

Weitere bestanden im beschleunigten Bevölkerungswachstum seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert, im durch Kriege und Missernten von 1790 bis 1817 teuer gewordenen, knappen Getreideangebot bei hoher Nachfrage und insbesondere in der Bauernbefreiung. Zwar wurde für die Bauern die Bindung an die Scholle aufgehoben; doch die Städte boten kaum Möglichkeiten, sich gewerblich eine neue Existenz aufzubauen.

„Arbeitslosigkeit war ein weit verbreitetes Phänomen der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts.“ (a.a.O., S. 368)

Außerdem ging vielen Menschen u. a. auf dem Hintergrund aufklärerischer Schriften das Vertrauen in die Religion verloren. Sie vermochte nicht mehr wie in früheren Jahrhunderten zu trösten.

„Die Welt als Jammertal war immer so lange als göttlich gerechte Ordnung akzeptiert, solange die jenseitige Erlösung als geglaubtes Versprechen Trost im Diesseits spendete.“ (a.a.O., S. 373)

Diese Lebenseinstellung ging vielen verloren. Schlussendlich kam laut Alfred Hegen noch folgender gewichtige Aspekt hinzu:

„Die weltlichen Gewalten waren durch die Aufklärung in Frage gestellt worden, zumindest als von Gott legitimierte Obrigkeit, und die politische und gesellschaftliche Ordnung wurde zunehmend als von Menschen gemachtes Herrschaftsverhältnis denn als gottgewolltes Schicksal verstanden. Zwar hat es sicherlich im beginnenden 19. Jahrhundert noch eine weitverbreitete Volksfrömmigkeit gegeben, doch zunehmend reichte diese nicht mehr aus, die elenden Lebensverhältnisse zu beschwichtigen.“ (a.a.O., S. 375)

Alfred Hegen beschreibt drei maßgebliche Motive für die Trinkgewohnheiten der unteren sozialen Schichten in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts.

1. Das gesellige Trinken als Fortleben alter Zunft- und bäuerlicher Festtraditionen,
2. Die Betäubung des Elendsgefühls angesichts der sozialen Lage („narkotisches Trinken“),
3. Der Glaube an den Nahrungswert und die allgemein gesundheitsfördernde Wirkung des Branntweins („instrumentales Trinken“; a.a.O., S. 377).

In diese Lebenskontexte und auf dem Hintergrund dieser Trinkmotive brach sich der Branntwein seine Bahn.

„Erst die 1887 von Reichskanzler Otto von Bismarck durchgesetzte Einführung einer landesweiten Branntweinsteuer half jedoch, die Schnapseepest einzudämmen – eine Ironie der Geschichte. Denn der eiserne Kanzler war ebenfalls ein formidabler Zecher: Sogar auf Bahnreisen führte der Staatsmann ein Sortiment aus Bier, Portwein, Nordhäuser Korn und Kognak mit sich.“ (Thaddeusz, 2018, S. 1)

Diese verhältnispräventive Maßnahme Bismarcks ist mutmaßlich ein wichtiger begünstigender Faktor für die rasante Ausbreitung von Vereinen innerhalb der damals gegründeten Abstinenzverbände (Blaues Kreuz, Guttempler und Kreuzbund) und für die Neugründung regionaler Vereine ab 1887 bis 1914 gewesen.

3.2 Enthaltensamkeitsvereine und Abstinenzverbände

Als Reaktion auf die so genannte Branntweinpest gründete Herzog Johann von Sachsen 1831 den ersten deutschen Enthaltensamkeitsverein gegen den Branntwein.

„1841 gab es in Preußen bereits 302 Mäßigkeitsvereine mit etwa 20.000 Mitgliedern. Darüber hinaus versprachen Hunderttausende, sich des Branntweins zu enthalten.“ (Klement, 1990, S. 15)

Nach der Revolution von 1848 fiel die Bewegung rasch in sich zusammen, u. a. weil sie als politisch und kirchlich reaktionär galt. Da sich nahezu alle Mäßigkeits- und Enthaltensamkeitsvereine wieder auflösten, konnte sich die „Trunksucht“ erneut rapide ausbreiten.

Ebenfalls in dieser Zeit, 1840, wurde der Grundstein für die spätere weltweite Movendibewegung (Guttempler) in Baltimore, USA, gelegt, als sechs Männer beschlossen, gemeinsam ein Nüchternheitsversprechen zu unterzeichnen. 1851 gründeten sich in Utica im Staat New York/USA die Guttempler als Abstinenzorganisation. Ein Jahr später führten sie ihre Arbeit in der Folgeorganisation „Independent Order of Good Templars“ weiter. Die Guttempler-Orden setzten sich von Anfang an für die Linderung der Armut, für die Verbesserung des Lebens der einfachen Leute, für die Gleichheit und Inklusion aller Menschen sowie für eine aktive Bürgerschaft ein. Indem sie Frauen und Familienmitgliedern die Mitgliedschaft gewährten, boten sie einen umfassenden Ansatz zur Lösung von Alkoholproblemen und waren ihrer Zeit weit voraus.

Ab den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts brach sich die Abstinenzbewegung durch die Schweiz und das Deutsche Kaiserreich ihre Bahn. Diese Bewegung hatte zwei maßgebliche, voneinander unabhängige Ursprünge.

1) Ersterer war, durch den Guttempler-Orden von den USA über England kommend, 1873 in Hamburg entfacht worden. Dort gründete sich der erste Guttempler-Orden auf dem europäischen Festland. „Die erste dauerhafte Gründung in den Grenzen des heutigen

Deutschlands gelang schließlich 1887 in Flensburg“ (Wikipedia, 2024b). 1889 wurde der Deutsche Guttempler-Orden in Flensburg gegründet (vgl. Flensburger Guttempler-Logenhaus). Heute trägt er den Namen „Guttempler in Deutschland“.

2) Der Pfarrer Louis-Lucien Rochat und der Kaufmann Charles Fermaud riefen 1877 auf einem „Internationalen Kongreß zur Hebung der Sittlichkeit“ zur Gründung eines Schweizerischen Mäßigkeitsvereins auf der Grundlage völliger Enthaltensamkeit von allen berauschenden Getränken auf. Siebenundzwanzig Personen unterzeichneten eine entsprechende Enthaltensamkeitsklärung. 1881 wählte der Verein ein blaues Kreuz auf weißem Untergrund als Fahne. Fortan sprach man vom Blauen Kreuz. 1885 wurde der erste Blaukreuz-Verein in Hagen gegründet und eine erste Satzung des Blauen Kreuzes für Deutschland verfasst. 1902 trennten sich die Provinzialverbände Schleswig-Holstein, Westfalen und Hannover vom Hauptverein des Blauen Kreuzes mit Sitz in Barmen (heute „Blaues Kreuz in Deutschland“) und gründeten den Deutschen Bund evangelisch-kirchlicher Blaukreuz-Verbände (heute „BKE Selbsthilfe“).

Nach den Vereinsgründungen der Guttempler und der Blaukreuzler kam es durch die unermüdliche Überzeugungsarbeit des Rektors Josef Neumann 1896 zur Gründung des „Katholischen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke“ in Aachen.

1899 nannte sich der Verein um in „Katholisches Kreuzbündnis“, der heutige „Kreuzbund e.V.“. 1904 genehmigte der Erzbischof von Köln die erste Satzung des Kreuzbündnisses. 1909 erfolgte auf dem Verbandstag in Essen der Zusammenschluss zum „Kreuzbündnis – Verein abstinenten Katholiken“. In den Statuten wird erstmals festgelegt, dass nur abstinent lebende Personen Mitglied werden und das aktive und passive Wahlrecht ausüben können.

1900 gründete Ottilie Hoffmann den „Deutschen Bund abstinenten Frauen“ (1924 umbenannt in „Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur e.V.“) in Bremen, nachdem sie bereits 1891 gemeinsam mit Johannes Schröder den „Bremer Mäßigkeitsverein“ (später umbenannt in „Verein für alkoholfreie Speisehäuser“) ins Leben gerufen hatte. Heute setzt sich der „Frau.Sucht.Hilfe., Bundesverband e.V.“ für Frauen ein, die selbst oder als Angehörige durch eine Suchterkrankung betroffen sind. Selbsthilfe- und Präventionsarbeit stehen im Vordergrund der Arbeit.

Die größte Verbreitung konnten die Abstinenzverbände zu Beginn des Ersten Welt-

kriegs verzeichnen. Exemplarisch steht dafür der Deutsche Hauptverein des Blauen Kreuzes, der 1914 insgesamt 45 128 Mitglieder und „verpflichtete Freunde“ in 816 Ortsvereinen zählte. (Klement, 1990, S. 83) Ebenfalls 1914 gehörten allein zum Blaukreuz-Ortsverein Leipzig 171 Mitglieder und 478 „verpflichtete Freunde“. (a.a.O., S. 80) Diese Vereinsgrößen wurden nie wieder erreicht.

3.3 Selbsthilfebewegung und Selbsthilfeverbände

1935 gründete sich die erste Gruppe sogenannter Anonymer Alkoholiker (AA) in Akron, Ohio (USA). Die Idee, sich in einem geschützten Raum (einer Gruppe) anonym zu seinem Alkoholismus zu bekennen, fand in den darauffolgenden Jahren viele Anhänger. Die AA und die 1949 nach dem Vorbild der AA gegründeten Narcotics Anonymous (NA), in der sich drogenabhängige Menschen zusammenschlossen, breiteten sich in der Mitte des vorigen Jahrhunderts weltweit aus. Es darf davon ausgegangen werden, dass die Konzentration auf den Monolog von „Alkoholikern“ und den Dialog zwischen ihnen, einer der drei Wegbereiter für die Selbsthilfebewegung im deutschsprachigen Raum gewesen ist. 1950 wurden auf der ersten internationalen Konferenz der AA die „12 Traditionen“ bestätigt (Wikipedia, 2024a).

Vor allem durch den Zweiten Weltkrieg kam die Arbeit der Abstinenzverbände fast vollständig zum Erliegen. Der Neuanfang gestaltete sich schwierig.

1947 *„formiert sich die ‚Hauptarbeitsgemeinschaft zur Abwehr der Suchtgefahren (HAG)‘ mit dem Ziel, Organisationen der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe ein institutionelles Dach zu geben. Einige Jahre später (1955) wird die HAG unter der Bezeichnung ‚Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.‘ im Vereinsregister aufgenommen.“* (Wikipedia, 2024c)

Die Abstinenzverbände waren maßgebliche Gründungsmitglieder des Vereins, der heute den Namen „Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.“ trägt.

Das Urteil der WHO im Jahr 1952, Alkoholismus als Krankheit anzuerkennen, führte zum Aufbau von „Trinkerheilstätten“ (später Suchtfachkliniken) und Suchtberatungsstellen. 1968 wurde Alkoholismus zuerst in der DDR, dann auch in der Bundesrepublik als Krankheit anerkannt.

In diesem Kontext gründeten 1956 „ehemalige Patienten aus damaligen Heilstätten der Diakonie in Württemberg die ersten Freundeskreise. [Deren Angehörigen waren von Beginn an ebenfalls ein Teil der Freundeskreise...] Das Zusammensein in den Freundeskreisen sollte ein Übungs- und Lernfeld für das alltägliche Leben ohne das Suchtmittel sein. Die Gruppenarbeit verstand sich als Weg- und Lebensbegleitung für den einzelnen Menschen... 1978 kam es zur Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe (BAG) in Schwalmstadt“ (Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, 2024, S. 1), der heutige Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Bundesverband e.V. Somit kann die Verbreitung der Freundeskreise als zweiter Wegbereiter der Selbsthilfebewegung im deutschsprachigen Raum angesehen werden.

Als dritte Wegbereiter bahnten die Abstinenzverbände der Selbsthilfebewegung den Weg, indem sie Selbsthilfestrukturen aufbauten. Bereits ab 1964 entstanden „Neuland-Gruppen“ der Guttempler, in denen Selbsthilfeprinzipien in Form von Gesprächsgruppen erprobt wurden. Auch „der Kreuzbund wandelt sich in der Folge von einer helfenden Gemeinschaft zu einer Selbsthilfeorganisation, in der die Gruppenarbeit in den Vordergrund tritt“ (Kreuzbund, 2024, S. 2). Gleiches trifft auf die beiden Blauen Kreuze zu. Ab 1970 schulte ein Fachreferent des Blauen Kreuz in Deutschland ehrenamtlich Engagierte aus den Vereinen, um zur Leitung und Moderation von Gesprächsgruppen zu befähigen. Die sogenannte „Suchtkrankenhelfer“-Ausbildung wurde konzeptioniert und jährlich durchgeführt. So entstanden immer mehr Gesprächsgruppen in den beiden Blauen Kreuzen, den Guttemplern und dem Kreuzbund. Diese Gruppen veränderten die örtlichen Vereine im Sinne der Selbsthilfe maßgeblich.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gründeten sich weitere Vereine und Verbände. 1969 kam es zur Gründung des ersten deutschen Elternkreises in Bonn. Bereits vier Jahre später gründeten 15 Elternkreise einen Bundesverband. In ihnen versammeln sich speziell Eltern und Angehörige suchtgefährdeter und suchtkranker Kinder – zumeist Heranwachsender, aber auch Erwachsener.

Vor allem zwischen 1970 und 2000 wuchs das Angebot von Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik, bis 1989 in der DDR (u. a. in der Evangelischen Arbeitsgemeinschaft für Suchtgefahren und im Suchtgefährdetendienst) und ab 1990 auf dem Gebiet der neuen Bundesländer rasant. 1992 registrierte die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren 154

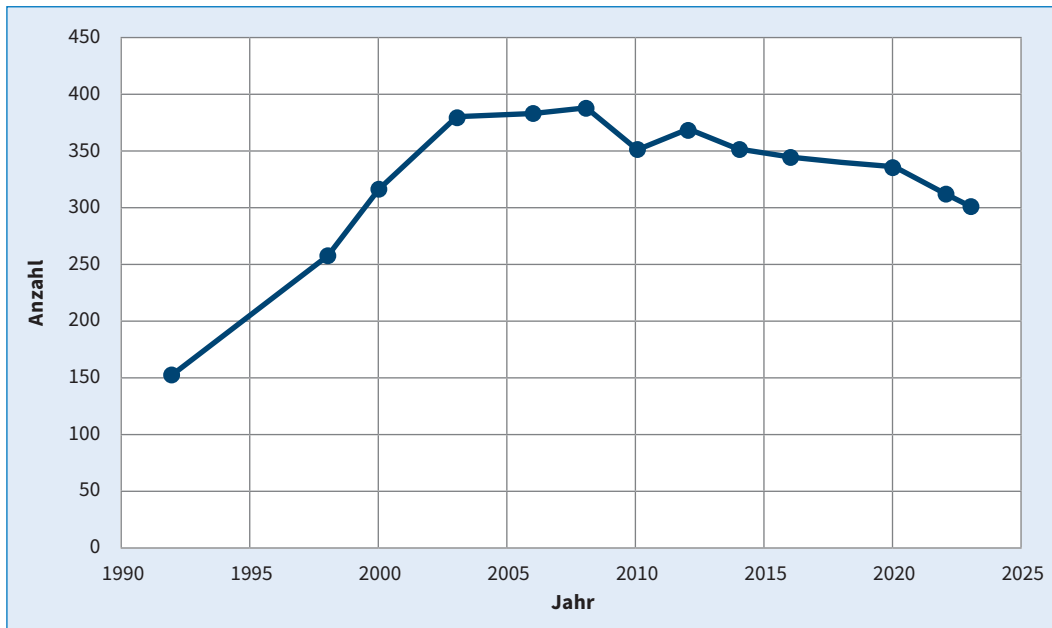


Abbildung 1

Registrierte
Suchtselbsthilfegruppen
Sachsen

Gruppen; 2003 waren es 381. Ein Wachstum von knapp 150 Prozent in elf Jahren (Abbildung 1).

Außerdem lässt sich beobachten, dass die Anzahl sogenannter nichtverbandlicher Selbsthilfegruppen in den letzten 30 Jahren signifikant gewachsen ist. Die verbandliche Selbsthilfe-Gruppenanzahl stagniert dagegen in Deutschland auf hohem Niveau und ist – so zeigen die Zahlen aus Sachsen – seit einigen Jahren tendenziell rückläufig.

1989 wurde in Hamburg auf einem organisierten Treffen für Drogen konsumierende Menschen „JES“ ins Leben gerufen. „JES“ steht für Junkies, Ehemalige und Substituierte und bietet drogenkonsumierenden Menschen, Menschen in Substitutionsbehandlung und Ex-Konsumenten ein gemeinsames Dach. Außerdem vertritt der Verein die Auffassung, dass Drogenkonsum nicht „grundsätzlich negativ ist, dass das Leben in den Drogenzenen nicht nur schwierige, zerstörerische Seiten hat und dass eine Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen nicht immer zu einer Behinderung werden muss. JES wendet sich deshalb auch gegen ein Schwarz-Weiß-Denken, das nur ‚Alles oder Nichts‘, ‚Abstinenz oder Elend‘ kennt.“ (JES, 2024a)

Im November 2021 gründete sich der „Glücksspielfrei e.V.“ in Deutschland. Als Bundesverband Selbsthilfe Glücksspielsucht will er bundesweit den Aufbau von Selbsthilfegruppen im Bereich Glücksspielsucht fördern und koordinieren, Schulungen anbieten und Sprachrohr für die Bedürfnisse glücksspielsüchtiger Menschen sein (Glücksspielfrei, 2024).

Weiterhin kann festgestellt werden, dass digitale Angebote wie Podcasts, Apps, E-Lear-

ning und Online-Communitys im Kontext der Selbsthilfe zunehmen und an Bedeutung gewinnen. Dem gegenüber steht ein signifikanter Rückgang der Mitgliederzahlen der Selbsthilfe-Organisationen. Die Corona-Pandemie begünstigte, dass einzelne Präsenz-Selbsthilfegruppen ihre Arbeit dauerhaft einstellten. Gleichzeitig begannen „reine“ Online-Selbsthilfegruppen mit regelmäßigen Gesprächsangeboten.

4 Zum Wesen der Selbsthilfe

„Sich selbst helfen, sich entwickeln und wachsen – das geschieht besonders dort, wo im gemeinschaftlichen Gespräch und Tun die besonderen Stärken und Fähigkeiten von Menschen in den Mittelpunkt gestellt werden. Das einzelne Gruppenmitglied gewinnt im Erzählen seiner Geschichte, im gemeinschaftlichen Zuhören und Lernen von- und miteinander sowie in wertschätzender Auseinandersetzung die verlorene Kontrolle über das eigene Leben zurück. Als besondere Werte gelten Solidarität und Zuversicht, Selbstbestimmung und Authentizität jedes Einzelnen.“ (Holthaus, 2022, S. 6)

4.1 Vom Ursprung her bereits mehrdimensional

Die Abstinenzverbände haben bereits ca. ein Jahrhundert vor der Formulierung eines biopsychosozialen Modells 1977 (Engel, 1977; Rummel & Gaßmann, 2019) dieses gelebt. Da zur „Trunksucht“ *de facto* noch keine wissenschaftlichen Forschungsergebnisse vorlagen,

konnten sie nur mit sehr viel Geduld aus der Praxis lernen, daraus wichtige Schlüsse ziehen und diese modellhaft umsetzen. Das verhalf der Abstinenzbewegung zu attraktiven Arbeitsformen. Exemplarisch wird hier auf die Gründungsgeschichte des Blauen Kreuzes Bezug genommen.

Am Anfang stand das soziale Engagement. Als der Schweizerische Mäßigkeitsverein 1881 ein blaues Kreuz auf weißem Untergrund als Fahne wählte, begründete er dies wie folgt:

„Wo das rote Kreuz weht, da erwacht die Hoffnung in der Brust des Verwundeten, er erblickt schon Erquickung und Heilung. So zeige sich denn unser kleines Rettungskorps mit dem blauen Kreuz überall, wo die Verwundeten der Trunksucht und des Wirtshauslebens liegen. In ihrem Herzen wird auch die Hoffnung erwachen, und glücklich ist der zu nennen, dem es gegeben wird, nach Kräften sich an dieser Arbeit zu beteiligen.“ (Klement, 1990, S. 12)

Berührt von der Not, die die sogenannte Branntweinpest verursacht hatte, wurde zum gemeinsamen sozialen Handeln aufgerufen. Es galt „Verwundete der Trunksucht zu retten“. Auf dieses notwendige soziale Engagement bezog sich auch die Rede des Gründungsvaters Louis-Lucien Rochat 1877.

Der soziale Aspekt war im Blauen Kreuz von Anfang an mit einem maßgeblichen biologischen Aspekt verknüpft: der völligen Enthaltensamkeit von allen berauschenden Getränken. Hintergrund für diese Grundsatzentscheidung waren die Erfahrungen des Pfarrers Louis-Lucien Rochat, der im Zusammenhang mit seinem Theologiestudium in London Wohltä-

tigkeitsanstalten kennengelernt hatte. In den Gesprächen mit abstinent lebenden „trunksüchtigen“ Männern und Frauen aus den Elendsvierteln Londons erfuhr er, dass deren „neues Leben“ nur durch die völlige Enthaltensamkeit vom Alkohol möglich geworden war. Selbst ein Schluck Wein zum Abendmahl könne dieses „neue Leben“ gefährden. Dies war für Rochat als angehender Theologe ein ungeheurer Gedanke. Er nahm diese Erfahrung mit in die Schweiz, hielt sie für so bedeutsam, dass er zur völligen Enthaltensamkeit aufforderte. Das Abendmahl könne nur noch mit Traubensaft eingenommen werden. Warum die völlige Enthaltensamkeit notwendig war, konnte man nicht plausibel erklären. Dennoch zog man aus der Praxis wichtige Konsequenzen, die richtungsweisend wurden.

Eine weitere Erfahrung brachte Rochat mit in die Schweiz. Dieses „neue Leben“ der „Trunksüchtigen“ war mit einer spirituellen Erfahrung verknüpft.

„50 Jahre habe ich in der Finsternis des Alkohols gelebt. Nun bin ich gerettet. Ich glaube an Jesus Christus, der mir geholfen hat, dass ich jetzt glücklich und zufrieden leben kann.“ (ebd.)

Oftmals war diese Erfahrung mit einem Beichtgespräch bei einem Pfarrer oder Seelsorger und einem Gebet um Hilfe, um Rettung verbunden. Intrapyschisch betrachtet wird in diesem Geschehen dreierlei ausgedrückt, was heute fachlich gesehen als Konsens angesehen werden kann:

- Das *Eingeständnis*, das Suchtmittel nicht mehr kontrollieren zu können,
- die im Beisein von externen Zeugen bekundete *Entscheidung*, das Suchtmittel dauerhaft meiden zu wollen, und
- die *Erkenntnis*, es allein und ohne Begleitung nicht schaffen zu können.

Inwieweit es sich um eine spirituelle Erfahrung und/oder um psychologische Prozesse (seelische Entlastung, Zuspruch von Vergebung, Proklamation eines Neuanfangs) handelte, lässt sich wissenschaftlich nicht differenzieren. Von daher sind diese beiden Aspekte spirituell und psychologisch sehr eng miteinander verwoben. Unter spirituell werden im Zusammenhang dieses Artikels existenzielle, religiöse und allgemein spirituelle Erfahrungen und Fragestellungen verstanden (s. Abbildung 2).


Im Unterschied zur Blaukreuzbewegung und zum Kreuzbund erlangten bei den Guttemplern spirituelle Aspekte keine Bedeutung.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Arbeit in den Abstinenzverbänden am Ende des 19. Jahrhunderts bio-psycho-sozial


Abbildung 2

Die Blaukreuz-Bewegung


1. sozial | 2. bio | 3. spirituell | 4. psycho




1. sozial
Der Wille und die Entscheidung der Engagierten, „Trunksüchtigen“ zu helfen. Die Verbundenheit unter den Engagierten, die durch das gemeinsame Engagement entsteht.
„Trunksüchtige“ erleben den Verein als sozialen Schutzraum und üben ein abstinentes Leben ein.



2. biologisch
Erkenntnis der Engagierten: „Trunksüchtige“ müssen alkoholabstinent bleiben, um ein neues Leben führen zu können.
„Trunksüchtige“ entdecken, alkoholabstinent leben zu können.



3. spirituell
Gewissheit der Engagierten, von Gott beauftragt zu sein.
„Trunksüchtige“ erkennen, eine Hilfe zu brauchen, die stärker ist als sie selbst, wenden sich (z.B. im Gebet) zu Gott und bleiben häufig abstinent.



4. psychologisch
Bestätigung und Aufwertung der Engagierten, dass ihr Engagement wichtig und wirkungsvoll ist.
„Trunksüchtige“ erleben Wertschätzung und seelische Entlastung durch den Zuspruch von Vergebung, ihr Selbstvertrauen wird erheblich gefördert.

und mit Einschränkung spirituell ausgerichtet war. Dies ermöglichte maßgeblich den Erfolg der Abstinenzverbände.

Die Gründung der AA im 20. Jahrhundert bestätigt ebenfalls die Bedeutung diese vier Aspekte. Deren „Zwölf Schritte“ (auszugsweise) lassen sich u. a. wie folgt zuordnen:

- *Psychisch-biologisch*: (1) Anerkennen, dass man seinem eigenen Problem gegenüber machtlos ist. Das können beispielsweise Substanzabhängigkeit oder, je nach Thematik der Gruppe, auch andere Problematiken sein. Zugeben, dass man sein „tägliches Leben“ nicht mehr bewältigen kann.
- *Spirituell*: (2) Zum Glauben kommen, dass nur eine Macht, die größer als man selbst ist, die eigene geistige Gesundheit wiederherstellen kann. (Ursprünglich wurde hier für „Macht, größer als man selbst“ das Wort „Gott“ eingeführt. Um die Gruppen aber auch nichtreligiösen Personen zu öffnen, wählte man die neue Formulierung.) (3) Den Entschluss fassen, seinen Willen und sein Leben der Sorge Gottes, wie ihn jeder für sich versteht, anzuvertrauen.
- *Psychisch*: (4) Eine gründliche und furchtlose Inventur seiner selbst machen.
- *Psychisch-sozial*: (5) Vor sich selbst und gegenüber einem anderen Menschen sein begangenes Fehlverhalten eingestehen.
- *Psychisch-spirituell*: (6) Die Bereitschaft, Verhaltensweisen, die das Leben behindern, von Gott entfernen zu lassen.

4.2 Die mehrdimensionale Ausrichtung der Selbsthilfe im 21. Jahrhundert

Im 21. Jahrhundert lässt sich die mehrdimensionale Ausrichtung wie folgt in einer Wortgruppe ausdrücken: SOZIAL-bio-psycho und mit Einschränkung spirituell. Dabei verbindet alle Selbsthilfeorganisationen, -vereine und -gruppen, dass die soziale Ausrichtung dominiert. Inwieweit die anderen drei Ausrichtungen gewichtet sind, unterscheidet sich teilweise erheblich (Abbildung 3).

Unbestritten ist der soziale Bereich der wichtigste in den Selbsthilfeangeboten. Gemeinsam Leben zu teilen, sich gegenseitig zu respektieren, Erfahrungen auszutauschen und Lösungswege bei Herausforderungen zu finden, ist wohl die größte Stärke der Selbsthilfe.

Mit diesem Bereich eng verbunden sind die psychologischen Effekte: die Steigerung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens, die (Wieder-)Erlangung von Kontrolle über das eigene Leben, die Einübung veränderter Kommunikation und neuer Beziehungsmuster.

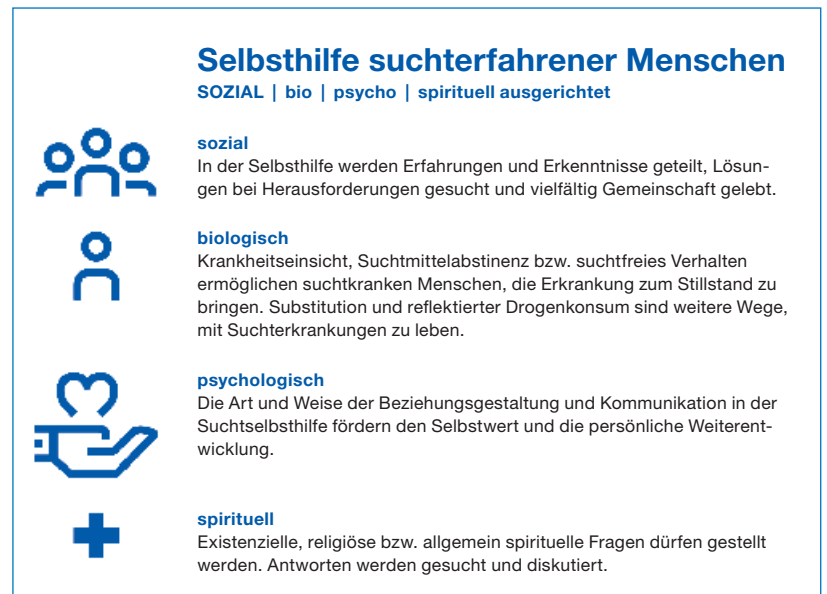


Abbildung 3

Desgleichen strahlen Erfahrungen im sozialen Bereich in den biologischen hinein. Gemeinsam schützen sie aktiv ihre Gesundheit durch einen (u. a. nach einem Rückfall wiedererlangten) abstinenten oder konsumkompetenten (u. a. drogenkonsumierenden) Lebensstil.

Letzterer nimmt seit 30 Jahren kontinuierlich an Bedeutung zu. Beispielhaft steht dafür die Arbeit von JES:

„Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen‘ ist als Minimalkonsens für alle Gruppen im JES-Netzwerk verbindlich. Er stellt die Grundlage unserer gemeinsamen Arbeit dar. Oft wird er als Aufforderung zum Drogenkonsum missverstanden.“ (JES, 2010)

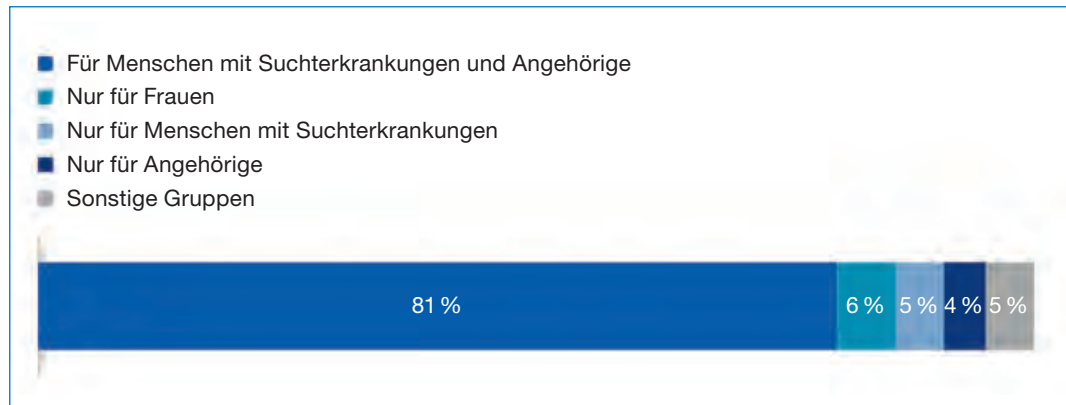
Ein weiteres Beispiel ist das Programm zum „Kontrollierten Trinken“, das Trinkmengenreduktion anbietet und sich an alle wendet, die die Höhe ihres Alkoholkonsums verändern wollen. Der Ansatz dieses Programms, zieloffen Menschen bei ihrem Bedürfnis nach Veränderung abzuholen und zu begleiten, stößt in der Selbsthilfe Deutschlands sowohl auf Gehör als auch auf Kritik. Die Erfahrung, dass suchtmittelkonsumierende Menschen sich beim Erstbesuch von abstinentenorientierten Selbsthilfegruppen durch das konsequent vorgetragene Postulat der Abstinenz als einzigen Weg überfordert fühlen und nicht wiederkommen, begünstigt eine zieloffene Arbeitsweise.

Darüber hinaus ist eine Tendenz erkennbar, dass suchterfahrene Menschen auch in anderen Bereichen (Bewegung, Ernährung, Rauchen) gemeinsam vermehrt auf ihre Gesundheit achten und sie aktiv fördern.

Abschließend zum spirituellen Bereich. Es lässt sich beobachten, dass in den zurückliegen-

Abbildung 4

Gruppenangebote



den 50 Jahren viele Selbsthilfverbände bzw. -gruppen auf spirituelle Aspekte im Gruppengespräch verzichtet oder sie spürbar reduziert haben, um neue Gruppenbesucherinnen und -besucher nicht „abzuschrecken“. Zugleich scheinen heutzutage insbesondere die existenziellen Fragestellungen von Menschen einen neuen Zugang zum spirituellem Bereich in der Selbsthilfe zu ermöglichen. Verbandsübergreifend gelingt es einer Reihe von Selbsthilfgruppen insbesondere religiös geprägten bzw. erfahrenen Menschen eine Heimat zu geben.

5 Zu den Zielgruppen der Selbsthilfe

Die Selbsthilfe richtet sich – je nach konzeptioneller Ausrichtung der jeweiligen Verbände, Vereine und Gruppen – an folgende maßgebliche Zielgruppen. Diese Auflistung ist nicht abschließend zu verstehen.

Suchtmittelübergreifend bzw. allgemein auf auffälliges Verhalten bezogen:

- Suchtkranke bzw. suchtgefährdete Menschen;
- Angehörige von suchtkranken bzw. suchtgefährdeten Menschen, u. a. speziell deren Eltern;
- Menschen mit psychischen Störungen im Kontext von Suchtmittelkonsum bzw. Suchterkrankungen;

Speziell auf einzelne Suchtmittel bzw. auf einzelnes auffälliges Verhalten bezogen:

- Drogenkonsumierende Menschen bzw. Menschen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden;
- clean lebende drogenabhängige Menschen;
- pathologisch glücksspielende Menschen;
- Menschen mit weiteren abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle wie dysregulierten Bildschirmmediengebrauch und Computerspielstörung;

Über Suchterkrankung und Störungen hinausgehend:

- die Gesellschaft, u. a. suchtmittelkonsumierende Menschen.

Vermittlungswege in die Selbsthilfe

Im Jahr 2016 führte das Blaue Kreuz in Deutschland eine Umfrage in Selbsthilfgruppen durch, an der über 1000 Menschen teilnahmen. Jede zweite Person in einer Selbsthilfgruppe kam über persönliche Kontakte zum Blauen Kreuz, jede siebente durch Vermittlung der beruflichen Suchthilfe. Danach folgen mit deutlichem Abstand Ärzte/Gesundheitswesen, christliche Gemeinden, Printmedien, Informationsveranstaltungen und Social Media.

Teilnehmende in Selbsthilfgruppen

In ihrer Statistik (DHS, 2018) aus dem Jahr 2017 stellen fünf Selbsthilfverbände fest, dass sich

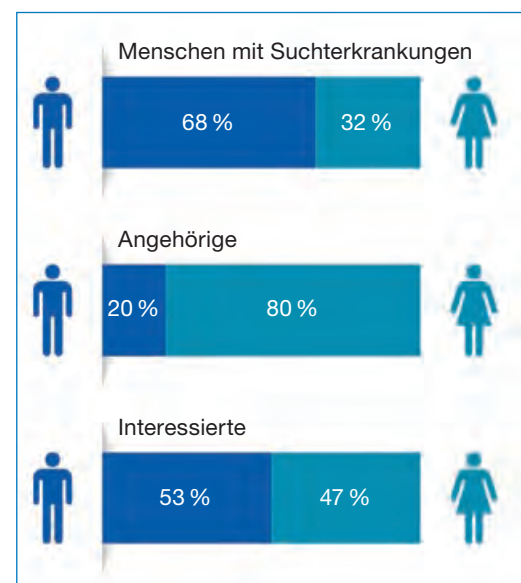


Abbildung 5

Übersicht der GruppenbesucherInnen

der Anteil der Angehörigen von 21.5 Prozent auf 19.0 Prozent in ihren Verbänden verringert hat. 74.0 Prozent sind suchtkrank und sieben Prozent als sogenannte Interessierte dabei. Letztere sind in der Regel ehrenamtlich Engagierte, die weder suchtkrank noch angehörig sind. Insgesamt begleiteten die fünf Verbände in Deutschland 70 000 Menschen in mehr als 4 000 Gruppenangeboten. Eine Selbsthilfegruppe war 2017 durchschnittlich zwischen 15 und 20 Personen stark (Abbildung 4).

Von 1 000 Selbsthilfegruppen werden 810 von Menschen mit Suchterkrankung und Angehörigen besucht. In 60 Gruppen sind ausschließlich Frauen beheimatet; dies sind meist Angehörigengruppen. 50 Gruppen werden nur von Menschen mit Suchterkrankung besucht und 40 Gruppen sind Angehörigengruppen, in die sowohl angehörige Frauen als auch Männer gehen. 50 Gruppen wurden als sonstige Gruppen erfasst, u. a. Gruppen für Menschen mit Glücksspielsucht bzw. Menschen mit Drogenabhängigkeit (Abbildung 5).

In den Selbsthilfegruppen von Menschen mit Suchterkrankung sind zwei Drittel männlich; in den Angehörigengruppen sind vier Fünftel der Mitglieder weiblich. In den Gruppen von Interessierten gibt es diese geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten nicht.

Der Anteil der über 40-Jährigen lag bei 89 Prozent. Gut jedes zehnte Mitglied einer Selbsthilfegruppe war 40 Jahre oder jünger.

Bei der Abhängigkeitsform dominiert eindeutig Alkohol. Lediglich etwas mehr als fünf Prozent der Gruppenteilnehmenden mit Suchterkrankung sind drogenabhängig gewesen. Ebenfalls fünf Prozent sind medikamentenabhängig und knapp zwei Prozent pathologisch glücksspielend gewesen.

Dem Schaubild (Abbildung 6) liegt die Frage nach der Art der letzten Behandlung (vor dem Besuch der Selbsthilfegruppe) zugrunde.

„Der Anteil der in einer stationären Rehabilitationseinrichtung behandelten Suchtkranken liegt unverändert bei 36 Prozent. Das bedeutet, dass dieses stationäre therapeutische Setting nach wie vor an erster Stelle steht. Gut jeder Fünfte hat angegeben, sich vor dem Gruppenbesuch in einer Akutbehandlung (z. B. Entgiftung/Entzug) befunden zu haben.

Im Vergleich zu 2010 ist die Zahl derjenigen, die ohne (Vor-)Behandlung in die Selbsthilfe gekommen sind, von 27 Prozent auf 19 Prozent gesunken. Die Gründe für diese Reduzierung dürften vor allem darin zu finden sein, dass sich das therapeutische Angebot während der letzten Jahre differenziert hat und um vielfältige Behandlungsformen (z. B. Kombi-Therapie, therapeu-

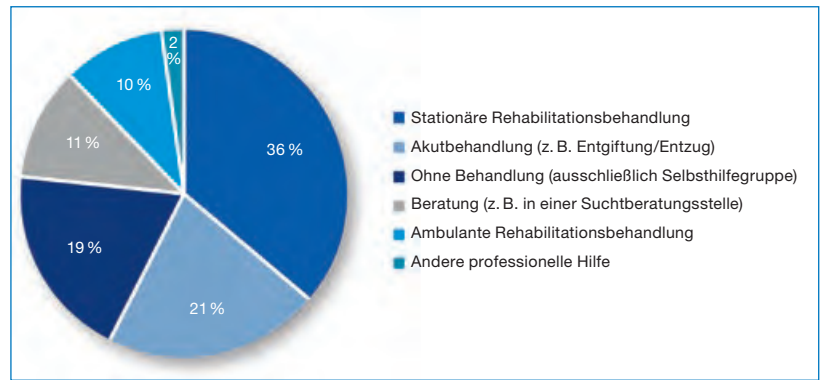


Abbildung 6

Art der letzten Behandlung vor dem Besuch der Selbsthilfegruppe

peutische Nachsorge) ergänzt wurde. Suchtkranken stehen mehr Alternativen zur Verfügung als früher und – sie werden genutzt. Gleichwohl kommt fast jeder Fünfte ohne therapeutische Erfahrungen in die Selbsthilfe.

Zehn Prozent der Suchtkranken geben an, vor dem Gruppenbesuch ambulant behandelt worden zu sein. Diese Zahl ist – nach einer Erhöhung in 2010 – wieder deutlich gesunken. Bei der letzten Befragung 2010 lag die Quote noch bei 18 Prozent. Schließlich geben elf Prozent an, nicht therapiert, jedoch beraten worden zu sein.“ (DHS, 2018, S. 8)

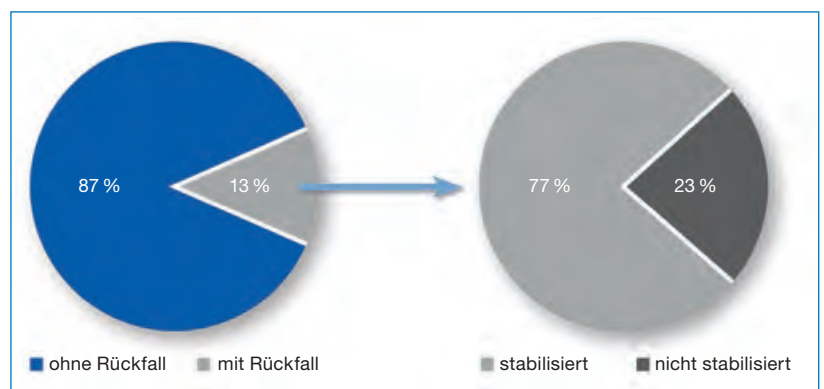
Der Anteil der Menschen, die rauchen, lag 2017 mit 41 Prozent bei den Menschen mit Suchterkrankung deutlich höher als bei den Angehörigen. Hier rauchen 20 Prozent.

Die Statistik von 2017 legt nahe, dass der Besuch einer Selbsthilfegruppe bei abstinenzorientierten Angeboten das Rückfallrisiko zu senken vermag. Denn 87 Prozent blieben in der Gruppe dauerhaft abstinent. Und von 13 Prozent, die rückfällig wurden, konnten sich wiederum 77 Prozent erneut in ihrer abstinenten Lebensweise stabilisieren. Diese Wirkungsweise von Selbsthilfegruppen wird in der beruflichen Suchthilfe und bei den Fördermittelgebenden besonders geschätzt (Abbildung 7).

Geschlechtsspezifisch gibt es eine marginale Auffälligkeit. Menschen mit Suchterkrankung

Abbildung 7

Rückfälle und Stabilisierungserfolge bei Menschen mit Suchterkrankungen



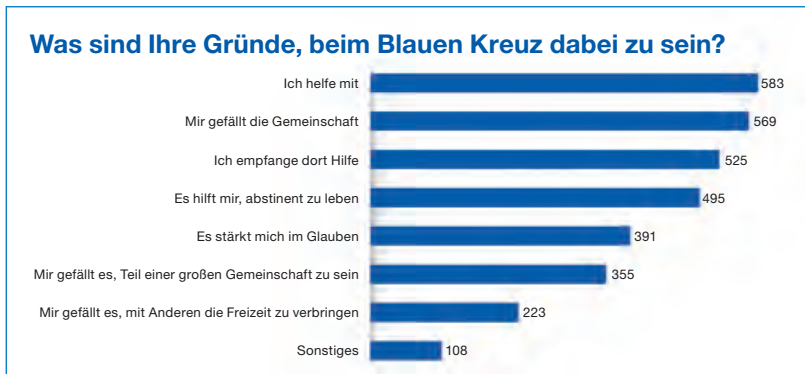


Abbildung 8

Umfrageergebnisse

kung sind in den Selbsthilfegruppen zu 32 Prozent weiblich. Der Anteil der Frauen in den Gruppen, die rückfällig werden und die sich stabilisieren, liegt jeweils bei 36 Prozent, also marginal erhöht.

In einer Umfrage des Blauen Kreuzes in Deutschland (BKD, 2017) unter Teilnehmenden von Selbsthilfegruppen im Jahr 2016 beantworteten 929 Personen die Frage nach den Gründen ihrer Teilnahme an den Gruppenangeboten. Auffällig ist, dass die Möglichkeit mithelfen zu können, noch vor der allgemeinen Gemeinschaftserfahrung die höchste Zustimmung erfuhr (Abbildung 8).

6 Zu den Wegen und Zielen der Selbsthilfe

Der Fachausschuss Selbsthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) erarbeitete ein Grundsatzpapier zur Selbsthilfe (DHS, 2023), das 2023 vom Vorstand der DHS verabschiedet wurde. Darin werden Ziele der Selbsthilfe beschrieben und Wege, auf denen diese Ziele erreicht werden können. Dabei wird zwischen auf den einzelnen Menschen bezogene und auf die Gesellschaft bezogenen Zielen unterschieden.

Auf den einzelnen Menschen bezogen verfolgt die Selbsthilfe folgende Ziele:

- Suchtkranke und -gefährdete Menschen leben suchtmittelabstinent bzw. gehen ihren eigenen Zielen entsprechend mit dem jeweiligen Suchtmittel – stoffgebunden oder stoffungebunden – um.
- Suchtkranke Menschen und Angehörige stellen sich selbst (wieder) in den Mittelpunkt des eigenen Lebens trotz der suchtbedingten persönlichen bzw. familiären Belastungen.
- Die Gesundheitskompetenz von suchtkranken Menschen und Angehörigen ist gefördert.

- Das Leben ist anhand positiver Werte neu ausgerichtet und die Lebensqualität gesteigert.
- Die Isolation suchtkranker Menschen und Angehörigen ist verhindert worden. Ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist gesichert.

Diese Ziele können erreicht werden, indem:

- sich Suchterfahrene als „Experten und Expertinnen in eigener Sache“ verstehen lernen;
- suchterfahrene Menschen ihre Erfahrungen teilen;
- sie sich gegenseitig unterstützen und sich Halt geben;
- sie sich offen, tolerant und selbstbestimmt austauschen;
- Menschen mit Suchtproblemen zu einem gesünderen Lebensstil ermutigt werden und selbst gesundheitsfördernde Ziele anstreben;
- suchterfahrene Menschen u. a. vor, während und nach ambulanten bzw. stationären Behandlungsmaßnahmen begleitet werden;
- Wissen vermittelt und zur Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft motiviert wird.

Auf die Gesellschaft bezogen verfolgt die Selbsthilfe folgende Ziele:

- Suchtkranke Menschen und im weiteren Sinne auch Angehörige engagieren sich bezüglich der Entstigmatisierung.
- Die Expertise und Sichtweisen von suchterfahrenen Menschen werden in die Gesellschaft und die Politik eingebracht.
- Die Sucht-Selbsthilfe begleitet die berufliche Suchthilfe konstruktiv kritisch.
- Gesellschaft, Politik und Gesundheitswesen sind über das Angebotsspektrum der Sucht-Selbsthilfe informiert.
- Verhältnis- und Verhaltensprävention werden unterstützt.

Diese Ziele können erreicht werden, indem:

- Sucht-Selbsthilfe die Sicht von suchterfahrenen Menschen an Beratende und Behandelnde heranträgt (Mitwirkung in Fachgesellschaften und Gesundheitsgremien);
- sie an öffentlichen Präventionsmaßnahmen teilnimmt, z. B. der DHS-Aktionswoche Alkohol;
- sie sich für suchtmittelfreie Lebens- und Arbeitsräume einsetzt;
- sie an Sucht-Selbsthilfe- und Gesundheitstagen etc. teilnimmt bzw. diese mitgestaltet;
- sie politische Interessenvertretung übernimmt;
- sie im Verbund mit den Verbänden der Suchthilfe und der Suchtprävention wirk-

same verhältnispräventive Maßnahmen bezüglich Suchterkrankungen fordert;

- sie mit ihrer Erfahrenenkompetenz Maßnahmen der Suchtprävention zur Verhaltensprävention unterstützt;
- sie sich aktiv, wohlwollend und kritisch an der Weiterentwicklung des Suchthilfesystems beteiligt.

Obwohl die AA und die NA keine auf die Gesellschaft bezogenen Ziele verfolgen, treten sie dennoch durch das sogenannte „öffentliche Informationsmeeting“ an die Gesellschaft heran und erlauben die Mitwirkung von beruflichen Fachkräften, Ärzten und Pfarrern. Die NA bieten in ihrem Infocenter Presseartikel über ihre Arbeit an.

7 Zu den Angeboten, Prinzipien und Regeln der Selbsthilfe

Das Angebotsspektrum der Selbsthilfe hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verbreitert.

Der Klassiker ist die Selbsthilfegruppe für verschiedene Zielgruppen in Präsenzform, die meist wöchentlich angeboten wird. Durch die Corona-Pandemie extrem beschleunigt hat sich der Aufbau von Online-Selbsthilfegruppen, parallel in den meisten Selbsthilfverbänden. Entweder haben Gruppen, die sich in Präsenzform trafen, temporär ihre Treffen online durchgeführt. Oder es sind neue Online-Gruppen, u. a. für spezielle Zielgruppen wie für Mütter mit kleinen Kindern, entstanden. Außerdem führen einige Gruppen ihre Angebote hybrid durch, so dass Gruppenmitglieder, die sich auf Montage oder Dienstreise oder im Krankenhaus befinden, online teilnehmen können.

Vier Prinzipien sind für Selbsthilfegruppen leitgebend:

- 1) Freiwilligkeit,
- 2) Verschwiegenheit,
- 3) Ehrenamtlichkeit (in der Leitung bzw. Moderation) und
- 4) die kostenlose Teilnahmemöglichkeit.

Durch die fachliche Qualifizierung der ehrenamtlich Engagierten werden in vielen Gruppen die sogenannten TZI-Regeln (Ruth Cohn Institut für TZI – Österreich, 2024) aus der Themenzentrierten Interaktion von Ruth C. Cohn angewendet. Die bewährtesten sind:

„Ich bin für mich selbst (mein Fühlen und Handeln) verantwortlich... Ich habe das Recht, meine Gefühle ... zu zeigen, zu äußern oder dazu zu schweigen. Es sollte immer nur eine Person sprechen... Störungen ... werden vorrangig behandelt... Ich spreche von mir als ‚ich‘ und nicht als ‚man‘ oder ‚wir‘.“ (Holthaus, 2022, S. 24)

Eine weitere Regel hat für suchtkranke Menschen eine besondere Bedeutung, da sie verstärkt unter Scham- und Schuldgefühlen leiden: Wenn ich Aussagen über andere formuliere und Fragen an sie stelle, dann teile ich auch mit, was dies mit mir persönlich zu tun hat bzw. warum ich diese Frage stelle. Damit soll vermieden werden, dass sich die angesprochene oder erwähnte Person angegriffen fühlt. Zugleich soll gefördert werden, dass sich die angesprochene oder erwähnte Person auf die Aussage bzw. Frage einlassen kann.

Zum Angebotsspektrum von vor allem Regional- und Landesverbänden sowie Bundesorganisationen gehören Schulungen. Die inhaltliche Bandbreite ist sehr groß. Dabei lässt sich feststellen, dass in den Angeboten in der Regel (fast) alle der vier Aspekte bio-psycho-sozial-spirituell berücksichtigt werden (Auswahl):

Die Grundausbildung für die freiwillige Mitarbeit in der Suchthilfe (BKD, 2024) bzw. die Ausbildung zum Suchtkrankenhelfer (Guttempler, 2024) ist derzeit die wichtigste Schulung im Bereich der verbandlich organisierten Selbsthilfe. Diese Ausbildung (ggf. ergänzt durch die sogenannte Weiterbildung in der Gruppenleitung) ist in vielen Verbänden Voraussetzung für die verantwortungsvolle Mitarbeit in der Selbsthilfe, u. a. in der Gruppenleitung bzw. -moderation.

So finden sich auch in den thematischen Seminaren meist die obigen Aspekte. Beispielhaft sei hier das Seminarthema Rückfall erwähnt. Folgende mögliche Fragestellungen in den Seminaren sollen das verdeutlichen. Biologisch: Was geschieht im Körper, wenn nach einer Abstinenzphase wieder Alkohol konsumiert wird? Psychologisch: Welche Gedanken dominieren, wenn erneut Alkohol konsumiert wird, und wie fühlt man sich? Wie ist es dem (potenziell) rückfälligen Menschen gelungen, davor abstinenz zu leben? Sozial: Welche Auswirkungen hat der erneute Alkoholkonsum auf mein Umfeld? Mit wem könnte ich vor, während bzw. nach einem Rückfall darüber sprechen? Spirituell: Was kann ein Rückfall existenziell bedeuten? Wie kann die Beziehung zu Gott helfen, Rückfälle zu bearbeiten?

Weitere Angebote sind Selbsthilfetage, u. a. trägerübergreifend auf Landesebene (FAS NRW, 2024), aktivitätsorientierte Seminare und Wandertage sowie gesundheitsfördernde Freizeiten, in denen Schulungseinheiten und eine attraktive Freizeitgestaltung mit (Tages-) Ausflügen kombiniert werden. Diese Veranstaltungen können einmalig oder wiederkehrend stattfinden.

Schließlich bieten die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Bundesorganisa-

tionen, Landesverbände, Vereine und einzelne Selbsthilfegruppen ein großes Spektrum von Materialien an. Dazu gehören Broschüren und Flyer mit Informationen zu Gesundheitsförderung, Sucht und Suchthilfe, Selbsthilfe, Rückfallprophylaxe u. v. a. sowie Giveaways, Aufsteller und weitere Arbeitsmittel für die Öffentlichkeitsarbeit. In der Regel stehen diese Materialien auch zum Download bereit bzw. können bestellt oder ausgeliehen werden.

An der Peripherie der Selbsthilfe siedeln sich zunehmend Angebote an, die in der Regel im digitalen Setting stattfinden wie Blogs zu suchtfreiem Leben (Krotoszyński, 2024) oder Programme (Stüben, 2024), in denen u. a. Menschen kostenpflichtig teilnehmen können, die in den ersten dreißig Tagen alkoholabstinenter Lebens begleitet werden wollen. Ihnen wird u. a. ein gemeinsamer, moderierter Austausch von Erfahrungen und Erkenntnissen in einer geschlossenen Online-Gruppe angeboten.

8 Zur Struktur und zur Vernetzung der Selbsthilfe

Neben den bundesweit organisierten Selbsthilfeorganisationen mit Landesverbänden, Vereinen und Gruppen bestehen in Deutschland viele eigenständige Selbsthilfevereine und unabhängige Selbsthilfegruppen.

Berufliche Suchtreferentinnen und -referenten von Wohlfahrts- und Fachverbänden sowie von bundesweit organisierten Selbsthilfeverbänden begleiten Selbsthilfeverbände, -vereine und -gruppen. Verbandsübergreifend wird diese Arbeit durch Landesstellen koordiniert. Die beruflichen Suchtreferentinnen und -referenten fördern den Auf- und Ausbau der Selbsthilfe, unterstützen kontinuierlich die ehrenamtlich Engagierten in der Sucht-Selbsthilfe, begleiten fachlich und intervenieren bei Krisen. Außerdem stehen sie als Ansprechpersonen für die überregionale politische und mediale Öffentlichkeit zur Verfügung.

Selbsthilfe ist auf allen Ebenen vernetzt, z. B. mit anderen Selbsthilfegruppen, ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen, Beratungsstellen (insbesondere Suchtberatungsstellen), therapeutischen Angeboten, Krankenkassen, u. v. a.

„Überregional tätige Selbsthilfeorganisationen vertreten die Interessen der Sucht-Selbsthilfe als Mitglieder der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.“ (DHS, 2023, S. 2)

Darüber hinaus sind sowohl das Blaue Kreuz in Deutschland als auch die Guttempler inter-

national vernetzt. Erstere mit dem International Blue Cross (IBC, 2024) in 38 Ländern; letztere mit Movendi International (Movendi International, 2024) in 59 Länder und treten weltweit für die Reduzierung der Gefahren durch Alkoholkonsum ein.

9 Zu den Projekten und der Förderung der Selbsthilfe

In den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts haben erstmals mehrere Selbsthilfeverbände gemeinsam Projekte durchgeführt, u. a. zum Thema Rückfall und zur aufsuchenden Hilfe bei Abhängigkeitskranken (AHA). Von 2003 bis 2006 arbeiteten erstmals fünf bundesweit agierende Selbsthilfeverbände in Deutschland in dem dreijährigen Projekt „Brücken bauen – Junge Suchtkranke und Selbsthilfe“ zusammen und stellten sich der Frage: „Junge Suchtkranke und traditionelle Selbsthilfe finden nicht zueinander – warum nicht?“ (Breuer et al., 2006). Hintergrund dieser Fragestellung war nicht ein signifikanter Rückgang an Selbsthilfegruppen, sondern der stetig steigende Altersdurchschnitt in den Gruppen.

Zu den Ergebnissen dieses Projekts gehörte die Erkenntnis, dass die Selbsthilfeverbände ihre Haltung ändern und Vielfalt in der Angebotsstruktur zulassen bzw. fördern müssen. Zugleich wurden kreative, aktivitätsbezogene, temporäre und auf junge Menschen zugeschnittene Angebote entwickelt. In diesem Zusammenhang entstand u. a. eine Selbsthilfegruppe junger drogenkonsumierender Menschen, die am Theater junge Generation Dresden ihre Lebensgeschichte auf die Bühne brachten. Der Fachbereich JULITI begann im Blauen Kreuz in der Evangelischen Kirche mit seiner Arbeit. In diesem Fachbereich wurde seitdem die Arbeit mit jungen Suchtkranken weiterentwickelt.

Im Projekt Selbsthilfe optimieren durch Gesundheitsförderung (S.o.G.) arbeiteten von 2008 bis 2010 ebenfalls fünf Selbsthilfeverbände in Deutschland zusammen. U. a. wurden fünfzig Informationsveranstaltungen mit den Themen „Gesunde Ernährung“, „Bewegung und Sport“ sowie „Rauchfrei leben“ in den Gruppen der fünf Selbsthilfeverbände und fünf Angebote zur Raucherentwöhnung in den Verbänden durchgeführt (BMG, 2024).

Des Weiteren wurde das Ziel anvisiert, den Prozentsatz der Menschen, die rauchen, in der Selbsthilfe, der damals bei etwa 50 Prozent lag, innerhalb der nächsten fünf Jahre um zehn Prozent zu senken. Das ist nicht ganz gelungen. Von 2010 bis 2017 hat sich der Anteil der Men-

schen, die rauchen, in der Selbsthilfe um drei Prozent reduziert (DHS, 2018, S. 10).

Das Projekt hat nachweislich die Berücksichtigung von sportlichen/gymnastischen Elementen im Rahmen von Selbsthilfeveranstaltungen gefördert. Dauerhaft konnten in den Verbänden aktivitätsbezogene Angebote geschaffen werden (DHS, 2010).

In einem zweistufigen Projekt wurde zuerst 2011/12 untersucht, wie sich die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und der ambulanten bzw. stationärer Suchthilfe gestaltete. Als Hauptgründe für die unbefriedigende Zusammenarbeit sind evaluiert worden:

- Lücken in der Angebotspalette der Selbsthilfe und geringe Transparenz,
- strukturelle Hemmnisse in der Vermittlung zu den SSH-Angeboten,
- negatives Image von Selbsthilfegruppen bei beruflichen Fachkräften und bei den Hilfesuchenden,
- mangelnde Integrationsfähigkeit der Selbsthilfegruppen.

Im Folgeprojekt „Chancen nahtlos nutzen – konkret“ sind umfangreiche Handlungsempfehlungen (DHS, 2015) erarbeitet worden, u. a. wichtige Botschaften zur Zusammenarbeit von Selbsthilfe und beruflicher Suchthilfe, mithilfe derer Haltungsveränderungen angeregt wurden. Des Weiteren wurden Schritte für eine verbesserte Zusammenarbeit beschrieben und Aspekte einer langfristigen Zusammenarbeit aufgezeigt. Das Projekt verdeutlichte allen beteiligten Partnern, dass Selbsthilfe ihre wichtigen Aufgaben in der Begleitung von suchterfahrenen Menschen nur wirksam wahrnehmen kann, wenn es eine konstruktive, verlässliche und dauerhafte Zusammenarbeit zwischen beruflicher Suchthilfe und Selbsthilfe gibt – und zwar auf allen Ebenen, von der Kommune bis zur Bundesebene.

Alle vorgenannten Projekte wurden durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

2007 wurde das Projekt Lotsennetzwerk Brandenburg an der Schnittstelle zwischen Selbsthilfe und beruflicher Suchthilfe gestartet. Wichtigste Zielstellungen sind seitdem,

- frühzeitig niederschwellig zu intervenieren, indem suchterfahrene Menschen motiviert werden, ihr Leben zu verändern,
- in das Suchthilfesystem zu vermitteln,
- innerhalb der Angebote des Suchthilfesystems Brücken zu bauen
- und suchterfahrene Menschen zu einer dauerhaften Teilnahme an Selbsthilfeangeboten zu motivieren (FDR, 2016).

Inzwischen haben sich viele Lotsennetzwerke in Bundesländern und Regionen gegründet.

Hier zeigt sich eindrucksvoll die große Bedeutung, die die Selbsthilfe in der Begleitung suchterfahrenen Menschen und für die berufliche Suchthilfe besitzt.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgen die Soberguides, die durch ein Projekt der Guttempler ab 2020 ins Leben gerufen wurden.

Durch die Gemeinschaftsförderung der Gesetzlichen Krankenkassen sowie durch Projektförderungen einzelner Gesetzlicher Krankenkassen sind eine Vielzahl von weiteren Projekten gefördert worden, u. a. die Erarbeitung und Verbreitung einer Handreichung für die Gruppenleitung (Holthaus, 2022), das Projekt Mehr-werden (BKE, 2024), Kindern von Suchtkranken Halt geben (Freundeskreise, 2018), ein Ausbildungslehrgang zum ehrenamtlichen Suchtkrankenhelfer (Guttempler, 2024), die Förderung der digitalen Selbsthilfe (BKD, 2023) und das Projekt Blaues Mobil. Ein Reisemobil steht mit einladenden Sprüchen auf der Karosserie in stark frequentierten Bereichen von Städten, z. B. auf Marktplätzen oder in Einkaufspassagen. Ein damit verbundener Informationsstand (BKD Mecklenburg-Vorpommern, 2024) wird von Mitarbeitenden der Selbsthilfegruppen der Region bzw. von Suchtberatungsstellen betreut und bietet niedrigschwellige Informations- und Beratungsgespräche an. So kommt die Selbsthilfe zu den Menschen.

Es darf weiter davon ausgegangen werden, dass die projektbezogene Zusammenarbeit mehrerer Selbsthilfeverbände viele Impulse zur Weiterentwicklung der Selbsthilfe gegeben hat – über die beteiligten Verbände hinaus. Die strukturelle Zusammenarbeit der beruflichen Sucht-Selbsthilferferentinnen- und -referenten – gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund – ermöglichte u. a. in den zweimal jährlich stattfindenden Austausch- und Fortbildungstreffen eine intensive verbandsübergreifende fachliche Begleitung von unzähligen Selbsthilfegruppen und von vielen ehrenamtlich Engagierten.

10 Zur Zukunft der Selbsthilfe

Die derzeit in Deutschland ablesbaren Tendenzen stellen die Selbsthilfe vor enorme Herausforderungen. Die Zahlen bei den Gruppenteilnehmenden stagnieren und die Mitgliederzahlen in den Selbsthilfeverbänden sind in den letzten Jahrzehnten drastisch zurückgegangen.

Auf diesem Hintergrund zeigt der Fachausschuss Selbsthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen in seinem Grundsatzpapier Perspektiven für die Selbsthilfe auf.

„Die Sucht-Selbsthilfe stellt sich einer sich stetig verändernden Gesellschaft. Folgende Perspektiven eröffnen sich:

- Die Sucht-Selbsthilfe lebt ihre Sozialkompetenz attraktiv und macht sie nach außen sichtbar. Es gilt, das Erfahrungswissen und Gemeinschaftserfahrungen in den Mittelpunkt zu stellen und präserter zu kommunizieren.
- Die Sucht-Selbsthilfe lernt voneinander und miteinander. Es gilt, eine träger- und länderübergreifende Bildungsgemeinschaft in der Sucht-Selbsthilfe zu werden.
- Die Sucht-Selbsthilfe reflektiert ihr Angebotsspektrum bezugnehmend auf sich verändernde wissenschaftliche Erkenntnisse der Suchtforschung kritisch. Es gilt, Erkenntnisse einzubeziehen und zeitnah weitere Angebote für suchterfahrene Menschen zu schaffen.
- Die Sucht-Selbsthilfe nutzt die Chancen der Digitalisierung umfangreich. Es gilt, Menschen mittels digitaler Angebote weitere Zugänge zur Sucht-Selbsthilfe und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.
- Die Sucht-Selbsthilfe nimmt die Ansprüche ernst, die der Ausbildungs- und Arbeitsmarkt sowie das gesellschaftliche Leben an die Menschen stellen, und sieht sich herausgefordert, Menschen (gerade auch jüngere) zu finden, die bereit oder in der Lage sind, längerfristig ehrenamtliche Aufgaben zu übernehmen. Es gilt, Sucht-Selbsthilfe als sinnstiftendes und attraktives Angebot für ehrenamtliches Engagement zu präsentieren.
- Die Sucht-Selbsthilfe ist auch zukünftig eine wichtige Partnerin für Politik und Gesellschaft, wenn gesundheitspolitische Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen sind. Es gilt, diese Partnerschaft engagiert zu gestalten.“ (DHS, 2023, S. 3)

Diese Perspektiven lassen sich nur durch gemeinsames Handeln erreichen – innerhalb der Selbsthilfe und durch eine starke Vernetzung mit der beruflichen Suchthilfe.

„In der Zusammenarbeit können Differenzen, Misstrauen und Missverständnisse nur durch das gemeinsame Gespräch überwunden werden. Wichtig ist dabei die wertschätzende Haltung gegenüber allen Angeboten der Sucht- und Selbsthilfe. Therapeutische Gespräche sind eben kein Akademiker-Geschwätz und Selbsthilfegruppen kein Kaffeekränzchen!“ (Naundorff, 2017, S. 30)

Mögen zukünftig in der Selbsthilfe jeweils „beide Seiten einer Medaille Strahlglanz entfalten“,

die sich bei flüchtiger Betrachtungsweise auszuschließen scheinen. Dazu gehören:

- Sowohl die personale Begegnung in einer Präsenz-Gruppe als auch eine virtuelle Selbsthilfegruppe sind reale Selbsthilfe.
- Beides hat seine Bedeutung: Sowohl zieloffen Erfahrungen miteinander auszutauschen als auch zielfokussiert moderiert über persönliche Bedarfe ins Gespräch zu kommen.
- Es gilt, sowohl das freiwillige ehrenamtliche Engagement zu verstetigen als auch offen für Fluktuation im Engagement zu sein.
- Niedrigschwellige Angebote müssen sowohl dauerhaft als auch zeitlich befristet angeboten werden.
- Projekte in der Selbsthilfe müssen sowohl zeitlich begrenzt und endgültig abgeschlossen werden als auch dauerhaft in Form eines Regelangebotes weitergeführt werden. Letzteres aber nur, wenn es die Selbsthilfe maßgeblich weiterentwickelt und zukünftig absichert. Nur dann! Sonst führt es zu einer Überforderung der Akteure.

In diesen Weiterentwicklungsprozessen muss Selbsthilfe „darauf achten, unabhängig zu bleiben“ (Fronhöfer, 2022, S. 7) und nicht als Dienstleister missbraucht zu werden. So kann die Selbsthilfe bedeutsam sein und bleiben für suchterfahrene Menschen, für das Suchthilfesystem und für die gesamte Gesellschaft.

Literatur

- BKD. (2017). *Interne Umfrage des Blauen Kreuzes Deutschland*. Wuppertal: Blaues Kreuz Deutschland.
- BKD. (2023). *Digitalisierung stärken*. Wuppertal: Blaues Kreuz Deutschland. <https://www.blaues-kreuz.de/de/blaues-kreuz/projekte-und-veranstaltungen/projekte/digitalisierung/> – abgerufen am 28.12.2023.
- BKD. (2024). *Veranstaltungen*. Wuppertal: Blaues Kreuz Deutschland. <https://www.blaues-kreuz.de/de/blaues-kreuz/projekte-und-veranstaltungen/veranstaltungen/> – abgerufen am 21.01.2024.
- BKD Mecklenburg-Vorpommern. (2024). *Projekt: Blaues Mobil*. Wuppertal: Blaues Kreuz Deutschland. <https://www.blaues-kreuz.de/de/mecklenburg-vorpommern/landesverband-mecklenburg-vorpommern/projekt-blaues-mobil/> – abgerufen am 21.01.2024.
- BKE. (2024). *Unser BKE*. Dortmund: Blaues Kreuz in der Ev. Kirche. <https://bke-suchtselbsthilfe.de/organisation/projekte/projekt-mehr-werden> – abgerufen am 26.01.2024.

- BMG. (2024). *Sucht-Selbsthilfe optimieren durch Gesundheitsförderung – S.o.G.* Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht_Sucht-Selbsthilfe_optimieren_durch_Gesundheitsfoerderung__S._o._G._.pdf – abgerufen am 26.01.2024.
- Breuer, H. et al. (2006). *Brücken bauen – Junge Suchtkranke und Selbsthilfe.* Kassel: Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e.V., Blaues Kreuz in Deutschland e.V., Kreuzbund e.V., Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e.V., Guttempler in Deutschland e.V.
- Bückart, D. (2024). Martin Luther über Trinken. *Gutzitiert* (online). https://www.gutzitiert.de/zitat_autor_martin_luther_thema_trinken_zitat_20402.html
- DHS. (2010). *Sucht-Selbsthilfe – ein Ort der Gesundheitsförderung.* Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- DHS. (2015). *Chancen nahlos nutzen – konkret. Sucht-Selbsthilfe als attraktiver Partner im Netzwerk.* Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- DHS. (2018). *Statistik 2017 der fünf Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände.* Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- DHS. (2023). *Was Sucht-Selbsthilfe ausmacht.* Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/DHS_Grundsatzpapier__Was_Sucht-Selbsthilfe_ausmacht.pdf – abgerufen am 19.01.2024.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- FAS NRW. (2024). *Save The Date: Suchtselbsthilfetag NRW 2024.* Wuppertal: Fachausschuss Suchtselbsthilfe NRW. <https://www.fas-nrw.de/suchtselbsthilfetag-nrw/> – abgerufen am 21.01.2024.
- FDR. (2015). *Leitfaden für Lotsennetzwerke der Selbsthilfe.* Berlin: Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. <https://lotsennetzwerk.de/wp-content/uploads/2017/11/lotsennetzwerk-vorschau8.pdf> – abgerufen am 30.01.2024.
- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe. (2018). *Kindern von Suchtkranken Halt geben.* Kassel. https://www.freundeskreise-sucht.de/fileadmin/freundeskreis/image/materialien/broschueren/Kinder_von_Suchtkranken_Halt_geben_-_Layout_15.04.2018.pdf – abgerufen am 26.01.2024.
- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe. (2024). *Die Freundeskreise.* Kassel. <https://www.freundeskreise-sucht.de/freundeskreise/die-freundeskreise#:~:text=1978%20kam%20es%20zur%20Gr%C3%BCndung,der%20Freundeskreise%20f%C3%BCr%20Suchtkrankenhilfe%20erarbeitet.> – abgerufen am 19.01.2024.
- Fronhöfer, D. (2022). *Suchtselbsthilfe – Erwartungen, Herausforderungen und Zukunftschancen.* Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin.
- Glücksspielfrei. (2024). *Unsere Ziele.* Bremen. <https://gluecksspielfrei.de/>
- Guttempler. (2023). *Alkohol im Dienste der Gesundheit.* Hamburg. <https://www.alkoholpolitik.de> – abgerufen am 28.12.2023.
- Guttempler. (2024). *Ausbildung zum Suchtgefährdetenhelfer.* Hamburg. <https://elearning.guttempler.de/ausbildung-zum-suchtgefahrdetenhelfer/> – abgerufen am 26.01.2024.
- Hegen, A. (1984). Massenarmut, „Branntweinpest“ und Mäßigkeitsbewegungen in Nordwestdeutschland um 1840. *Westfälische Zeitschrift* 134. <https://www.lwl.org/westfaelische-geschichte/txt/wz-9315.pdf>
- Holthaus, M. (2022). *Eine Handreichung zur Leitung von Sucht-Selbsthilfegruppen des Kreuzbundes.* Hamm: Kreuzbund e.V.
- IBC. (2024). *Life Skills – Lebenskompetenzen.* Bern: International Blue Cross. <https://internationalbluecross.org/de/> – abgerufen am 21.01.2024.
- JES. (2010). *Selbstverständnis und Profil.* Berlin: JES-Bundesverband. https://www.jes-bundesverband.de/wp-content/uploads/2019/02/JES_pp_A5_final.pdf – abgerufen am 21.01.2024.
- JES. (2024). *Über JES.* Berlin: JES-Bundesverband. <https://www.jes-bundesverband.de/ueber-jes/> – abgerufen am 23.01.2024.
- Klement, H. (1990). *Das Blaue Kreuz in Deutschland: Mosaiksteine aus über 100 Jahren evangelischer Suchtkrankenhilfe.* Wuppertal: Blaues Kreuz.
- Kreuzbund. (2024). *Kleine Kreuzbundgeschichte.* <https://www.kreuzbund.de/de/geschichte-des-kreuzbundes.html> – abgerufen am 19.01.2024.
- Krotoszynski, V. (2024). *Suchtfrei leben* (Blogs). <https://suchtfrei-leben.de/blog/> – abgerufen am 21.01.2024.
- Movendi International. (2024). *Development through alcohol prevention.* Stockholm. <https://movendi.ngo/> – abgerufen am 21.01.2024.
- Naundorff, J. (2017). Selbsthilfe: die Brückenbauer in der Suchthilfe? *Partnerschaftlich. Infodienst*, 3, 30.
- Rummel, C. & Gaßmann, R. (2019). *Sucht: bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin.* Hamm: Kohlhammer.
- Ruth Cohn Institut für TZI – Österreich. (2024). *Postulate. Originaltext von Ruth C. Cohn.* Wien. <https://www.rci.at/tzi/was-ist-tzi/postulate/> – abgerufen am 19.01.2024.

- Stüben, N. (2024). *Die ersten 30 Tage ohne Alkohol*. <https://oamn.jetzt/30-tage/#tve-jump-1776d1dbae8> – abgerufen am 21.01.2024.
- Thadeusz, F. (2018). Als Ostfriesland dem Schnaps verfiel. *Der Spiegel* (online). <https://www.spiegel.de/spiegel/vor-170-jahren-grassier-te-in-ostfriesland-eine-schnapsepidemie-a-1186787.html>
- Wikipedia. (2024a). *Anonyme Alkoholiker*. https://de.wikipedia.org/wiki/Anonyme_Alkoholiker – abgerufen am 19.01.2024.
- Wikipedia. (2024b). *Guttempler-Logenhaus (Flensburg)*. [https://de.wikipedia.org/wiki/Guttempler-Logenhaus_\(Flensburg\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Guttempler-Logenhaus_(Flensburg)) – abgerufen am 19.01.2024.
- Wikipedia. (2024c). *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen*. https://de.wikipedia.org/wiki/Deutsche_Hauptstelle_für_Suchtfragen – Abgerufen am 20.01.2024.



Jürgen Naundorff

Seit 1992 beruflich in der Suchtselbsthilfe tätig. Sozial- und Religionspädagoge (FH), Sozialtherapeut (systemisch-familientherapeutisch orientiert, GVS/bus), Mitglied der Geschäftsleitung des Blauen Kreuzes Deutschland. Seit 2017 Vorstandsmitglied der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen und seit 2021 Vorsitzender des Fachausschusses Selbsthilfe.

juergen.naundorff@blaues-kreuz.de