

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

13. Jahrgang
Heft **2/3** 2024



Themenschwerpunkt:

Selbsthilfe im Suchtbereich

Michael Klein, Eschweiler, Nicole Rebecca Kemper,
Katharina Lich & Felix Winter-Wilms

VIKTOR

Gemeinsam. Stark.

Ein mÄnnerspezifisches Gruppenprogramm zur
Reduktion von Einsamkeits- und Alkoholproblemen

Ältere, vereinsamte MÄnner missbrauchen hÄufig Alkohol und isolieren sich damit zusÄtzlich. FÄr sie wurde die psychoedukative Intervention „VIKTOR“ entwickelt: In zehn Gruppensitzungen werden Abstinenz bzw. Konsumreduktion und EinsamkeitsbewÄltigung eingeübt. Die Sitzungen konzentrieren sich auf die Reflexion eigenen Verhaltens, auf überschaubare VorsÄtze und immer wieder auf Anregungen durch Gleichgesinnte. Das Einbringen persÄnlicher Erfahrungen der Teilnehmer sorgt fÄr ein kohÄrentes VerstÄndnis der eigenen Situation. Der persÄnliche Austausch in der Gruppe ist zentral.

Die jeweils etwa zweistÄndigen Gruppensitzungen bauen thematisch aufeinander auf:

- Einstieg und Kennenlernen,
- Einsamkeit,
- Alkohol,
- Ressourcenaktivierung und Selbstmanagement,



- RÄckfallprÄvention und Krisenmanagement,
- Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken,
- Partnerschaft und SexualitÄt,
- Rollenbilder und Selbstakzeptanz,
- Zukunftsvisionen und Visualisierung,
- Auf der Zielgeraden.

„VIKTOR“ wurde in der Praxis erprobt und weiterentwickelt; die wissenschaftliche Evaluation zeigte eine hohe Akzeptanz und Wirksamkeit.

210 Seiten, farbig
ISBN 978-3-95853-852-8

20,00 €
inkl. MwSt



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

☎ +49 (0) 5484-308
✉ pabst@pabst-publishers.com
🌐 www.pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com

Impressum

Wissenschaftliche Herausgeber

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum

m.poltrum@philosophiepraxis.com

Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl - alfred.uhl@goeg.at

Univ.-Lektor Dr. Wolfgang Beiglböck

wolfgang.beiglboeck@meduniwien.ac.at

Dr. Artur Schroers

artur.schroers@stadt-frankfurt.de

Prof. Dr. Heino Stöver - hstoever@fb4.fra-uas.de

Dr. Ingo Ilja Michels - ingoijamichels@gmail.com

Wissenschaftlicher Consultant

Dr. Martin Tauss - mtauss@kabelplus.at

Herausgebende Institution

Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien,

Fakultät für Psychotherapiewissenschaft,

Institut für Verhaltenssuchte

Chefredakteur

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum

m.poltrum@philosophiepraxis.com

Redakteure

Dr. Thomas Ballhausen - t.ballhausen@gmail.com

Mag. Irene Schmutterer - irene.schmutterer@goeg.at

Bildredaktion

Sonja Bachmayer - ikarus711@hotmail.com

Verlag

PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich

Telefon +49 (0)5484 308

pabst@pabst-publishers.com

www.pabst-publishers.com

www.psychologie-aktuell.com

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst - wp@pabst-publishers.com

Administration

Karin Moeninghoff

moeninghoff@pabst-publishers.com

Herstellung

Bernhard Mündel - muendel@pabst-publishers.com

Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro, Ausland 50,- Euro;

Einzelausgabe: 15,- Euro.

Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07 · BIC: DRESDEFF265

Bestellservice:

moeninghoff@pabst-publishers.com

Telefon +49 (0)5484 97234

Bezugsbedingungen: Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Umschlagbild: © Ritchy Pobaschnig

Druck: booksfactory.de

ISSN 2190-443X

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

13. Jahrgang · Heft 2/3-2024

Themenschwerpunkt:

Selbsthilfe im Suchtbereich

Verantwortliche Herausgeber:

Wolfgang Beiglböck & Frederic Fredersdorf

Inhalt

- 135 Vorwort
Wolfgang Beiglböck & Frederic Fredersdorf
- 138 Psychosoziale und gesellschaftliche Bedeutung von Selbsthilfe
Frederic Fredersdorf
- 149 Zur Bedeutung und zum Überstrapazieren des Begriffs „Eigenverantwortung“ in der Behandlung von Suchterkrankungen – einige kritische Anmerkungen
Wolfgang Beiglböck
- 157 Selbsthilfe suchterfahrener Menschen – gestern, heute und morgen. Die Bedeutung der Selbsthilfe für suchterfahrene Menschen, für das Suchthilfesystem und für die Gesellschaft
Jürgen Naundorff
- 175 Entwicklung, Stand und Perspektive der Suchtselbsthilfe in Deutschland
Burkhard Kastenbutt
- 184 Bildstrecke: „Mauerblümchen“
Ritchy Pobaschnig
- 192 Professionelle Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe – zwei tragende Säulen im Hilfesystem: Welchen Mehrwert bietet eine gute Kooperation? Wie kann sie gelingen?
Daniela Ruf
- 200 (Sucht-)Selbsthilfe in Österreich: Zahlen und Fakten zur bisherigen Entwicklung und aktuellen Situation
Daniela Rojatz, Alexandra Puhm & Angelina Brotherhood
- 210 Die Rolle von Selbsthilfegruppen bei der Bewältigung glücksspielbedingter Probleme im schweizerischen Versorgungssystem
Suzanne Lischer, Manuela Eder, Elina Lehmann & Sabrina Wyss
- 219 Digitale Angebote zur Konsumreduktion und Verhaltensmodifikation
Doris Malischmig
- 229 Selbsthilfe erzählen – Ethik als Ästhetik in Luka Lenzins *Nadel und Folie*
Thomas Ballhausen
- 237 Bildstrecke: „Selbsthilfe erzählen – Ethik als Ästhetik in Luka Lenzins *Nadel und Folie*“

- 243 JES-Netzwerk – Entwicklung und Effekte der Arbeit einer außergewöhnlichen Selbstorganisation
Claudia Schieren & Dirk Schäffer
- 248 Neues Konzept in der Suchtselbsthilfe! Ein Plädoyer für eine zieloffene und inklusive Haltung in der Suchtselbsthilfe
Claudia Huhmann
- 261 Die Fleckenbühler
Ronald Meyer
- 270 Aspekte einer „hybriden“ ambulanten Drogenselbsthilfe im Spannungsfeld von akzeptanz- und abstinenzorientierten Ansätzen. Aktivitäten und Erfahrungen des Vereines „Drogenselbsthilfe Vorarlberg“
Elmar Sturm

Meldungen/Verlagshinweise

- 226 Ambulante Drogenselbsthilfe: Soziale Elemente stehen im Vordergrund
- 258 E-Zigaretten und Vapes: Die Tabakindustrie will Kinder laut WHO zu Süchtigen machen
- 279 „Es ist immer auch ein Katz-und-Maus-Spiel“: Drogenbanden schmuggeln Rekordmengen an Kokain über den Hamburger Hafen
- 280 Normalisation of drug use is associated to liberalism and the logic of consumer society
- 282 Suchtberatung und Suizidprophylaxe für Transmenschen
Jahrbuch Sucht: die unheilige Allianz zwischen Alkohol und Gewalt
- 283 Morgen hör' ich auf
Schwermetalle im Haar von Ludwig van Beethoven:
Warum der Künstler und Trinker früh sein Gehör verlor
-

Vorwort

Wolfgang Beiglböck & Frederic Fredersdorf

Den AbonentInnen oder regelmäßigen LeserInnen dieser Zeitschrift wird wohl nicht entgangen sein, dass einer der Autoren des Themenheftes zur Psychoedukation, *Frederic Fredersdorf*, auch einer der beiden Herausgeber dieses Themenheftes zur Suchtselbsthilfe ist. In dem von Frederic Fredersdorf eingereichten Beitrag zur Psychoedukation befand sich ein längerer Absatz zum Thema Selbsthilfe, der aus inhaltlichen Gründen gestrichen werden musste. Dieser Absatz brachte jedoch den zweiten Herausgeber, *Wolfgang Beiglböck*, auf die Idee, ein Themenheft zur Selbsthilfe zu gestalten und Frederic Fredersdorf einzuladen als Mitherausgeber zu fungieren.

Als wir in der Herausgeberkonferenz vorschlugen, das vorliegende Themenheft zu gestalten, war eine der ersten Reaktionen: „Kann man mit dem Thema überhaupt ein Heft füllen?“ Wir konnten – es ist nunmehr sogar eine Doppelnummer geworden. Somit haben wir die Beiträge in zwei Bereiche aufgeteilt:

- a) einen eher theoretisch gehaltenen über Evidenzen, Diskussionsaspekte und die Historie von Selbsthilfe und Suchtselbsthilfe in Deutschland, Österreich und der deutschsprachigen Schweiz,
 - b) einen praxisbezogenen über Initiativen, Gruppen und Projekte der Suchtselbsthilfe.
- Wenn wir in diesem Themenheft Suchtselbsthilfe vorstellen, sind damit Initiativen Betroffener gemeint, die in verschiedenen Settings und Organisationsformen mit je spezifischen Zielen und Methoden eigene psychosoziale Gesundheitsthematiken bearbeiten. In gesundheitsbezogenen Gruppen der Selbsthilfe kommen Menschen zusammen, um sie betreffende destruktive seelische, körperliche oder soziale Lebenslagen zu mildern oder gar zu überwinden. Auf der Meta-Ebene sind Gruppen und (Dach-)Verbände der Selbsthilfe durch fünf Kriterien charakterisiert: Sie verarbeiten prekäre biopsychosoziale Zustände mittels „Hilfe zur Selbsthilfe“ gemeinsam bzw. gemeinschaftlich. Gruppenmitglieder agieren gleichberechtigt.

Beteiligte engagieren sich freiwillig. Regelmäßige Treffen finden ohne professionelle Begleitung statt. Selbsthilfetreffen sind nicht gewinnorientiert.

Als „klassisches“ Beispiel ambulanter Suchtselbsthilfe können Gruppen der Anonymen-Bewegung genannt werden, z. B. der Anonymen Alkoholiker (AA) oder aus dem akzeptanzorientierten Spektrum Gruppen der in diesem Heft vorgestellten „Selbsthilfe von Junkies, ehemaligen und Substituierten“ (JES, D). Als Beispiel für gemeinschaftlich organisierte stationäre Suchtselbsthilfe stehen Initiativen wie der ebenfalls in diesem Heft vorgestellte Hof Fleckenbühl. Als Beispiel einer Dachorganisation der Sucht-Selbsthilfe steht die „Stiftung Hilfe zur Selbsthilfe Suchtkranker und Suchtgefährdeter“ (D). Beispiele für allgemeine, themenübergreifende Dachorganisationen der Selbsthilfe sind NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen), NANES (Initiative nationales Netzwerk Selbsthilfe), ÖKUSS (Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe) und die Selbsthilfe Schweiz aus dem deutschsprachigen Raum. Welche Bedeutung diesen Dachorganisationen zukommt, wird unten näher diskutiert.

Berufsständische Vereinigungen, wie etwa landwirtschaftliche, konsum- oder bankenspezifische Genossenschaften, sind in diesem Kontext nicht unter Selbsthilfe subsumiert. Das gilt ebenso für Zusammenschlüsse Betroffener, die von einer nicht betroffenen und ggf. professionell ausgebildeten Person geleitet und angelehnt an den englischen Begriff, als Unterstützungsgruppen bezeichnet werden. Der Fokus liegt stattdessen auf Varianten, bei denen sich ausschließlich Betroffene im o. g. Sinn unterstützen und in Gruppen oder größeren Vereinigungen organisieren. Inwiefern derartige Selbsthilfe einen ideellen, sozialen, gesundheitsspezifischen und gar monetären Mehrwert auf mehreren Systemebenen generiert – vom Individuum über soziale Gemeinschaften, Kom-

munen und Gemeinden bis hin zum staatlichen Gesundheitssystem –, das beleuchten Beiträge unserer Doppelseite.

Um den allgemeinen Wert von Selbsthilfe zu veranschaulichen, präsentiert *Frederic Fredersdorf* eingangs internationale Studienergebnisse zu gesundheitspezifischen psychosozialen Effekten von Selbsthilfe. Die Literaturrezeption belegt konstruktive Genesungsmechanismen von Selbsthilfe auf der Mikro-, Meso- und Makro-Ebene der Gesellschaft.

Mit einer Diskussion um den Terminus Eigenverantwortung setzt sich anschließend *Wolfgang Beiglböck* kritisch mit diesem in der professionellen Suchttherapie verbreiteten Konzept auseinander. Fallbeispiele und Thesen zeigen auf, inwiefern einfache Lösungen zu kurz greifen, wenn professionelle Helfende vornehmlich auf individuelle Resilienz setzen.

Die von *Jürgen Naundorff* dargestellte Übersicht veranschaulicht, aus welchen Wurzeln sich Sucht-Selbsthilfe in Deutschland entwickelte und wie sie sich historisch wandelt. Mit Bezug auf aktuelle Daten und Projekte zeichnet sich dadurch ein vielseitiges Bild der Gegenwart der deutschen Sucht-Selbsthilfe, aus der sich Fragen und Perspektiven zu ihrer Zukunft ableiten lassen.

Ergänzend hierzu trägt der Artikel von *Burkhard Kastenbutt* zu einem vertieften Verständnis der Sucht-Selbsthilfe bei. Ebenfalls am deutschen Beispiel stellt er u. a. dar, welchen Stellenwert „Hilfe zur Selbsthilfe“, d. h. soziales Miteinander in Selbsthilfegruppen und Bildung(sarbeit), für eine individuelle Neuorientierung, Selbstwirksamkeit und Ich-Stabilisierung hat. Beide Beiträge (Naundorff und Kastenbutt) verweisen auf durch den demografischen Wandel und stagnierende Mitgliederzahlen bedingte künftige Herausforderungen.

Daniela Ruf beleuchtet den spezifischen Aspekt der Kooperation zwischen Sucht-Selbsthilfe und professioneller Hilfe. Sie stellt und beantwortet die Frage, wie sich vor dem Hintergrund unterschiedlicher Systemlogiken eine für beide Seiten fruchtbare Zusammenarbeit gestalten lässt, und welche Faktoren dafür ausschlaggebend sind.

Wie sich Selbsthilfe und Sucht-Selbsthilfe in Österreich entwickeln, stellen *Daniela Rojatz*, *Alexandra Puhm* und *Angelina Brotherhood* dar. Die Autorinnen vermitteln, dass (Sucht-)Selbsthilfe auch in Österreich einen wichtigen Teil der Angebotslandschaft bildet, was exemplarisch in so genannten selbsthilfefreundlichen Gesundheitseinrichtungen zum Ausdruck kommt.

Mit dem Beitrag von *Suzanne Lischer*, *Manuela Eder*, *Elina Lehmann* und *Sabrina Wyss* geht das

vorliegende Doppelheft zu spezifischen Aspekten der Sucht-Selbsthilfe im deutschsprachigen Raum über – hier: zur Bedeutung von Selbsthilfegruppen im Kontext von Glücksspiel-Abhängigkeit. Die Autorinnen beschreiben den Status von Selbsthilfe in der Schweiz; anhand von Studien begründen sie, inwiefern sich eine Teilnahme an Selbsthilfegruppen im Glücksspielbereich langfristig positiv auswirken kann.

Selbsthilfe erfolgt zunehmend digital – das erläutert *Doris Malischinig* anhand von Konzepten und Beispielen zu digitalen Selbsthilfeprogrammen von Suchterkrankungen. Diese relativ neue Form der Selbsthilfe stellt sowohl einen niedrighschwelligeren anonymen Einstieg in die Selbsthilfe dar, wie sie auch in der Behandlungsbegleitung und Nachsorge einen sinnvollen Beitrag zu leisten vermag.

Eine spezifische Ausprägung der akzeptanzorientierten Sucht-Selbsthilfe präsentieren *Claudia Schieren* und *Dirk Schäffer* am Beispiel der Geschichte und der Mechanismen des deutschen JES-Netzwerks. In JES-Selbsthilfegruppen vertreten aktuell wie ehemals Suchtmittel einnehmende und substituierte Betroffene ihren Ansatz von Substitution und Harm-Reduction auf Kongressen und in regionalen Projekten.

Inwiefern Sucht-Selbsthilfe eine Brücke zwischen abstinenz- und akzeptanzorientierten Ansätzen zu schlagen vermag, diskutiert *Claudia Huhmann* am Beispiel eines zieloffenen und inklusiven Ansatzes, wie ihn der Dachverband freie Suchtselbsthilfe e.V. vertritt. Nicht oder noch nicht abstinenzorientierte Suchterkrankte erfahren in der zieloffenen Frühintervention „SKOLL“ ein Selbstkontrolltraining; Angehörige unbehandelter Suchtkranker erfahren im „Community Reinforcement Approach Family Training (CRAFT)“, welchen Stellenwert sie als Bezugspersonen für Betroffene haben. Durch qualitative Interviewausschnitte bietet die Autorin Einblick in beide Interventionsformen.

Die im Bundesland Hessen ansässige Selbsthilfe „Die Fleckenbühler“ gilt als eine der deutschsprachigen Urformen abstinenzorientierter Lebensgemeinschaften für suchtkranke Menschen; *Ronald Meyer* präsentiert Philosophie und Prinzipien dieser Selbsthilfe. Er erläutert, wie Betroffene durch gemeinsam geplante und ausgeübte Arbeit, Alltagsleben und suchtspezifische Diskurse voneinander lernen, wie sie individuelle Allgemein- und Berufsbildung nachholen, ein Verständnis für ihre Suchterkrankung erwerben und insgesamt die Kompetenz entwickeln drogenfrei zu leben.

Abschließend zeichnet *Elmar Sturm* am Beispiel des westösterreichischen Vereins „Drogenselbsthilfe Vorarlberg“ nach, wie eine hybride

ride Sucht-Selbsthilfe zwischen abstinenz- und akzeptanzorientierten Ansätzen tätig ist. Der Beitrag fokussiert Aktivitäten und Positionen

des Vereins mit Blick auf eine eher akzeptanzorientierte Drogenpolitik und Behandlungspraxis.



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



Prof. Dr. Frederic Fredersdorf

Examiniertes Sport- und Geschichtslehrer, promovierter Soziologe und habilitierter Erziehungswissenschaftler. Christian-Doppler-Forschungsgesellschaft (AT), Initiative Nationales Netzwerk Selbsthilfe (AT) und Heidelberger Gesprächsgesellschaft (D). Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Bildungsmanagement, -controlling, Gesundheit, Suchthilfe, Sozialkapital.
fredericfredersdorf@gmail.com

Psychosoziale und gesellschaftliche Bedeutung von Selbsthilfe

Frederic Fredersdorf

Zusammenfassung

Internationale Studien verweisen auf einen breiten von Selbsthilfegruppen und -organisationen ausgehenden gesundheitsspezifischen Nutzen. Wenngleich daraus resultierende Forschungsergebnisse wegen unterschiedlicher Ziele und Methodik nicht direkt vergleichbar sind, umreißen sie dennoch, inwiefern Selbsthilfe ein enormes psychosoziales Potenzial auf drei Systemebenen vorweist. Bei Betroffenen fördert sie Genesungsmechanismen (Mikro-Ebene). Im sozialen Nahraum entwickelt sie Gemeinschaften, Kooperationen und Innovation (Meso-Ebene). In der Gesellschaft trägt sie zur Weiterentwicklung von Gesetzen, Ausführungsbedingungen und Werten bei (Makro-Ebene). Anhand exemplarischer Studien und Projekte entwickelt der Beitrag ein heuristisches Modell über diese Formen der Selbsthilfe.

Schlüsselwörter: Selbsthilfe, Sucht-Selbsthilfe, Sucht, Social Return on Investment, SROI

Abstract

International studies point to a wide range of health-specific benefits, implemented by self-help groups and self-help organizations. Although the research results are not directly comparable due to different goals and methodology, they nevertheless outline the extent to which self-help has enormous psychosocial potential on three system levels. It promotes recovery mechanisms for those who are affected (micro level). In the social environment it develops communities, cooperation and innovation (meso level). In society, it contributes to the further development of laws, implementation conditions and values (macro level). Using exemplary studies and projects, the article develops a heuristic model of these kinds of self-help.

Keywords: self help, self care, mutual help, addiction, social return on investment, SROI

Internationale Studien verweisen auf einen breiten von Selbsthilfegruppen und -organisationen ausgehenden gesundheitsspezifischen Nutzen. Was ihn kennzeichnet, skizziert der einleitende Beitrag, indem er empirische Resultate und konkrete Umsetzungen von gruppenspezifischen und institutionell organisierten Formen der Selbsthilfe vorstellt. Dabei geht der Artikel zwar über Ergebnisse zur Sucht-Selbsthilfe hinaus; wie Studien vermuten lassen, treten jedoch konstruktive psychosoziale, Gemeinschaft bildende und Systeme entlastende Effekte ebenfalls in deren Kontext auf. Wenngleich bis dato weltweit viele Untersuchungen aufgelegt wurden, die „... eine gewisse Evidenz für die Wirkungen der Selbsthilfegruppenarbeit im Gesundheitsbereich zeigen“ (Kofahl et al., 2019, S. 7), sind deren Effekte wegen suboptimaler und

divergierender Studiendesigns im engeren wissenschaftlichen Sinn nicht vergleichbar (ebd.). Aus beschreibend-analytischer Sicht liegen jedoch vielfältige Hinweise für die konstruktive Wirksamkeit von Selbsthilfe auf der Mikro-, Meso- und Makro-Ebene menschlichen Lebens vor (Mikro: das Individuum betreffend/Meso: gesellschaftliche Teilsysteme betreffend, etwa Organisationen, Kommunen, Krankenhäuser, Verwaltungen/Makro: die Gesamtgesellschaft betreffend, etwa Gesetzgebung, Politik, Werte und Normen).

Um welche Effekte es sich dabei handelt, wird nun anhand internationaler Befunde aus Kontrollgruppen-, Langzeit-, Prä-Post- oder Querschnittsstudien sowie beschreibenden Literaturanalysen und Fallbeispielen dargestellt.

Effekte von Selbsthilfe auf der Mikro-Ebene

Bereits Anfang der 1980er Jahre stellte eine Übersicht internationaler Studien zum „Mikro-Level“ menschlichen Lebens dar, dass sich soziale Unterstützung positiv auf Gesundheitszustände auswirkt (und umgekehrt), wobei deren Qualität stärker prädiktorisch wirkt als deren Quantität (Gottlieb, 1985, S. 12). Soziale Unterstützung stärkt individuelle Coping-Ressourcen. Indem Peer-Berater als Rollenvorbild wirken, fördern sie das Vertrauen Betroffener in die eigene Fähigkeit, Anforderungen des psychosozialen Stressors zu meistern (a.a.O., S. 16 f.). Vergleichbare Befunde ergaben sich in den vergangenen Jahrzehnten aus Studien über den gesundheitsbezogenen Wert von Peer-Education oder Sozialem Kapital (aus der Fülle der Beiträge siehe exemplarisch: Friedman & Kern, 2014, S. 722 f.; Bühler, 2015; Hartung, 2022, S. 185–188).

Schon zehn Jahre vor dem einleitenden Befund, also in den 1970er Jahren, begannen Vertretungen der bundesdeutschen Krebskranken Selbsthilfe, andere Betroffene im Krankenhaus vor und nach Operationen zu besuchen, um sie zu unterstützen. Bei einem derartigen Erstkontakt erweisen sich informationsspezifische Aspekte als bedeutsam, wie eine jüngere Sachsen-Anhaltinische Studie zu 62 an Darm- oder Brustkrebs Erkrankten zeigt. Standardisiert quantitativ wurde erkundet, welche Gesprächsinhalte im Kontakt mit der Selbsthilfe relevant waren. Beide Gruppen profitierten von den Gesprächen – allerdings unterschiedlich priorisiert – in Bezug auf folgende Themen: Lebensführung trotz Erkrankung, Tipps zu Ernährungsweisen, sozialrechtliche Fragen, Nutzung von Hilfsmitteln, Umgang mit sozialen Ängsten (Slesina et al., 2011, S. 107). Diese aufsuchende Form der Erstgespräche wirkt zumindest bei Brustkrebspatientinnen als Prädiktor für den anschließenden Nutzen des regelmäßigen Besuchs einer Selbsthilfegruppe (SHG): Siebzig Prozent der Betroffenen mit Erstgespräch bewerteten die anschließende Teilnahme am Treffen einer Gruppe der Frauenselbsthilfe als hilfreich, während dies nur dreißig Prozent der Patientinnen *ohne* Erstgespräch so einschätzten (ebd.).

Internationale Studien belegen nun relativ umfassend, welcher soziale, psychische, kognitive und körperliche Gesundheitswert entsteht, wenn Betroffene regelmäßig an gesprächsorientierten SHG teilnehmen:

Laut einer US-amerikanischen bibliografischen Übersichtsarbeit zu 79 englischsprachigen Suchthilfe-Studien weisen 15 der analysier-

ten Untersuchungen mit Kontrollgruppen- und/oder Langzeit-Design zu Sucht-SHG den medizinischen Wert einer SHG-Teilnahme nach. Verglichen mit Probanden der Kontrollgruppen ohne SHG-Aktivität zeigten Teilnehmende höhere Abstinenzraten, niedrigere Raten an Alkoholkonsum und geringere alkoholspezifische Probleme. Sie verblieben längere Zeiträume in Abstinenz, wiesen weniger Tage in stationärem Aufenthalt und Nachsorge vor und erlangten eine höhere salutogenetische Selbstwirksamkeit sowie eine bessere soziale Integration (Bott & Warner, 2009, S. 11–17).

Gemäß einer für die Schweiz repräsentativen Studie wirkt gesundheitspezifische Selbsthilfe sekundär- und tertiärpräventiv aufgrund von drei immanenten sozialen Mechanismen: gemeinsame Betroffenheit, Spezialisierung auf die allgemeine Lebensbewältigung und Betroffenenberatung (Stremlow, 2006, S. 48). Im Rahmen dieser umfassenden Studie wurden 605 SHG per Zufall aus 1284 inventarisierten Gruppen angeschrieben und pro SHG eine Kontaktperson schriftlich befragt. Der Rücklauf betrug 52 Prozent.

Was die gesundheitsfördernden Gruppeneffekte ausmacht, deutet eine Befragung von 432 Mitgliedern einer australischen Selbsthilfe zur Armutsbekämpfung ebenfalls an. Demnach aktiviert SHG zwischenmenschliche Hilfe und stärkt bei ihren Mitgliedern Gefühle von Wohlbefinden und Stolz (Thomas et al., S. 207). Laut einer israelischen Querschnittsstudie zu 117 Teilnehmenden aus elf Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen steigt das subjektive Lebensgefühl signifikant, je zufriedener Betroffene mit ihrer Gruppe sind. Faktorenanalytisch getestet, sind dafür fünf psychoedukative Effekte der SHG mit Alpha-Werten von 0,87 bis 0,79 ausschlaggebend (in absteigender Priorität):

1. Hoffnung geben und ein Gefühl der Kontrolle wecken,
2. Erfahrungswissen der Mitglieder,
3. Emotionale Offenlegung und Katharsis,
4. Fürsorge und Sorge,
5. Alternative zu Einsamkeit und professioneller Intervention (Schiff & Bargal, 2000, S. 287 ff.).

Einen ähnlichen Befund zeigt eine Querschnittsstudie der Universität Wien zu „PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich“. Unter anderem wurden Vertretungen von 625 Betroffenen (40% der angeschriebenen Grundgesamtheit) quantitativ standardisiert befragt, welche Wirkung sie der Gruppenteilnahme zusprechen. Eine Faktorenanalyse zu 17 Wirkungsbereichen ergab vier Hauptdimensionen: Gruppenteilnahme verbessert

1. das Wissen über die betreffende Krankheit und deren Behandlungsmethoden,
 2. die individuelle Alltags- und Krisenbewältigung,
 3. das autonome Gesundheitsverhalten sowie die Gesundheit an sich und
 4. die Durchsetzung kollektiver Interessen (Braunegger-Kallinger et al., 2009, S. 10, 14).
- Der Austausch mit gleichermaßen Betroffenen stabilisiert sogar in digitaler Form, darauf deutet eine handlungsorientierte Studie an 40 norwegischen Brustkrebs-Patientinnen hin. Über fünfzehn Monate nahmen betroffene Frauen an einer neu gegründeten Online-Selbsthilfe teil. Dabei verfassten sie 1 034 Chat-Beiträge zu 127 verschiedenen Themen. Eine themenzentrierte qualitative Analyse dieser Beiträge zeigt, dass Teilnehmerinnen Aspekte der Lebensqualität, des Lebensstils und der psychischen Gesundheit mit Blick auf Selbstwirksamkeit diskutierten. Sie bekamen hilfreiche Informationen und lernten über die Online-Gruppeninteraktionen, ihre Ängste zu „managen“ (Sandaunet, 2008, S. 1633–1638).

Eine Prä-Post-Studie der University California weist in eine ähnliche Richtung: 114 Teilnehmerinnen eines „online breast cancer bulletin boards“ verbesserten nach sechs Monaten alle drei standardisiert klinisch diagnostizierten Bereiche ihrer Lebensqualität. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wiesen sie geringere Depressionsraten, niedrige posttraumatische Störungen und höheres psychosoziales Wohlbefinden vor als zu Beginn (Liebermann & Goldstein, 2005). Vergleichbares gilt für männliche Betroffene mit Prostata-Karzinom. Teilnehmer am größten deutschsprachigen Online-Forum zur Prostatakrebs-Selbsthilfe stellten zwischen 2006 und 2008 insgesamt 591 Diskussionsstränge ein. Laut einer qualitativen Analyse der Beiträge schätzen Ratsuchende neben der vertretenen Meinungsvielfalt vor allem die emotionale Unterstützung durch das Forum. Nutzer ermutigten sich gegenseitig; der Austausch mit anderen Betroffenen war ihnen sehr wichtig (Huber et al., 2010, S. 1382).

Dass Selbsthilfeteilnahmen Ängste reduzieren, stellt des Weiteren eine österreichische Studie zu 458 Teilnehmenden und Verantwortlichen von Selbsthilfegruppen dar. Demnach entwickeln SHG-Teilnehmende Lebensmut und Wohlbefinden und steigern soziale und körperliche Funktionsfähigkeiten. Zudem verweist die Studie auf informationsbezogene psychoedukative Effekte einer SHG-Teilnahme: Durch sie erhöht sich das Wissen über die eigene Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten (Beck & Lins, 2005, S. 12–15).

Selbsthilfeteilnahme wirkt nicht nur psychisch-kognitiv, sondern auch handlungsregulatorisch, das belegen Ergebnisse der zwischen 2013 und 2017 realisierten SHILD-Studie „Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven“ (Kofahl et al., 2017, S. 3 f.). Über dreitausend Befragte stellten 2015/2016 dar, inwiefern sich SHG-Teilnahme versus Nicht-Teilnahme positiv gesundheitlich auswirkt. Gut zwei Fünftel einer Untergruppe von 1 220 von Multipler Sklerose Betroffenen nahmen an SHG teil. Anhand des „Health Education Impact Questionnaire“ weisen sie zwar relativ geringe, jedoch signifikant bis hochsignifikant bessere Werte gegenüber der Vergleichsgruppe ohne SHG-Teilnahme vor. SHG-Teilnehmende beteiligten sich aktiver am Leben, verhielten sich gesundheitsfördernder, erwarben mehr Fähigkeiten und Handlungsstrategien, entwickelten konstruktivere Einstellungen, konnten sich besser selbst überwachen, fanden sich im Gesundheitswesen besser zurecht, waren sozial integrierter und erhielten mehr soziale Unterstützung.

Eine systematische Literaturanalyse von 83 skandinavischen Studien der Jahre 1999 bis 2009 zur gesundheitspezifischen Selbsthilfe für Langzeiterkrankte stellt die Wirkung einer Selbsthilfeteilnahme anhand von vier allgemeinen Hauptcharakteristika heraus: An SHG teilzunehmen fördert einen *intrapsychischen* Prozess. SHG prägen einen *interpsychologischen* Gruppenprozess. Bei ihren Mitgliedern bilden sie individuelle Lern-, Bewältigungs-, und Empowerment-Prozesse aus, wobei sie alternativ oder ergänzend zur medizinischen Behandlung wirken (Björg et al., 2011).

Effekte von Selbsthilfe auf der Meso-Ebene

Selbsthilfe unterstützt nicht nur individuelle Entwicklungen und soziale Vernetzungen, sondern gründet darüber hinaus systemische Strukturen auf kommunaler und regionaler Ebene. Diese Strukturen resultieren vornehmlich aus einer institutionalisierten Zusammenarbeit von Betroffenen und hauptberuflich Tätigen verschiedener Professionen. Aus derartigen Innovationen entstehende Wirkungen sind jedoch nur ansatzweise erforscht, darin ist der Einschätzung aus dem Kontext der SHILD-Studie auch heute noch zuzustimmen (Schulz-Nieswand et al., 2016, S. 47). Allerdings können Effekte der Selbsthilfe auf der Meso-Ebene theoretisch gut begründet und anhand von Beispielen kriterienorientiert beschrieben werden. Indem sich Selbsthilfe in Dachverbänden

organisiert, in gesundheitsspezifischen (teil) öffentlichen Gremien mitwirkt, die Bevölkerung aufklärt, Projekte zu Gesundheitsthemen anstößt und moderne Öffentlichkeitsarbeit betreibt, fördert sie kommunale und organisationale Entwicklung – so das Theorem.

Eine qualitative Analyse deutschsprachiger Literatur sowie von Internet-Seiten nationaler Agenturen der Gesundheitsförderung und der Selbsthilfe (2000–2013) stützt diese Annahme. Die kategoriale Auswertung ergab 15 Handlungsfelder, in denen Selbsthilfe und gesellschaftliche Gesundheitsförderung aktiv sind. Bei zwölf Feldern zeigten sich „implizite Belege für die Bezugnahme von Selbsthilfe auf Gesundheitsförderung“: In erster Linie ist Selbsthilfe als politische Interessenvertretung aktiv. Nachgereiht fördert sie individuelle Befähigung und vermittelt Betroffenen Anliegen gegenüber Politik und Gesundheitsdiensten (Rojatz & Forster, 2015, S. 268).

Das deutsche Beispiel belegt, dass Selbsthilfe auf der Meso-Ebene verankert werden kann und verankert ist. Denn in Deutschland hat Selbsthilfe

„... inzwischen ihren festen Platz beim Bemühen um medizinische Rehabilitation und gesellschaftliche Teilhabe... So sitzen Selbsthilfevertreter seit 2004 als sogenannte ‚Patientenvertreter‘ nach § 140f Absatz 2 des SGB V in wichtigen Gremien des deutschen Gesundheitswesens (etwa im ‚Gemeinsamen Bundesausschuss‘ ...), und sie wirken gleichberechtigt an der Erstellung von medizinischen Behandlungsleitlinien mit...“ (Matzat, 2017, S. 330 f.)

Derartige Initiativen gehen nicht von einzelnen SHG aus, sondern von übergreifenden Dachverbänden, wie sie sich seit Mitte der 1980er Jahre im deutschsprachigen Raum etabliert haben.

Als eine der älteren SH-Dachorganisationen vertritt die deutsche „Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)“ seit 1984 bundesweit Interessen von Betroffenen. Eine ihrer zentralen Aufgaben besteht darin, regelmäßig den bundesweiten Status Quo von gesundheitsspezifischen Selbsthilfe-Initiativen und -Gruppen zu erfassen. Diesen schreibt sie in Datenbanken fort und publiziert ihn analog wie digital (NAKOS, 2023, S. 17–22). Erklärtes Ziel des Dachverbands ist es, Anliegen der Selbsthilfe in Fachdiskursen einzubringen (a.a.O., S. 23). Seit den 1990er Jahren wird NAKOS durch bundesweite Selbsthilfe-Kontaktstellen (SHK) ergänzt.¹ SHK fungieren

als eigenständige professionelle Beratungsorganisationen auf regionaler oder lokaler Ebene. Laut einer NAKOS-Umfrage unter 347 SHK im Sommer 2022 (Rücklauf: 58,8 %) unterstützten sie im Untersuchungszeitraum hochgerechnet ca. 48 900 aktive deutsche Selbsthilfe-Gruppen (NAKOS, 2023, S. 7).

Die deutsche „Stiftung Hilfe zur Selbsthilfe Suchtkranker und Suchtgefährdeter“ verfolgt andere Ziele, die sich auf der Ebene von Kommunen systemisch auswirken. Speziell im Bereich der Sucht-Selbsthilfe setzt sie diverse berufsspezifische Förderungen um. Bundesweit unterstützt sie einerseits suchtkranke und -gefährdete Menschen für deren Aus- und Weiterbildung. Andererseits ist die Stiftung auch auf der Meso-Ebene aktiv: Sie fördert ehrenamtliche und berufsspezifische Initiativen „Ehemaliger“ ideell und finanziell, die sich auf dem zweiten Arbeitsmarkt mit sozialökonomischen Zweckbetrieben oder gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten selbständig machen oder Wohngemeinschaften gründen wollen.²

In der Schweiz fungiert die „Stiftung Selbsthilfe Schweiz“ als kantonsübergreifende Koordinationsstelle für SHG und Betroffene. Hierzu ist sie seit 2001 durch einen offiziellen Leistungsauftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen berufen. Wie in Deutschland, ist also Selbsthilfe in der Schweiz institutionell legitimiert. Strategische Ziele der Stiftung richten sich daher folgerichtig auf gesellschaftliche Kooperation und weiterführende politische und rechtliche Verankerung der Selbsthilfe in der Gesellschaft aus.³

Wenngleich die österreichische Selbsthilfe nicht, wie in Deutschland und der Schweiz, vom Gesetzgeber legitimiert ist, bringen sich dennoch drei Selbsthilfe-Dachverbände auf der Meso-Ebene der Gesellschaft ein. NANES, die „Initiative Nationale Netzwerk Selbsthilfe“, fördert unter anderem den Aufbau und Erhalt regionaler SHG, z. B. durch Beratung und Weiterbildung.⁴ ÖKUSS, die „Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe“, schult Selbsthilfe-Vertretungen für die Mitwirkung in gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen.⁵ Der in 2018 gegründete und von der österreichischen Sozialversicherung und vom Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz geförderte „Bundesverband Selbsthilfe Österreich“ arbeitet mit ÖKUSS zusammen. Er verfolgt unter anderem ebenfalls das Ziel, die Sicht von Patientinnen

² Siehe <https://die-suchthilfestiftung.de/wp-content/uploads/2018/11/faltblatt-1406.pdf> – abgerufen am 09.01.2024.

³ Siehe <https://www.selbsthilfeschweiz.ch/shch/de/ueberuns/stiftung.html> – abgerufen am 09.01.2024.

⁴ Siehe <https://www.nanes.at/> – abgerufen am 09.01.2024.

⁵ Siehe <https://oekuss.at/> – abgerufen am 09.01.2024.

¹ Siehe <https://selbsthilfe-unterstuetzen.de/hintergrundwissen/geschichte-der-selbsthilfe/> – abgerufen am 08.01.2024.

und Patienten in gesundheitspolitische Entscheidungen einzubringen. Doch sein Fazit fällt negativ aus: „Bislang gibt es – abgesehen von einzelnen Gremien auf Landes- und Bundesebene – kaum gesetzliche Regelungen für die Einbeziehung von Selbsthilfe- oder Patientenorganisationen in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse...“ (BVSHOE, 2019, S. 6).

Obige Initiativen lassen vermuten, dass von Selbsthilfe-Dachorganisationen gewisse Wirkungen auf das Gesundheits-, Sozial- und gegebenenfalls sogar Rechtssystem und Teilen ihrer Sub-Systeme ausgehen. Wie bereits geschildert, sind die daraus resultierenden Effekte im sozialwissenschaftlich-empirischen Sinn längst nicht ausreichend nachgewiesen. Doch bereits die Existenz einiger Leuchtturmprojekte belegt, dass Selbsthilfe im kommunalen und regionalen Raum als gesellschaftstragender Faktor anzusehen ist. Anders formuliert: Selbsthilfe fördert Community Building, wie es nachfolgende Beispiele verdeutlichen.

Exkurs Community Building

Der Begriff „Community Building“ wird hier in seiner doppelten Bedeutung verwendet: Auf der interpersonellen Ebene bezeichnet er erstens die lokale oder regionale Zusammenführung von Menschen in Bezug auf ähnliche, oft belastende Lebensthematiken. Diese im persönlichen Nahraum lebenden Menschen entsprechen zunächst dem soziologischen Verständnis sozialer Gruppen, deren Mitglieder nicht miteinander interagieren. Selbsthilfebezogenes Community Building trägt dann dazu bei, spezifische Personenkreise zu identifizieren und lokal zusammenzubringen, was zu realen Gemeinschaften führt. Zweitens ist unter dem Terminus die innovative Kooperation zwischen Ehrenamtlichen, sozialen Diensten, Netzwerken, Kommunen und anderen Trägern zu verstehen (Heinze & Orth, 2019, S. 268). Selbsthilfebezogenes Community Building fördert mit beiden Formaten kommunales und regionales Sozialkapital.

Community Building, Beispiel 1 – die „Selbsthilfe LAG Bayern“

Als Dachorganisation von über hundert bayerischen Selbsthilfe-Verbänden (!) ist sie stimmberechtigtes Mitglied in regionalen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften. Die gemeinsame Aufgabe besteht darin, Behörden, Gesundheitsämter, Kliniken, Versorgungsstrukturen sowie Organisationen von Angehörigen und Betrof-

fenen miteinander zu vernetzen. Zudem wirkt die Selbsthilfe LAG Bayern als Interessenvertretung in sieben weiteren Gremien des Bundeslandes mit (Landesbehindertenrat, Rundfunkrat des Bayerischen Rundfunks, Medienrat der Bayerischen Landeszentrale für neue Medien, Landesgesundheitsrat, Landesschulbeirat, Landespflegeausschuss, Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bayern). Der gemeinschaftsbildende Status der Selbsthilfe LAG Bayern als politische Interessenvertretung ist rechtlich durch den § 40 SGBV und die landesrechtliche Umsetzung nach dem Bundesteilhabegesetz legitimiert.⁶

Community Building, Beispiel 2 – die oberbayerische „Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener“

Diese SH-Dachorganisation bringt sich in regionale gesundheitspolitische Zirkel ein. Sie fungiert ebenfalls als stimmberechtigtes Mitglied in regionalen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und ist beratendes Mitglied im Sozial- und Gesundheitsausschuss des oberbayerischen Bezirkstags.⁷

Community Building, Beispiel 3 – das „Soziale Netzwerk Lausitz“

Im sächsischen Bezirk Lausitz tragen die Selbsthilfeorganisationen NAKOS (s. o.) und KISS („Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen“) zum Community Building bei. In Kooperation mit Behörden, medizinischen Dienstleistern, Versicherungen und finanziellen Sponsoren gründeten sie 2011 das Netzwerk als gemeinnützige GmbH. Das Unternehmen vermittelt vielfältige soziale Hilfe für diverse Zielgruppen und (gesundheits-)problematische Lebenslagen und bringt zudem Unternehmen und Institutionen zusammen, die sich überwiegend mit ehrenamtlicher Hilfe befassen (Köhne, 2020, S. 381 f.).

Community Building, Beispiel 4 – das „selbsthilfefreundliche Krankenhaus“

Ein wissenschaftlich begleitetes Beispiel für den Beitrag von Selbsthilfe in Gesundheitsorganisationen stellt das selbsthilfefreundliche

⁶ Siehe <https://lag-selbsthilfe-bayern.de/ueber-uns/lag-selbsthilfe-e-v/> – abgerufen am 09.01.2024.

⁷ Siehe <https://www.bezirk-oberbayern.de/Soziales/Erwachsene-mit-Behinderungen/Beratung/Beratung-f%C3%BCr-Menschen-mit-psychischen-Behinderungen/Selbsthilfe-Psychiatrie-Erfahrener/> – abgerufen am 09.01.2024.

Krankenhaus dar. Die oben zitierte SHILD-Studie belegt, inwiefern die systemische und systematische Integration der Betroffenenperspektive im Qualitätsmanagement eines Krankenhauses von Systempartnerinnen und -partnern positiv bewertet wird, wobei sie gleichzeitig auch auf Optimierbares verweist. Stakeholder akzeptieren Selbsthilfe inzwischen als legitime Interessenvertretungen und wichtigen Bestandteil des Behandlungsmanagements (Seidel et al., 2016, S. 229–231). Um das Qualitätskennzeichen „selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ zu erwerben, muss ein Spital verbindliche Absprachen treffen und sich teilweise reorganisieren. Auf Basis eines gegenseitigen Vertrags bestimmt es z. B. eine koordinierende Person, bindet SHG in Behandlungen und in die eigene Öffentlichkeitsarbeit ein, schult pflegerisches und ärztliches Personal mit Blick auf die Selbsthilfe-Kooperation und dokumentiert systematisch deren Tätigkeit – um nur einige bedeutsame Merkmale zu nennen (vgl. Rojatz, 2012; Trojan, 2016, S. 287).

Eine ergänzende Studie zur „Patientenorientierung und Selbsthilfefreundlichkeit“ analysiert 51 Freitexte, die 68 befragte VisitorInnen des Labels KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) im Zuge ihrer Zertifizierung angefertigt hatten. – KTQ implementierte zuvor die Qualitätskriterien des Hamburger Modellprojekts „selbsthilfefreundliches Krankenhaus“. – Demnach schätzten die Fachleute drei Kriterien der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe als besonders relevant ein: regelmäßige Information von Betroffenen und Angehörigen zu Selbsthilfe-Möglichkeiten, Bekanntgabe von SHG-Kontaktpersonen und Information der Mitarbeitenden über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Die Umsetzbarkeit dieser Kriterien bewerteten sie auf einer sechsstufigen Skala im positiven Bereich (Trojan, 2016, S. 293 f.).

Inwiefern dafür personenspezifische und strukturelle Faktoren gleichermaßen bedeutsam sind, belegt die begleitende Evaluation des Hamburger Modellprojekts. In ihrem Kontext wurden 405 Mitarbeitende und 103 Patientinnen/Patienten aus je zwei selbsthilfefreundlichen Hamburger und Nordrhein-Westfälischen Krankenhäusern befragt. Eine darin offen gestellte Frage nach förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Kooperation von Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern ergab 502 kategorial ausgewertete Nennungen. Über beide Personengruppen hinweg erweisen sich nach dem Wert der psychosozialen Hilfe durch andere Betroffene drei strukturelle Faktoren als bedeutsam:

1. Informationen über Ziele, Arbeitsweisen und den Nutzen der Selbsthilfe zu bekommen,
2. Kontaktpersonen aus SHG, der Pflege- und dem Ärzteteam zu installieren,
3. Räume für Treffen der SHG im Krankenhaus oder nahebei bereitzustellen (Nickel et al., 2012, S. 100, 113 f.).

Diese und andere Aspekte gingen daraufhin als Qualitätskriterien in das Label „selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ein.

Mittlerweile übernahmen deutsche und österreichische Krankenhäuser den Ansatz des Hamburger Modellprojekts. Beispielsweise beendeten 17 von 31 Krankenhäusern aus Nordrhein-Westfalen, die sich zuvor in Bezug auf das Label „selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ hatten beraten lassen, erfolgreich den Prozess der Implementierung (Trojan et al., 2017: 107). Und in Österreich setzten seit 2008 sieben Krankenhäuser aus Oberösterreich,⁸ elf aus Kärnten⁹ und 27 aus Niederösterreich¹⁰ diesen Ansatz um. – Offen bleibt nach wie vor, welche spezifischen Gesundheitseffekte daraus auf der individuellen Mikro- und der gesellschaftlichen Meso-Ebene resultieren, und inwiefern diese nachhaltig wirksam sind. Sollte das Label „Selbsthilfefreundlichkeit“ nur als Alibifunktion genutzt werden, um bestimmte Qualitätszertifikate zu erlangen, würde es den humanistischen Anspruch des Ansatzes konterkarieren.

Community Building, Beispiel 5 – stationäre Sucht-Selbsthilfe

Eine besondere Wirkung auf den gesellschaftlichen Nahraum üben Einrichtungen der stationären abstinenzorientierten Sucht-Selbsthilfe aus. In ihnen leben, arbeiten und interagieren Suchtkranke gemeinschaftlich. Gemäß dem allgemeinen Selbsthilfe-Anspruch sind dort ausschließlich Betroffene tätig, wenngleich die stationäre Sucht-Selbsthilfe mit gesellschaftlichen Organisationen und Akteuren breit vernetzt ist.

Im Zuge einer Katamnese der ersten deutschen Einrichtung dieser Art (Synanon) wurden mittels Schneeballverfahren 34 Initiativen eruiert und beschrieben, die ehemalige Bewohnerinnen und Bewohner Synanons nach ihrem Auszug aus der Selbsthilfe-Gemeinschaft ge-

⁸ Siehe https://www.selbsthilfe-ooe.at/news_projekte/projekt_selbsthilfefreundliches_krankenhaus/ – abgerufen am 09.01.2024.

⁹ Siehe <https://www.selbsthilfe-kaernten.at/selbsthilfefreundlichkeit> – abgerufen am 09.01.2024.

¹⁰ Siehe https://www.noel.gv.at/noel/80392_Krankenhaus.html – abgerufen am 09.01.2024.

gründet und betrieben hatten. Diese Ehemaligenprojekte waren in vier Formen organisiert:

1. als Unternehmen (Einpersonengesellschaft, GbR oder GmbH – 17 Projekte);
2. als eingetragener gemeinnütziger Verein (13 Projekte);
3. als private oder öffentliche freie Gruppierung ohne Rechtstitel (3 Projekte);
4. als Zweckbetrieb eines eingetragenen gemeinnützigen Vereins (1 Projekt).

Insgesamt engagierten sich 26 Projekte mittelbar oder unmittelbar im Kontext der deutschen Suchthilfe, entweder als Selbsthilfeeinrichtung, Nachsorge, Drogentherapie/-beratung oder als Sportverband für Suchthilfeeinrichtungen (Fredersdorf, 1997, S. 271–274). Die 34 Projekte wirkten wahrnehmbar konstruktiv im kommunalen Nahraum: Sieben betreuten zum Erhebungszeitpunkt mindestens 431 Betroffene in psychosozialen Fragen. Sechzehn stellten 218,5 Vollzeitarbeitsplätze auf dem ersten (!) Arbeitsmarkt zur Verfügung. Nicht zählbar war die Zahl jener Menschen, die die informelle Struktur der Projekte spontan und bedarfsorientiert für sich nutzten (a.a.O., S. 274). Weiterhin zeigte eine Netzwerkanalyse, dass diese 34 Projekte untereinander vielseitige formelle und informelle Beziehungen und breiten Kontakt zu gesellschaftlichen Netzwerkpartnerschaften pflegten (zu regionalen Drogenreferaten, überregionaler Suchthilfe, konfessionellen und karitativen Verbänden, Landeskrankenhäusern, Landesämtern u. a.; a.a.O., S. 278–281).

Alles in allem belegen die obigen Beispiele, dass es der Selbsthilfe begründet zugesprochen werden kann, auf der gesellschaftlichen Meso-Ebene „Community Power“ zu entwickeln, sozialen Wandel anzustoßen und innovative Beziehungen mit dem Sozial- und Gesundheitssystem einzugehen.

Effekte von Selbsthilfe auf der Makro-Ebene

Die Wirkung der Selbsthilfe auf die obere gesellschaftliche Systemebene (Staatswesen, Gesetzgebung, Verwaltung, Staatsfinanzen, Werte und Normen) ist seltener erforscht als der eben diskutierte Aspekt. Als plausible Analyseverfahren des gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzens von Non-Profit-Aktivitäten kann der „Social Return on Investment“ (SROI) berechnet werden. Dieser vom betriebswirtschaftlichen Begriff des „Return on Investment“ abgeleitete Ansatz bezieht sich zwar ausschließlich auf den finanziellen Wert von Non-Profit-Leistungen (NPL), woraus verschiedene Anspruchsgruppen aus Wirtschaft,

Politik, Verwaltung, Kommunen, dem Non-Profit-Sektor und der allgemeinen Öffentlichkeit ihren je spezifischen Nutzen ziehen. Das heißt, er kann nicht dazu beitragen, individuelle psychosoziale Leistungen quantitativ und ihr vernetztes Wirken auf den sozialen Nahraum kausal zu bestimmen. Indem er jedoch erbrachte ehrenamtliche Tätigkeiten in geldwerten Einheiten ausdrückt, verdeutlicht der SROI-Ansatz allerdings den volkswirtschaftlichen Wert von NPL.

Ein heuristisches Modell skizziert, wie ein SROI berechnet werden kann: Für die Ausgabenseite werden pro Zeitraum alle real aufgewendeten Kosten der NPL einer definierten sozialen Einheit summiert. Der gesellschaftliche Nutzwert wird dann in vier weiteren Schritten bestimmt. Erstens werden die erbrachten NPL qualitativ beschrieben und zweitens in Summe, oder für jede gesellschaftliche Anspruchsgruppe getrennt, die aus der NPL resultierenden Wirkungen quantitativ in Kennzahlen dargestellt (z. B. Pro-Kopf-Beratungsstunden, Fehlerquote). Anhand aktueller Kostensätze werden drittens finanzielle Wirkungen berechnet (z. B. Personalkosten für professionelle Helfende in Bezug auf Behandlungszeiten) und viertens die Kosten vom finanziellen Nutzen subtrahiert (Schober & Then, 2015, S. 8–22).

Beispielsweise generierte laut einer Studie über taiwanesischen Universitäten ein universitär aufgewendeter taiwanesischer Dollar den knapp dreieinhalbfachen gesellschaftlichen Wert (Chan et al., 2021). Eine Pilotstudie zum SROI eines britischen psychoedukativen Programms zur Förderung der Lebensqualität von chronisch Erkrankten ergab pro eingesetztem Pfund den gesellschaftlichen Mehrwert von 6,09 Pfund. Obwohl das Ergebnis auf einer kleinen Fallzahl basiert (18 von 72 Kursteilnehmenden), stellt die Studie plausibel dar, dass und wie sich soziale Nutzwert-Faktoren finanziell darstellen lassen (Kennedy & Phillips, 2011). Eine niederländische Studie untersuchte den SROI einer Selbstmanagement-Unterstützung in der Primärversorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Über den Zeitraum von fünf Jahren, gemessen an 62 Gesundheitsgruppen mit insgesamt über 1000 Beteiligten, erbrachte jeder ins Programm investierte Euro einen SROI von 4,9 Euro. Das Programm reduzierte z. B. die Zeit des Behandlungsprozesses, was niedrigere Gesundheitsausgaben bewirkte. Und es verringerte betriebliche Krankheitszeiten, was krankheitsbedingte Unternehmenskosten senkte (Talboom-Kamp et al., 2015, S. 47).

Elaborierte Studien über den geldwerten gesellschaftlichen Nutzen der Selbsthilfe sind rar. Das deutet eine zwischen 2000 und 2021

Studie	Monetärer Wert geleisteter Arbeit pro Jahr	Monetärer Wert geleisteter Arbeit pro SH-Mitglied und Jahr
Engelhardt et al., 1995	DM 36 300 000	nicht dargestellt
Braun et al., 1997	DM 4 400 000 000	DM 1 660
Wilkens, 2001	DM 2 721 075	DM 1 814
Trojan et al., 2004	EUR 19 569 600	EUR 725

Tabelle 1

Finanzieller Mehrwert von Selbsthilfe (nach Engelhardt et al., 2009, S. 65)

in den Datenbanken Medline, PubMed, Google Scholar sowie in relevanter grauer Literatur durchgeführte strukturierte Literaturanalyse zu SROI-Studien im Kontext psychoedukativer Gesundheitsintervention an. Von 42 einschlägigen englischsprachigen Beiträgen stammen 93 Prozent aus nicht peer-reviewten Publikationsorganen. Überwiegend sind es öffentliche Berichte aus Großbritannien und dem Non-Profit-Sektor, wobei Interventionen nicht primär ehrenamtlich oder in Form von Selbsthilfe stattfanden. Allerdings können 81 Prozent der Beiträge auf Grundlage eines anerkannten wissenschaftlichen Bewertungsrahmens als qualitativ hochwertig eingeschätzt werden. Gemäß dieser Analyse weisen SROI-Studien zur Unterstützung von vulnerablen Zielgruppen mit psychischen Gesundheitsproblemen einen gesellschaftlichen Mehrwert zwischen 1.94 und 9.38 Pfund pro eingesetztem Pfund nach (Kadel et al., 2022, S. 9).

Inwiefern und in welcher Höhe insbesondere Selbsthilfe einen finanziellen Mehrwert für die Gesellschaft generiert, deutet eine Übersichtsanalyse von vier darauf bezogenen Studien der Jahre 1995 bis 2004 an (Engelhardt et al., 2009). Dabei handelt es sich jedoch nicht durchgängig um Kosten-Nutzen-Bewertungen nach dem SROI-Ansatz. Alle Studien stellen zunächst nur den monetären Wert geleisteter Selbsthilfe-Tätigkeit pro Jahr dar, gemessen in Arbeitsstunden in Bezug auf Durchschnittsnettolöhne vergleichbare Professionstätigkeiten. Zwei der Beiträge bestimmen zudem das Verhältnis von monetären Kosten und Nutzen. Tabelle 1 präsentiert die auszugsweise zitierte Übersicht der Autoren.

Wegen methodischer Mängel der Studie von Braun und KollegInnen schätzen Engelhardt und KollegInnen (2009) die Kennzahl zum Wert geleisteter Arbeit pro SH-Mitglied und Jahr mit DM 1 604 niedriger ein. Neben Überlegungen zur methodischen Optimierung verweisen die Autoren zudem auf einen normativen Aspekt: Inwiefern Selbsthilfetätigkeit als äquivalent zu professioneller Hilfe angesehen werden kann, hängt stets davon ab, wie sie bewertet wird (a.a.O.). Dem hinzuzufügen ist, dass Aufwandsberechnungen stets nur Input-Faktoren berücksichtigen – Output-Effekte können damit nicht

dargestellt werden. Insofern würde eine SROI-Berechnung anhand geldwerter Gesundheits- und Sozialkennzahlen die Realität valider abbilden – z. B. anhand von (ggf. sinkenden) Hospitalisierungs- und Rehabilitationszeiten oder (ggf. rascheren) Rückführungen in den ersten Arbeitsmarkt.

Entsprechende Studien wären vor allem dann aussagekräftig, würden sie methodisch elaborierter umgesetzt, etwa als quasi-experimentelle Prä-Post-Langzeitstudie mit Kontrollgruppendesign und triangulativem Erhebungs- und Evaluationsverfahren. Beispielsweise könnten Patientinnen und Patienten einer bestimmten Erkrankung im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung über den Zeitraum von mehreren Jahren prospektiv begleitet werden. Mittels qualitativer (offene Interviews) und quantitativer (strukturierte schriftliche Umfragen) Verfahren könnte die Entwicklung verschiedener psychosozialer und gesundheitspezifischer Aspekte zu mehreren Zeitpunkten beobachtet und über den SROI bestimmt werden, etwa die Teilnahme an oder gar Gründung von Selbsthilfegruppen, das subjektive Gesundheitsgefühl, Bildungs- und Berufsweg, Aspekte des Soziallebens, Umgang mit der Erkrankung, um nur einige Schwerpunkte zu nennen. Für denselben Zeitraum brächten begleitende Erhebungen unter gesellschaftlichen Anspruchsgruppen aus Verwaltung, Politik und Gesundheitswesen sowie Sekundäranalysen vorliegender Daten hierzu die Außenperspektive ein (Methoden-, Perspektiven- und Datentriangulation).

Derartige Designs sind jedoch nicht nur unter besonderen ethischen und datenschutzrechtlichen Bedingungen zu realisieren, sondern auch erheblich aufwändiger und kostenintensiver als Querschnittsbefragungen spezifischer Zielgruppen. Außerdem erfordern sie ausgewiesene Kenntnisse der empirischen Sozialforschung. Vermutlich ist Selbsthilfe nicht in der Lage, solche Studien zu finanzieren, wenngleich einige Aktivistinnen und Aktivisten die benötigte wissenschaftliche Kompetenz für ihre Umsetzung durchaus vorweisen dürften. Nicht zuletzt bliebe auch der Untersuchungsleiter-Effekt zu berücksichtigen. Denn um einen Wahrnehmungs-Bias zu vermeiden,

sollten unabhängig Forschende derartige Untersuchungen durchführen und nicht allein die Selbsthilfe – dies natürlich stets unter ihrer stimmberechtigten Mitwirkung.

Heuristisches Modell „Bedeutung der Selbsthilfe“

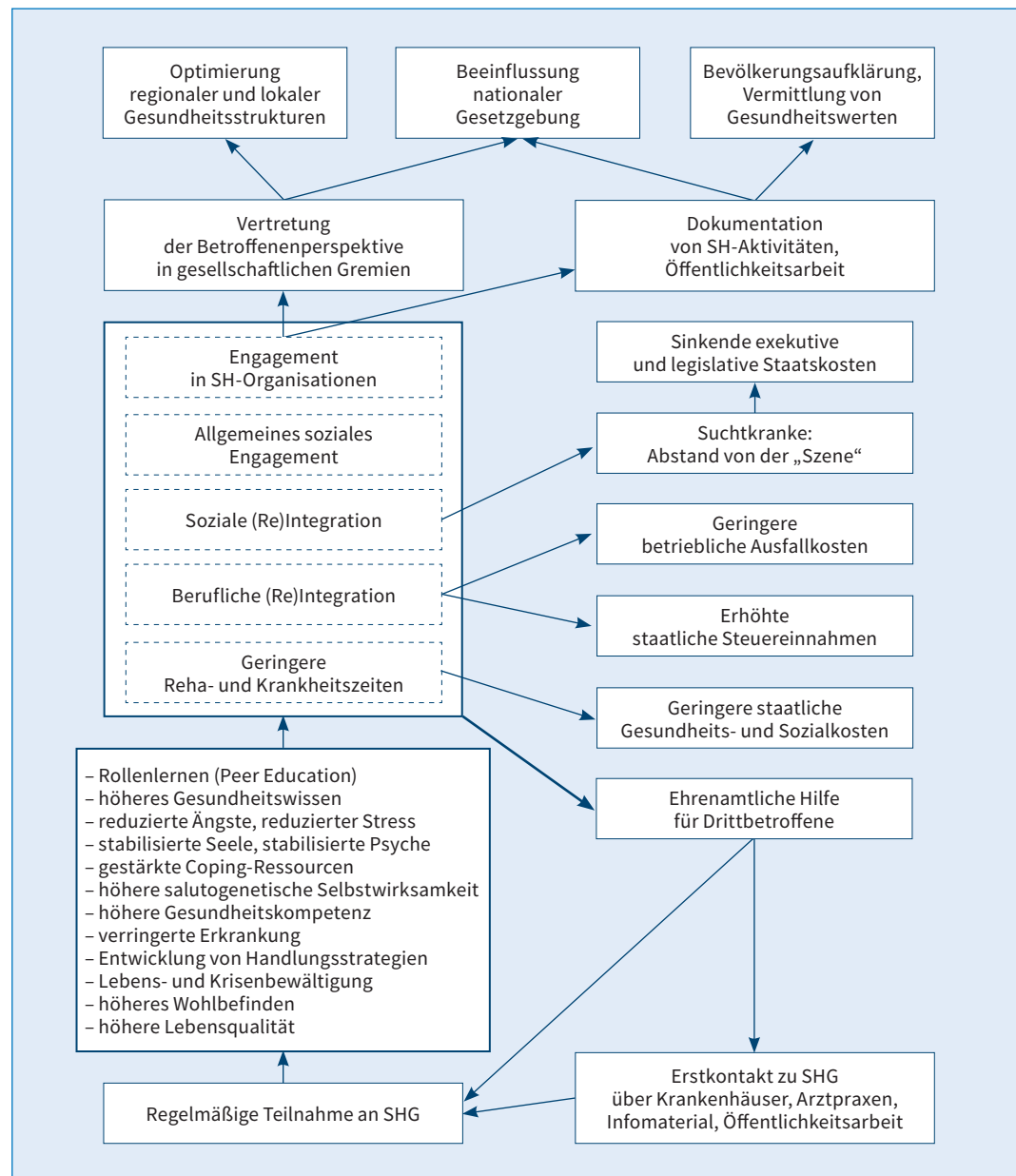
Anhand des bisher Beschriebenen wird abschließend der Nutzwert von Selbsthilfe in einem heuristischen Modell dargestellt (Abbildung 1). Heuristische Modelle reduzieren komplexe Phänomene auf ihre wesentlichen Variablen. Indem sie Einflussgrößen und Auswirkungen visualisieren, erleichtern es heuristische Modelle, das Phänomen zu verstehen. Nicht zuletzt bilden sie eine Theoriebasis, die

zumindest potenziell weiterführend wissenschaftlich geprüft werden kann.

In diesem Sinn skizziert das Modell „psychosoziale und gesellschaftliche Bedeutung der Selbsthilfe“ einerseits den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand. Andererseits bietet es Ansatzpunkte zur Optimierung und vor allem zur weiterführenden Überprüfung der visualisierten Kausalhypthesen. Ein wesentlicher Aspekt sei final angemerkt: Selbsthilfe spricht nicht alle Betroffenen an. Selbsthilfe kann nicht jede und jeden Betroffenen motivieren, an ihr teilzunehmen. In Selbsthilfegruppen findet Drop-out statt. Wie auch andere Ehrenamtsbereiche, stehen Gruppen und Organisationen der Selbsthilfe oft vor Leitungs- und Nachwuchsproblemen. Eine darauf bezogene Dunkelfeldforschung steht derzeit weitgehend aus.

Abbildung 1

Heuristisches Modell – psychosoziale und gesellschaftliche Bedeutung der Selbsthilfe



Literatur

- Beck, D. & Lins, A. (2005). *Wirkungen von Selbsthilfegruppen auf Persönlichkeit und Lebensqualität*. Wien: Fonds Gesundes Österreich. <https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/Wirkung%20von%20Selbsthilfegruppen%20auf%20die%20Lebensqualit%C3%A4t%20und%20Gesundheit.pdf> – abgerufen am 04.01.2024.
- Björg, A. et al. (2011). Self-help and self-help groups for people with long-lasting health problems or mental health difficulties in a Nordic context: A review. *Scand J Public Health*, 39(8), 813–822.
- Borgetto, B. (2002). Selbsthilfe im Gesundheitswesen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45, 26–32.
- Borgetto, B. et al. (2022). Gemeinschaftliche Gesundheitsselfhilfe. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (S. 323–334). Berlin: Springer.
- Bott, C. & Warner, L. (2009). *Recovery: An annotated bibliography*. School of Social Welfare, University at Albany. <https://www.chestnut.org/resources/23f99b4e-f49f-4fa9-8886-2e02b17da247/Recovery-percent-20Annotated-percent-20Bibliography-percent-20Bott-percent-20percent-26-percent-20Warner.pdf> – abgerufen am 04.01.2024.
- Braunegger-Kallinger, G. et al. (2009). *Patientinnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich. Selbsthilfe und Interessenvertretung, Unterstützung und Beteiligungsmöglichkeiten* (Projektendbericht). Universität Wien, Institut für Soziologie.
- Bühler, A. et al. (2015). Cluster-randomized trial of a German leisure-based alcohol peer education measure. *Health Promot Int*, 31, 385–395.
- BVSHOE. (2019). *BVSHOE-Pressemappe 18-07-2019*. Wien: Bundesverband Selbsthilfe Österreich. <https://www.bundesverband-selbsthilfe.at/wp-content/uploads/2019/07/BVSHOE-Pressemappe-18-07-2019.pdf> – abgerufen am 09.01.2024.
- Chan, Y.-L. et al. (2021). The social performance of university social responsibility elderly project: the perspective of social return on investment. In L. Barolli et al. (Eds.), *Innovative mobile and internet services in ubiquitous computing* (pp. 561–572). Wiesbaden: Springer.
- Engelhardt, H. D. et al. (2009). Leistungen von Selbsthilfegruppen und deren ökonomische Bewertung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 52, 64–70.
- Fredersdorf, F. (1997). *Sucht, Selbsthilfe und soziale Netzwerke. Katamnese der selbstverwalteten Suchthilfe SYNANON unter Berücksichtigung der Bildung sozialer Netzwerke in Deutschland*. Geesthacht: Neuland.
- Friedman, H. & Kern, M. (2014). Personality, well-being and health. *Annu Rev Psychol*, 65, 719–742.
- Gottlieb, B. (1985). Social networks and social support: an overview of research, practice, and policy implications. *Health Educ Q*, 12(1), 5–22.
- Heinze, R. & Orth, A. (2019). Bürgerschaftliches Engagement als Teil der kommunalen Governance. In M. Hüther et al. (Hrsg.), *Die Zukunft der Regionen in Deutschland: Zwischen Vielfalt und Gleichwertigkeit* (IW-Studien – Schriften zur Wirtschaftspolitik aus dem Institut der deutschen Wirtschaft, S. 265–274). Köln.
- Huber, J. et al. (2010). Selbsthilfe im Onlineforum bei lokal begrenztem Prostatakarzinom. Qualitative Analyse der Entscheidungsfindung. *Urologe*, 49, 1377–1384.
- Kadel, R. et al. (2022). Social return on investment (SROI) of mental health related interventions. A scoping review. *Front Public Health*, 10, 965148.
- Kennedy, R. & Phillips, J. (2011). Social return on investment (SROI): a case study with an expert patient programme. *SelfCare*, 2(1), 10–20.
- Kofahl, C. et al. (2017). *Bedeutungen und Wirkungen der Selbsthilfe bei Multipler Sklerose. Ergebnisse der SHILD-Studie zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Deutschland* (together #03.17). Hamburg: UKE. https://www.uke.de/extern/shild/Materialien_Dateien/Kofahl_et_al_2017_SHILD_AMSEL_Together_03I17_3-5.pdf – abgerufen am 07.05.2024.
- Kofahl, C. et al. (Hrsg.). (2019). Einleitung. In dies. (Hrsg.), *Wirkungen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe* (S. 7–10). Münster: LIT.
- Köhne, R. (2020). Fostering local caring community building through mutual-aid funding in accordance with § 20h SGB V and § 45d SGB XI, using the example of the “Social Network Lausitz”. *ZöGU*, 23(3), 352–405.
- Liebermann, M. & Goldstein, B. (2005). Self-help online: an outcome evaluation of breast cancer bulletin boards. *J Health Psychol*, 10(6), 855–862.
- Matzat, J. (2017). Reale Selbsthilfegruppen – eine Form gemeinschaftlicher Selbstbehandlung. In C. Eichenberg et al. (Hrsg.), *Selbstbehandlung und Selbstmedikation* (S. 325–334). Göttingen: Hogrefe.
- NAKOS. (2023). *NAKOS Jahresbericht 2022*. <https://www.nakos.de/data/Online-Publikationen/2023/NAKOS-Jahresbericht-2022.pdf> – abgerufen am 08.01.2024.
- Nickel, S. et al. (2012). Ergebnisse von fünf Fallstudien in Krankenhäusern aus Hamburg und Nordrhein-Westfalen. In A. Trojan (Hrsg.), *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt* (S.

- 99–123). Wilhelmshaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Rojatz, D. (2012). *Selbsthilfefreundliches Krankenhaus Niederösterreich. Krankenhäuser und Selbsthilfegruppen kooperieren. Entwicklungsprozess und Kooperationspraktiken*. St. Pölten: Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen.
- Rojatz, D. & Forster, R. (2015). Gemeinschaftliche Selbsthilfe als Gesundheitsförderung pur!? Analyse des Verhältnisses anhand von Grundsatzdokumenten und gemeinsamer Praxis. *Präv Gesundheitsf*, 10, 263–272.
- Sandaunet, A.-G. (2008). A space for suffering? Communicating breast cancer in an online self-help context. *Qual Health Res*, 18(2), 1631–1641.
- Schiff, M. & Bargal, B. (2000). Helping characteristics of self-help and support groups. Their contribution to participants' subjective well-being. *Small Group Res*, 31(3), 275–304.
- Schober, C. & Then, V. (2015). Was ist eine SROI-Analyse? Wie verhält sie sich zu anderen Analyseformen? Warum sind Wirkungen zentral? Eine Einführung. In dies. (Hrsg.), *Praxishandbuch Social Return on Investment. Wirkung sozialer Investitionen messen* (S. 1–22). Stuttgart: Schäffer-Poeschl.
- Schulz-Nieswand, F. et al. (2016). Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Zu Genealogie, Gestalt, Gestaltwandel und Wirkkreisen solidarisch-gemeinschaftlicher Gegenseitigkeitshilfegruppen und der Selbsthilfeorganisationen. In C. Kofahl et al. (Hrsg.), *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland* (S. 43–59). Berlin: LIT.
- Seidel, G. et al. (2016). Selbsthilfe in Deutschland aus der Perspektive von Stakeholdern. In C. Kofahl et al. (Hrsg.), *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland* (S. 225–246). Berlin: LIT.
- Slesina, W. et al. (2011). Der Besuchsdienst der deutschen ILCO. *ILCO-Praxis*, 2, 20–25.
- StremLOW, J. (2006). *Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen in der deutschen Schweiz. Analyse der Studie „Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der deutschen Schweiz“ mit dem Fokus auf Gesundheitsrelevanz* (Arbeitsdokument 19). Luzern: HSA – Hochschule für Soziale Arbeit.
- Talboom-Kamp, E. et al. (2015). A national program to support self-management for patients with a chronic condition in primary care: A social return on investment analysis. *Clinical eHealth*, 4, 45–49.
- Thomas, E. et al. (2017). Collective self-determination: how the agent of help promotes pride, well-being, and support for intergroup helping. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5, 662–667.
- Trojan, A. (2016). Kooperation von Selbsthilfegruppen mit Einrichtungen des Gesundheitswesens: Die Ergebnisse der SHILD-Studie im Kontext von Praxis und Forschung. In C. Kofahl et al. (Hrsg.), *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland* (S. 277–305). Berlin: LIT.
- Trojan, A. et al. (2009). Integration von Selbsthilfefzusammenschlüssen in das Qualitätsmanagement im ambulanten und stationären Versorgungsbereich. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 52, 47–54.
- Trojan, A. et al. (2017). Patient-centered medicine and self-help groups in Germany: Self-help friendliness as an approach for patient involvement in healthcare institutions. In O. Sayligli (Ed.), *Patient centered medicine. Intech Open Science*, 97–118. <https://www.intechopen.com/chapters/52869> – abgerufen am 09.01.2024.
- Willis, E. et al. (2018). Quantifying the benefits of peer support for people with dementia: A Social Return on Investment (SROI) study. *Dementia*, 17(3), 266–278.



Prof. Dr. Frederic Fredersdorf

Examiniertes Sport- und Geschichtslehrer, promovierter Soziologe und habilitierter Erziehungswissenschaftler. Christian-Doppler-Forschungsgesellschaft (AT), Initiative Nationales Netzwerk Selbsthilfe (AT) und Heidelberger Gesprächsgesellschaft (D). Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Bildungsmanagement, -controlling, Gesundheit, Suchthilfe, Sozialkapital. fredericfredersdorf@gmail.com

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 persönlichen 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 Enthaltensamkeitserklärung. 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

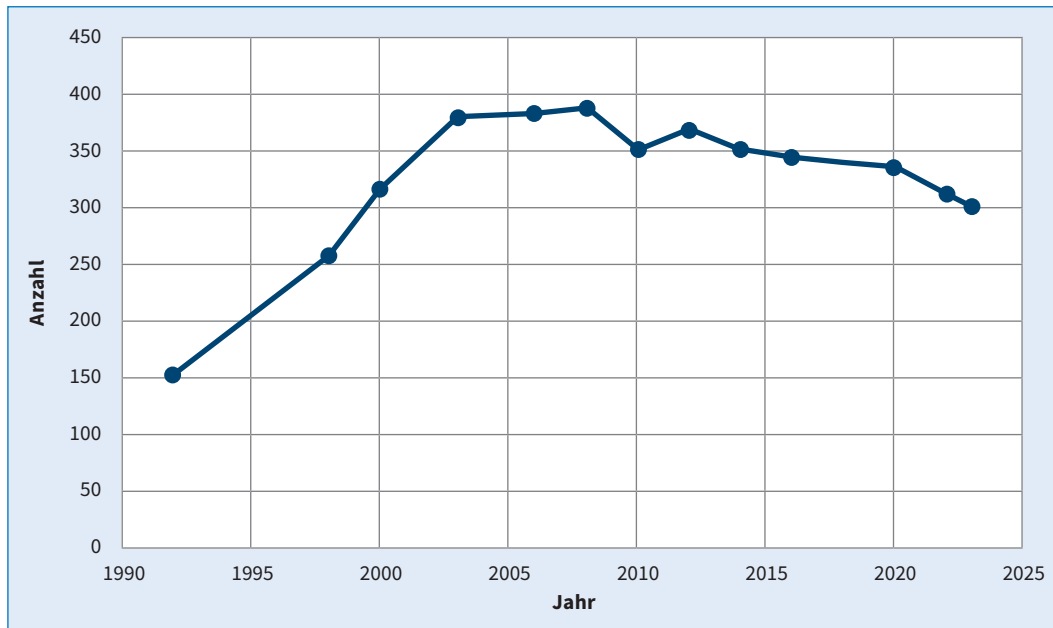


Abbildung 1

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.

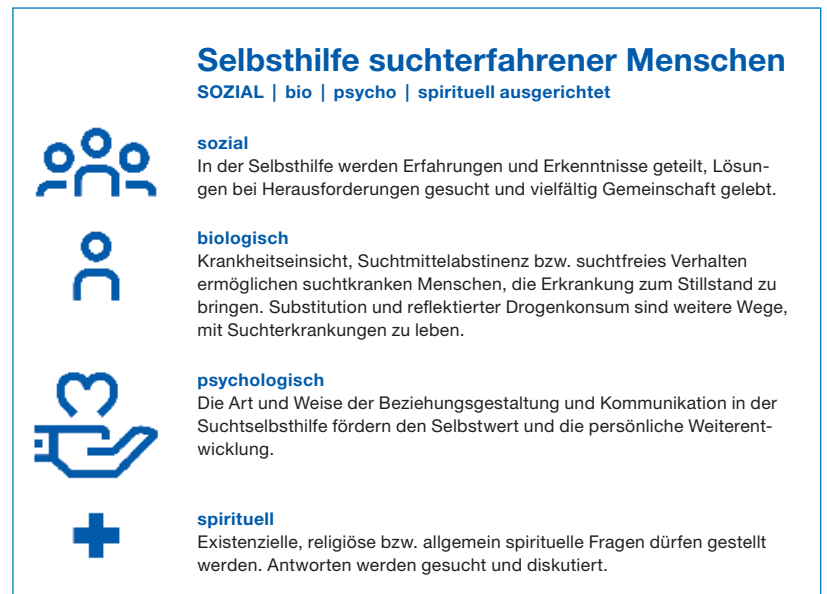


Abbildung 3

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)

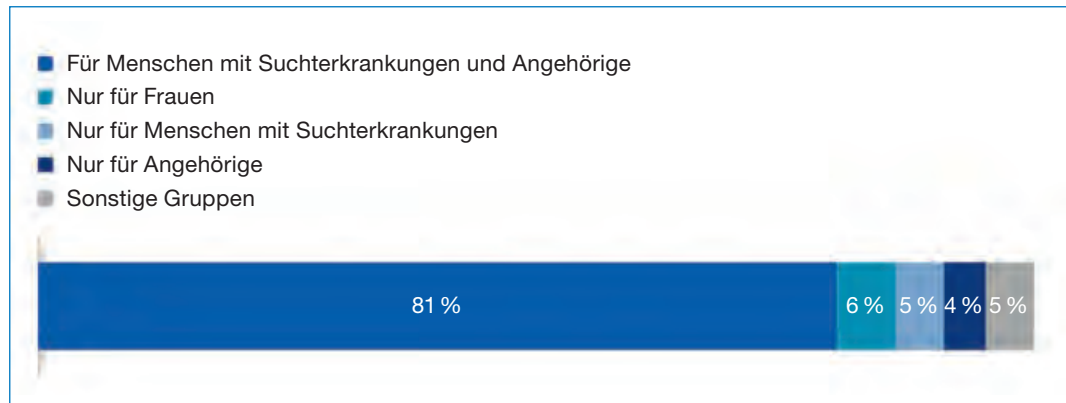
Ein weiteres Beispiel ist das Programm zum „Kontrollierten Trinken“, das Trinkmengenreduktion anbietet und sich an alle wendet, die die Höhe ihres Alkoholkonsums verändern wollen. Der Ansatz dieses Programms, zieloffen Menschen bei ihrem Bedürfnis nach Veränderung abzuholen und zu begleiten, stößt in der Selbsthilfe Deutschlands sowohl auf Gehör als auch auf Kritik. Die Erfahrung, dass suchtmittelkonsumierende Menschen sich beim Erstbesuch von abstinentorientierten 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

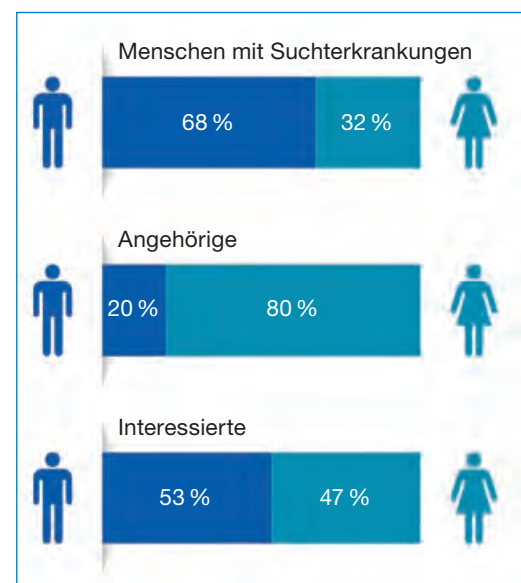


Abbildung 5

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-

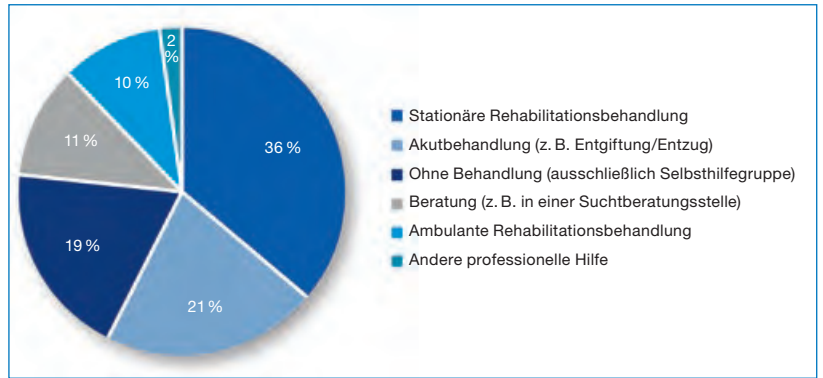


Abbildung 6

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.

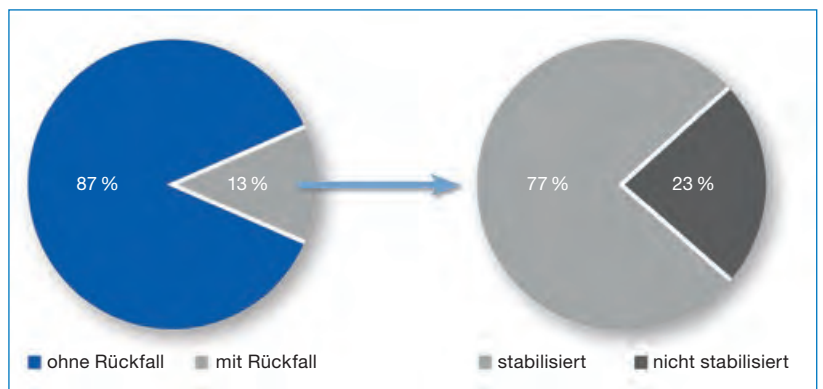
Zehn Prozent der Suchtkranken geben an, vor dem Gruppenbesuch ambulant behandelt worden zu sein. Diese Zahl ist – nach einer Erhöhung in 2010 – wieder deutlich gesunken. Bei der letzten Befragung 2010 lag die Quote noch bei 18 Prozent. Schließlich geben elf Prozent an, nicht therapiert, jedoch beraten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



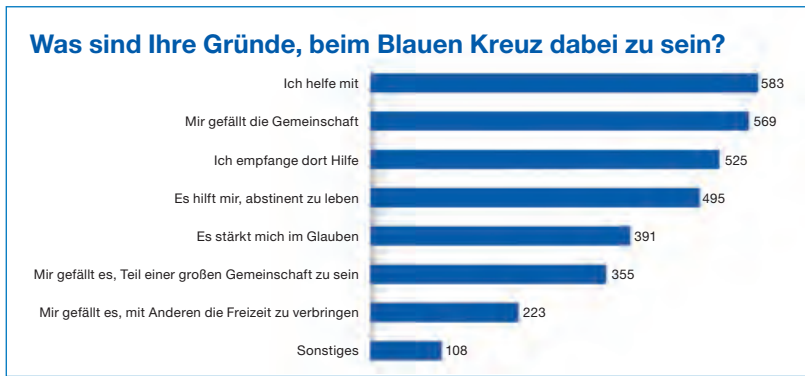


Abbildung 8

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 suchtkonditionierten 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/lotsennetzwerkervorschau8.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

Entwicklung, Stand und Perspektive der Suchtselbsthilfe in Deutschland

Burkhard Kastenbutt

Zusammenfassung

Suchtselbsthilfegruppen sind ein bedeutender Innovations- und Inklusionsmotor innerhalb einer weitgehend individualisierten Gesellschaft und ein Gegenpol zur zunehmenden Digitalisierung menschlicher Beziehungen. Sie stärken nicht nur die Selbstwirksamkeit ihrer Gruppenmitglieder, sondern auch deren Selbstwertgefühle und leisten damit einen wichtigen Beitrag für ein suchtmittelfreies Leben. Zwar ist die Suchtselbsthilfe in Deutschland durch eine beträchtliche thematische und organisatorische Vielfalt gut aufgestellt, sieht sich aber im Rahmen des demografischen Wandels mit einem Verlust an Mitgliedern konfrontiert. Vor allem die Corona-Pandemie hat den Verbänden und Gruppen wie in einem Brennglas gezeigt, mit welchen strukturellen Veränderungen sie sich heute und in naher Zukunft auseinandersetzen müssen. Dazu gehört vor allem der Mangel an Nachwuchs, was sich explizit auf die jüngere und mittlere Generation der Suchtkranken und deren Angehörige bezieht.

Schlüsselwörter: Helfergemeinschaft, Abstinenz, Selbstwirksamkeit, Resilienz, Ich-Stabilisation

Abstract

Addiction self-help groups are an important driver of innovation and inclusion within a largely individualized society and a counterbalance to the increasing digitalization of human relationships. They not only strengthen the self-efficacy of their group members, but also their feelings of self-worth and thus make an important contribution to a life free of addiction. Although addiction self-help in Germany is well positioned thanks to its considerable thematic and organizational diversity, it is facing a loss of members as a result of demographic change. The coronavirus pandemic in particular has shown associations and groups, as if through a magnifying glass, the structural changes they have to deal with today and in the near future. This includes, above all, the lack of new members, which explicitly refers to the younger and middle generation of addicts and their relatives.

Keywords: support community, abstinence, self-efficacy, resilience, ego-stabilization

Von der Abstinenzbewegung zur Suchtselbsthilfe

Die heutige Suchtselbsthilfe, wie sie in diesem Beitrag dargestellt wird, hat mit der Abstinenz- und Mäßigkeitsbewegung, die sich in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Deutschland formierte und der Sittlichkeitsbewegung nahestand, wenig gemein, galt deren Kampf doch der in der damaligen Zeit grassierenden „Branntweinpest“ (vgl. Heggen, 1988; Spode, 1993). In dem weit verbreiteten Konsum dieses „Schnapses der Armen“ sah man eine Gefahr überdimensionierten Ausmaßes, denn er galt

als Quelle jeglichen Übels: „von der sozialen Desintegration und Verwahrlosung, der Kriminalität, den Geisteskrankheiten bis hin zum Verfall der Familie, von Sitte und Moral, von staatlicher und kirchlicher Autorität“ (Henkel, 1998, S. 16). Die Mehrheit der Mediziner betrachtete ein solches Trinkverhalten als Haltlosigkeit, Willensschwäche und Lasterhaftigkeit, aber eben nicht als Folge der materiellen und sozialen Not unterer Sozialschichten (vgl. Renggli & Tanner, 1994; Kastenbutt, 2016). Fakt ist, dass die prekären gesellschaftlichen Zustände zum Alkoholkonsum beitrugen, zu denen die Massenarmut und die damit einhergehende

Verelendung breiter Teile der Gesellschaft gehörten (vgl. Vogt, 1982; Tappe, 2004; Legnaro, 2016).

Dabei wurde der Begriff des „Alkoholismus“ bereits Mitte des 19. Jahrhunderts von dem schwedischen Arzt Magnus Huss in die Medizin eingeführt, der zwischen einer akuten Alkoholkrankheit, einer Alkoholvergiftung und einem chronischen Alkoholismus unterschied (vgl. Kastenbutt, 2019, S. 120). Seine Erkenntnisse wurden von der Temperenzbewegung und der Medizin jedoch größtenteils ignoriert, wobei man erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts damit begann, zwischen unterschiedlichen Formen des Alkoholismus zu unterscheiden (vgl. Feuerlein, 1975; Lesch & Walter 2020). Dennoch setzte sich der Kampf der Temperenzbewegung gegen die Trunksucht noch bis in die ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts fort (vgl. Hölzer, 1988; Spode, 2018).

Erst die Neudefinition des Gesundheitsbegriffs durch die WHO führte ab 1946 zu einem Umdenken in der Medizin, wobei man den Alkoholismus nicht mehr generell als moralischen Mangel bewertete (vgl. Wendt, 2013, 344 f.). Ergänzend dazu konnte Elvin Morton Jellinek Anfang der 1950er Jahre im Rahmen seiner Tätigkeit für die WHO und der Kooperation mit den Anonymen Alkoholikern zeigen, dass es sich beim Alkoholismus um eine Krankheit handelt (vgl. Jellinek 1960). 1952 wurde der Alkoholismus dann offiziell als Krankheit durch die WHO anerkannt, auch wenn es damit in Deutschland durch das Bundessozialgericht noch bis 1968 dauern sollte.

Die offizielle Zuschreibung als Krankheit führte zu einem Umdenken in der Gesellschaft und zu einer schrittweisen Umgestaltung der Abstinenz- in Suchtselbsthilfeverbände. Eine nicht unwesentliche Rolle spielten dabei ab den 1970er-Jahren die neuen sozialen Bewegungen (wie z. B. die Gesundheits-, Frauen-, Friedens- und Ökologiebewegung), die im Gefolge der Außerparlamentarischen Opposition auf breiter gesellschaftlicher Ebene in Erscheinung traten (vgl. Klein et al., 1998; Rucht et al., 1998). Die Gesundheitsbewegung wurde zu einer zentralen Antriebskraft der Selbsthilfebewegung, denn sie setzte sich für ein Gesundheitsmodell ein, das die ganzheitlichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit berücksichtige und den Menschen ins Zentrum der Betrachtung stellte (vgl. Kastenbutt & Westen 2004). Dabei ging es vor allem um die Suche nach neuen Wegen im Gesundheitswesen und um eine bessere gemeindenahere Gesundheitsversorgung (vgl. Müller-Busch, 1991). Viele der damaligen Suchtselbsthilfeverbände griffen diesen Aspekt auf und forderten eine Teilhabe, Mitentscheidung

und Mitgestaltung im Gesundheitswesen (vgl. Ruckstuhl, 2011, S. 66).

Auf die Notwendigkeit eines umfassenderen Ausbaus der Selbsthilfe machten auch Publikationen der Gruppenpsychologie aufmerksam, die für eine innovative Infrastrukturentwicklung im Gesundheitsbereich eintraten (vgl. Möller, 1978; Troschke, 1986). Die Veröffentlichungen zeigten praktische Wirkung, so dass bereits 1977 in Gießen die erste Selbsthilfekontaktstelle in der Bundesrepublik entstand, die gezielt Unterstützung für Selbsthilfegruppen leistete und bei der Suche nach geeigneten Räumlichkeiten half. In den Folgejahren kam es zu weiteren Gründungen solcher Einrichtungen in Großstädten wie Frankfurt am Main, Hamburg und Berlin, später auch in anderen Städten der Bundesrepublik (vgl. Braun, 1994; Kastenbutt, 2003). Durch die Entstehung und den Ausbau dieser bis heute existierenden Einrichtungen konnte eine Zunahme von Suchtselbsthilfegruppen und Beteiligungszahlen in der damaligen Bundesrepublik verzeichnet werden (vgl. DAG SHG, 2012).

Eine weitere Bedeutung kommt der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO zu, die ab Mitte der 1980er Jahre zu einem wichtigen Leitdokument der Gesundheits- und Selbsthilfebewegung wurde, da sie für eine umfassende Verhaltens- und Verhältnisprävention eintrat (vgl. Braun et al., 1997; Rosenbrock, 1998).

Im Kontext der damaligen Entwicklungen im Gesundheitswesen vollzog die Suchtselbsthilfe einen sukzessiven Wandel, auch wenn sie sich noch bis in die 1970er Jahre als Abstinenzbewegung verstand, mit dem Typus der alten Temperenzbewegung aber nicht mehr zu vergleichen war. Im Zentrum ihrer Arbeit stand nun ein selbstbestimmter Austausch der Mitglieder, die ihre Erfahrungen und Kompetenzen auf Augenhöhe in den Gruppenprozess einbringen konnten (vgl. Kastenbutt, 2003)

Der Wandel zu einer Selbsthilfegemeinschaft lässt sich besonders gut am Beispiel der Verbände des Kreuzbunds, der Freundeskreise, der Guttempler und des Blauen Kreuzes erläutern. Aus dem Selbstverständnis ihrer Arbeit erwuchs zugleich ihr gesundheits- und gesellschaftspolitischer Auftrag. Dies meint, dass im Bereich der Gesundheitspolitik als auch in der Sozialpolitik seit dieser Zeit die Interessen der Mitglieder vertreten, präventive Maßnahmen gefordert und gefördert, suchtpolitische Initiativen ergriffen und Aufklärungsarbeit geleistet werden (vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, 2019; Kreuzbund, o.J.). Den Suchtselbsthilfeverbänden geht es jedoch nicht nur um den Umgang mit der eigenen Abhängigkeit und um

die Hilfestellung für ein abstinentes und zufriedenes Leben, sondern auch um die Auseinandersetzung mit jenen Lebensumständen, die sich aufgrund der Suchterkrankung ergeben (vgl. Klement, 1990).

Die Zeit von den 1980er Jahren bis zum Anfang des Millenniums kann als eine Hochphase der Entwicklung der Suchtselbsthilfe in der Bundesrepublik Deutschland verstanden werden, da die Anzahl der Gruppen ständig zunahm (vgl. Kastenbutt & Müller, 2016). Ein wenig anders stellte sich diese Entwicklung dagegen im Osten Deutschlands dar.

In der DDR gab es einen Suchtgefährdetendienst, der 1956 in Brandenburg gegründet wurde und dessen Arbeitsweisen und Angebote denen der Evangelischen Arbeitsgemeinschaft gegen die Suchtgefahren (AGAS) entsprachen. In den 1970er Jahren kam es zur Gründung mehrerer therapeutischer Gruppen und Klubs für Abhängige, die unter Aufsicht des staatlichen Gesundheitswesens standen, auch wenn es sich dabei um freiwillige Zusammenschlüsse von Suchtkranken unter Einbeziehung von Angehörigen handelte. Anfang der 1980er Jahre existierten in der DDR bereits 250 solcher Gruppen. Nach der Wiedervereinigung beider deutscher Staaten gliederte sich die AGAS dem Blauen Kreuz in Deutschland an, während sich andere Gruppen später den Freundeskreisen anschlossen oder als freie Gruppen selbstständig agierten (vgl. Muskulus, 1990; Kasischke, 2013). Heute sind fast alle großen Suchtselbsthilfverbände im Osten Deutschland vertreten, darunter u. a. der Kreuzbund, die Guttempler und einige Gruppen unter dem Dach der Arbeiterwohlfahrt und des Deutschen Roten Kreuzes.

Suchtselbsthilfe als Innovations- und Inklusionsmotor

Die Arbeit der heutigen Suchtselbsthilfgruppen zielt auf eine Veränderung persönlicher Lebensumstände, bei der es häufig zu einem Hineinwirken in das soziale Umfeld der Gruppenmitglieder kommt. Im Schwerpunkt der Arbeit geht es vor allem um Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsame Gespräche und gegenseitige Hilfe. Die Gruppe stellt somit ein wichtiges Mittel dar, um die soziale und gesellschaftliche sowie persönliche und seelische Isolation der Gruppenmitglieder aufzuheben (vgl. DAG SHG, 1987).

Die Keimzellen des Engagements von Suchtselbsthilfgruppen lassen sich auf die eigene Betroffenheit, das eigene Leid, die Erfahrung von Gleichheit und Solidarität sowie die

gegenseitige Unterstützung zurückführen. Besonders in den letzten zwei Jahrzehnten wurde die Gruppenarbeit immer mehr zu einem bedeutenden Innovations- und Inklusionsmotor innerhalb einer weitgehend individualisierten Gesellschaft und ein wichtiger Gegenpol zur zunehmenden Digitalisierung menschlicher Beziehungen. Daher wundert es nicht, dass ein Großteil der Mitglieder ihrer Gruppe einen wichtigen Stellenwert im Rahmen ihres abstinenten Lebens zuschreibt (vgl. Kastenbutt & Müller, 2016, 2022).

Die besondere Stärke, die die Arbeit der Suchtselbsthilfe auszeichnet, lässt sich jedoch schlecht auf einen gemeinsamen Nenner bringen. Es handelt sich vielmehr um einen breiten Kanon von persönlichen und emotionalen Kompetenzen, von Wertvorstellungen, von Menschenbildern, von Fachwissen, aber auch von Zugehörigkeitsgefühlen und Lebenserfahrungen, die durch den Gruppenbesuch vermittelt werden (Meggeneder, 2011). Offenheit und die Fähigkeit zum konstruktiven Dialog sind in diesem Zusammenhang bedeutende Prinzipien, die die gesellschaftliche Relevanz der Suchtselbsthilfe in einem besonderen Maße auszeichnen. Die Arbeit der Gruppen geht aber weit über die wöchentlichen Treffen hinaus, denn auch der Teilnahme an Bildungsveranstaltungen kommt eine wichtige Funktion in Bezug auf die Gestaltung des abstinenten Lebens zu.

Bildungsarbeit als ergänzendes Element

Die Bildungsarbeit stellt ein ergänzendes Element der Arbeit vieler Suchtselbsthilfverbände und -gruppen in Deutschland dar. Eine Vorreiterrolle nahm dabei seit Anfang der 1980er-Jahre die Ländliche Erwachsenenbildung in Niedersachsen e.V. ein, die bis heute eine der führenden Institutionen auf diesem Gebiet ist (vgl. Vartmann, 1986; Kastenbutt & Vartmann, 2011). Weitere Bildungseinrichtungen zogen in den Folgejahren in anderen Bundesländern nach (vgl. Borgetto & Dick, 2002).

In oft enger Kooperation mit den Einrichtungen der Erwachsenenbildung werden Tages- und Wochenendseminare sowie Bildungsurlaube zu unterschiedlichen Themen durchgeführt. Diese spannen sich thematisch von den Ursachen der Sucht, über Fragen des Umgangs mit Rückfällen bis hin zu den Wegen einer zufriedenen Abstinenz und den Möglichkeiten der psychosozialen Stabilisation (vgl. Kastenbutt & Müller, 2016).

Die Bildungsarbeit stellt somit ein hilfreiches Instrument parallel zur Gruppenarbeit

dar, da sie auf den Alltag der Teilnehmenden ausgerichtet ist, bei der die Lebensbewältigung im Vordergrund steht. Ein besonderes Interesse gilt dem Aufgreifen von Prozessen, die zur individuellen Stabilisierung und Konfliktfähigkeit sowie zur Gewinnung psychosozialer Ressourcen beitragen. Betroffene und angehörige Partnerinnen und Partner werden im Rahmen der Gruppenteilnahme motiviert, ihr Leben aktiv zu gestalten, um mit Belastungen und Problemen zielgerichteter umzugehen (vgl. Vartmann, 1986). Eine solche Form der Bildungsarbeit zeichnet sich durch ein partizipatives Miteinander aus, bei dem die zu behandelnden Themen im Vorfeld der Seminare mit den Gruppenverantwortlichen festgelegt und die Teilnehmenden aktiv in den Bildungsprozess einbezogen werden (vgl. Kastenbutt & Vartmann, 2011; Kofahl et al., 2019).

Durchgesetzt hat sich vielfach ein Ansatz der Bildungsarbeit, bei dem das soziale Lernen auf Ebene der Selbsterfahrung im Vordergrund steht. Gerade dadurch erhalten die Teilnehmenden wichtige Anregungen und Impulse zur Stärkung ihrer Handlungskompetenzen und ihrer Selbstwirksamkeit. Sicherlich wird im Rahmen von Bildungsprozessen auch über die Ursachen und Folgen der Sucht gesprochen, im Vordergrund steht aber mehr die Gewinnung sozialer und psychischer Ressourcen zur Stärkung des abstinenten Lebens und der Resilienz.

Die Seminararbeit findet zum überwiegenden Teil in analoger und weniger in digitaler oder hybrider Form statt, bei der der gemeinsame Austausch, das Erleben von Gemeinschaft und des einzelnen Menschen im Zentrum des Geschehens stehen. Direkte Kontakte ermöglichen eine dreidimensionale Form der Kommunikation und sind im Gegensatz zu digitalen Formaten der Bildungsarbeit näher am Menschen, wenn es um die Nachhaltigkeit des Gelernten und die damit verbundenen Eindrücke und Gefühle sowie den Transfer in den Lebensalltag geht. Digitale oder hybride Bildungsformate werden dagegen eher im Rahmen der Weiterbildung von Gruppenverantwortlichen oder für technisch-organisatorische Absprachen genutzt (vgl. Kastenbutt & Müller, 2022).

Hilfe zur Selbsthilfe im Spiegel von Selbstwirksamkeit und Ich-Stabilisation

Hilfe zur Selbsthilfe funktioniert vor allem auf der Basis von Prozessen der Perspektivenübernahme, wobei sich das Ich des Einzelnen in kommunikativer Auseinandersetzung mit anderen Gruppenmitgliedern von sich distan-

zieren, sich zugleich aber auch selbst betrachten kann. Die Gruppenmitglieder erleben sich als Individuen in ihrer Körperlichkeit und Biographie. Indem sie sprechen, sprechen sie nicht nur zu den anderen Gruppenmitgliedern, sondern auch zu sich selbst. Dies wiederum bringt einen reflexiven Prozess in Gang, der zur Stabilisierung des Ichs und des Selbstwertgefühls beiträgt (vgl. Kastenbutt & Müller, 2016). Es ist vor allem die Lebenssituation (Suchtkrankheit, Abstinenz), die ein wichtiges Element der Verbindung unter den Gruppenmitgliedern darstellt. Durch das offene Miteinander wird ein positiver psychosozialer Spannungsbogen geschlagen, der es erlaubt, sich in die Rolle der einzelnen Gruppenmitglieder hineinzusetzen. Sie begreifen sich dadurch als Teil eines sozialen und allgemeinen Erwartungshorizonts, in dem sie eine spezifische Rolle einnehmen. Um aber die kommunikativen Botschaften zu verstehen und diese auf sich selbst zu beziehen, bedarf es einer Verbindung der eigenen Handlungen und Handlungsimpulse mit den Reaktionen der Gruppe, „d. h., man muss sich zugleich als handelndes Individuum wie auch als Teil eines sozialen Zusammenhangs erfahren können“ (Jörissen & Zirfass, 2010, S. 93). Und gerade dies fördert aktive Eigenleistungen und Gestaltungsmöglichkeiten im Kontext der Arbeit an der eigenen Persönlichkeit. Zudem bewirkt die soziale Inklusion, dass sich Betroffene und Angehörige in ihrem Alltag weniger sozial isoliert fühlen, denn viele von ihnen betrachten ihre Gruppe als einen bedeutenden sozialen Anker in ihrem Leben, der in seiner Funktion weit über die regelmäßigen Gruppentreffen hinausgeht (vgl. Haller & Gräser, 2012; Kastenbutt & Müller, 2018).

Suchtselbsthilfe und abstinentes Leben

Selbsthilfegruppen leisten unverkennbar einen wichtigen Beitrag im Rahmen der Suchtnachsorge. Dies lässt sich auch anhand unterschiedlicher Untersuchungen belegen, die zeigen, dass ein Fünftel der betroffenen Mitglieder keinerlei professionelle therapeutische Hilfe in Anspruch nimmt, sondern den Entschluss zur Abstinenz durch die Teilnahme und Mitarbeit in einer Suchtselbsthilfegruppe entwickelt. Für die Arbeit der Suchtselbsthilfe spricht des Weiteren, dass 70 Prozent der betroffenen Gruppenmitglieder seit ihrer Kapitulation vor dem Suchtmittel abstinent leben. Im Durchschnitt leben sie über zehn Jahre abstinent. Dabei ist jedoch anzumerken, dass es sich hier um einen Mittelwert handelt, der nicht sehr aussagekräftig ist, da Zeiten der Abstinenz zum Teil stark

differieren (vgl. DHS, 2017; Kastenbutt & Müller, 2022).

Ein überaus großer Teil der Gruppenmitglieder macht deutlich, dass sie ihr abstinentes Leben genießen können und durch den Verzicht auf Alkohol (oder ein anderes Suchtmittel) freier leben. Zudem merken sie an, dass sie selbstbewusster geworden sind und wieder Verantwortung für sich und ihr Leben übernommen haben. Auch können sie offener kommunizieren und sind darüber hinaus konfliktfähiger geworden. Allzu große Unterschiede bezüglich der Aussagen beider Geschlechter lassen sich zu diesem Thema nicht finden. Die weiblichen Betroffenen betonen, dass es für sie wichtig sei, offen über ihre Suchtgeschichte zu reden, da sie ihre Abhängigkeit anders erlebt haben als die der betroffenen männlichen Gruppenmitglieder. Ein bedeutender Grund dafür ist, dass gerade alkoholabhängige Frauen eine Vielzahl von Tabus ‚verletzen‘, die in der Gesellschaft immer noch als ungeschriebene Gesetze gelten. Dies hat bei ihnen dazu beigetragen, heimlich und im Verborgenen Alkohol oder andere psychoaktive Substanzen zu konsumieren, um in der Öffentlichkeit nicht aufzufallen, was vielfach zur sozialen Isolation im Lebensalltag beigetragen hat (vgl. Franke, 2005; Kastenbutt, 2018). Die betroffenen Männer möchten sich in der Abstinenz hingegen stärker mit der Lösung von Belastungen und Problemen auseinandersetzen, um im Alltag gelassener und ausgeglichener zu werden (vgl. Kastenbutt & Müller, 2016). Darüber hinaus äußern sie, dass sie durch den Gruppenbesuch mehr Anerkennung im sozialen Umfeld erfahren haben. Auch das Zusammenleben in Partnerschaft, Ehe und Familie hat sich für die meisten von ihnen verbessert. Beide Geschlechter bringen einmütig zum Ausdruck, dass sie sich durch den Gruppenbesuch seelisch ausgeglichener fühlen. Und nicht nur das, denn sie fühlen sich auch körperlich wohler und haben in der Abstinenz an psychischer Stärke gewonnen, so dass ihr Leben wieder mehr Sinn bekommen hat (vgl. Kastenbutt & Müller, 2018; LSSH, 2021).

Der kontinuierliche Besuch einer Selbsthilfegruppe zeigt, dass nicht nur die Selbstwirksamkeit der Gruppenmitglieder, sondern auch deren Selbstwertgefühle gestärkt werden. Untersuchungen zu diesem Thema machen deutlich, dass es bei Betroffenen und Angehörigen zu einer verbesserten Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit und zur Stärkung ihres Coping-Verhaltens im Sinne der konstruktiven Lösung von Problemen kommt. Dazu trägt auch die Fähigkeit bei, Zusammenhänge des Lebens besser zu verstehen sowie die Überzeugung, das eigene Leben wieder aktiv gestalten

zu können (vgl. Kastenbutt & Müller, 2016). Gefühle von Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit spielen hierbei eine zentrale Rolle, was wiederum Einfluss auf die Stärkung der Resilienz und Psychohygiene nimmt (vgl. dazu u. a. Klingemann, 2017). Ein weiterer Aspekt ist die systemische Regulation, die auf den Einfluss individueller Handlungskompetenzen auf das familiäre, soziale oder berufliche Umfeld und das persönliche Wohlbefinden abzielt (vgl. Grossarth-Maticke, 2003; Kastenbutt & Müller, 2022).

Problemstellungen der Suchtselbsthilfe

Die Suchtselbsthilfe in Deutschland ist durch eine beträchtliche thematische und organisatorische Vielfalt gut aufgestellt. Jedoch ist es in den letzten zwei Jahrzehnten durch den fortschreitenden demografischen Wandel zu einem Verlust an Mitgliedern gekommen, wobei sich einige Gruppen aufgrund des Mangels an Teilnehmenden aufgelöst haben.

Beispielsweise hatte der Kreuzbund zu Beginn des Millenniums noch ca. 22 000 Mitglieder, nach aktueller Auskunft seiner Bundesgeschäftsstelle in Hamm/Nordrhein-Westfalen nur noch 10 000. Ähnliche Prozesse des Abschmelzens der Mitgliederzahlen lassen sich auch in anderen deutschen Suchtselbsthilfverbänden beobachten (vgl. u. a. Kirche und Leben, 2018; Fronhöfer, 2022; Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2023).

Sicherlich spielt auch die Corona-Pandemie eine Rolle, wenn es um den Rückgang der Mitgliederzahlen geht. Eine im Bundesland Niedersachsen durchgeführte Untersuchung des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISG) aus dem Jahr 2022 zeigt, dass ein großer Teil der Suchtselbsthilfverbände die Corona-Pandemie als eine starke Herausforderung erlebt und nach Wegen gesucht hat, um den kommunikativen Austausch ihrer Mitglieder in dieser Zeit weitestgehend aufrechtzuerhalten, was u. a. durch Video- und Telefonkonferenzen, hybride Formen der Gruppenarbeit oder Treffen im kleinen Kreis stattfand. Der Ausfall von gewohnten Treffen und Seminaren und der Verlust von Mitgliedern sind aber nur einige der Probleme, mit denen sich die Suchtselbsthilfe heute und in naher Zukunft konfrontiert sieht. Dabei hat die Corona-Pandemie den Verbänden und Gruppen wie in einem Brennglas gezeigt, mit welchen strukturellen Veränderungen sie sich in ihrer Arbeit auseinandersetzen müssen (vgl. Kastenbutt & Müller, 2022).

Im Rahmen der erwähnten Untersuchung des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung wurde vor allem deutlich, dass über

40 Prozent der Verbände und Gruppen im vorherrschenden Generationswechsel eine Gefährdung ihrer Arbeit sehen. Mit Blick auf die Zukunft sind es sogar weit über 50 Prozent, die sich damit konfrontiert sehen und anmerken, dass ihre Arbeit immer mehr auf den Schultern der älteren Generation lastet. Ein Blick auf die Altersstruktur macht deutlich, dass in den befragten Suchtselbsthilfegruppen die 55- bis 60-Jährigen (30%), gefolgt von den 65- bis 74-Jährigen (29%) dominieren, wobei ca. zwölf Prozent sogar älter als 74 Jahre sind. Die 45- bis 55-Jährigen sind mit knapp 17 Prozent vertreten, die 35- bis 44-Jährigen mit ca. sechs Prozent und die 25- bis 34-Jährigen mit drei Prozent. Mitglieder unter 25 Jahren stellen mit 1,5 Prozent eine absolute Minderheit dar (vgl. Kastenbutt & Müller, 2022).

Über 70 Prozent der befragten Gruppen bringen zum Ausdruck, dass es ihnen an jungen Mitgliedern mangelt. Und nicht nur das, denn auch die 35- bis 55-Jährigen sind mit insgesamt 23 Prozent nur rar vertreten, bilden sie doch ein wichtiges Potential, um die Arbeit der Suchtselbsthilfe in den nächsten Jahren weiter aufrechtzuerhalten.

Kaum vertreten sind die 25- bis 34-Jährigen, auch wenn Suchtprobleme unter jungen Erwachsenen in Deutschland relativ stark vertreten sind (vgl. Kastenbutt & Schmieder, 2019). Zwar bezieht sich die Studie des ISG nur auf die Verbände und Gruppen in Niedersachsen, dennoch lassen sich solche Entwicklungen auch in anderen Bundesländern beobachten (vgl. Fronhöfer, 2022; Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2023).

Für jüngere Betroffene haben sich die Gruppen in den letzten Jahren zu wenig geöffnet, was u. a. daran liegt, dass in der Suchtselbsthilfe das Thema „Alkohol“ dominiert, die junge Generation aber im Mainstream eher Probleme mit anderen psychoaktiven Substanzen (wie z. B. Cannabis, Kokain, synthetischen Drogen) hat, vielfach sogar mehrfachabhängig ist (vgl. Kastenbutt & Müller, 2019). Einige Verbände und Gruppen haben inzwischen erkannt, dass sie sich dringend für die jüngeren Betroffenen öffnen müssen, wollen sie auch in Zukunft weiterhin existent bleiben.

Die Gründe für das Ausbleiben der jungen Generation der Suchtkranken sind vielschichtig und deuten nicht allein auf deren Desinteresse hin. Ein relativ großer Teil von ihnen ist sogar bereit, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen. Nur wünschen sie sich, dass man ihnen Brücken baut, um den Übergang von der stationären oder ambulanten Therapie in die Suchtselbsthilfe so lückenlos wie möglich zu gestalten. Eine Chance zur besseren Integration

könnte darin bestehen, die Arbeit der Gruppen für Jüngere attraktiver zu machen, um deren Interessen und Belange gezielter aufzugreifen. Dabei wird es unumgänglich sein, sich intensiver mit der Lebenswelt der jungen Generation zu beschäftigen, denn allein durch spezielle Hilfsangebote wird man sie nicht erreichen (vgl. Breuer et al., 2006; Kastenbutt & Müller, 2022).

Ein weiteres Problem, mit dem die Gruppen und Verbände der Suchtselbsthilfe seit einigen Jahren konfrontiert werden, ist der Rückgang der Angehörigen von Suchtkranken. Machten sie vor gut 20 Jahren noch 30 Prozent der Teilnehmenden aus, waren es laut DHS im Jahr 2017 nur noch 19 Prozent. (vgl. DHS, 2017). Aktuell sind einige der Verbände ernsthaft darum bemüht, wieder mehr Angehörige für ihre Arbeit zu gewinnen, spielen sie doch eine nicht zu verkennende Rolle in der Suchtselbsthilfe, da sie die Suchtkrankheit ihres Partners oder ihrer Partnerin aus einem anderen Blickwinkel erlebt und darunter oft über einen längeren Zeitraum gelitten haben (vgl. Schmieder, 1992; Kostrzewa, 2022).

Perspektiven der Entwicklung der Suchtselbsthilfe

Die Suchtselbsthilfe in Deutschland befindet sich, wie gezeigt werden konnte, seit einigen Jahren sichtbar in einem Umbruch, der als tiefgreifender Prozess der Veränderung ihrer Gruppenstrukturen betrachtet werden kann. In ihrer Geschichte wurde die Suchtselbsthilfe aber immer wieder mit unterschiedlichen Problemstellungen konfrontiert, die sie stets als konstruktive Herausforderung aufgefasst hat, um weiterhin zeitgemäß und zielstrebig zu agieren (vgl. Kastenbutt & Müller, 2016).

Die Verbände und Gruppen werden jedoch nicht darum herumkommen, sich in den nächsten Jahren mit den vielschichtigen Auswirkungen des demografischen Wandels in Bezug auf ihre Arbeit zu beschäftigen. Dies bedeutet, dass eine Selbsthilfe mit allzu starrer Struktur kaum Zukunft haben wird, denn sie muss nach neuen Wegen suchen, um nicht nur für die jüngere, sondern auch für die mittlere Generation der Betroffenen und Angehörigen attraktiv zu sein.

In der bereits vorwirkenden Umbruchphase gestaltet sich die Arbeit der Suchtselbsthilfe daher ambivalent, denn einige Gruppen verzeichnen nach der Corona-Pandemie einen langsamen Zulauf an neuen Mitgliedern, andere klagen weiterhin über Mitgliederverluste und sind froh, wenn sie ihre wöchentlichen Treffen mit einer geringeren Anzahl von Teilnehmenden

den durchführen können (vgl. Kastenbutt & Müller, 2022).

Um auf Dauer mehr Mitglieder zu gewinnen, wird es darauf ankommen, enger mit lokalen und regionalen Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens zu kooperieren. Auch verlangt dies eine intensivere Zusammenarbeit mit Fachkliniken, so dass vor allem jüngere Suchtmittelabhängige während ihres stationären Aufenthalts gezielter auf die Arbeit der Suchtselbsthilfe aufmerksam gemacht werden. Auch die engere Zusammenarbeit mit Adaptionsstellen und Fachambulanzen sowie mit niedergelassenen Ärzten könnte für den Zugang an neuen Mitgliedern hilfreich sein.

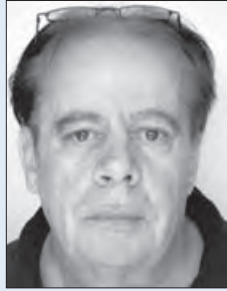
Benötigt wird vor allem ein funktionierendes Netzwerk an kooperierenden Institutionen, zu dem neben der Suchthilfe und den Selbsthilfekontaktstellen auch Bildungsinstitutionen und Krankenkassen gehören sollten. Es bleibt daher zu wünschen, dass die Suchtselbsthilfe in Deutschland die vielschichtigen Herausforderungen, mit denen sie konfrontiert wird, mit der Unterstützung ihrer Kooperationspartner lösen kann, erfüllt sie doch einen wichtigen Part im Rahmen der Suchtkrankennachsorge, wodurch sie zugleich das System der Suchthilfe und anderer professioneller Dienste unterstützt, ergänzt und entlastet.

Literatur

- Borgetto, B. & Dick, G. (2002). *Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Braun, J. et al. (1994). *Selbsthilfeförderung durch Länder, Kommunen und Krankenkassen: Förderpraxis in den neuen Bundesländern und Empfehlungen zur Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Braun, J. et al. (1997). *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Breuer, H. et al. (Hrsg.). (2006). *Brücken bauen. Junge Suchtkranke in der Selbsthilfe. Ein Projekt für die praktische Arbeit*. Wuppertal: Blaues Kreuz. https://www.blaues-kreuz.de/fileadmin/projekte-und-veranstaltungen/5_Verbaende/Blaues_Kreuz_handbuch_bruecken_bauen.pdf – abgerufen am 04.12.2023.
- DAG SHG. (1987). *Selbsthilfegruppen-Unterstützung. Ein Orientierungsrahmen*. Gießen: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen. <https://selbsthilfe-unterstuetzen.de/hintergrundwissen/arten-der-selbsthilfe/dag-shg-1987/> – abgerufen am 04.12.2023.
- DAG SHG. (2012). *Kleine Chronologie zur Entstehung und Entwicklung des Fachverbands für Selbsthilfeunterstützung und Selbsthilfeförderung in Deutschland. Broschüre der DAG SHG*. Gießen: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen.
- DHS. (2017). *Statistik 2017 der fünf Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/selbsthilfe/Erhebung_der_5_SSHV_2017.pdf – abgerufen am 04.10.2023.
- Feuerlein, W. (1975). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit, Entstehung, Folgen, Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Franke, A. (2005). Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit bei Frauen. In M. V. Sing & S. Teysen (Hrsg.), *Alkohol – und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie* (2. Aufl., S. 457–464). Berlin: Springer.
- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe (2019). *Selbsthilfe – wie geht das?* (Info-Flyer des Bundesverbands der Freundeskreise). Kassel. https://www.freundeskreise-sucht.de/fileadmin/freundeskreis/image/materialien/faltblaetter/pdf/Faltblatt_Selbsthilfe_wie_geht_das.pdf – abgerufen am 04.12.2023.
- Fronhöfer, D. (2022). *Suchtselbsthilfe – Erwartungen, Herausforderungen und Zukunftschancen*. Tagungsdokumentation der 27. Suchtselbsthilfetagung der Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin vom 15.05.2022. Berlin.
- Grossarth-Maticek, R. (2003). *Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit. Krankheitsfaktoren und soziale Gesundheitsressourcen im sozio-psychobiologischen System*. Berlin: De Gruyter.
- Haller, F. & Gräser, H. (2012). *Selbsthilfegruppen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Heggen, A. (1988). *Alkohol und bürgerliche Gesellschaft im 19. Jahrhundert. Eine Studie zur deutschen Sozialgeschichte*. Berlin: Colloquium.
- Henkel, D. (1998). „Die Trunksucht ist die Mutter der Armut“ – zum immer wieder fehlgedeuteten Zusammenhang von Alkohol und Armut in Deutschland vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart. In ders. (Hrsg.), *Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, illegale Drogen* (S. 13–79). Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. (2023). *Sechster Suchtbericht des Landes Hessen*. Wiesbaden.
- Hölzer, C. (1988). *Die Antialkoholbewegung in den deutschsprachigen Ländern (1860–1930)*. Frankfurt am Main: Lang.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism* (7th ed.). New Haven: Hillhouse.
- Kasischke, S. (2013). *Die Geschichte der AGAS: Evangelische Arbeitsgemeinschaft zur Abwehr der Suchtgefahren*. Lüdenscheid: Blaukreuz.

- Jörissen, B. & Zirfass, J. (2010). *Schlüsselwerke der Identitätsforschung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kastenbutt, B. (2003). *Lokale Infrastrukturen der Gesundheitsförderung* (Hrsg. vom Verbundprojekt Hochschulen für Gesundheit. Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen). Hochschule Magdeburg.
- Kastenbutt, B. (2016). Zwischen Rausch und Ernüchterung. Alkoholkonsum im frühen Arbeiterproletariat der industriellen Revolution. In B. Kastenbutt, A. Legnaro & A. Schmieder (Hrsg.), *Drogenkonsum im kulturellen Wandel* (Jahrbuch Suchtforschung, Bd. 11, S. 113–141) Berlin: LIT.
- Kastenbutt, B. (2018). *Sucht und Abstinenz im Spiegel von Geschlecht, Generation und Gesundheit: Arbeitsmaterialien für Suchtselbsthilfegruppen* (Hrsg. vom Landesverband der Freundeskreise Niedersachsen). Norderstedt: Books on Demand.
- Kastenbutt, B. (2019). Soziologie der Sucht und ihrer Geschichte. In R. Feustel, H. Schmidt-Semisch & U. Bröckling (Hrsg.), *Handbuch Drogen in kultur- und sozialwissenschaftlicher Perspektive* (S. 119–129). Wiesbaden: Springer.
- Kastenbutt, B. & Müller, H. W. (2016). *Alkoholabhängigkeit, Abstinenz und Suchtselbsthilfe. Analysen, Perspektiven, Handlungsempfehlungen*. Norderstedt: Books on Demand.
- Kastenbutt, B. & Müller, H. W. (2018). *Suchtselbsthilfe im Wandel: Zwischen alten und neuen Formen der Abhängigkeit*. Norderstedt: Books on Demand.
- Kastenbutt, B. & Müller, H. W. (2019). *Junge Mehrfachabhängige und Suchtselbsthilfe. Eine Studie zu Herausforderungen für Selbsthilfegruppen und Verbände*. Norderstedt: Books on Demand.
- Kastenbutt, B. & Müller, H. W. (2022). *Suchtselbsthilfe in der Corona-Pandemie*. Norderstedt: Books on Demand.
- Kastenbutt, B. & Schmieder, A. (2019). Jugendsozialisation: Eine Problemskizze zum Hintergrund des Mehrfachkonsums von Drogen im Jugendalter. In B. Kastenbutt & H. W. Müller (Hrsg.), *Junge Mehrfachabhängige und Suchtselbsthilfe* (S. 49–69). Norderstedt: Books on Demand.
- Kastenbutt, B. & Vartmann, E. (2011). Persönlichkeits- und Gesundheitsbildung im Wandel. Zwischen Hilfe zur Selbsthilfe, Ressourcenerwerb und eigenverantwortlichem Handeln. In Ländliche Erwachsenenbildung in Niedersachsen e.V. (Hrsg.), *60 Jahre LEB in Niedersachsen e.V.* (S. 51–58). Hannover.
- Kastenbutt, B. & Westen, H. (2004). *Geschichtliche und aktuelle Entwicklung der Gesundheitszentren in der Bundesrepublik Deutschland in ihrer Rolle als Beratungsinstitutionen, Selbsthilfekontaktstellen und Akteure kommunaler Gesundheitsförderung* (Schriftenreihe Gesundheitsforschung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales). Bonn.
- Kirche und Leben. (2018, 16. März). *Kreuzbund erreicht jüngere Suchtkranke immer schlechter*. Das Katholische Online-Magazin. <https://www.kirche-und-leben.de/artikel/kreuzbund-erreicht-juengere-suchtkranke-immer-schlechter> – abgerufen am 04.12.2023.
- Klein, A. et al. (1998). *Neue soziale Bewegungen: Impulse, Bilanzen und Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klement, H. (1990). *Das Blaue Kreuz in Deutschland: Mosaiksteine aus über 100 Jahren evangelischer Suchtkrankenhilfe*. Wuppertal: Blaukreuz.
- Klingemann, H. (2017). *Sucht: Selbstheilung ist möglich*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kofahl, C. et al. (Hrsg.). (2015). *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland* (Medizinsoziologie, Bd. 24). Münster: LIT.
- Kostrzewa, R. (2022). *Alkohol und Drogen in der Familie: Präventionswissen für Eltern und pädagogische Fachkräfte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kreuzbund. (o.J.). *Selbsthilfe im Kreuzbund. Erfolge und Leistungen*. <https://www.kreuzbund.de/de/erfolge-und-leistungen-suchtselbsthilfe.html> – abgerufen am 16.12.2023.
- Legnaro, A. (2016). Drogenkonsum und Verhaltenskontrolle in der Sozialgeschichte Europas. In B. Kastenbutt, A. Legnaro & A. Schmieder (Hrsg.), *Drogenkonsum im kulturellen Wandel* (Jahrbuch Suchtforschung, Bd. 11, S. 11–28). Berlin: LIT.
- Lesch, O. M. & Walter, H. (2020). *Alkohol und Tabak. Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit* (2. Aufl.). Berlin: Springer Nature.
- LSSH. (2021). *Wirksamkeit in der Suchtselbsthilfe. Finaler Ergebnisbericht der Projektjahre 2020/21*. Kronshagen: Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. https://lssh.de/wp-content/uploads/2021/12/01_Wirksamkeit-der-Suchtselbsthilfe_Ergebnisbericht.pdf – abgerufen am 16.12.2023.
- Meggeneder, O. (2011). *Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Möller, M. L. (1978). *Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Müller-Busch, C. (1991). Alternative Medizin. In Gesundheitsladen Berlin e.V. (Hrsg.), *10 Jahre Gesundheitsladen Berlin* (S. 41–47). Berlin.
- Muskulus, J. (1990). Zur Selbsthilfebewegung in der DDR. In Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Hrsg.), *Selbsthilfegruppen – Entwicklungen in der DDR* (Nakos-Extra, Bd. 8, S. 12–14). Berlin: NAKOS.

- Renggli, R. & Tanner, J. (1994). *Das Drogenproblem. Geschichte, Erfahrungen, Therapiekonzepte*. Berlin: Springer.
- Rosenbrock, R. (1998). *Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland: Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Rucht, D. et al. (1998). *Aufbruch in eine andere Gesellschaft: neue soziale Bewegungen in der Bundesrepublik*. Frankfurt am Main: Campus.
- Ruckstuhl, B. (2011). *Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health Perspektive*. Weinheim: Beltz.
- Schmieder, A. (1992). *Alkohol & Co: mitgefangen in der Sucht. Sich aus der Verstrickung lösen*. Stuttgart: Trias.
- Spode, H. (1993). *Die Macht der Trunkenheit. Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland*. Opladen: Leske + Budrich.
- Spode, H. (2018). Entwicklung und Struktur der Suchtprävention und -hilfe im 20. Jahrhundert. In B. Kastenbutt, A. Legnaro & A. Schmieder (Hrsg.), *Drogenkonsum zwischen Repression und Kontrolle* (Jahrbuch Suchforschung, Bd. 9, S. 93–105). Berlin: LIT.
- Tappe, H. (2004). Alkoholkonsum in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert. Entwicklung und Determinanten des Trinkverhaltens. In H. J. Teuteberg (Hrsg.), *Die Revolution am Esstisch. Neue Studien zur Nahrungskultur im 19./20. Jahrhundert* (S. 282–294). Stuttgart: Steiner.
- Troschke, J. von (1986). *Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland*. Freiburg i. Br.: Albert-Ludwigs-Universität.
- Vartmann, E. (1986). *Erwachsenenbildung in Selbsthilfegruppen Alkoholabhängiger im Rahmen der zielgruppenorientierten Arbeit der LEB* (Schriftenreihe der Ländlichen Erwachsenenbildung in Niedersachsen e.V., Heft 23, S. 102–112). Hannover.
- Vogt, I. (1982). Einige Fragen zum Alkoholkonsum der Arbeiter. Kommentar zu J. S. Roberts: Der Alkoholkonsum deutscher Arbeiter im 19. Jahrhundert. *Geschichte und Gesellschaft*, (8)1, 134–140.
- Wendt, C. (2013). Gesundheit und Gesundheitssystem. In S. Mau & N. Schöneck (Hrsg.), *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. (S. 344–361). Wiesbaden: Springer VS.



Dr. Burkhard Kastenbutt

Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISG)

Ickerweg 152

D-49088 Osnabrück

healtheducation@t-online.de

Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge (FH), Erziehungs- und Sozialwissenschaftler. Leiter des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISG) in Osnabrück. Dozent am Fachbereich Kultur- und Sozialwissenschaften der Universität Osnabrück. Zahlreiche Publikationen zum Thema Sucht und Suchtselbsthilfe in Büchern und Fachzeitschriften. Mitherausgeber des „Jahrbuchs Suchtforschung“ beim LIT-Verlag, Berlin. Letzte Veröffentlichungen: „Suchtselbsthilfe in der Corona-Pandemie. Auswirkungen, Folgen, Konsequenzen“, Norderstedt, 2022 (zusammen mit Heinz-Werner Müller), „Das tripolare Modell der Sucht im Fokus sozialwissenschaftlicher Forschung“, Beitrag Jahrbuch Suchtforschung, Bd. 11, Berlin, 2023.

Ritchy Pobaschnig
Mauerblümchen

















Professionelle Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe – zwei tragende Säulen im Hilfesystem: Welchen Mehrwert bietet eine gute Kooperation? Wie kann sie gelingen?

Daniela Ruf

Zusammenfassung

Sucht-Selbsthilfegruppen haben in Deutschland eine lange Tradition und stellen als Ergänzung zur professionellen Suchthilfe eine wichtige Säule im Hilfesystem dar. Beide Hilfeangebote sind sich ergänzende, eigenständige Angebote mit eigenen Handlungslogiken, Kompetenzen und Expertisen. Gemeinsam bieten sie eine Vielfalt an Hilfeangeboten für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Angehörige. Damit sie effektiv genutzt werden können, braucht es jedoch eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den beiden Hilfesystemen. Dennoch ist diese Zusammenarbeit meist kein Selbstläufer. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die Vorteile einer guten Zusammenarbeit zwischen professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe, aber auch über die Herausforderungen, die sich ergeben, wenn unterschiedliche Systeme mit jeweils eigenen Systemlogiken und Rahmenbedingungen aufeinandertreffen. Darüber hinaus stellt der Beitrag Faktoren zusammen, die zu einer gelingenden Zusammenarbeit zwischen Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen beitragen und wie man gemeinsam ins Handeln kommen kann. Am Ende des Beitrages werden Materialien vorgestellt, welche die Zusammenarbeit von professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe vor Ort wirksam unterstützen können.

Schlüsselwörter: Sucht, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Angehörige, Hilfesystem, Professionelle Suchthilfe, Sucht-Selbsthilfe, Selbsthilfegruppe, Rückfallprävention, Kooperation, Hauptamtliche, Ehrenamtliche, Expertenkompetenz, Betroffenenkompetenz

Abstract

Addiction self-help groups have a long tradition in Germany and, as a supplement to professional addiction help, represent an important pillar in the help system. Both help offers are complementary, independent offers with their own logic of action, skills and expertise. Together they offer a variety of help options for people with addictions and their relatives. However, in order for them to be used effectively, good networking and cooperation between the two help systems is required. Nonetheless good collaboration cannot be taken for granted. The following article provides an overview of the advantages of good cooperation between professional addiction help and addiction self-help, but also of the challenges that arise when different systems, each with their own system logic and frame conditions, come together. In addition, the article puts together factors that contribute to successful collaboration between full-time employees and volunteers and how they can get started together. At the end of the article, brochures are presented that can effectively support the cooperation between professional addiction help and addiction self-help.

Keywords: addiction, addicts, relatives, help system, professional addiction help, self help, self-help group, prevention of relapse, cooperation, full-time employees, volunteers, competence of expert, competence of person concerned

Einleitung

Professionelle Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe stellen in Deutschland zwei jeweils eigenständige tragende Säulen im Hilfesystem für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Angehörige dar. Beide Ansätze verfolgen dabei dasselbe Ziel: Ressourcen und Kompetenzen von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Angehörigen zu stärken, sie dabei zu unterstützen, Wege in ein suchtmittelfreies Leben zu finden sowie ihre Gesundheit und Teilhabe zu fördern. Beim Erreichen dieses Ziels stehen sie aber keineswegs in Konkurrenz zueinander. Sie machen unterschiedliche, sich ergänzende Angebote und können sich daher gegenseitig nicht ersetzen. Die professionelle Suchthilfe bietet ein differenziertes Hilfesystem für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Angehörige in Form von Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge sowie Unterstützungsangebote für die Selbsthilfe. Die Selbsthilfe bietet Gemeinschaft, Austausch unter Gleichen und Unterstützung im Alltag – und zwar vor, während, nach oder unabhängig von einer professionellen Behandlung. Darüber hinaus ist professionelle Suchthilfe immer ein zeitlich begrenztes Angebot, während Selbsthilfe unbegrenzte Begleitung über das Ende der professionellen Hilfe hinaus bietet, für viele lebenslang (Ruf & Walter-Hamann, 2015).

Im Bereich der Nachsorge besteht die größte Überschneidung zwischen professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe. Sie haben jedoch jeweils eine unterschiedliche Ausrichtung und ergänzen sich in Bezug auf Dauer und Inhalt. Komplexe Problemlagen sowie verkürzte Behandlungszeiten machen eine professionelle Nachsorge oft unverzichtbar, eine langfristige Stabilisierung und Bewältigung des Alltags erfordern die Fortführung der Nachsorge in der Selbsthilfe (Küfner, 1990).

Professionelle Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe bieten somit gemeinsam eine Vielfalt an Hilfeangeboten, wobei die verschiedenen Angebote frühzeitig miteinander vernetzt werden und ineinandergreifen müssen, um effektiv genutzt werden zu können. Es braucht eine gute Durchlässigkeit und Zusammenarbeit zwischen den beiden Hilfesystemen, damit Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Angehörige passgenaue Angebote für sich finden können. Die Kenntnis über die gegenseitigen Arbeitsweisen, Kompetenzen, Möglichkeiten und Grenzen von professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe ist dabei eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche und nachhaltige Zusammenarbeit.

Im gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist die Kooperation beider Ansätze beispielsweise als eine der Voraussetzungen benannt. Und auch in der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ werden Empfehlungen zum regelmäßigen Besuch von Selbsthilfegruppen gegeben sowie auf die Bedeutung der Zusammenarbeit von professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe explizit hingewiesen. Der Mehrwert einer guten Zusammenarbeit liegt damit auf der Hand und ist in verschiedenen zentralen Kontexten bereits verankert. Sie kann daher nicht optional sein oder von der Motivation einzelner handelnder Personen abhängen, sie muss verbindlich und nachhaltig geregelt, in Einrichtungskonzepten verankert und umgesetzt werden. Die Umsetzung einer guten Kooperation zwischen professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe ist ein Qualitätsmerkmal der Suchthilfe in Deutschland.

Vorteile einer guten Zusammenarbeit

Eine gute Zusammenarbeit von professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe ermöglicht eine Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen und eine Vereinfachung und Beschleunigung von Abläufen, Vermittlungen und Übergängen. Sie trägt zur Erhöhung der Qualität des Hilfeangebotes bei, fördert die Stärkung der Suchthilfe insgesamt und ermöglicht ein gemeinsames starkes Auftreten bei der Bewältigung neuer Herausforderungen und dem Vorantreiben von Weiterentwicklungen. Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Angehörige erhalten eine Angebotspalette – inzwischen auf beiden Seiten in Präsenz und digital – aus der sie die für sich am besten geeignete Hilfe auswählen können.

Zusammenführen zweier hoch wirksamer Hilfeansätze

Beide Hilfeansätze weisen eine hohe Wirksamkeit auf. Im Jahr 2022 hat sich in Deutschland das Suchtverhalten bei 62 Prozent der Klientel im Bereich der ambulanten Suchthilfe verbessert, in der stationären Behandlung bei 84 Prozent (Schwarzkopf et al., 2023). Insbesondere zur Rückfallprävention und (Re)Integration in ein intaktes soziales Umfeld leisten Selbsthilfegruppen einen wichtigen Beitrag (Schwoon, 1996). Selbsthilfe wirkt sowohl rückfallvorbeu-

gend als auch stabilisierend nach einem Rückfall (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2001). Der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe nach einer stationären Therapie zeigte sich in Studien mit deutlich höheren Abstinenzraten verbunden (Schwoon, 1996; Kufner et al., 1988). Und auch bei PatientInnen, die nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung rückfällig geworden waren, zeigte sich, dass sie in der Folge häufiger abstinent waren, wenn sie regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besuchten (Kufner, 1990). Diese Ergebnisse werden auch von aktuelleren Daten zur Sucht-Selbsthilfe in Deutschland gestützt. 2017 wurden von suchtkranken Gruppenmitgliedern in der Selbsthilfe lediglich 13 Prozent rückfällig und 77 Prozent der rückfällig gewordenen Menschen konnten durch die Gruppe wieder stabilisiert werden (Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände, 2017).

Allein die Tatsache, dass es zwei verschiedene wirksame Hilfeansätze gibt, ist bereits ein Vorteil, da Menschen unterschiedliche Bedarfe haben, und so die Möglichkeit erhalten, das für sie passende Angebot auszuwählen und ihren jeweils eigenen Weg aus der Sucht zu finden. Für manche Menschen ist allein die professionelle Suchthilfe das richtige Hilfeangebot, für andere allein die Selbsthilfe, für viele jedoch bietet gerade die Verbindung beider Hilfeangebote die beste Unterstützung, v. a. im Hinblick auf eine langfristige Stabilisierung. Mit einer Vielfalt an Angeboten, wie sie professionelle Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe gemeinsam anbieten können, gelingt es, möglichst vielen Menschen ein passendes Hilfeangebot zu machen.

Optimale Ergänzung unterschiedlicher Expertisen und Angebote

Die professionelle Suchthilfe und die Sucht-Selbsthilfe erbringen je eigene Leistungen und Hilfeangebote. Mit „professioneller Suchthilfe“ sind ambulante und (teil-)stationäre Einrichtungen gemeint, in denen Fachpersonen aus Medizin, Psychologie, Sozialer Arbeit und weiteren sozialen Berufen Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Angehörige beraten, begleiten und behandeln. Die Arbeit orientiert sich an anerkannten fachlichen Standards und Methoden und basiert auf „Expertenkompetenz“. Institutionelle Rahmenbedingungen definieren die Aufgabenerfüllung, wozu insbesondere der Leistungsauftrag, die finanziellen Vorgaben sowie das Qualitätsmanagement gehören. Die Behandlung und Begleitung ist zeitlich begrenzt, wird im Rahmen der beruflichen Tätigkeit fi-

nanziell entlohnt und basiert auf erworbenen beruflichen Qualifikationen. Dadurch besteht eine professionelle Distanz und es gibt eine klare Trennung zwischen Beruf und Privatleben.

Die Selbsthilfe ist gekennzeichnet durch eigene Betroffenheit, persönlich oder als Angehörige. Sie basiert auf einem freiwilligen, eigenverantwortlichen und gleichberechtigten Miteinander. Die Kernelemente der Selbsthilfearbeit sind Austausch und gegenseitige Hilfe. Darüber hinaus werden Fähigkeiten eingeübt, die für ein gutes Zusammenleben wichtig sind, und gemeinsam an der Bewältigung von Herausforderungen durch eine Suchterkrankung gearbeitet. Die gegenseitige Hilfeleistung basiert dabei auf „Betroffenenkompetenz“. Selbsthilfegruppen bieten somit etwas, das Fachpersonen nicht bieten können – auf eigenen Erfahrungen basierendes Verständnis sowie Beistand von und gemeinsame Problembewältigung mit Gleichbetroffenen. Des Weiteren bietet Selbsthilfe auch nach Feierabend und an Wochenenden Unterstützung und ist zeitlich nicht befristet (Infodrog, 2018).

Die Kompetenzen und Angebote ergänzen sich damit wechselseitig optimal – beide Ansätze können wirksame und wichtige Hilfe bieten, die der jeweilige andere Ansatz nicht anbieten kann. Eine gute Kooperation ermöglicht eine optimale Nutzung der Kompetenzen beider Hilfeansätze und bietet Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Angehörigen eine Brücke zwischen den beiden Hilfesystemen und Hilfe bei der Auswahl eines passenden Angebotes.

Herausforderungen in der Zusammenarbeit

Es besteht kein Zweifel an der Wirksamkeit beider Hilfeansätze sowie der Bedeutung einer guten Kooperation zwischen ihnen, welche auch in zentralen Kontexten und Konzepten verankert ist. Dennoch ist die Kooperation vor Ort sehr unterschiedlich ausgeprägt und nicht immer zufriedenstellend. Sie ist kein Selbstläufer – sie muss immer wieder neu gestärkt, geklärt und mit Impulsen belebt werden, gerade in Zeiten rascher Veränderungen und vor dem Hintergrund personeller Wechsel auf beiden Seiten. Im Folgenden werden Faktoren im Überblick dargestellt, die die Zusammenarbeit beeinflussen, Herausforderungen darstellen, aber auch gemeinsam überwunden werden können.

Unterschiedliche und sich verändernde Rahmenbedingungen

Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ist vielfältiger geworden, Vorgaben von Leistungsträgern verändern sich, ebenso die Vorstellungen von Selbsthilfe. Darüber hinaus verändern sich Zielgruppen und Konsummuster sowie Zugänge zu den Zielgruppen. Dadurch müssen immer wieder Prüfungen, Bewertungen und ggf. Anpassungen der Hilfeangebote vorgenommen werden und die Übergänge von der Behandlung in die Selbsthilfe und die Verzahnung zwischen den Angeboten neu gestaltet werden.

Unterschiedliche Systeme und Systemlogiken

Es gibt unterschiedliche Kompetenzen und Handlungszwänge sowie Alltagskulturen in den beiden Hilfesystemen. Diese müssen aufeinander abgestimmt werden. Das Aufeinandertreffen des reglementierten Settings der professionellen Suchthilfe und des selbstbestimmten ehrenamtlichen Settings erfordert gute Abstimmungs- und Organisationsprozesse. Darüber hinaus unterscheiden sich die jeweiligen Arbeitsweisen und Angebote und verändern sich über die Zeit. Sie müssen wechselseitig immer wieder neu transparent und gut bekannt gemacht werden. Vor dem Hintergrund des Aufeinandertreffens von Alltags- und Fachsprache muss eine Basis zur Verständigung geschaffen und eine gute gegenseitige Rückmeldekultur entwickelt werden.

Gestaltung tragfähiger Beziehungen

Professionelle Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe begegnen sich in der Zusammenarbeit nicht mehr als TherapeutInnen und KlientInnen. Es muss ein Rollenwechsel hin zu PartnerInnen im Hilfesystem gelingen. Möglicherweise bestehende Wahrnehmungen von Konkurrenz, v. a. auf Seiten der Selbsthilfe, müssen der selbstbewussten Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen und Angebote weichen. Eventuell erlebte Widersprüche zwischen Unterstützungsbedarf und Selbstbestimmung der Selbsthilfe müssen geklärt werden. Die gegenseitige Begegnung muss von Respekt, Wertschätzung, Offenheit und Vertrauen geprägt sein. Eigene Haltungen und Einstellungen müssen überprüft und ggf. korrigiert werden. Interessen und gegenseitige Erwartungen müssen

transparent und Vorurteile bewusst gemacht werden.

Verbindlichkeit in der Ausgestaltung der Zusammenarbeit

Personelle Wechsel auf beiden Seiten gefährden oft die Fortsetzung einer guten Kooperation. Die Zusammenarbeit muss daher institutionalisiert und in Konzepten und Vereinbarungen vor Ort verankert und verbindlich geregelt werden. Sie darf keinesfalls nur vom Engagement einzelner Personen abhängen. Darüber hinaus muss es für die Zusammenarbeit fest eingeplante Zeit- und Personalressourcen und konkrete Ansprechpersonen auf beiden Seiten geben.

Gelingfaktoren für eine gute Zusammenarbeit

Die aufgeführten Herausforderungen machen deutlich, wieso eine gute Zusammenarbeit eine anspruchsvolle Aufgabe ist. Eine gute Zusammenarbeit hängt von verschiedenen Faktoren ab – den Rahmenbedingungen, den jeweiligen handelnden Personen, der „Chemie“ zwischen den Personen, aber auch davon, wie die Begegnungen und die Kooperation gestaltet werden, d. h., wie gut es gelingt, miteinander zu reden und gemeinsam zu handeln.

Am Beginn eines jeden Vorhabens, und so auch in Bezug auf eine gute Kooperation, steht das „Wollen“ – eine gute Zusammenarbeit zu wollen, ist eine zentrale Grundvoraussetzung, um sie auch erreichen zu können. Das Wollen allein genügt jedoch nicht. Es müssen auch Bedingungen für eine gelungene Begegnung geschaffen werden, das „Können“ muss sichergestellt werden. Und schließlich müssen professionelle Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe auch gemeinsam ins Handeln kommen, es braucht konkrete Schritte zur Umsetzung, das „Machen“. Dabei sind jeweils auch die gegebenen Rahmenbedingungen und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten und Grenzen zu berücksichtigen. Im Folgenden werden die drei zentralen Bausteine von „Wollen, Können, Machen“ in Bezug auf eine gute Kooperation von professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe in Form von fünf Grundsätzen guter Zusammenarbeit dargestellt (Ruf, 2015a).

1. Grundsatz: Bereitschaft und Begeisterung

Gute Zusammenarbeit braucht zunächst eine grundsätzliche Bereitschaft beider Seiten zur

Kooperation und die gemeinsame Überzeugung, dass dadurch Vorteile erzielt werden können – für die professionelle Suchthilfe, für die Sucht-Selbsthilfe, insbesondere aber für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Angehörige. Dies erfordert auch, eigene Haltungen, Einstellungen und Überzeugungen kritisch zu überprüfen und bereit zu sein, diese ggf. zu verändern.

2. Grundsatz: Gemeinsame Ziele und Anliegen

Eine gute Zusammenarbeit muss von der Entwicklung und Formulierung gemeinsamer Ziele getragen sein. Die Ziele müssen realistisch und umsetzbar sein, ggf. in Teilziele zerlegt, priorisiert, angegangen und die Zielerreichung gemeinsam regelmäßig überprüft werden. Allen Zielen zugrunde liegt ein zentrales gemeinsames Ziel: Die Hilfe für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Angehörige zu verbessern, mehr Menschen mit den Hilfeangeboten zu erreichen und sie frühzeitig zu erreichen. Sich immer wieder auf dieses gemeinsame Ziel zurückzubedenken, kann helfen, wenn Probleme in der Zusammenarbeit auftreten – im Sinne dieses Zieles sollten jeweils gemeinsam gute Lösungen für auftretende Schwierigkeiten gesucht und gefunden werden.

3. Grundsatz: Begegnung und gemeinsames Tun

Eine gute Kooperation muss von beiden Seiten aufgebaut werden. Darüber hinaus muss sie gemeinsam gefestigt und bei Bedarf „repariert“ werden. Denn es können immer wieder „Brüche“ entstehen, z. B. durch Veränderungen von Rahmenbedingungen, durch Personenwechsel, neue Herausforderungen, Krisen. Es braucht ein Aufeinander-Zugehen, ein Sich-Entgegenkommen sowie gemeinsame gute Erfahrungen und gemeinsame Erlebnisse.

4. Grundsatz: Gute Kommunikation und Rollenklarheit

Als Partner im Hilfesystem braucht es Kommunikation auf Augenhöhe. Der Umgang miteinander muss von Respekt, Wertschätzung, Offenheit und Vertrauen geprägt sein. Die Stärken des jeweils anderen Hilfeangebotes müssen genauso wie die eigenen geschätzt und die Schwächen und Grenzen – eigene wie die des anderen – anerkannt werden.

Professionelle Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe müssen beide in ihrer Rolle in der Begegnung als sich ergänzende Partner im Hilfesystem ankommen. Mögliche Vorurteile voneinander sowie Missverständnisse müssen thematisiert und ausgeräumt werden. Interessen und gegenseitige Erwartungen müssen realistisch und offengelegt sein, geklärt und regelmäßig überprüft werden, beispielsweise wann und wie zusammengearbeitet werden kann unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen, wenn ein hauptamtliches Setting auf ein ehrenamtliches Setting trifft. Schwierige Themen müssen an- und ausgesprochen und gemeinsam geklärt werden. Es braucht eine gute Rückmeldekultur und Kritikfähigkeit.

Das wesentliche Kennzeichen einer guten Kooperation ist nicht, dass es keine Schwierigkeiten gibt, sondern dass ein guter Umgang damit gefunden und gelebt wird. Auftretende Probleme sollten als Chance betrachtet werden, gemeinsam Lösungen zu finden, und nicht dazu führen, dass die Zusammenarbeit sofort in Frage gestellt wird.

5. Grundsatz: Verankerung und Verbindlichkeit

Eine gute Kooperation braucht Struktur und Organisation, ein gemeinsam entwickeltes Gesamtkonzept für eine gute Verzahnung von professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe sowie eine gute Vernetzung. Darüber hinaus braucht gute Kooperation Verbindlichkeit in Form festgelegter Ansprechpersonen, geregelter Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie Kontinuität in der Zusammenarbeit. Arbeitsweisen und Kompetenzen müssen jeweils wechselseitig bekannt und bei personellen Wechseln weitergegeben werden. Wechselseitige Information und ggf. Beteiligung an wichtigen Prozessen sollten ebenfalls zuverlässig sichergestellt werden.

Es ist hilfreich, sich an diesen Grundsätzen zu orientieren, um eine gute Zusammenarbeit zu realisieren. Dies bedeutet jedoch nicht, dass immer alles gemeinsam bearbeitet werden muss. Wann es einer Zusammenarbeit bedarf und in welcher Form, kann und sollte im regelmäßigen Austausch miteinander jeweils geklärt werden.

Die konkrete Zusammenarbeit erfolgt in unterschiedlichsten Formen, von gegenseitigen Verweisen auf Hilfeangebote, über regelmäßigen Informationsaustausch und gemeinsame Treffen bis hin zur konkreten fallbezogenen Zusammenarbeit und gegenseitigen Vermittlung.

Ein zentrales Anliegen von Selbsthilfegruppen ist vor allem, dass die professionelle Suchthilfe gut über ihre Angebote informiert – und umgekehrt auch über Angebote der professionellen Suchthilfe informiert werden kann. Dazu müssen die Angebote wechselseitig bekannt sein bzw. bekannt gemacht werden. Und je klarer das Profil einer Selbsthilfegruppe (Altersstruktur, Suchtformen in der Gruppe, Angebot für Menschen mit einer Abhängigkeits-erkrankung und/oder Angehörige, ...) ist und kommuniziert wird, desto leichter fällt es der professionellen Suchthilfe auch, auf die Gruppe aufmerksam zu machen bzw. in eine geeignete Gruppe zu vermitteln. Darüber hinaus muss die Qualität der Selbsthilfeangebote sichergestellt sein, damit es eine Bereitschaft der professionellen Suchthilfe gibt, die Gruppen zu empfehlen (infodrog, 2018).

Wichtig ist auch eine Integration von Selbsthilfe in die Therapiekonzepte, denn die Anbahnung des Besuchs einer Selbsthilfegruppe sollte frühzeitig, also bereits während der Beratung und Behandlung, erfolgen. In stationären Einrichtungen werden Selbsthilfegruppen oft eingeladen sich vorzustellen, teilweise auch in ambulanten. Handlungsempfehlungen zur Vorstellung in Einrichtungen finden sich beispielsweise bei Rummel et al., 2015.

Von der Absichtserklärung zur Umsetzung

Die Zusammenarbeit zwischen professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe ist vor Ort sehr unterschiedlich ausgeprägt – an manchen Orten muss erst einmal eine Basis für gegenseitiges Kennenlernen und eine Zusammenarbeit geschaffen werden, an anderen muss an Regelmäßigkeit und Verbindlichkeit gearbeitet werden, an wieder anderen Orten gibt es bereits langjährig gewachsene gute Kooperationen, die es erlauben, gemeinsam neue Themen und Herausforderungen (z. B. Erreichen von jüngeren Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Verhaltensstörungen, ...) anzugehen. Daher ist zunächst eine „Standortbestimmung“ in Bezug auf die Zusammenarbeit wichtig, denn davon hängen die jeweils nächsten Schritte ab.

Selbst wenn es bereits eine gute Basis sowie Regelmäßigkeit und Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit gibt, fällt es oft nicht leicht, den ersten Schritt zu tun, um neue Themen in Angriff zu nehmen. Das kann verschiedene Gründe haben – manchmal wissen die Beteiligten einfach nicht, wo sie anfangen sollen, oder sie nehmen sich zu viel auf einmal vor. Daher ist

es wichtig, unter den vielen möglichen Themen diejenigen zu identifizieren, die vor Ort gerade am wichtigsten sind, und sie nacheinander anzugehen. So stellen sich auch schneller Erfolgserlebnisse ein, was wiederum zum Angehen weiterer Herausforderungen motiviert.

Eine erste „Standortbestimmung“ in Bezug auf die Zusammenarbeit kann zunächst getrennt von professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe in ihren jeweils eigenen Kontexten erfolgen. Danach braucht es allerdings einen Raum, um beide Perspektiven zusammenzuführen, gemeinsam eine Priorisierung von Themen vorzunehmen und erste konkrete Schritte zu planen und einzuleiten. Diesen Raum können bestehende Strukturen, wie gemeinsame Gremien oder Jahresplanungsgespräche, bieten; es können Tagungen der professionellen Suchthilfe oder der Sucht-Selbsthilfe genutzt werden, zu welchen die jeweils andere Seite mit eingeladen wird; oder es können gemeinsame Workshops oder Fachtage speziell zum Thema „Kooperation“ organisiert werden.

Materialien zur Unterstützung

Um die Arbeit vor Ort zu unterstützen, wurden in den letzten Jahren verschiedene Materialien und Handreichungen entwickelt. So haben beispielsweise die fünf Sucht-Selbsthilfeverbände in Deutschland (Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche Bundesverband e.V., Kreuzbund e.V., Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e.V., Blaues Kreuz in Deutschland e.V., Guttempler in Deutschland e.V.) die Handreichung *„Chancen nahtlos nutzen – konkret! Sucht-Selbsthilfe als aktiver Partner im Netzwerk – Praktische Handlungsempfehlungen für die Zusammenarbeit von Sucht-Selbsthilfe und beruflicher Suchthilfe“* entwickelt (Rummel et al., 2015).

Der Deutsche Caritasverband hat eine Arbeitshilfe mit vier Modulen entwickelt:

- Modul I „Berufliche Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe – Grundlagen und Empfehlungen für eine gute Zusammenarbeit“ stellt wichtige Grundlagen und konkrete Handlungsempfehlungen für die Zusammenarbeit vor (Ruf, 2015a).
- Modul II „Berufliche Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe – Good-practice-Beispiele für eine gute Zusammenarbeit“ gibt eine Übersicht über die vielfältigen Formen der Zusammenarbeit zwischen professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe und stellt sechzehn detailliert beschriebene Beispiele gelungener Zusammenarbeit vor. Sie sollen als Anregung und Unterstützung dienen

für die Umsetzung ähnlicher eigener Vorhaben vor Ort (Ruf, 2015b).

- Bei Modul III „Foliensatz zu Modul I und II“ handelt es sich um einen Foliensatz, der die wesentlichen Inhalte und Aussagen der Module I und II enthält und die Vorstellung und Einführung der Arbeitshilfe in verschiedenen Arbeitsbezügen vor Ort erleichtern soll (Ruf, 2015c).
- Modul IV „Berufliche Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe – Qualitätsmanagement“ ist ein Qualitätsmanagement-Modul und soll die professionelle Suchthilfe darin unterstützen, die Zusammenarbeit mit der Sucht-Selbsthilfe auf eine strukturierte und systematische Weise zu pflegen, zu verstetigen und mit allen Beteiligten gemeinsam weiterzuentwickeln (Ruf, 2015d).

Caritas und Kreuzbund, Sucht-Selbsthilfverband der Caritas in Deutschland, hatten sich darauf verständigt, von „beruflicher Suchthilfe“ zu sprechen. Der Begriff „berufliche Suchthilfe“ ist synonym zu dem in diesem Beitrag verwendeten Begriff „professionelle Suchthilfe“. Die Arbeitshilfe richtet sich gleichermaßen an die professionelle Suchthilfe und die Sucht-Selbsthilfe. Zusammenarbeit kann nur durch Ansprache und Einbezug beider Partner gelingen – mit denselben Materialien und Grundlagen. Einfach erfassbare und ansprechend gestaltete Inhalte statt langer Fließtexte sollen zu einer guten Zusammenarbeit motivieren. Da die Voraussetzungen vor Ort unterschiedlich sind und die gemeinsame Konkretisierung der Inhalte der Arbeitshilfe einen wichtigen Schritt in der Zusammenarbeit vor Ort darstellt, sind die Inhalte nur so weit wie nötig festlegend.

Die Inhalte der Module sind nicht auf die Nutzung innerhalb der Caritas beschränkt. Die Module können auch von anderen Verbänden und in anderen Kontexten genutzt werden und hilfreich sein.

Resümee

Sucht-Selbsthilfgruppen haben in Deutschland eine lange Tradition und stellen als Ergänzung zur professionellen Suchthilfe eine wichtige eigene Säule im Hilfesystem dar. Nach Abschluss einer Therapie steht im Rahmen der Selbsthilfgruppenarbeit vor allem die Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags im Vordergrund. Die Selbsthilfgruppe wirkt dabei sowohl rückfallvorbeugend als auch stabilisierend nach einem Rückfall (Küfner et al., 1988; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2001). Eine wichtige Basis für eine gelingende Kooperation zwischen professioneller Suchthilfe

und Sucht-Selbsthilfe ist das Verständnis, dass Selbsthilfe weder ein qualitativ schlechteres oder weniger wichtiges Hilfeangebot ist, noch dass Selbsthilfe in Konkurrenz zur professionellen Suchthilfe steht. Beide Hilfeangebote sind sich ergänzende, eigenständige Angebote mit eigenen Handlungslogiken, Kompetenzen und Expertisen.

Ziel ist, gemeinsam eine breite Angebotspalette durch gegenseitige Ergänzung von Sucht-Selbsthilfe und professioneller Suchthilfe anzubieten, damit Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ihren jeweils eigenen Weg aus der Sucht finden können.

Gegenseitige Kenntnis der jeweiligen Angebote, Wertschätzung und Respekt sowie Vertrauen und verbindliche Absprachen sind wichtige Grundlagen für eine gute Zusammenarbeit.

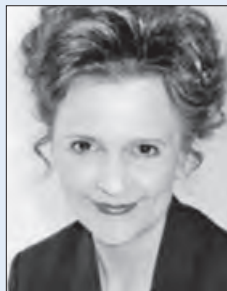
Eine strukturelle Verankerung der Zusammenarbeit verbessert die Qualität der Hilfeangebote. Wichtig sind dabei verbindliche Vereinbarungen in Bezug auf Häufigkeit und Form der Zusammenarbeit sowie die Festlegung fester Ansprechpersonen und die Sicherstellung der Fortführung der Zusammenarbeit bei personellen Wechsell. Getroffene Vereinbarungen müssen dabei immer wieder geprüft, geklärt und ggf. angepasst werden. Darüber hinaus bedarf eine gute Kooperation der Bereitstellung der notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen und immer wieder neuer Impulse.

Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Systemen bzw. Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen und Rollen ist immer eine Herausforderung und das Gelingen hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab. Die Rückbesinnung auf das gemeinsame Ziel sowie Offenheit, Geduld und Toleranz bei allen Beteiligten können dabei helfen, eine gute Zusammenarbeit zu erreichen, auch wenn es nicht immer einfach ist. Es ist wichtig, sich gemeinsam auf den Weg zu machen und dabei auch unterschiedliche Wege und Ansätze zu respektieren und wertzuschätzen, die alle zum selben Ziel führen – bestmögliche und passgenaue Hilfe für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Angehörige anzubieten.

Literatur

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (2001). *Selbsthilfe Sucht: Möglichkeiten – Grenzen – Perspektiven. Eine Handreichung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Informationen zur Suchtkrankenhilfe, 2/2001). Hamm.

- Infodrog. (2018). *Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Suchthilfe*. Bern: Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht. Verfügbar unter: https://www.infodrog.ch/files/content/selbsthilfe/publikation/Selbsthilfe_Publikation.pdf
- Küfner, H. (1990). Die Zeit danach – Alkoholkrankheit in der Nachsorgephase. In D. Schwoon & M. Krausz (Hrsg.), *Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie* (S. 189–202). Stuttgart: Enke.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34(3), 157–272.
- Ruf, D. (2015a). *Arbeitshilfe Modul I: „Berufliche Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe – Grundlagen und Empfehlungen für eine gute Zusammenarbeit“*. Freiburg i. Br.: Deutscher Caritasverband e.V. Verfügbar unter Downloads: <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/sucht/kooperation-zwischen-beruflicher-suchthilfe>
- Ruf, D. (2015b). *Arbeitshilfe Modul II: „Berufliche Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe – Good practice Beispiele für eine gute Zusammenarbeit“*. Freiburg i. Br.: Deutscher Caritasverband e.V. Verfügbar unter Downloads: <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/sucht/kooperation-zwischen-beruflicher-suchthilfe>
- Ruf, D. (2015c). *Arbeitshilfe Modul III: „Foliensatz zu Modul I und II“*. Freiburg i. Br.: Deutscher Caritasverband e.V. Verfügbar unter Downloads: <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/sucht/kooperation-zwischen-beruflicher-suchthilfe>
- Ruf, D. (2015d). *Arbeitshilfe Modul IV: „Berufliche Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe – Qualitätsmanagement“*. Freiburg i. Br.: Deutscher Caritasverband e.V. Verfügbar unter Downloads: <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/sucht/kooperation-zwischen-beruflicher-suchthilfe>
- Ruf, D. & Walter-Hamann, R. (2015). Zusammenarbeit von beruflicher Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe. *Konturen online*. Verfügbar unter: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/zusammenarbeit-von-beruflicher-suchthilfe-und-sucht-selbsthilfe/>
- Rummel, Ch., Janßen, H.-J., Engelke, J., Naundorff, J. & Schneider, W. (2015). *Chancen nahtlos nutzen – konkret! Sucht-Selbsthilfe als aktiver Partner im Netzwerk*. Verfügbar unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/selbsthilfe/CNN_Handreichung.pdf
- Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M. & Riemerschmid, C. (2023). *Suchthilfe in Deutschland 2022. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. München: IFT Institut für Therapieforchung. Verfügbar unter: https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2022_Jahresbericht.pdf
- Schwoon, D. (1996). Nutzung professioneller Nachsorge und Selbsthilfegruppen durch Alkoholiker nach stationärer Kurzzeittherapie. In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 281–287). Stuttgart, Fischer.
- Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände. (2017). *Statistik 2017*. Verfügbar unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/selbsthilfe/Erhebung_der_5_SSHV_2017.pdf



Dr. Daniela Ruf

Dipl.-Psych., sechs Jahre Sucht-/Versorgungsforschung Uniklinik Freiburg, elf Jahre Suchtreferentin und zwei Jahre Referatsleitung „Gesundheit, Reha, Sucht“ Zentrale des Deutschen Caritasverbandes (DCV), seit Februar 2024 Bundesgeschäftsführerin Kreuzbund, Sucht-Selbsthilfeverband des DCV; Schwerpunkte: Suchthilfe, Sucht-Selbsthilfe, Digitalisierung im Gesundheitswesen, Blended Counseling, kultursensible Beratung ruf@kreuzbund.de

(Sucht-)Selbsthilfe in Österreich: Zahlen und Fakten zur bisherigen Entwicklung und aktuellen Situation

Daniela Rojatz, Alexandra Puhm & Angelina Brotherhood

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel beleuchtet die Entwicklung und Struktur der kollektiven Selbsthilfe in Österreich mit Fokus auf die Suchtselbsthilfe. In Österreich gibt es rund 1700 Selbsthilfegruppen und -organisationen, davon sind etwa vier Prozent aus dem psychosozialen Bereich einschließlich Sucht. Bei den Suchtselbsthilfegruppen ist das Thema Alkohol am häufigsten vertreten, gefolgt von Essstörungen (Overeaters, Magersucht), Medien- bzw. (Glücks-)Spielsucht, Sex-/Beziehungssucht, (illegale) Drogen, pathologisches Horten („Messie-Syndrom“), Rauchen und Arbeitssucht. Die identifizierten Selbsthilfegruppen zu anderen suchtrelevanten Themen jenseits von Alkohol könnten ein Hinweis auf gestiegenes Bewusstsein für substanzungebundene Süchte in den letzten Jahren sein. Der Übergang zwischen professionell angeleiteter Suchtselbsthilfe und selbstorganisierten Selbsthilfegruppen/-organisationen ist fließend. Die Gründung von Selbsthilfeorganisationen zum Thema Alkohol fand zeitgleich mit dem Aufbau professioneller Therapieangebote statt. Selbsthilfegruppen gelten heutzutage als wichtiger Teil der Angebotslandschaft. Gesundheitseinrichtungen und Fachleute aus den Gesundheitsberufen können sich anhand der Selbsthilfegruppenverzeichnisse und Websites der Selbsthilfeorganisationen über existierende Gruppen informieren, um Patientinnen und Patienten auf die Teilnahmemöglichkeit hinzuweisen und um Kooperationen aufzubauen. Einen möglichen Kooperationsansatz bilden die „Selbsthilfefreundlichen Gesundheitseinrichtungen“.

Schlüsselwörter: Selbsthilfegruppe, Österreich, Sucht, Kooperation, Gesundheitssystem

Abstract

This article focusses on the development and structure of collective self-help in Austria, with a special emphasis on addiction self-help. There are around 1,700 self-help groups and organisations in Austria, of which around four percent are from the psychosocial field, including addictions. Alcohol is the most common topic among addiction self-help groups, followed by eating disorders (overeating, anorexia), media or gambling addiction, sex/relationship addiction, (illegal) drugs, pathological hoarding ('messie syndrome'), smoking and work addiction. The existence of self-help groups on addiction topics other than alcohol may indicate an increased awareness of non-substance-related addictions in recent years. The distinction between professionally guided addiction self-help and self-organised self-help groups/organisations is not clear-cut. The founding of self-help organisations for alcohol coincided with the development of professional therapy services. Today, self-help groups are regarded as an important part of the service landscape. Healthcare institutions and healthcare professionals can find out about existing groups via self-help group directories and websites of self-help organisations in order to inform patients about the possibility of participating and to establish cooperations. The 'self-help-friendly healthcare facilities' initiative shows one possible approach for increased cooperation.

Keywords: self-help group, mutual-aid group, Austria, addiction, cooperation, health care

1 Wie entwickelte sich die kollektive (Sucht-)Selbsthilfe?

Der Begriff Selbsthilfe ist facettenreich und kann individuelle Selbsthilfe wie z. B. das Lesen von Selbsthilferatgebern oder auch kollektive Selbsthilfe in Form von Selbsthilfegruppen und -organisationen bedeuten. Der Artikel fokussiert auf Letzteres und beschreibt die Entwicklung und Struktur der kollektiven Selbsthilfe in Österreich mit Fokus auf die Suchtselbsthilfe.

Selbsthilfegruppen können als Versuche verstanden werden, „aus eigener Betroffenheit heraus gemeinsam mit anderen eigene Wege bei der Bearbeitung eigener Probleme gehen zu lernen“ (Balke, 1988, zit. n. Maier, 2002, S. 84). Charakteristische Merkmale von Selbsthilfegruppen sind die freiwillige Teilnahme, das Betroffensein der TeilnehmerInnen von einem gesundheitlichen oder sozialen Problem und Selbstorganisation in dem Sinn, dass Ziele und Arbeitsweisen von der Selbsthilfegruppe selbst definiert werden. Selbsthilfegruppen sind lose ohne Rechtsstatus oder als Vereine konstituiert.

Obgleich Menschen sich schon lange zusammenschließen, um Probleme gemeinsam zu bewältigen, begann die Selbstorganisation von Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen in Selbsthilfegruppen wahrscheinlich im 19. Jahrhundert (Borgetto, 2004). Die Anfänge der Gründung von Suchtselbsthilfegruppen (im Alkoholbereich) und der professionellen Betreuung von Personen mit Suchterkrankungen koinzidieren jeweils am Anfang des 20. Jahrhunderts (Uhl et al., 2009). Ebenso zeigen sich zeitliche Parallelen eines stärkeren Anstiegs der kollektiven (Sucht-)Selbsthilfe in den 1960er und 1970er Jahren und des Beginns des Aufbaus spezieller Betreuungs- und Behandlungsangebote für Menschen mit Alkoholkrankheit (a.a.O.).

Gründe für die allgemeine Zunahme von Selbsthilfegruppen und -organisationen werden unter anderem im Anstieg chronischer Erkrankungen und in der geringen Berücksichtigung psychischer und sozialer Bedürfnisse in der professionellen Versorgung gesehen (Kelleher, 2006). Kollektive Selbsthilfe entsteht dort, wo Staat, Markt oder Familien an ihre Grenzen gelangen, um passgenaue Lösungen zu entwickeln (Schulz-Nieswandt et al., 2015). Dahinter steht eine die Versorgungsangebote ergänzende und teilweise kompensatorische Funktion der kollektiven Selbsthilfe.

Während sich Selbsthilfegruppen in den 1960er und 1970er Jahren medizinkritisch zeigten und sich als Gegenbewegung zu einer von Experten dominierten Medizin verstanden (Trojan, 2006), sind sie heute ein wich-

tiger ergänzender Teil des professionellen Gesundheitssystems. Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit werden sie als Teil der Laienversorgung im Gesundheitssystem verortet (BMSGPK, 2022). Mit dem Konzept der „Selbsthilfefreundlichen Gesundheitseinrichtungen“ konnte sich zudem ein Format zur strukturierten Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Gesundheitseinrichtungen – primär betrifft das Krankenhäuser, aber auch Rehabilitationseinrichtungen und Apotheken – etablieren (mehr dazu in Abschnitt 6).

2 Wie ist die (Sucht-)Selbsthilfe in Österreich strukturiert?

Selbsthilfegruppen und -organisationen gelten als eine der wenigen Formen organisierter Patientinnen und Patienten (Rojatz, 2016) und fungieren zum Teil auch als Interessenvertretung (Forster, 2007). In diesem Zusammenhang ist die Unabhängigkeit der kollektiven Selbsthilfe von sekundären Interessen besonders wichtig für Patientinnen/Patienten und EntscheidungsträgerInnen, um – anstelle z. B. wirtschaftlicher, religiöser oder machtpolitischer Interessen – die Patienteninteressen in den Fokus zu rücken. Im Unterschied zu anderen Ländern (wie beispielsweise Deutschland) ist kollektive Selbsthilfe in Österreich jedoch weder rechtlich verankert noch einheitlich definiert (Rojatz, 2023). Annäherungen an ein einheitliches Begriffsverständnis finden sich in einer freiwilligen ÖNORM¹ und in Arbeitsdefinitionen, die als Grundlage für die Beschreibung des Selbsthilfefelds in Österreich sowie der Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -unterstützungseinrichtungen dienen. Im Jahr 2017 etablierten die österreichische Sozialversicherung, der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMA SGK) mit dem *Konzept zur öffentlichen Förderung der Selbsthilfe* eine strukturierte Förderung für Selbsthilfegruppen und -organisationen auf Bundes- und Landesebene (SV, 2018).

Laut der Österreichischen Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (ÖKUSS), die als Teil dieses Konzepts realisiert wurde, besteht das Feld der kollektiven Selbsthilfe aus Selbsthilfegruppen, -organisationen und Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen (ÖKUSS, o.J.):

- Selbsthilfegruppen (SHG) können definiert werden als „freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen zur gemeinsamen Bewältigung von Krankheit oder psychischen

¹ ÖNORM 1910: 2016 07 01.

und sozialen Problemen. SHG arbeiten themenbezogen. Die Mitglieder sind entweder selbst oder als Angehörige betroffen“ (a.a.O.).

- „Selbsthilfeorganisationen sind Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen und/oder einzelnen Betroffenen oder Angehörigen zum selben Thema.“ Ihre Aktivitäten sind stärker nach außen gerichtet und umfassen Öffentlichkeitsarbeit für ihre Anliegen und Interessenvertretung.
- Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen existieren in Form von Selbsthilfedachverbänden und -kontaktstellen, welche in den Bundesländern ab 1988 gegründet wurden. Zu ihren zentralen Aufgaben gehören Service- und Beratungsleistungen für Selbsthilfeinteressierte und Selbsthilfegruppen (u. a. Information über Selbsthilfegruppen, Unterstützung bei der Gründung einer Selbsthilfegruppe). Während Selbsthilfedachverbände Vereine sind, in welchen sich die Selbsthilfegruppen und -organisationen eines Bundeslands zusammengeschlossen haben, sind Selbsthilfekontaktstellen bei Trägerorganisationen (z. B. Wiener Gesundheitsförderung, Jugend am Werk) angesiedelte Einrichtungen. Selbsthilfedachverbände sind nach Maßgabe ihrer Ressourcen auch als Interessenvertretung aktiv und z. B. in Gremien beteiligt. Zur Unterstützung bundesweit tätiger Selbsthilfeorganisationen wurde die ÖKUSS (<http://www.oekuss.at>) im Jahr 2017 eingerichtet.

Die Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen geben Verzeichnisse der Selbsthilfegruppen und -organisationen im jeweiligen Bundesland heraus, welche auch Suchtselbsthilfegruppen beinhalten. Die ÖKUSS hat ein Onlineverzeichnis bundesweit tätiger Selbsthilfeorganisationen veröffentlicht, in dem in Bezug auf Suchtthemen die Anonymen Alkoholiker (AA) und die Anonymen Sexsüchtigen Österreichs² angeführt werden.

Im *Handbuch Alkohol – Österreich* werden vier Arten von Selbsthilfegruppen für Menschen mit einer Alkoholkrankung unterschieden (Uhl et al., 2009, 2021):

- Begegnungsgruppen des Blauen Kreuzes,
- professionell organisierte Gruppen,
- Gruppen in Institutionen,
- Gruppen der AA und Selbsthilfegruppen für Angehörige von Menschen mit einer Alkoholkrankung (Al-Anon-Familiengruppen).

Im Bereich der Sucht gibt es entsprechend neben klassischen selbstorganisierten Selbst-

hilfegruppen auch professionell organisierte bzw. angeleitete Gruppen, die meist bundesländerspezifischen Dachorganisationen angehören, welche beispielsweise ambulante Hilfe für Menschen mit Alkoholkrankheit und ihre Angehörigen anbieten (z. B. Nachsorgegruppen der Suchthilfe Tirol). Beispiele für „Gruppen in Institutionen“ (Uhl et al., 2009) sind Gruppen in Einrichtungen wie etwa Caritas, pro mente infirmis, Rettet das Kind. Motive für die Gründung solcher Gruppen sind neben der Nachsorge und der Erweiterung des Betreuungsangebots insbesondere auch die Anliegen der Betroffenen und ihr Wunsch nach Erfahrungsaustausch.

Ausgehend von den eingangs eingeführten Kriterien für Selbsthilfegruppen, werden in der Folge sowohl „professionell organisierte Gruppen“ als auch „Gruppen in Institutionen“ im Artikel nicht weiterbehandelt, weil die Gruppen angeleitet und nicht durch Betroffene selbstorganisiert sind. Neben der Frage, ob eine Selbsthilfegruppe durch Fachkräfte oder Betroffene geleitet wird, ist auch die Unabhängigkeit der Selbsthilfegruppen ein klassisches Merkmal. Hier zeigt sich eine Besonderheit in der Suchtselbsthilfe: Während sich das Blaue Kreuz mit den Begegnungsgruppen explizit einer christlichen Prägung verschreibt, haben die AA zwar eine spirituelle Prägung, verstehen sich aber als konfessionell unabhängig. Weil sie die beiden großen Selbsthilfeorganisationen zum Thema Alkoholsucht darstellen, werden beide Institutionen im Folgenden behandelt.

Nachfolgend wird zudem näher auf die Suchtselbsthilfe in Österreich mit Fokus auf die Alkoholselbsthilfe als größte Gruppe innerhalb der kollektiven Suchtselbsthilfe eingegangen.

3 Wie groß ist die (Sucht-)Selbsthilfe in Österreich?

Die bisher einzige Erhebung von Selbsthilfegruppen und -organisationen (damals unter dem Titel „Patienten- und Angehörigenorganisationen“) in Österreich wurde im Jahr 2008 durchgeführt und ergab rund 1700 Selbsthilfegruppen und -organisationen (Forster et al., 2009). Der Anteil der psychosozialen Selbsthilfegruppen, worunter auch Suchtselbsthilfegruppen gezählt wurden, betrug damals vier Prozent.

Für eine aktuelle Einschätzung der Zahl der Suchtselbsthilfegruppen wurde für den vorliegenden Beitrag mangels aktueller Erhebungsdaten auf die Selbsthilfegruppenverzeichnisse der Bundesländer zurückgegriffen, in denen nach einschlägigen Gruppen gesucht wurde.

² https://oekuss.at/selbsthilfe_bundesebene – abgerufen am 30.09.2023.

Suchtbereich	Bundesland									Gesamt
	Burgenland	Kärnten	Nieder- österreich	Ober- österreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	
Allgemein bzw. mehrere Suchtformen (z. B. Alkohol und illegale Drogen)	0	0	2	1	0	1	0	0	2	6
Alkohol inkl. des fetalen Alkoholsyndroms ¹	1	0	5	17 ²	2	3	0	0	3	31
Gruppen AA, Al-Anon, Blaues Kreuz	5	10	30	32	17	19	22	8	28	(171)
Arbeitssucht	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
(Illegale) Drogen	0		1	0	1	1	1		3	7
Essen (Overeaters, Magersucht)	0	1	3	0	3	3	1	1	2	14
Medien/(Glücks-)Spielsucht	0	0	1	1	2	2	0	0	1	7
Beziehungs-/Seksucht	0	0	1	1	1	1	0	1	2	7
Pathologisches Horten (Messie)	0	0	0	2	0	1	0	0	1	4
Rauchen	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Suchtgruppen gesamt ³	2 (7)	1 (11)	13 (43)	23 (55)	9 (26)	13 (32)	2 (24)	2 (10)	15 (43)	80 (251)
Selbsthilfegruppen gesamt ⁴	k. A.	180	360	400	200	k. A.	150	98	260	1.550

AA = Anonyme Alkoholiker; Al-Anon = Selbsthilfegruppe für Angehörige alkoholkranker Menschen

Quellen siehe Selbsthilfegruppenverzeichnisse der Bundesländer

Stand: November 2023

¹ Bei Alkohol verzerrt die unterschiedliche Darstellung der Bundesländer in den Selbsthilfegruppenverzeichnissen sehr (einige Bundesländer zählen z. B. Anonyme Alkoholiker einmal pro Bundesland, andere jede Gruppe). Um eine einheitliche und vergleichbare Darstellung zu gewährleisten, wurde die Anzahl der Angebote basierend auf den Selbsthilfeverzeichnissen ohne AA, Al-Anon, BK dargestellt und die Anzahl der Gruppen von AA, Al-Anon und Blauem Kreuz basierend auf den Angaben der jeweiligen Websites gezählt und in einer eigenen Zeile dargestellt. Dabei wurden Gruppen und nicht die Anzahl der Meetings gezählt.

² Inkl. moderierter Gruppen (nur in diesem Bundesland explizit ausgewiesen).

³ In Klammern ist die Anzahl der Gruppen inkl. der Gruppen der AA, Al-Anon und des Blauen Kreuzes angegeben.

⁴ Die Angaben beziehen sich auf die Informationen auf Websites bzw. in Selbsthilfegruppenverzeichnissen.

Tabelle 1

Übersicht über
Suchtselbsthilfegruppen
und -organisationen
in Österreich

Die nachfolgende Aufstellung der Suchtselbsthilfegruppen nach Bundesland ist mit Vorbehalt zu interpretieren. Die Zahlen aus den Selbsthilfegruppenverzeichnissen sind nur als Annäherung an die tatsächliche Anzahl der Gruppen zu sehen, da die Kriterien für die Aufnahme ins Selbsthilfegruppenverzeichnis bzw. die Zählweisen und die Darstellung dort unterschiedlich sind. So werden beispielsweise in manchen Bundesländern moderierte bzw. angeleitete Selbsthilfegruppen in Beratungseinrichtungen angeführt, in anderen hingegen nicht. Zudem können sich Gruppen im Zeitverlauf wieder auflösen und bei der jährlichen Aktualisierung im Folgejahr dann nicht mehr aufscheinen.

Eine Zusammenschau bzw. ein Vergleich von Selbsthilfeverzeichnissen und Websites von AA, Al-Anon (Selbsthilfegruppe für Angehörige alkoholkranker Menschen) und Blauem Kreuz zeigt, dass es mehr Suchtselbsthilfegruppen gibt, als ein cursorischer Blick in die Selbsthilfegruppenverzeichnisse nahelegen würde. Unschärfen entstehen z. B. durch unterschiedliche Darstellungen (eine Kontaktadresse pro Bundesland versus Aufzählung aller Gruppen/Meetings). Auf eine Berechnung des Anteils der Suchtselbsthilfegruppen je Bundesland bzw.

gesamt für Österreich wurde aufgrund der unterschiedlichen Dokumentation ihrer Existenz in Selbsthilfegruppenverzeichnissen verzichtet (Tabelle 1).

Insgesamt wurden in den Selbsthilfegruppenverzeichnissen der Selbsthilfedachverbände und -kontaktstellen 80 Suchtselbsthilfegruppen (ohne Gruppen der AA, Al-Anon und des Blauen Kreuzes) identifiziert. Rechnet man die Zahl der Alkoholselbsthilfegruppen von AA, Al-Anon und Blauem Kreuz gemäß ihren Websites ein, beläuft sich die Gesamtzahl auf 251 Gruppen. Zusätzlich bieten die letztgenannten Organisationen, vor allem AA und Al-Anon, auch Onlinemeetings (inkl. eines länderübergreifenden deutschsprachigen Meetings, fremdsprachiger Meetings oder Fragestunden mit insgesamt 24 Meetings) an. Auffällig ist weiter die hohe Anzahl an Selbsthilfegruppen in Oberösterreich. Ein möglicher Erklärungsansatz dafür ist, dass es sich ähnlich wie im Falle Niederösterreichs um ein flächengroßes Bundesland handelt, ein anderer, dass sich in Oberösterreich auch angeleitete Gruppen (moderierte Gruppen der Alkoholberatung des Landes Oberösterreichs) im Verzeichnis finden.

Suchtselbsthilfegruppen haben sich zu folgenden Themen gegründet (Reihung nach

identifizierter Häufigkeit): Alkohol, Essstörungen (Overeaters, Magersucht), Medien- bzw. (Glücks-)Spielsucht, Sex-/Beziehungssucht, (illegale) Drogen³, pathologisches Horten („Messie-Syndrom“), Rauchen und Arbeitssucht. Setzt man die Betroffenenzahlen mit der Häufigkeit von Selbsthilfegruppen zu einem Thema in Bezug, fällt auf, dass in puncto Rauchen, obgleich ca. 20 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren täglich oder fast täglich Tabakprodukte konsumieren⁴ (Strizek et al., 2023), kaum Selbsthilfegruppen existieren. Wenige selbstorganisierte Bewältigungsangebote in Form von Selbsthilfegruppen gibt es auch in den Bereichen Arbeitssucht, pathologisches Horten („Messie-Syndrom“), Sex- und Mediensucht. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass das Bewusstsein für substanzungebundene Suchterkrankungen erst in den letzten Jahren zu steigen begann.

Was sind die Eckdaten zu den größten Selbsthilfegruppen im Bereich der Suchtselbsthilfe?

Da die AA, Al-Anon sowie das Blaue Kreuz (als die größten Organisationen in diesem Bereich, vgl. Tabelle 1) eine große Rolle spielen, wird auf sie nun näher eingegangen. Das Blaue Kreuz (BK) hat die längste Tradition, es wurde 1877 in der Schweiz gegründet⁵ und besteht in Österreich seit 1927⁶. Die AA begannen im Jahr 1935 in den USA und bestehen in Österreich seit 1960⁷. Die aus ihnen heraus entstandenen Al-Anon-Gruppen (Alcoholics Anonymous Family Groups – Selbsthilfegruppen für Familien und Angehörige von Menschen mit Alkoholproblemen) entwickeln sich Anfang der 1950er Jahre in den USA und bestehen seit 1975 in Österreich⁸. Neben Al-Anon-Gruppen gibt es in Österreich seit 1994⁸ auch spezifische Gruppen für Kinder und jugendliche Angehörige aus alkoholbelasteten Familien (beispielsweise als Alateen-Gruppen bekannt) bzw. für erwachsene Kinder alkoholkranker Menschen.

Das Blaue Kreuz hat sich laut eigener Website einen seelsorgerisch-diakonischen bzw. christlichen Auftrag für die Beratung und Ge-

betsunterstützung direkt oder indirekt von Alkoholkrankheit betroffener Menschen gegeben⁹. Die Arbeit in den Gruppen erfolgt nach Gesprächsregeln, die am Konzept der „themenzentrierten Intervention“ orientiert sind (Uhl et al., 2009). Die AA verstehen sich als überkonfessionell, obgleich auch bei ihnen Spiritualität ein wichtiges Element darstellt. Grundlage der Treffen („Meetings“) der AA sind die „Präambel“, welche Grundregeln beschreibt, sowie das Zwölf-Schritte-Programm. Diese sind weltweit einheitlich, die Gruppen sind jedoch grundsätzlich autonom und können den Ablauf nach ihren Bedürfnissen gestalten.

Die Finanzierung des Blauen Kreuzes erfolgt über Spenden sowie Zuwendungen der deutschen und Schweizer Organisationen (a.a.O.). AA-Gruppen finanzieren sich durch Gelder der Mitglieder und nehmen kein Geld oder Sachspenden von außen an.

Die AA unterscheiden zwischen offenen Gruppen, an denen auch interessierte Personen (ohne Alkoholprobleme) teilnehmen können, und geschlossenen Gruppen, die nur Menschen mit Alkoholproblemen und Menschen, die sich über ihren Alkoholkonsum Gedanken machen, offenstehen. Vereinzelt gibt es auch Selbsthilfegruppen in anderen Sprachen wie etwa Englisch, Polnisch oder Farsi.

Zu den Aktivitäten des Blauen Kreuzes zählen neben den Selbsthilfegruppen auch Freizeitwochen für Gefährdete, Betroffene und Angehörige sowie Seminare zum Thema Sucht¹⁰. Die AA geben ergänzend zur Selbsthilfegruppenarbeit Broschüren heraus oder veranstalten Kongresse¹¹.

Alle drei Organisationen sind über die Landesgrenzen hinweg, vor allem im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Schweiz), vernetzt. Das Blaue Kreuz Österreich ist beispielsweise auch Mitglied beim Internationalen Blauen Kreuz mit Sitz in der Schweiz.

Die Wirksamkeit bzw. Evidenzbasierung von Ansätzen wie AA und verwandten Zwölf-Schritte-„Programmen“ wird in (wissenschaftlichen) Fachkreisen immer wieder kontrovers diskutiert. Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2006 (Ferri et al., 2006) konnte auf Basis der damaligen Datenlage noch keine Schlüsse ziehen, eine neuere Übersichtsarbeit (Kelly et al., 2020) legt jedoch nahe, dass Ansätze wie AA in ihrer Wirksamkeit anderen Therapieformen zumindest gleichgestellt sein können. Die Wirksamkeit hängt jedoch u. a. von der konkreten Art

³ Der Begriff wurde aus den Verzeichnissen übernommen; es kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch legale Drogen (wie z. B. Alkohol) als Thema vereinzelt eingeschlossen sind.

⁴ <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheitsverhalten/rauchen> – abgerufen am 13.10.2023.

⁵ <https://www.blaues-kreuz.de/de/blaues-kreuz/wir-ueber-uns/geschichte> – abgerufen am 11.12.2023.

⁶ http://www.blaueskreuz.at/de/_uumber_uns/geschichte – abgerufen am 11.12.2023.

⁷ 80 Jahre AA: „Ich heiße Bob, ich bin Alkoholiker“, entnommen aus der Onlineausgabe der Presse vom 10.06.2015: http://diepresse.com/home/zeitgeschichte/4750357/80-Jahre-AA_Ich-heisse-Bob-ich-binAlkoholiker – abgerufen am 13.10.2023.

⁸ <https://al-anon.at/was-ist-al-anon> – abgerufen am 11.12.2023.

⁹ http://www.blaueskreuz.at/de/_uumber_uns – abgerufen am 12.08.2023.

¹⁰ <http://www.blaueskreuz.at/de/termine/seminare> – abgerufen am 25.12.2023.

¹¹ www.anonyme-alkoholiker.at – abgerufen am 25.12.2023.

der Durchführung der Gruppen ab, in diese Übersichtsarbeiten wurden z. B. auch angeleitete bzw. klinisch begleitete Gruppen mit einem hohen Maß an Standardisierung eingeschlossen. Zu berücksichtigen ist auch, dass Ansätze wie jener der AA bestimmte Merkmale aufweisen (z. B. oftmals abstinenzorientiert, hohe Bedeutung von Spiritualität), weshalb sie nicht für alle Zielgruppen passend sind.

5 Wie wirkte sich die COVID-19-Pandemie auf die (Sucht-)Selbsthilfe aus?

Wesentliche Neuerungen in der (Sucht-)Selbsthilfe haben sich in den letzten Jahren insbesondere aufgrund der COVID-19-Pandemie ergeben. Während der ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 waren Selbsthilfegruppentreffen in Präsenz nicht erlaubt. Erst ab Februar 2021 wurden Kontaktbeschränkungen durch die 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung aufgehoben, was Selbsthilfegruppentreffen in Präsenz wieder ermöglichte. In der (Sucht-)Selbsthilfe allgemein kam es im Zuge der Pandemie zu vermehrten Onlinetreffen, um den Kontakt aufrechtzuerhalten. Eine Studie zur Suchtbehandlung während der Coronapandemie (Strizek et al., 2021) gibt Einblicke in damit verbundene Veränderungen bei den AA. Die im Rahmen dieser Studie durchgeführten Interviews mit AA-Vertreterinnen und -Vertretern legen nahe, dass die Onlinetreffen zumeist gut angenommen wurden, insbesondere von jüngeren Menschen sowie von Mitgliedern, die z. B. Angst davor hatten, während der Pandemie ihr Zuhause zu verlassen. Kontakte zu (langjährigen) Mitgliedern konnten während der Pandemie aufgrund ihrer Einbettung in die Gemeinschaft der AA gut aufrechterhalten werden. Über das Pandemiegeschehen hinaus könnten Onlinetreffen eine niederschwellige Alternative zu Meetings in Präsenz bieten und beispielsweise auch Personen erreichen, denen die Teilnahme an Letzteren aufgrund größerer regionaler Distanz nicht möglich ist; weiters erlaube das Onlineformat Teilnahmen auch während eines stationären Aufenthalts. Gleichzeitig waren Onlinetreffen kein Ersatz für persönliche Treffen/Kontakte und hatten auch Nachteile wie z. B. die bei virtuellen Treffen fehlende Möglichkeit von Spendensammlungen (a.a.O.). Wo weder Präsenz- noch Onlinetreffen möglich waren, wurde während der Pandemie versucht, zur gegenseitigen Unterstützung telefonisch Kontakt zu halten, vor allem zu Mitgliedern, bei denen schwierige Lebenslagen vermutet wurden.

Die Studienergebnisse legen nahe, dass in den Gruppen der AA durch die (kleinteilige) Selbstorganisation zum Teil schneller und flexibler auf die pandemiebedingten Einschränkungen reagiert werden konnte als im psychosozialen Versorgungsbereich (a.a.O.).

6 Wie wird kollektive (Sucht-)Selbsthilfe in Österreich unterstützt?

In Österreich gibt es keine gesetzlich geregelte Selbsthilfeförderung wie in Deutschland (Rojatz, 2023). Seit 2018 gibt es jedoch im Rahmen des Konzepts zur öffentlichen Förderung der Selbsthilfe (SV, 2018) Mittel der Sozialversicherung, des Fonds Gesundes Österreich und des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) zur Unterstützung der Selbsthilfe. Seit dem Jahr 2018 werden dafür auf freiwilliger Basis 1.17 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung gestellt. Die meisten Mittel entstammen der Sozialversicherung, welche u. a. Fördermittel für Selbsthilfe auf regionaler und lokaler Ebene (300 000 Euro/Jahr) und auf Bundesebene (420 000 Euro/Jahr) zur Verfügung stellt. Selbsthilfegruppen auf regionaler und lokaler Ebene können bis zu 2 000 Euro/Jahr für Projekte/Aktivitäten beantragen, für Landesverbände gibt es keine Förderobergrenze. Bundesweit tätige Selbsthilfeorganisationen können bei der ÖKUSS, welche für das Fördermanagement verantwortlich zeichnet, bis zu 15 000 Euro für bis zu drei förderbare Aktivitäten beantragen. Die Förderungen können von (Sucht-)Selbsthilfegruppen und -organisationen beantragt werden, welche den Förderkriterien entsprechen.

Über mögliche regionale Förderung von Suchtselbsthilfegruppen/-organisationen gibt es keine öffentliche Übersicht. Auf Bundesebene werden finanzielle Förderungen nach dem *Konzept zur öffentlichen Förderung der Selbsthilfe* (SV, 2018) durch die ÖKUSS transparent gemacht. Seit Einführung dieser Fördermöglichkeit 2018 wurde keine Suchtselbsthilfeorganisation auf Bundesebene gefördert¹².

¹² Allesamt abgerufen am 25.12.2023:

https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/%C3%96KUSS%20%C3%9Cbersicht%2F%C3%B6rdermittelabrechnung%202018_barrierefrei.pdf

https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/%C3%96KUSS%20%C3%9Cbersicht%2F%C3%B6rdermittelabrechnung%202019_barrierefrei.pdf

https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/%C3%96KUSS%20F%C3%B6rdermittelabrechnung%202020_barrierefrei.pdf

https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/%C3%96KUSS%20%C3%9Cbersicht%20F%C3%B6rdermittelabrechnung%202021_0.pdf (Forts. nächste Seite)

Ein weitere Fördermöglichkeit stellen Wirtschaftsunternehmen dar. Der Verhaltenskodex der Pharmig (Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs) regelt die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Welche Selbsthilfeorganisationen in welcher Höhe von Pharmaunternehmen unterstützt werden, wird seit einigen Jahren vom Austrian Institute of Health Technology Assessment untersucht und publiziert (Gregor-Patera, 2023). Suchtselbsthilfeorganisationen sind in der Aufstellung nicht zu finden. Dies wundert nicht weiter, da AA-Gruppen ihre Unabhängigkeit auch im Sinne finanzieller Unabhängigkeit auslegen und gemäß ihrer Präambel jegliche Spenden von außen auch als potenzielle Quelle von Abhängigkeit verstehen. Entsprechend wird empfohlen, keine externen Spenden anzunehmen¹³.

Eine weitere Form der Unterstützung ist Kooperation. Nicht nur im Suchtbereich kooperieren „klassische“ Selbsthilfegruppen vereinzelt mit Gesundheitseinrichtungen, etwa indem Gruppen ihre Angebote Patientinnen und Patienten im Krankenhaus vorstellen oder ebendort Gruppentreffen abhalten. Seit 2009 gibt es in Österreich die Initiative *Selbsthilfefreundliche Krankenhäuser bzw. Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtungen* (Forster & Rojatz, 2011). Das Konzept stammt ursprünglich aus Hamburg und hat zum Ziel, die Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen und Selbsthilfegruppen zu strukturieren und nachhaltiger zu gestalten. Weitere Ziele sind, Patientinnen und Patienten über die Möglichkeit einer Teilnahme an Selbsthilfegruppen zu informieren, Selbsthilfegruppen zu unterstützen und das professionelle Fachwissen der Gesundheitsberufe durch das Erfahrungswissen der Selbsthilfe zu ergänzen (a.a.O.). Das Konzept sieht die Erfüllung von acht Kooperationskriterien vor (vgl. Jugend am Werk, o.J.):

1. Um sich über Selbsthilfe zu informieren, werden Räume, Infrastruktur und Präsentationsmöglichkeiten in gemeinsamer Absprache zur Verfügung gestellt.
2. Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige werden regelmäßig und persönlich über die Möglichkeit der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert.
3. Die Selbsthilfeunterstützungseinrichtung und themenbezogene Selbsthilfegruppen werden in ihrer Öffentlichkeitsarbeit inner-

halb der Einrichtung unterstützt. Sie treten als Kooperationspartnerinnen gegenüber der Fachöffentlichkeit auf.

4. Die Einrichtung benennt eine oder einen Selbsthilfebeauftragte:n als Ansprechperson zur Koordination selbsthilferelevanter Angelegenheiten innerhalb der Einrichtung.
5. Zwischen Selbsthilfegruppen, der Selbsthilfeunterstützungseinrichtung und der Einrichtung findet ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch statt.
6. In der Einrichtung werden, bei Bedarf, Fort- und Weiterbildungen zum Thema Selbsthilfe unter Miteinbeziehung der Selbsthilfegruppen für MitarbeiterInnen angeboten.
7. Die Gesundheitseinrichtung ermöglicht Selbsthilfegruppen die Mitwirkung an Projekten und Veranstaltungen.
8. Die Kooperation mit den Selbsthilfegruppen und der Selbsthilfeunterstützungseinrichtung wird formal beschlossen, dokumentiert und als Vereinbarung unterzeichnet.

Die Erfüllung der Kriterien wird zumeist im Rahmen einer Selbstbewertung und eines Audits überprüft, und anschließend wird die Auszeichnung zeitlich begrenzt für zwei bis vier Jahre vom Selbsthilfedachverband im Bundesland verliehen. In Österreich sind über 60 Einrichtungen (wie Krankenhäuser, Apotheken, Rehabilitationseinrichtungen) in sieben Bundesländern ausgezeichnet¹⁴. Inwieweit Suchtselbsthilfegruppen hier beteiligt sind, ist den Autorinnen nicht bekannt. Das Konzept der Selbsthilfefreundlichen Gesundheitseinrichtung ist nicht nur ein Beitrag zur patientenzentrierten Gesundheitsversorgung, sondern auch eine Möglichkeit, Laienversorgung und professionelle Unterstützungsangebote weiter zu vernetzen und in Kooperation zu bringen. Alkoholsuchtselbsthilfegruppen wie die AA sind trotz ihres Anonymitätsprinzips für Kooperation offen (AA, 2001).

7 Was können wir aus den Entwicklungen der (Sucht-) Selbsthilfe in Österreich lernen?

Die Anzahl der Suchtselbsthilfegruppen scheint zu steigen: Ein Vergleich der Zahlen aus der ersten Erhebung von Selbsthilfegruppen und -organisationen in Österreich aus dem Jahr 2008 mit weniger als 70 Selbsthilfegruppen im Suchtbereich (Forster et al., 2009)

(Forts. Fußnote 12)

https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/%C3%96KUSS%20%C3%9Cbersicht%20F%C3%B6rdermittelabrechnung%202022_barrierefrei_0.pdf

https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/%C3%96KUSS%20Gremiumsentscheide%202023_barrierefrei.pdf

¹³ [https://www.anonyme-alkoholiker.at/pr%C3%A4ambel-abgerufen am 25.12.2023](https://www.anonyme-alkoholiker.at/pr%C3%A4ambel-abgerufen%20am%2025.12.2023).

¹⁴ Stand August 2023, basierend auf den Websites der Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen in Niederösterreich, Oberösterreich, Kärnten, Salzburg, Burgenland.

mit jenen aus den Selbsthilfegruppenverzeichnissen 2023 und den Websites großer Selbsthilfeorganisationen im Suchtbereich mit 251 Selbsthilfegruppen deutet möglicherweise auf eine Zunahme von Gruppengründungen hin. Innerhalb der Suchtselbsthilfe dominieren heute Selbsthilfegruppen/-organisationen zu Alkohol, wobei die AA, Al-Anon und das Blaue Kreuz am stärksten vertreten sind. Allen dreien ist gemeinsam, dass sie ihre Wurzeln nicht in Österreich haben und eine spirituelle Prägung aufweisen (wobei aber nur das Blaue Kreuz explizit religiös geprägt ist). Vereinzelt gibt es aber auch selbstorganisierte Gruppen zu den Themen Essstörungen, Medien-/ (Glücks-) Spielsucht, Sex-/Beziehungssucht, (illegale) Drogen¹⁵, pathologisches Horten, Arbeitssucht und Rauchen. Insbesondere Letzteres zeigt, dass sich die Anzahl der Betroffenen (z. B. Nikotinabhängige in Österreich) nicht unbedingt in der Anzahl der Selbsthilfegruppen zu einem Thema widerspiegelt. Die identifizierten Selbsthilfegruppen zu anderen suchtrelevanten Themen jenseits von Alkohol könnten ein Hinweis auf ein in den letzten Jahren gestiegenes Bewusstsein für substanzungebundene Süchte sein.

Ein Vergleich der Entwicklung der kollektiven Selbsthilfe in Österreich mit dem Teilbereich der Suchtselbsthilfe zeigt einige Parallelen: Die Entwicklung der kollektiven Suchtselbsthilfe, verstanden als selbstorganisierter Zusammenschluss Betroffener, fällt zeitlich mit dem Aufbau professioneller Versorgungsangebote zusammen. Der Übergang zwischen angeleiteter Suchtselbsthilfe und selbstorganisierten Selbsthilfegruppen/-organisationen ist fließend. Neben Betroffenen haben auch Gesundheitseinrichtungen und Vereine wie z. B. das Blaue Kreuz (angeleitete) Selbsthilfegruppen initiiert. Selbsthilfegruppen im Allgemeinen stehen heute nicht mehr in Konkurrenz zur professionellen Versorgung, sie sind vielmehr ein wertvolles Angebot für Betroffene – ergänzend zur professionellen Versorgung. Auch anonyme Selbsthilfegruppen wie die AA sind für Kooperation mit der professionellen Versorgung offen.

Gesundheitseinrichtungen und VertreterInnen der Gesundheitsberufe können sich via Selbsthilfegruppenverzeichnisse und die Websites der Selbsthilfeorganisationen über die existierenden Gruppen informieren, um Patientinnen und Patienten auf die Teilnahmemöglichkeit hinzuweisen und um Kooperationen aufzubauen. Einen möglichen Kooperationsansatz bilden die „Selbsthilfefreundlichen Ge-

sundheitseinrichtungen“. Ob bzw. inwieweit das Konzept auch im Suchtbereich aufgegriffen wird, ist nicht bekannt.

Die Datenlage zu Selbsthilfegruppen und -organisationen ist in Österreich im Allgemeinen und auch im Suchtbereich mit Wissenslücken behaftet. Die letzte systematische Erhebung von Selbsthilfegruppen und -organisationen in Österreich erfolgte im Jahr 2008. Es ist nicht bekannt, wie viele Selbsthilfegruppen es insgesamt gibt, auch Informationen zu soziodemografischen Merkmalen der TeilnehmerInnen bzw. zur Nutzung von Selbsthilfegruppen für sich oder in Kombination mit professionellen Angeboten liegen nicht vor. Es ist möglich, dass die AA oder andere Gruppen interne Daten generieren, diese jedoch nicht veröffentlicht werden. Für andere Länder liegen Ergebnisse von Mitgliederbefragungen vor¹⁶. Für Österreich zeigen die Websites der Selbsthilfegruppen wie AA an, wo, wann und folglich wie oft Gruppentreffen stattfinden. Für Kooperationen mit Fachleuten und Organisationen (einschließlich Forschungseinrichtungen) scheint Offenheit zu bestehen, wie z. B. die Teilnahme von Mitgliedern der AA an der Studie „Suchtbehandlung in der Krise“ (Strizek et al., 2021) zeigt. Zur Verbesserung der Datenlage können in Zukunft weitere Forschungsk Kooperationen angestrebt werden.

Die Suchtselbsthilfe mit Fokus auf Alkohol zeigt einige Besonderheiten innerhalb der kollektiven Selbsthilfe in Österreich, die Inspiration für die Weiterentwicklung der Selbsthilfe in Österreich geben können. Zu nennen sind hier beispielsweise die Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen in anderen Sprachen als Deutsch bei den AA. Selbsthilfegruppen für Menschen mit nichtdeutscher Muttersprache bzw. Personen mit Migrationshintergrund sind in Österreich bisher kaum vorhanden. Ein aktuelles Forschungsprojekt erprobt ein entsprechendes Konzept für DiabetikerInnen mit Migrationshintergrund (Weigl et al., 2022). Auch die Öffnung für Interessierte (bei offenen Meetings der AA) könnte eine Anregung für andere Selbsthilfegruppen und -organisationen sein. In klassischen Selbsthilfegruppen nehmen vorrangig von einer Erkrankung betroffene Personen und gegebenenfalls deren Angehörige teil.

¹⁵ Der Begriff wurde aus den Verzeichnissen übernommen; es kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch legale Drogen (wie z. B. Alkohol) als Thema vereinzelt eingeschlossen sind.

¹⁶ <https://www.aa.org/sites/default/files/literature/Survey%20Pamphlets%201968-2014%20-%20linked%20and%20compiled.pdf> – abgerufen am 26.12.2023.

Literatur

- AA. (2001). *Zusammenarbeit der Anonymen Alkoholiker mit anderen Institutionen und Organisationen*. (Ein Rundschreiben an Fachleute, Ausgabe 04, Sommer 2001). München: Anonyme Alkoholiker. https://www.anonyme-alkoholiker.at/_files/ugd/421e94_01cb874798044f56812f49a213a5c5e0.pdf
- Balke, K. (1988). Aufgaben der Selbsthilfeunterstützung und der Stand der kommunalen Förderpraxis. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.), *Selbsthilfegruppen-Förderung* (S. 110–119). Gießen.
- BMSGPK. (2022). *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 7. Oktober 2022 beschlossenen Anpassungen* (Hrsg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz). Wien.
- Borgetto, B. (2004). *Selbsthilfe und Gesundheit, Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven* (Buchreihe des Schweizer Gesundheitsobservatoriums). Bern: Huber.
- Ferri, M., Amato, L. & Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD005032.
- Forster, R. (2007). Selbsthilfebewegung: Chancen und Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesundheitspolitik. *Soziale Sicherheit*, 10, 468–473.
- Forster, R., Nowak, P., Braunegger-Kallinger, G., Österreicher, S. & Krajic, K. (2009). Patienten- und Angehörigenorganisationen bzw. -gruppen in Österreich: Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus einem bundesweiten Forschungsprojekt. *Soziale Sicherheit*, 12, 614–629
- Forster, R. & Rojatz, D. (2011). *Selbsthilfegruppen als Partner der Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Eine Analyse am Beispiel krankenhausbbezogener Kooperationsprojekte*. Institut für Soziologie, Universität Wien.
- Gregor-Patera, N. (2023). Sponsoring von Patient*innen-Initiativen in Österreich 2021. 5. Update zu den systematischen Analysen 2014 bis 2019 (AIHTA Policy Brief 007/ 5. Update). Wien: AIHTA.
- Jugend am Werk (o.J.). *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Auf dem Weg zu mehr Patient*innenorientierung*. Graz: Jugend am Werk Steiermark.
- Kelleher, D. (2006). Self-help groups and their relationship to medicine. In D. Kelleher, J. Gabe & G. Williams (Eds.), *Challenging medicine* (pp. 104–121). London: Routledge.
- Kelly, J. F., Humphreys, K. & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD012880
- Maier, M. (2002). Das Empowerment-Konzept in der fachlichen Unterstützung von Selbsthilfegruppen. In O. Meggeneder & W. Hengl (Hrsg.), *Der informierte Patient – Anspruch und Wirklichkeit* (S. 83–96). Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.
- Rojatz, D. (2016). *Kollektive Patientenbeteiligung als (Heraus-)Forderung. Eine qualitative Analyse von Selbsthilfeorganisationen zur Reflexion ihrer Möglichkeiten und Grenzen* (Dissertation). Universität Wien.
- ÖKUSS. (o.J.). *Die Selbsthilfe-Landschaft in Österreich*. Wien: Gesundheit Österreich. https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/oekuss_bild-der-sh.pdf – abgerufen am 12.08.2023.
- Rojatz, D. (2023). *Finanzielle Förderung von Selbsthilfeorganisationen in Deutschland durch öffentliche Hand und Sozialversicherung*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Schulz-Nieswandt, F., Köstler, U. & Langenhorst, F. (2015). Die Entwicklung der Selbsthilfe von der Laienkompetenz zur Professionalität? In M. Danner & R. Meierjürgen (Hrsg.), *Gesundheitsselfhilfe im Wandel* (S. 21–35). Baden-Baden: Nomos.
- Selbsthilfe Salzburg. (2023). *Selbsthilfegruppen Salzburg*. Eigenverlag.
- Selbsthilfeunterstützungseinrichtung SUS Wien. (2023). *Wiener Selbsthilfegruppenverzeichnis*. Wien: Eigenverlag. https://www.wig.or.at/fileadmin/user_upload/SUS_Files/SHG_Verzeichnis.pdf – abgerufen am 12.08.2023.
- Strizek, J., Brotherhood, A., Priebe, B. & Puhm, A. (2021). *Sucht(behandlung) in der Krise. Zweiter Kurzbericht*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Strizek, J., Busch, M., Puhm, A. & Schwarz, T. (2023). *Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial: Auswertungen der dritten Erhebungswelle*. Wien: Gesundheit Österreich.
- SV. (2018). *Konzept zur öffentlichen Förderung der Selbsthilfe. Eine Initiative der Sozialversicherung in Kooperation mit dem BMASGK und FGÖ*. Wien: Sozialversicherung.
- Trojan, A. (2006). Selbsthilfenezusammenschlüsse als vierte Säule des Gesundheitswesens. In T. Gerlinger, U. Lenhardt & M. Simon (Hrsg.), *Jahrbuch für kritische Medizin* (S. 86–104). Hamburg: Argument.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N. et al. (2009). *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends* (3., überarb. und ergänzte Aufl.). Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Uhl, A., Gaiswinkler, S., Hojni, M., Puhm, A. & Strizek, J. (2021). *Handbuch Alkohol – Österreich, Band 3: Ausgewählte Themen*. Wien: Gesundheit Österreich.

Weigl, M., Rojatz, D. & Antony, D. (2022). *Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Migrationserfahrung* (unveröffentlicht). Wien: Gesundheit Österreich.

Selbsthilfegruppenverzeichnisse der Bundesländer

Selbsthilfe Burgenland:

<https://selbsthilfe-bgld.at> – abgerufen am 12.08.2023.

Selbsthilfe Kärnten:

<https://www.selbsthilfe-kaernten.at/selbsthilfegruppenverzeichnis> – abgerufen am 12.08.2023.

Selbsthilfe Niederösterreich:

<https://www.selbsthilfenoe.at/gruppe-finden> – abgerufen am 12.08.2023.

Selbsthilfe Oberösterreich:

<https://www.selbsthilfe-ooe.at/selbsthilfegruppen> – abgerufen am 25.12.2023.

Selbsthilfe Salzburg:

https://www.selbsthilfe-salzburg.at/fileadmin/Daten/Downloads/Verz_2023_web.pdf – abgerufen am 12.08.2023.

Selbsthilfe Steiermark:

<https://selbsthilfe-stmk.at/gruppenverzeichnis-a-z> – abgerufen am 12.08.2023.

Selbsthilfe Tirol:

<https://www.selbsthilfe-tirol.at/selbsthilfegruppen> – abgerufen am 12.08.2023.

Selbsthilfe Vorarlberg:

<https://selbsthilfe-vorarlberg.at/krankheitsbilder-a-z> – abgerufen am 12.08.2023.

Selbsthilfeunterstützungseinrichtung SUS Wien:

https://www.wig.or.at/fileadmin/user_upload/SUS_Files/SHG_Verzeichnis.pdf – abgerufen am 12.08.2023.



Foto: © Ettl

Mag. Dr. Daniela Rojatz

Promovierte Soziologin, seit 2016 an der Gesundheit Österreich GmbH, aktuell als Senior Health Expert im Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem. Arbeitsschwerpunkte sind Bevölkerungs-, Selbsthilfe- und Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem sowie Gesundheitsförderung in der Primärversorgung. daniela.rojatz@goeg.at

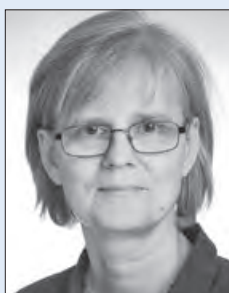


Foto: © Ettl

Mag. Dr. Alexandra Puhm, M.Sc.

Erziehungswissenschaftlerin und Psychotherapeutin. Seit 1992 im Suchtbereich tätig, arbeitet am Kompetenzzentrum Sucht an der Gesundheit Österreich GmbH und als Psychotherapeutin in freier Praxis. alexandra.puhm@goeg.at

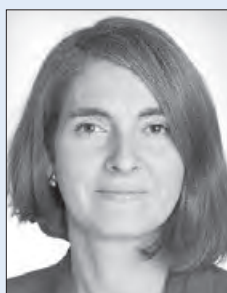


Foto: © Ettl

Dr. Angelina Brotherhood

Promovierte Soziologin, seit 2007 in der Suchtforschung tätig, Health Expert am Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH, Vorstandsmitglied der Europäischen Gesellschaft für Präventionsforschung (EUSPR), Forschungsschwerpunkte: Suchtprävention, Qualitätssicherung, Evidenzbasierung. angelina.brotherhood@goeg.at

Die Rolle von Selbsthilfegruppen bei der Bewältigung glücksspielbedingter Probleme im schweizerischen Versorgungssystem

Suzanne Lischer, Manuela Eder, Elina Lehmann & Sabrina Wyss

Zusammenfassung

Problematisches Glücksspielverhalten ist mit negativen Auswirkungen sowohl für die einzelnen Betroffenen als auch für die ganze Gesellschaft verbunden. Internationale Untersuchungen weisen darauf hin, dass sich die Teilnahme an Selbsthilfegruppen langfristig positiv auf die Abstinenz auswirkt. Der Austausch von Erfahrungen gibt den Betroffenen die Möglichkeit, effektivere Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Im schweizerischen System gewinnt die gemeinschaftliche Suchtselbsthilfe als ergänzendes Angebot zur professionellen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Gleichwohl bestehen noch Barrieren für Menschen mit glücksspielbedingten Problemen beim Zugang zu Selbsthilfegruppen. Daher ist eine verstärkte Sensibilisierung und Unterstützung auch innerhalb der professionellen Versorgungsstrukturen gefordert.

Schlüsselwörter: Selbsthilfe, Glücksspiel, Sucht, Schweiz, Versorgungssystem

Abstract

Problem gambling behaviour is associated with negative effects both for the individual concerned and for society. International research suggests that engagement in self-help groups yields favorable long-term outcomes regarding abstinence. Through shared experiences, individuals affected by problem gambling gain the opportunity to develop more effective coping mechanisms. Within the Swiss framework, community-oriented self-help for addiction is progressively gaining significance as a supplementary component to professional intervention. Nonetheless, hurdles persist for individuals with gambling-related issues when accessing self-help groups. Thus, heightened awareness and increased support within professional care frameworks are imperative.

Keywords: self-help, gambling, addiction, Switzerland, care system

1 Ausgangslage

Das Glücksspiel kann erhebliche Konsequenzen für Betroffene haben und zu finanziellen, psychischen und sozialen Belastungen führen (Falkai & Wittchen, 2015). Die geschätzte Jahresprävalenz für risikoreiches Glücksspielen in der Schweiz lag 2017 bei 2.8 Prozent, für pathologisches Glücksspielen bei 0.2 Prozent (Dey & Haug, 2019, S. 25). Eine schweizweite Befragung im Jahr 2021 ergab, dass 261 Personen eine medizinisch ausgerichtete und 366 Personen eine psychosozial ausgerichtete Einrichtung wegen

Glücksspiel als Hauptproblem aufsuchten (Krizic et al., 2022, S. 14). Die Auswirkungen des problematischen Glücksspielverhaltens sind nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für Angehörige und die Gesellschaft spürbar. Durch die Anwendung von Public-Health-Ansätzen, die verschiedene Aspekte des Glücksspiels adressieren, können die nachteiligen Folgen mit entsprechenden Maßnahmen reduziert werden. Diese umfassen die Regulierung des Zugangs zum Glücksspiel, die frühzeitige Identifizierung von gefährdeten Personen sowie die Bereitstellung von Unterstützungsdiensten für

diejenigen, die unter den Folgen glücksspielbedingter Schäden leiden (Blank et al., 2021). In der Schweiz stehen betroffenen Personen professionelle Beratungs- und Therapieleistungen von Fachpersonen der Sucht- und Schuldenberatungen sowie der Psychologie und Psychiatrie zur Verfügung (Sucht Schweiz, 2019).

Internationale Studien legen nahe, dass Selbsthilfegruppen als ergänzendes Angebot zur professionellen Suchthilfe einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung von Personen mit Glücksspielproblemen leisten können (Ferentzy et al., 2019; Girndt, 2020; McGrath et al., 2018; Oei & Gordon, 2008; Petry, 2003; Syvertsen et al., 2020; Binde, 2012). Doch welche Rolle spielt die Selbsthilfe im Schweizer Versorgungssystem? Zur Beantwortung der Frage gibt der Artikel zunächst einen Überblick über die Forschung zur Suchtselbsthilfe und schenkt dabei der Wirkung von Selbsthilfegruppen auf glücksspielbedingte Probleme besondere Beachtung. Auf Grundlage dieses theoretischen Hintergrunds wird das Suchtselbsthilfeangebot innerhalb der schweizerischen Versorgungslandschaft für Menschen mit glücksspielbedingten Problemen verortet. Es wird geklärt, ob die Suchtselbsthilfe in der Schweiz an Beachtung gewinnt und auf dem Weg ist, sich als ergänzendes Angebot zur professionellen Unterstützung zu etablieren.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Definition Selbsthilfe

Unter Selbsthilfe werden im Allgemeinen unterschiedliche Formen von Selbsthilfe-Interventionen verstanden. Im Gesundheits- und Sozialwesen ist „gemeinschaftliche Selbsthilfe“ im engeren Sinn ein historisch gewachsener Proxy-Begriff für verschiedene freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen, die gemeinsam ein Problem bewältigen, von dem sie selbst oder ihre Angehörigen betroffen sind (Kofahl, 2017). In diesem Verständnis handelt es sich also um eine spezifische Form der „Peer-Unterstützung“ (Mead et al., 2001), die in Gruppen stattfindet. Selbsthilfegruppen sind

„voluntary, small group structures for mutual aid and the accomplishment of a special purpose. They are usually formed by peers who have come together for mutual assistance in satisfying a common need, overcoming a common handicap or life disrupting problem, and bringing about desired social and/or personal change [...]“ (Katz, 1981, S. 135)

Typische Merkmale von Selbsthilfegruppen sind die persönliche Betroffenheit der Mitglieder – entweder direkt oder als angehörige Person – sowie eine freiwillige, eigenverantwortliche, gegenseitige und gleichberechtigte Teilnahme. Die Arbeit der Selbsthilfegruppen konzentriert sich auf die individuellen Bedürfnisse der Mitglieder und gemeinsame Bewältigungsstrategien für Krankheiten, Behinderungen, psychische Herausforderungen und schwierige Lebenssituationen (Hundertmark-Mayser & Möller, 2004). Kernelement der Selbsthilfegruppen ist die Bereitschaft zum Austausch und zur Zusammenarbeit (Trojan, 2007). Die Teilnehmenden können sich beispielsweise auch virtuell treffen und sich online via Chat und Foren austauschen (Infodrog, 2018). Selbsthilfegruppen operieren innerhalb des Laiensystems und unterscheiden sich somit von professioneller Hilfe (Kimmel, 2007). Im Gegensatz zu fachlich geleiteten Gruppen verfügen alle Mitglieder über Erfahrungswissen und bieten sich gegenseitig Hilfe an (Seebohm et al., 2013).

Die Themen der Selbsthilfegruppen sind breit gefächert. Selbsthilfegruppen, die sich psychosozialen und zwischenmenschlichen Themen widmen, setzen ihren Schwerpunkt beispielsweise auf die Bewältigung von Trauer oder die Unterstützung von Opfern häuslicher Gewalt. Die Mitglieder von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen teilen ein gemeinsames gesundheitliches Anliegen (Forster et al., 2009). Ihr Ziel ist es weniger, eine Krankheit zu überwinden oder Heilung zu finden, als trotz spezifischer gesundheitlicher Umstände das tägliche Leben besser zu bewältigen (Kofahl, 2018).

2.2 Selbsthilfe für suchtbetroffene Menschen

Eine Form der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe ist die Selbsthilfe für suchtbetroffene Menschen. Entsprechende Gruppen sind Zusammenschlüsse von Personen, die aktuell oder in der Vergangenheit ein Problem im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen oder abhängigem Verhalten entwickelt haben (Fredersdorf, 2003). Verschiedene Selbsthilfegruppen, die dasselbe Problem angehen, können unterschiedliche Definitionen der Lösung haben. Ihre Ziele können von kleinen Verhaltensänderungen bis hin zu tiefgreifenden Lebensstiländerungen reichen (Borkman et al., 2020). Innerhalb der Suchtselbsthilfe differenzierte sich eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen zu spezifischen Suchtproblemen für Betroffene und Angehörige aus. Dabei lassen

sich abstinenzorientierte und akzeptanzorientierte Gruppen unterscheiden. Während in abstinenzorientierten Gruppen die Mitglieder eine vollständige Enthaltensamkeit von psychoaktiven Substanzen (mit Ausnahme von Tabakprodukten) anstreben, wird in akzeptanzorientierten Gruppen der Konsum von psychoaktiven Substanzen nicht abgelehnt. Vielmehr steht die Verbesserung der Lebenssituation im Zentrum der Bemühungen. Einige dieser Gruppen setzen sich für die gesellschaftliche Legalisierung und Akzeptanz psychoaktiver Substanzen ein (Fredericksdorf, 2003).

Die wahrscheinlich bekannteste und älteste Suchtselbsthilfegruppe sind die Anonymen Alkoholiker (AA), die weltweit mit Treffen und Kommunikation ihr gemeinsames Ziel der Abstinenz verfolgen (Falcato, 2013). Nach dem Vorbild der AA sind Anonymous-Gruppen zu weiteren Suchtproblemen entstanden – so auch für Betroffene von Glücksspielbedingten Problemen. Die Gamblers Anonymous (GA) beschreiben sich selbst als

„[...] a fellowship of men and women who share their experience, strength and hope with each other that they may solve their common problem and help others to recover from a gambling problem.“ (Gamblers Anonymous, o.J.)

Die Anonymous-Bewegung wurzelt nicht in der Medizin, sondern ist historisch stark christlich geprägt, und bis heute finden sich in vielen Gruppen spirituelle oder religiöse Elemente. Generell betont wird die essenzielle Bedeutung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Selbsthilfe und gegenseitiger Unterstützung. Ehrenamtliches Helfertum ist nur in sehr geringem Maße vorhanden, etwa bei den sog. „Sponsoren“, erfahrenen Mitgliedern, die eine Art Patenschaft für Neumitglieder übernehmen (Matzat, 2009). Zu den Kernelementen gehören des Weiteren das Zwölf-Schritte-Programm, das eine Umorientierung zur Abstinenz mittels bewusster Einstellungsänderung beinhaltet, und das Verständnis, dass eine Abhängigkeits-erkrankung eine chronische Krankheit ist (Falcato, 2013). Neben den klassischen Gruppengesprächen bieten Suchtselbsthilfeorganisationen wie die AA Schulungen zur Abstinenzstabilisierung und Rückfallprophylaxe an. Außerdem führen viele Gruppen gemeinsame Freizeitaktivitäten, meist in einem suchtmittelfreien Setting, durch.

Ein spezifisches Charakteristikum der GA im Vergleich zu anderen Anonymous-Gruppen ist die Auseinandersetzung mit den finanziellen Schwierigkeiten, die viele Menschen mit

Glücksspielspezifischen Problemen erfahren (Schuler et al., 2016).

2.3 Selbsthilfe für Betroffene von Glücksspielbedingten Problemen

Die bestehende Literatur über Selbsthilfegruppen im Kontext von Glücksspielsucht behandelt ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten, ihre Effektivität und Entwicklung. Im Folgenden werden Ergebnisse der internationalen Forschung zur Selbsthilfe für Betroffene von Glücksspielbedingten Problemen wiedergegeben.

2.3.1 Rolle und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind integraler Bestandteil des Versorgungssystems, das verschiedene problembezogene, soziodemographische und persönlichkeitsbezogene Bedürfnisse berücksichtigt. Sie bieten für Betroffene von Glücksspielbedingten Problemen, die autonome Bewältigungsstrategien bevorzugen und über die reine Rückfallprävention hinaus Unterstützung benötigen, eine Möglichkeit zur selbstbestimmten Hilfe-Nutzung (Girndt, 2020). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass die Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe die Betroffenen in ihrem Bestreben fördert, abstinenz zu werden bzw. zu bleiben. So legen die Ergebnisse nahe, dass die Teilnahme an einer GA-Gruppe und der dadurch erlebte soziale Rückhalt bedeutende Faktoren für längere Phasen der Abstinenz darstellen (Oei & Gordon, 2008). Eine andere Studie führte einen Vergleich zwischen Spielerinnen und Spielern mit einem pathologischen Spielverhalten durch, die Erfahrung mit einer GA-Gruppe hatten, und solchen, die zuvor nicht an einer entsprechend organisierten Gruppe teilgenommen hatten. Sie kam zu dem Schluss, dass die Teilnahme in einer GA-Gruppe unabhängig von professionellen Hilfsangeboten die Wahrscheinlichkeit für kurzfristige Abstinenz erhöht (Petry, 2003). Der positive präventive Einfluss von Selbsthilfegruppen, um bei Personen mit Glücksspielbedingten Problemen das Risiko von Rückfällen zu reduzieren, wird von einer in Deutschland durchgeführten Studie bestätigt. Die Befragten betrachteten die Gruppenbesuche hauptsächlich als hilfreich für die Klärung der eigenen Situation sowie der Vermeidung von Rückfällen (Hayer et al., 2020). Für die Schweiz liegen bis heute keine empirischen Arbeiten vor, die sich speziell mit Selbsthilfegruppen im Bereich Glücksspiel be-

fassen. Eine Studie, welche den Einfluss der Spielsperre auf die Beratungsmotivation von Casino-Spielerinnen und -Spielern untersuchte, erbrachte allerdings, dass Selbsthilfegruppen ein wichtiges Versorgungsangebot für Betroffene von Glücksspielbedingten Problemen sind (Lischer et al., 2023).

2.3.2 Gesundheitliche Relevanz des Austauschs persönlicher Erfahrungen

Der Erfahrungsaustausch in Selbsthilfegruppen bildet die Grundlage für verschiedene Wirkungen auf die Mitglieder. Die Kommunikation dient nicht nur dem individuellen Nutzen des/der Einzelnen, sondern fördert auch die Entstehung sozialer Bindungen untereinander (Borgetto, 2013). Durch diese Form der kollektiven, gemeinschaftlichen Selbsthilfe können Beteiligte ihre Erfahrungen reflektieren und ihre Kompetenzen weiterentwickeln (Girndt, 2020). Diese allgemeine Einschätzung wird durch die Ergebnisse mehrerer Untersuchungen untermauert, welche speziell den Erfahrungsaustausch in den Blick nahmen. Binde (2012) zeigt auf, dass die Mitglieder einer „Swedish Mutual Support Society“ insbesondere den persönlichen Erfahrungsaustausch über das problematische Glücksspiel, Rückfälle und den Genesungsprozess als hilfreich empfanden. Das Zuhören und das Sprechen über die Erfahrungen anderer Mitglieder erlauben es, die eigene Situation in einem übergeordneten Kontext zu betrachten, was zur Lösungsfindung beitragen kann (a.a.O.). Die Bedeutung des Erfahrungsaustauschs wird von einem Bericht mit norwegischer Autorenschaft unterstrichen. Die Befunde legen nahe, dass Selbsthilfegruppen dann als unterstützend empfunden werden können, wenn sie den Austausch relevanter Informationen über das problematische Glücksspiel ermöglichen, Mitgliedern erfüllende zwischenmenschliche Erfahrungen bieten und konkrete Bewältigungsstrategien vermitteln. Diese Aspekte könnten einen größeren Einfluss auf die Betroffenen haben als vorgegebene Programme mit festen Richtlinien (Syvertsen et al., 2020).

2.3.3 Fördernde und hemmende Faktoren für die Teilnahme an Selbsthilfegruppen

McGrath und KollegInnen führten eine Untersuchung zur Beteiligung, Zufriedenheit und den Beweggründen für die Teilnahme an Gamblers Anonymous durch. Die Mehrheit der Befragten äußerte eine generelle Zufriedenheit

mit dem Programm. Als häufigstes Motiv für die Teilnahme wurde die Rückfallprophylaxe genannt. Der hohe Schweregrad der Glücksspielsucht und eine hohe Spielfrequenz wirkten sich jedoch hemmend auf die Motivation aus, in einer GA-Gruppe mitzuwirken (McGrath et al., 2018). Auch sozioökonomische Faktoren können fördernd oder hemmend wirken. Petry (2003) verglich GA-Mitglieder mit Personen, die nicht Mitglied einer GA waren, und stellte fest, dass Erstere tendenziell älter und finanziell bessergestellt waren und häufiger in einer Beziehung lebten (a.a.O.). Laut einer in Deutschland durchgeführten Studie sind jüngere Menschen, erwerbslose Personen, Personen mit niedrigerem Bildungsstatus und Personen mit Migrationshintergrund in Selbsthilfegruppen unterrepräsentiert, daher, so die Empfehlung, solle sich die Forschung Gedanken über die adäquate Ansprache entsprechender Bevölkerungsgruppen machen (Hayer et al., 2020).

In allen Selbsthilfegruppen, unabhängig vom Fokus, steht das Gruppengespräch im Mittelpunkt. Das verlangt die Bereitschaft, vor und mit anderen über eigene Probleme zu sprechen und sich gegenseitig zu unterstützen. Aufgrund ihrer Persönlichkeit (z. B. Introvertiertheit) oder wegen ihres erziehungs- oder kulturbedingten Hintergrunds fällt es vielen Menschen jedoch nicht leicht, in einer Gruppe offen Schwierigkeiten anzusprechen. Angst und Scham stellen demnach wichtige individuelle Zugangsbarrieren dar (Girndt, 2020; Matzat, 2009). Eine Untersuchung in der Schweiz zeigte, dass die Teilnehmenden von Selbsthilfegruppen überdurchschnittlich oft weiblich, gut gebildet und älter bzw. im Rentenalter sind (Lanfranconi et al., 2017). Dieses Ergebnis zu Selbsthilfegruppen (unabhängig vom Fokus) findet sich zwar auch in internationalen Studien wieder, doch ergänzend erwies sich, dass bei Selbsthilfegruppen im Suchtbereich mehr Männer zu den Mitgliedern zählen als Frauen (Girndt, 2020). Nach einer erstmaligen Inanspruchnahme des Angebots sind gruppenspezifische Faktoren, ausreichende Übereinstimmung mit den Erwartungen, empathische Gespräche und das subjektive Wohlbefinden in der Gruppe entscheidend dafür, dass die Selbsthilfegruppe weiterhin besucht wird (a.a.O.).

2.3.4 Nutzung von Technologie und Onlinediensten

Angesichts der Diskrepanz zwischen der Prävalenz des problematischen Glücksspielverhaltens und der geringen Inanspruchnahme von Hilfsangeboten haben mehrere Institutionen

onlinebasierte Selbsthilfe-Interventionen eingeführt (Billieux et al., 2016). Sie richten sich an ein offenes Publikum; es handelt sich folglich nicht um gemeinschaftliche Selbsthilfegruppen. Die Digitalisierung eröffnet neue Perspektiven zur Unterstützung von Menschen mit Glücksspielbedingten Problemen. Ein umfassender Literaturüberblick (van der Maas et al., 2019) zeigt die Bandbreite an onlinebasierten Interventionen im Bereich des problematischen Glücksspiels auf. Beispiel für eine erfolgreiche Maßnahme ist das Programm „Win Back Control“ des Schweizerischen Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF), das zu einer signifikanten Reduktion der Spieltage und einer hohen Zufriedenheit der Teilnehmenden geführt hat (Boumparis et al., 2023).

Den Einsatz von Technologie und Onlinediensten in Selbsthilfegruppen untersuchen Ferentzy und KollegInnen (2019) am Beispiel der GA. Sie beleuchten, wie GA-Mitglieder außerhalb der offiziellen GA-Strukturen innovative Online-Peer-Support-Dienste entwickeln, die speziell auf die Bedürfnisse von jüngeren und online Spielenden zugeschnitten sind. Die Autoren diskutieren die wichtige Rolle dieser Dienste und betonen die Dringlichkeit, deren Wirksamkeit und Funktionsweisen eingehender zu erforschen. Sie weisen darauf hin, dass solche Initiativen meist ohne offizielle Anerkennung durch GA funktionieren. Die Anonymität im Internet senke die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Hilfe, bringe jedoch gleichzeitig Herausforderungen in Bezug auf die Qualitätssicherung und Verlässlichkeit des Online-Peer-Supports mit sich (a.a.O.).

3 Selbsthilfe für suchtbetroffene Personen in der Schweiz

Während in Deutschland bereits in den 1990er Jahren die Selbsthilfe in Aktionsplänen, Behandlungsleitlinien und weiteren Basisdokumenten als eigenständiges Element der Suchthilfe erwähnt wurde, war dies in der Schweiz bis vor Kurzem kaum der Fall (Hälg, 2015). Noch vor wenigen Jahren gab es in der Schweiz zwar punktuell Verbindungen zwischen Angeboten der Selbsthilfe und der professionellen Suchthilfe, aber die Akzeptanz der Selbsthilfe schien bei Suchthilfefachpersonen gering zu sein (Infodrog, 2018). So gaben 2011 in der Studie von Schaub, Dickson-Spillmann und Koller (2011) Vertreterinnen und Vertreter von Selbsthilfeorganisationen (AA, Blaues Kreuz, International Organization of Good Templars) an, dass sie eine Unterschätzung ihrer Fähigkeiten und der Wirkung von Selbsthilfegruppen so-

wie mangelnden Respekt gegenüber ihrem Angebot seitens der Fachpersonen wahrnehmen (a.a.O.). Mit der zunehmenden Akzeptanz und Etablierung der Selbsthilfe im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren wurde insbesondere auch die gemeinschaftliche Selbsthilfe als komplementäres Angebot der professionellen Suchthilfe anerkannt. Im Rahmen der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) 2017–2024 hat Infodrog, eine Koordinations- und Fachstelle im Bereich Sucht, ein Projekt ins Leben gerufen, um die Vernetzung zwischen Selbsthilfe und professioneller Suchthilfe zu stärken. Die daraus resultierende Publikation „Kooperation der Selbsthilfe in der Suchthilfe“ war eine direkte Folge dieser gemeinschaftlichen Anstrengungen. So wurde der Bericht in Zusammenarbeit mit Vertretern und Vertreterinnen der Selbst- und der professionalisierten Hilfe in Workshops erarbeitet (Infodrog, 2018).

Gemäß einer 2017 erschienenen Studie existierten im Jahr 2015 insgesamt 2 700 Selbsthilfegruppen zu mehr als 300 Themen, wobei drei Viertel dieser Gruppen Gesundheitsfragen fokussierten. Zusätzlich zu den lokalen Gruppen gab es über 200 themenspezifische Selbsthilfeorganisationen, die häufig Gruppentreffen an mehreren Standorten organisierten (Lanfranchi et al., 2017). Aktuell sind rund 2 800 Selbsthilfegruppen bei Selbsthilfe Schweiz erfasst. Ihre Koordination und Unterstützung leisten 22 regionale, von Fachleuten geleitete Selbsthilfezentren. Diese Zentren offerieren Beratung für Betroffene und Angehörige und informieren diese über Selbsthilfemöglichkeiten. Die Stiftung Selbsthilfe Schweiz fungiert als übergeordnete Organisation, die sich unabhängig von spezifischen Themen für die Förderung der Selbsthilfe einsetzt (Konstantinidis, 2023).

Viele Selbsthilfeorganisationen, darunter AA, Narcotics Anonymous (NA), das Blaue Kreuz, VEVD AJ, IOGT, Al-Anon und Alateen, bieten sowohl Suchtbetroffenen als auch ihren Angehörigen Unterstützung an. Die größeren Organisationen sind entweder landesweit aktiv oder zumindest in einer bestimmten Sprachregion der Schweiz präsent (Infodrog, 2018). Die regionalen Selbsthilfezentren spielen eine wichtige Rolle bei der Gründung, Vernetzung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen im Suchtbereich und führen alle regionalen Gruppen auf ihrer Webseite auf. Selbsthilfe Schweiz bietet eine online zugängliche Themenliste der von den Selbsthilfezentren gemeldeten Selbsthilfegruppen an. Aus dieser Liste geht hervor, dass es in der Schweiz mehr als 350 Selbsthilfegruppen zu verschiedenen Abhängigkeitserkrankungen für Betroffene oder ihre

Angehörigen gibt. Die meisten Angebote stehen im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeiten (> 150 Selbsthilfegruppen), gefolgt von „Drogenabhängigkeit“ (> 45 Selbsthilfegruppen, z. B. NA, Methadon-Gruppe; Selbsthilfe Schweiz, o.J.).

In den letzten Jahren sind neue Selbsthilfegruppen für suchtbetroffene Menschen in der Schweiz entstanden und haben an Bedeutung gewonnen (Infodrog, 2018), darunter Gruppen zu Themen wie Hypersexualität, Kaufsucht, Onlinesucht und auch Glücksspielsucht. Im Kontext des problematischen Glücksspiels sind aktuell fünf lokale Selbsthilfegruppen auf der Liste von Selbsthilfe Schweiz aufgeführt, von denen jedoch drei fachlich geleitet werden (Selbsthilfe Schweiz, o.J.). In fachgeleiteten Gruppen übernehmen nicht selbst betroffene Fachpersonen die Gesprächsmoderation. Diese Angebote, die in der Regel von Suchtberatungsstellen oder stationären Therapieeinrichtungen angeboten werden, gehören nicht zur gemeinschaftlichen Selbsthilfe, sondern werden der professionellen Suchthilfe zugeordnet (Infodrog 2018). Die beiden gemeinschaftlichen Selbsthilfeangebote „Joueurs Anonymes“ (Anonyme Spieler) und „Dépendance aux jeux d'argent et de hasard“ (Abhängigkeit von Glücksspielen) sind in der französischsprachigen Schweiz angesiedelt.

In Anlehnung an die Entwicklungen in Deutschland und Österreich startete 2021 das von Selbsthilfe Schweiz lancierte Projekt „Gesundheitskompetenz dank selbsthilfefreundlicher Spitäler“. Das Projekt läuft bis Ende 2025 und verfolgt das Ziel, die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfezentren und Spitälern zu fördern und die Bekanntheit und Akzeptanz der Selbsthilfe in der Gesundheitsversorgung zu stärken (Konstantinidis, 2023). Im Rahmen einer Zwischenevaluation des Projekts wurde aufgezeigt, dass an knapp der Hälfte der Kooperationen suchtspezifische Selbsthilfegruppen beteiligt waren. Dabei handelte es sich ausschließlich um die AA oder NA.

Ein Bericht von Infodrog zur Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und der professionellen Suchthilfe verdeutlicht, dass, obwohl eine Kooperation von allen Beteiligten als wichtig erachtet wird, eine große Differenz zwischen der grundsätzlichen Bereitschaft zur Zusammenarbeit und der tatsächlichen Umsetzung besteht. Selbsthilfegruppen oder -organisationen ergreifen mehrheitlich die Initiative zur Kooperation. Eben dies wird von der professionellen Suchthilfe erwartet, die mangelnde Meldungen seitens der Selbsthilfegruppen als Grund für fehlende Kooperation anführt. Wenn eine Zusammenarbeit zustande kommt,

bewerten die Fachkräfte sie überwiegend positiv. Hingegen beurteilen Selbsthilfegruppen die Kooperationsbeziehungen eher kritisch; sie fühlen sich möglicherweise nicht ernst genommen oder wünschen sich eine intensivere Zusammenarbeit (Infodrog, 2018).

4 Diskussion

Die bislang vorliegenden Erkenntnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Ressourcen der Suchtselbsthilfe bilden einen essenziellen Bestandteil des sozialen und gesundheitlichen Systems (a.a.O.). Untersuchungen legen nahe, dass die Teilnahme an Selbsthilfegruppen im Glücksspielbereich langfristig positive Auswirkungen auf die Abstinenz haben kann (Oei & Gordon, 2008; Petry, 2003). Der Erfahrungsaustausch in diesen Gruppen ermöglicht es den Betroffenen, ihre Abhängigkeit besser zu bewältigen, ihr Selbstbild zu stärken und effektivere Bewältigungsstrategien zu entwickeln, um mit Rückfällen umzugehen oder sie zu vermeiden (Binde, 2012; Girndt, 2020; Hayer et al., 2020; Syvertsen et al., 2020). Allerdings spielt der Schweregrad der Glücksspielsucht eine Rolle und kann bei hoher Ausprägung als Barriere für die Teilnahme an Selbsthilfegruppen wirken (McGrath et al. 2018). Hayer und KollegInnen (2020) sehen daher für Personen mit zusätzlichen Belastungen und schwerer Glücksspielsucht zusätzliches Potenzial in einer guten Vernetzung mit der professionellen Suchthilfe.

Nicht alle Betroffenen, die grundsätzlich für eine Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe infrage kommen, schließen sich tatsächlich einer solchen an (Borkman et al., 2020). Die Gründe dafür sind ebenso vielfältig wie die Maßnahmen zur Förderung einer Teilnahme. So erfordert etwa die Aktivierung des Selbsthilfepotenzials bei sozial benachteiligten Personen eine umfassende Unterstützung durch Öffentlichkeitsarbeit (Kofahl et al., 2006). Des Weiteren ist eine verstärkte Kooperation mit professionellen Diensten und Institutionen notwendig. Dabei geht es nicht nur darum, die generelle Akzeptanz von Selbsthilfe zu erhöhen. Vielmehr gilt es, die Integration von Selbsthilfeorganisationen und -gruppen wie Gamblers Anonymous in die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen zu fördern.

In der Schweiz ist eine wachsende Anerkennung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen zu verzeichnen. Dieser Trend findet auf politischer Ebene Beachtung und wird durch nationale Gesundheitsstrategien unterstützt. Fachorganisationen auf nationaler und lokaler Ebene erleichtern den Zugang zu

Selbsthilfegruppen, unterstützen beim Aufbau neuer Gruppen und steigern die Sichtbarkeit der Selbsthilfe bei Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften im Gesundheitswesen. Um Betroffene und ihre Angehörigen in die Lage zu versetzen, die für sie passenden Angebote sowohl der professionellen Suchthilfe als auch der Selbsthilfe auszuwählen, ist mehr Durchlässigkeit und Kooperation zwischen beiden Bereichen nötig. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit setzt voraus, dass die Angebote beider Sektoren bekannt sind und ein Bewusstsein für ihre unterschiedlichen fachlichen Positionen, Leistungen und Grenzen existiert. Selbsthilfezentren spielen eine bedeutende Rolle bei der Verknüpfung der Selbsthilfe mit der professionellen Suchthilfe (Infodrog, 2018).

Ungeachtet der Vielzahl und thematischen Vielfalt von Suchtselbsthilfegruppen sind auf der Liste, die von Selbsthilfe Schweiz verwaltet wird, bisher nur zwei Selbsthilfegruppen für Personen mit Glücksspielbedingten Problemen verzeichnet. Das steht durchaus im Widerspruch dazu, dass Casino-Spielerinnen und -Spieler Selbsthilfegruppen als wichtiges Versorgungsangebot betrachten (Lischer et al., 2023). Ein entscheidender Aspekt ist, dass Selbsthilfegruppen in der Regel von den Betroffenen selbst initiiert werden müssen. Eine verstärkte Sensibilisierung und Unterstützung sind daher erforderlich, um Betroffene dazu zu ermutigen, Selbsthilfegruppen zu gründen und ihnen die nötigen Ressourcen bereitzustellen. Lokale Selbsthilfezentren können dabei helfen, neue Gruppen zu gründen und Mitglieder sowie Räumlichkeiten zu finden. Es ist wichtig, dass die Tätigkeiten dieser Selbsthilfezentren bei Akteuren im Bereich Glücksspielsucht noch bekannter werden, um Interessierten einen Anlaufpunkt zu bieten.

Das Fazit lautet, dass Selbsthilfegruppen sowohl in der Fachliteratur als auch bei Akteuren im Public-Health-Bereich mehr Beachtung finden sollten. Bisher wurde wenig Forschung zu den Vorteilen von Selbsthilfegruppen im Bereich des Glücksspiels betrieben, obwohl eine größere Bereitschaft vermutet werden kann, diese Art von Unterstützung zu nutzen, und der positive Einfluss in verschiedenen Studien belegt worden ist.

Literatur

- Billieux, J., Achab, S., Savary, J.-F., Simon, O., Richter, F., Zullino, D. & Khazaal, Y. (2016). Gambling and problem gambling in Switzerland: Gambling in Switzerland. *Addiction*, 111(9), 1677–1683.
- Binde, P. (2012). A Swedish mutual support society of problem gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(4), 512–523.
- Blank, L., Baxter, S., Woods, H. B. & Goyder, E. (2021). Interventions to reduce the public health burden of gambling-related harms: a mapping review. *The Lancet. Public Health*, 6(1), e50–e63.
- Borgetto, B. (2013). Wirkungen gemeinschaftlicher Selbsthilfe bei Suchterkrankungen. *SuchtMagazin*, 39(4), 20–24.
- Borkman, T., Munn-Giddings, C. & Boyce, M. (2020). Self-help/mutual aid groups and peer support: a literature review. *Voluntaristics Review*, 5(2–3), 1–219.
- Boumparis, N., Baumgartner, C., Malischig, D., Wenger, A., Achab, S., Khazaal, Y. et al. (2023). Effectiveness of a web-based self-help tool to reduce problem gambling: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions*, 12(3), 744–757.
- Dey, M. & Haug, S. (2019). *Glücksspiel: Verhalten und Problematik in der Schweiz im Jahr 2017*. Zürich: ISGF – Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Falcato, L. M. (2013). Selbsthilfe und Sucht: Eine sozialwissenschaftliche Annäherung. *SuchtMagazin*, 39(4), 4–10.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Ferentzy, P., Sanchez, S. & Turner, N. E. (2019). Technology and mutual aid for problem gambling: the past and the future. *Journal of Concurrent Disorders*, 1(2), 20–30.
- Forster, R., Braunegger-Kallinger, G., Nowak, P. & Österreicher, S. (2009). Funktionen gesundheitsbezogener Selbstorganisation: eine Analyse am Beispiel einer österreichischen Untersuchung. *SWS-Rundschau*, 49(2), 468–490
- Fredersdorf, F. (2003). Drogenakzeptanz in der Ambulanten Drogen Selbsthilfe. *Sucht*, 49(2), 117–125.
- Gamblers Anonymous* (o.J.). <https://gamblersanonymous.org/ga/> – abgerufen am 01.03.2024.
- Girndt, L. (2020). *Individuelle Unterschiede in der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige: eine empirische Studie* (Dissertation). Universität Bremen.
- Hälg, R. (2015). Kooperation Suchthilfe – Selbsthilfe. *SuchtMagazin*, 44(1), 41–44.

- Hayer, T., Girndt, L. & Brosowski, T. (2020). *Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Versorgung pathologischer Glücksspieler*innen: Nutzen, Grenzen und Optimierungspotenziale* (Endbericht). Universität Bremen.
- Hundertmark-Mayser, J. & Möller, B. (Hrsg.). (2004). *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Infodrog. (2018). *Kooperation zwischen Selbsthilfe und Suchthilfe*. Bern.
- Katz, A. H. (1981). Self-help and mutual aid: an emerging social movement? *Annual Review of Sociology*, 7(1), 129–155.
- Kimmel, A. (2007). *Gemeinschaftliche Selbsthilfe nach einem Schlaganfall* (Dissertation). Universität Bielefeld.
- Kofahl, C. (2017). Gemeinschaftliche Selbsthilfe und Gesundheitskompetenz. *Public Health Forum*, 25(1), 38–41.
- Kofahl, C. (2018). Associations of collective self-help activity, health literacy and quality of life in patients with tinnitus. *Patient Education and Counseling*, 101(12), 2170–2178.
- Kofahl, C., Nickel, S., Werner, S. & Trojan, A. (2006). *Schwer erreichbare Betroffene aktivieren. Ergebnisse aus einer Befragung von 95 Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen*. https://www.academia.edu/16834313/Schwer_erreichbare_Betroffene_aktivieren_Ergebnisse_aus_einer_Befragung_von_95_Selbsthilfekontaktstellen_und_unterst%C3%BCtzungseinrichtungen_-_abgerufen_am_06.05.2024.
- Konstantinidis, E. (2023). Selbsthilfefreundliche Spitäler: Pflegenden und Patientinnen ziehen am gleichen Strick. *Krankenpflege*, 11, 12–15.
- Krizic, I., Maffli, E., Balsiger, N., Gmel, G., Labhart, F. & Vorlet, J. (2022). *act-info Jahresbericht 2021. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems*. Bern. <https://www.suchtschweiz.ch/publication/act-info-jahresbericht-2021-suchtberatung-und-suchtbehandlung-in-der-schweiz-ergebnisse-des-monitoringsystems/> – abgerufen am 06.05.2024.
- Lanfranconi, L. M., StremLOW, J., Ben Salah, H. & Knüsel, R. (2017). *Gemeinschaftliche Selbsthilfe in der Schweiz: Bedeutung, Entwicklung und ihr Beitrag zum Gesundheits- und Sozialwesen* (1. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Lischer, S., Schwarz, J., Wallimann, H., Jeannot, E. & Mathys, J. (2023). Motivating factors and barriers to help-seeking for casino gamblers: results from a survey in Swiss casinos. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1128291.
- Matzat, J. (2009). Zum Stand der Selbsthilfe in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung der Sucht-Selbsthilfe. *European Journal of Mental Health*, 4(01), 101–114.
- McGrath, D. S., Kim, H. S., Hodgins, D. C., Novitsky, C. & Tavares, H. (2018). Who are the anonymous? Involvement and predictors of gamblers anonymous attendance among disordered gamblers presenting for treatment. *Journal of Gambling Studies*, 34(4), 1423–1434.
- Mead, S., Hilton, D. & Curtis, L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134–141.
- Oei, T. P. S. & Gordon, L. M. (2008). Psychosocial factors related to gambling abstinence and relapse in members of gamblers anonymous. *Journal of Gambling Studies*, 24(1), 91–105.
- Petry, N. M. (2003). Patterns and correlates of Gamblers Anonymous attendance in pathological gamblers seeking professional treatment. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1049–1062.
- Schaub, M. P., Dickson-Spillmann, M. & Koller, S. (2011). *Bedarfsabklärung zu Behandlungsangeboten für Personen mit Alkoholproblemen*. Zürich: ISGF – Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Schuler, A., Ferentzy, P., Turner, N. E., Skinner, W., McIsaac, K. E., Ziegler, C. P. & Matheson, F. I. (2016). Gamblers Anonymous as a recovery pathway: a scoping review. *Journal of Gambling Studies*, 32(4), 1261–1278.
- Seebohm, P., Chaudhary, S., Boyce, M., Elkan, R., Avis, M. & Munn-Giddings, C. (2013). The contribution of self-help/mutual aid groups to mental well-being. *Health & Social Care in the Community*, 21(4), 391–401.
- Selbsthilfe Schweiz. (o.J.). *Suche nach Selbsthilfeangeboten*. Lausanne. <https://www.selbsthilfe-schweiz.ch/shch/de/selbsthilfe-gesucht/suche.html> – abgerufen am 14.02.2024.
- Sucht Schweiz. (2019). *Im Fokus – Glücksspielsucht*. Lausanne. <https://shop.addictionsuisse.ch/de/geldspiel/78-148-im-fokus-gluecksspielsucht.html#/27-sprache-deutsch> – abgerufen am 06.05.2024.
- Syvertsen, A., Erevik, E. K., Mentzoni, R. A. & Pallesen, S. (2020). Gambling addiction Norway – experiences among members of a Norwegian self-help group for problem gambling. *International Gambling Studies*, 20(2), 246–261.
- Trojan, A. (2007). Selbsthilfenezusammenschlüsse im Gesundheitsbereich. *Public Health Forum*, 15(2), 2–3.
- van der Maas, M., Shi, J., Elton-Marshall, T., Hodgins, D. C., Sanchez, S., Lobo, D. S. et al. (2019). Internet-based interventions for problem gambling: scoping review. *JMIR Mental Health*, 6(1), e9419.



Prof. Dr. Suzanne Lischer

Als Projektleiterin hat sie in den letzten 15 Jahren zahlreiche Forschungs-, und Evaluationsprojekte im Bereich der Prävention verantwortet. Seit 2017 leitet sie das Kompetenzzentrum Prävention und Gesundheit an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie ist Mitglied der Eidgenössischen Kommission für Suchtfragen und Prävention von nicht-übertragbaren Krankheiten.
suzanne.lischer@hslu.ch



Manuela Eder

Soziologin (M.A.) und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik und Prävention an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie arbeitet in verschiedenen Projekten zur Gestaltung sozialer Versorgung in den Bereichen Suchthilfe und Behindertenhilfe. Weitere Forschungsschwerpunkte umfassen Themen der (digitalen) Selbsthilfe.
manuela.eder@hslu.ch



Elina Lehmann

Arbeits- und Organisationspsychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik und Prävention der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte in den Bereichen von Bedarfsanalysen, Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit, Gesundheitsförderung sowie Selbstorganisation.
elina.lehmann@hslu.ch



Sabrina Wyss

Senior wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik und Prävention (ISP) der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit und Lehrbeauftragte für Organisationssoziologie an der Universität Luzern. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Gestaltung von Hilfesystemen, Inanspruchnahme von Angeboten durch unterschiedliche Zielgruppen und institutionelle Diskriminierung.
sabrina.wyss@hslu.ch

Digitale Angebote zur Konsumreduktion und Verhaltensmodifikation

Doris Malischnig

Zusammenfassung

Dieser Artikel erläutert Konzepte und Beispiele für die Anwendung digitaler Selbsthilfeprogramme zur Prävention von Suchterkrankungen. Digitale Selbsthilfeprogramme können sowohl auf Reduktion von Substanzen als auch auf Verhaltensänderungen abzielen. Sie bieten sich als neue Form der Selbsthilfe an, vielleicht sogar als erste Anlaufstelle, um, wenn erforderlich, den Weg in die therapeutische Unterstützung zu ebnen. Abschließend werden die kostenfreien und anonym nutzbaren webbasierten Selbsthilfe-Konsumreduktionsprogramme des Instituts für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien vorgestellt.

Schlüsselwörter: webbasierte Selbsthilfeprogramme, Prävention, Cannabis, Alkohol, Glücksspiel

Abstract

This article explains concepts and provide examples of the application of digital self-help programs for the prevention of addiction disorders. Digital self-help applications can target both substance reduction and behavior change. They offer a new form of self-help, perhaps even serving as the first point of contact to pave the way for therapeutic support if necessary. Finally, the article introduces the free and anonymously usable web-based self-help consumption reduction programs offered by the Institute for Addiction Prevention Vienna, Austria (ISP).

Keywords: web-based self-help programs, prevention, cannabis, alcohol, gambling

Einleitung

Selbsthilfeprogramme zur Reduzierung von Substanzkonsum oder problematischem Verhalten sind eine vielversprechende Methode, um Menschen auf eine leicht zugängliche Weise zu unterstützen. Sie stellen mitunter eine hilfreiche Option dar, um schädlichen Konsum oder bereits problematisches Verhalten zu verringern.

In diesem Artikel wird unter „E-Mental Health“ die Nutzung digitaler Technologien und neuer Medien verstanden, um Screening-Maßnahmen, Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlungen oder Rückfallprophylaxe anzubieten. Es werden im Speziellen die webbasierten Selbsthilfe-Konsumreduktionsprogramme des Instituts für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien vorgestellt.

Die Wirksamkeit digitaler Technologien bei der Behandlung von Substanzkonsum- und Verhaltensstörungen sowie psychiatrischer Komorbiditäten wurde in verschiedenen Übersichtsarbeiten diskutiert (Boumparis & Schaub, 2022; Chebli et al., 2016; Riper et al., 2018). Die Evaluierung der wissenschaftlichen Wirksamkeit von E-Mental-Health-Anwendungen stellt einen zentralen Aspekt bei der Diskussion über die Potenziale und Beschränkungen dar. Die Beantwortung dieser Frage gestaltet sich für NutzerInnen oft aufwendig und anspruchsvoll. Im Google-Play-Store sind zahlreiche Apps als digitale Selbsthilfeangebote sowohl kostenfrei als auch kostenpflichtig verfügbar. Sie geben an, darauf abzielen, die psychische Gesundheit zu unterstützen und Suchterkrankungen zu behandeln (Jahns, 2014). Haug und KollegInnen (2021) stellen fest, dass mittlerweile über 300 000 Gesundheits-Apps für mobile Endgerä-

te existieren, die darauf ausgerichtet sind, Gesundheitszustände zu messen, zu überwachen und zu managen (a.a.O., S. 13).

In Deutschland wurden Rahmenbedingungen für die Verschreibung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) definiert. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte überprüft solche Anwendungen, die von den Krankenkassen finanziert werden sollen, hinsichtlich Sicherheit, Leistung, Datenschutz, medizinischer Qualität, Interoperabilität und dem wissenschaftlichen Nachweis ihres positiven Versorgungseffekts (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2023). Diese Qualitätssicherung ist in Österreich noch nicht implementiert. Die Fülle an verfügbaren Apps sowie die fehlende standardisierte Überprüfung können die Auswahl für NutzerInnen komplex gestalten und verdeutlichen die Notwendigkeit klarer Qualitätsstandards in diesem Bereich.

Das Anwendungsspektrum reicht von universellen und selektiven Präventionsangeboten (z. B. Anleitung zu Selbstmanagementstrategien zur Gesundheitsförderung) über psychotherapeutische Interventionen zur Überbrückung von Wartezeiten, oder dem Bereitstellen von Übungsaufgaben für PatientInnen (z. B. mit Angststörungen) bis hin zur Rückfallprophylaxe nach Abschluss einer Behandlung im Rahmen der indizierten Prävention (z. B. Unterstützung durch Chatkontakte für rückfallgefährdete PatientInnen).

Den Argumenten gegen internetbasierte Interventionen wie physische Distanz und reduzierte Beobachtungsmöglichkeit der nonverbalen Körpersprache stehen vermehrte Verbalisierung von Gefühlen infolge der Distanz (Berger, 2015) und die größere Offenheit (Suler, 2004) entgegen. Nicht verwunderlich, dass textbasierte Chat- und Video-Therapien sowie browserbasierte Selbsthilfeprogramme und Apps einen Boom erleben. Die meisten evidenzbasierten Internetinterventionen basieren auf Anwendungen aus der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT; Andersson et al., 2016).

Der Automatisierungsgrad dieser Angebote und damit das Ausmaß der persönlichen Betreuung durch den/die AnbieterIn variiert erheblich (Malischnig et al., 2020). Bielinski und Berger (2020) bieten eine umfassende Beschreibung dieser Variationen, die von völlig unbegleiteten („unguided“) Selbsthilfeprogrammen über (minimal) begleitete und geführte Interventionen („guided version“) bis hin zur kombinierten Variante mit digitalen Ergänzungen im Rahmen einer Psychotherapie („blended version“) und ausschließlichen E-Mail-, Chat- und Videotherapieansätzen reichen. Die

Ursprünge dieser Angebotsformen lassen sich laut Schuster und KollegInnen (Schuster, Berger et al., 2018) bis in die späten 1980er und frühen 1990er Jahre zurückverfolgen. Erbe und KollegInnen (2017) haben potenzielle Vorteile dieser gemischten Therapieform identifiziert, darunter Kosteneffizienz, gesteigerte Wirksamkeit der Behandlung, verbesserte Anwendbarkeit im Alltag und eine erhöhte Nutzung effektiver Therapieansätze. In Österreich stellten PsychotherapeutInnen fest, dass die kombinierte (blended) Therapie im Vergleich zu rein webbasierten Interventionen (unguided) weniger Nachteile aufzeigte (Schuster, Pokorny et al., 2018). Dieses Ergebnis wurde in einer Studie mit TherapeutInnen aus Deutschland repliziert (Schuster et al., 2020). Die aktuelle Literatur legt nahe, dass unbegleitete Interventionen ohne menschliche Unterstützung (unguided) in jeder Phase tendenziell mit hohen Abbruchraten, geringerer Einhaltung und auch geringeren Effekten verbunden sind.

Jakob und KollegInnen (2022) untersuchten Faktoren, die entweder als Barrieren oder als unterstützend erlebt werden, um die Effektivität digitaler Gesundheitsangebote zu steigern. Dazu wurde eine umfassende systematische Literatursuche von Januar 2007 bis Dezember 2020 in verschiedenen Datenbanken durchgeführt. Die AutorInnen leiten daraus quantifizierte Werte für verschiedene Gesundheitsbereiche ab, um die qualitativen Ergebnisse zu validieren und Einhaltungsbenchmarks zu erkunden. Es wurden Daten zur beabsichtigten Nutzung, der tatsächlichen Nutzung und Einflussfaktoren auf die Einhaltung extrahiert. Die Literatursuche ergab 2 862 potenziell relevante Artikel, von denen 99 (3,46 %) gemäß der Einschlusskriterien aufgenommen wurden. Vier interventionsspezifische Faktoren wiesen positive Effekte auf die Einhaltung auf:

- Personalisierung oder Anpassung des Inhalts von Mental-Health-Apps an die individuellen Bedürfnisse der BenutzerInnen,
- Erinnerungen in Form individualisierter Push-Benachrichtigungen,
- benutzerfreundliches und technisch stabiles App-Design sowie
- persönliche Unterstützung, die die digitale Intervention ergänzt.

Außerdem wurden soziale und gamifizierte Funktionen als Treiber für die App-Nutzung identifiziert. Eine Vielzahl von individuellen Faktoren, wie BenutzerInnenmerkmale oder Rekrutierungskanäle, beeinflussen ebenfalls die Einhaltung.

Folgende Schlüsselemente sollten daher für digitale Angebote zur Gesundheitsvorsorge berücksichtigt werden:

1. Es braucht ein nutzungsfreundliches Gesamtkonzept, um Menschen mit ihren Beschwerden und Problemen individuell abzuholen, und
2. qualitätssichernde Maßnahmen, zu denen unter anderem verständlich aufbereitete Informationen gehören.
3. Dazu gehören nicht nur ein Internetzugang, sondern auch die für die Nutzung notwendigen Kompetenzen (siehe Malischnig, 2023, S. 212).

Viele effektive Behandlungsansätze basieren auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen und der Kommunikationsform des Motivational Interviewing (Rollnick & Miller, 1995) und unterstützen so das Ausmaß an Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmtheit.

Der aktuelle Trend weist darauf hin, dass auch Elemente der Gamification, Echtzeitrückmeldungen und der Einsatz von Virtual-Reality-(VR)-Techniken in Maßnahmen zur Suchtprävention und -therapie zunehmen. Gamification beinhaltet die Integration von Spielmechanismen und -elementen in nicht-spielerischen Kontexten wie der Suchttherapie. Hierzu zählen Belohnungen, Wettbewerb und Fortschrittsanzeigen. Virtual Reality ermöglicht es den NutzerInnen, in eine computergenerierte Umgebung einzutauchen, wodurch realitätsnahe Situationen simuliert werden können. Zum Beispiel können VR-Szenarien genutzt werden, um mit Einzelpersonen Übungen zu demonstrieren, die ihnen helfen, Fähigkeiten zur Stressbewältigung und zur Vermeidung von Rückfällen zu erlernen, oder auch um Selbsthilfeprogramme realistischer zu gestalten (Eichenberg & Malischnig, 2022; Jakob et al., 2022).

Insbesondere aufgrund der Einschränkungen während der COVID-19-Pandemie sind E-Mental-Health-Anwendungen als anerkannte Möglichkeit und ernstzunehmende Alternative oder Ergänzung zum herkömmlichen Setting in der Praxis angekommen (Bennett et al., 2020). Eine Metaanalyse von Riper und KollegInnen zeigt bereits 2011, dass E-Mental-Health-Programme zur Reduktion der Alkoholmenge bis zu sechs und neun Monaten nach Behandlung wirksam sind (verglichen mit keiner Behandlung).

Bedenklich stimmt, dass zahlreiche Internetinterventionen existieren, die nicht auf ihre Wirksamkeit getestet wurden. Dies wird besonders deutlich, wenn man die Vielzahl von Apps und Programmen in den App-Stores wie iTunes oder Google Play betrachtet (Haug et al., 2021). Für UserInnen besteht die Herausforderung

unter allen digitalen Angeboten solche auszuwählen, die tatsächlich effektiv und sicher sind.

Mehrere kontrollierte Studien und Meta-Analysen legen nahe, dass geführte Interventionen bei häufigen psychischen Störungen wie Depressionen und Angststörungen genauso effektiv sein können wie Psychotherapie, die im persönlichen Setting abgehalten wird (Carlbrown et al., 2018; Romijn et al., 2019). Rezente Untersuchungen deuten darauf hin, dass geführte Online-Interventionen (blended) höchstwahrscheinlich nicht mit höheren Abbruchraten im Vergleich zur Psychotherapie mit ausschließlich persönlichem Kontakt verbunden sind (van Ballegooijen et al., 2014). Die durchschnittliche wöchentliche Zeitinvestition der TherapeutInnen liegt dabei bei etwa zehn bis 15 Minuten je KlientIn (Andersson, 2016). Dies umfasst oft Feedback zu den vom Klienten durchgeführten Übungen und Klärung von Inhalten, oftmals ergänzend zur Interaktion mit einem E-Coach (Baumgartner et al., 2021a, 2021b; Malischnig et al., 2020).

In der heutigen Zeit informieren sich Hilfesuchende über Internetportale zu ihren Beschwerden, sei es vor oder während der Kontaktaufnahme mit FachexpertInnen. Daher empfiehlt Eichenberg (2021), dass zu Beginn jeder Psychotherapie eine Medienanamnese durchgeführt werden sollte, um die digitalen Gewohnheiten und Selbsthilfeaktivitäten der Patienten zu verstehen. Die Anamnese sollte problematische und dysfunktionale Nutzungsweisen sowie die Nutzung von Online-Selbsthilfeangeboten erfassen und regelmäßig von den TherapeutInnen evaluiert werden, um festzustellen, ob die Selbsthilfeaktivitäten förderlich oder hinderlich für den Therapieprozess sind.

Berücksichtigung von Komorbiditäten

Depression ist eine der häufigsten Begleiterkrankungen bei Alkoholabhängigkeit (Brière et al., 2014; Hasin et al., 2007). Kessler und KollegInnen beschreiben einen positiven Aspekt der Online-Therapie, insbesondere in Bezug auf die Behandlung von Depressionen durch Echtzeit-Textchats. Die Behandlungsvorteile konnten über einen Zeitraum von acht Monaten aufrechterhalten werden. Die AutorInnen betonen, dass diese Form der Bereitstellung durch Chat den Zugang zur Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) für PatientInnen erweitern könnte. Die Gesamtergebnisse legen nahe, dass sowohl angeleitete Selbsthilfe als auch individualisierte E-Mail-Therapie wirksam sein können (Kessler et al., 2009).

In einer Studie von Baumgartner und KollegInnen (2021a) wurden zwei aktive minimal angeleitete Selbsthilfe-Online-Interventionen zur Reduktion depressiver Symptome und des Alkoholkonsums mit den Ergebnissen der Warteliste verglichen. In der Schweiz wird das Online-Selbsthilfe-Programm als *takecareofyou.ch* vom Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung der Universität Zürich und in Österreich als *alkcoach.at* vom Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien angeboten. Eine Mitfinanzierung der Adaptation für Österreich erfolgte durch den Dachverband der österreichischen Sozialversicherung. Das Studiendesign war so angelegt, dass ein Versuchsarm Interventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums und explizit der depressiven Symptomatik enthielt, während im zweiten Versuchsarm die Inhalte ausschließlich auf die Alkoholreduktion ausgelegt waren. Beide Interventionen führten zu signifikant weniger Standardgetränken bei den TeilnehmerInnen im Vergleich zur Wartelisten-Kontrollgruppe, und diese Effekte hielten bis zu sechs Monate nach Programmstart an.

Eine minimal guided, internetbasierte Selbsthilfe zur Reduktion des Cannabiskonsums *CANreduce 2.0* zeigt kurz- und mittelfristig eine signifikante Reduzierung sowohl des Cannabiskonsums (Baumgartner et al., 2021b) als auch der Angstsymptomatik (Malischnig et al., 2020). Die Verringerung des Cannabiskonsums ist dabei weitgehend unabhängig vom Schweregrad der Angstsymptomatik bei Programmstart. Auch dieses Selbsthilfe-Konsumreduktionsprogramm wird von denselben Verantwortlichen wie das beschriebene Alkoholkonsum-Reduktionsprogramm in der Schweiz unter *CANreduce.ch* und in Österreich unter *CANreduce.at* angeboten.

Adhärenz

Der Erfolg einer Verhaltensänderung hängt immer von der Motivation der änderungswilligen Personen ab. In diesem Kontext haben sich Begriffe wie „Adhärenz“ etabliert. Adhärenz bezieht sich auf den Grad der Übereinstimmung zwischen dem Verhalten der Person und dem vereinbarten Vorgehen. Das bedeutet, dass Personen die Ziele verstehen und ihnen zustimmen. Individuen werden als mündig wahrgenommen, einschließlich ihrer Ambivalenzen, und nehmen eine aktive Rolle im Prozess ein. Auf diese Weise entwickeln sie sich zu geschulten ExpertInnen. Im Gegensatz dazu bezeichnet der Begriff „Compliance“ die Bereitschaft der PatientInnen, den medizinischen Verord-

nungen zu folgen. Der Begriff „Retention“ wird als einfaches Beibehalten in einer Studie definiert (Hagen, 2009).

Die Verbesserung der Adhärenz von E-Mental-Health-Angeboten kann gemäß dem Supportive Accountability Model (Mohr et al., 2011) durch die Einbeziehung „menschlicher“ Unterstützung, beispielsweise in Form eines E-Coaches, sowie die Möglichkeit individueller Zielsetzung erreicht werden. Erste Hinweise darauf wurden bereits in der initialen *CANreduce-1.0*-Studie gefunden (Schaub et al., 2015). Wie von Mohr und KollegInnen (2011) betont, sollte der E-Coach als „warm“, „persönlich“ oder „sozial“ wahrgenommen werden.

Digitale Selbsthilfeprogramme zur Konsum-/Verhaltensreduktion in Österreich

Die in Österreich in Verwendung stehenden E-Mental-Health-Programme des Instituts für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien zur Reduktion des Alkohol-, Cannabis- und Glücksspielkonsums sind

- *alkcoach.at* (Baumgartner et al., 2021a),
- *CANreduce.at* (Baumgartner et al., 2021b; Dey et al., 2022; Malischnig et al., 2020) und
- *genuggespielt.at* (Boumparis et al., 2023).

Teilnahmevoraussetzungen sind:

- Zugang zum Internet: PC, Tablet, Smartphone,
- Mindestalter: 16 Jahre,
- Verständnis und Lesefähigkeit in Deutsch auf Level B2.

Funktionen des Selbsthilfeprogramms *CANreduce.at*

Das Selbsthilfeprogramm *CANreduce 2.0* wurde als minimal begleitetes Selbsthilfeprogramm zur Reduktion des Cannabiskonsums als *CANreduce.ch* in der Schweiz und in Österreich als *CANreduce.at* entwickelt (Baumgartner et al., 2021b). Es bietet verschiedene Strategien und Techniken an, um den Cannabiskonsum zu reduzieren oder aufzugeben. Diese Online-Intervention setzt neue digitale Maßstäbe in Bezug auf E-Coaching und den Einsatz virtueller BegleiterInnen.

Nach der Registrierung werden die Teilnehmenden zu Beginn und dann wöchentlich dazu ermutigt, in ihrem Konsumtagebuch die eigenen Ziele hinsichtlich Konsumreduktion zu definieren und einzutragen. Die Möglichkeit, individuelle Konsumziele zu setzen und diese regelmäßig zu überprüfen, dient der

Steigerung der Selbstwirksamkeit der NutzerInnen.

Fünf der insgesamt acht zu absolvierenden Module werden von einem E-Coach per Video (siehe Abbildung 1) vorgestellt. In diesem Video wird kurz zusammengefasst, welche Inhalte die NutzerInnen in dem jeweiligen Modul erwarten. In den im Laufe der acht Wochen vom E-Coach versendeten E-Mails werden die NutzerInnen motiviert und ermuntert, ein bis zwei Module pro Woche zu bearbeiten. In Tabelle 1 werden die angebotenen acht Module mit einer Übersicht der darin behandelten Themen vorgestellt.

Im Falle einer nachlassenden Aktivität werden die Teilnehmenden über E-Mails vom E-Coach ermutigt weiterzumachen. Vom E-Coach wird auch darauf hingewiesen, dass man sich jederzeit bei Fragen an das CANreduce-Fachteam wenden kann. Es wird zugesagt, dass die Beantwortung einer Anfrage innerhalb von 48 Stunden erfolgt. Wie bereits in der CANreduce-1.0-Studie gezeigt werden konnte, trägt allein die Möglichkeit zum Kontakt wesentlich zum Erfolg bei (Schaub et al., 2015).

Im Einführungsmodul (Modul 1) werden sechs fiktive BegleiterInnen aus verschiedenen Lebenskontexten vorgestellt (siehe Beispiel, Abbildung 2). Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit, aus den verschiedenen fiktiven BegleiterInnen eine Person auszuwählen, wobei diese



Abbildung 1

E-Coach

Auswahl jederzeit geändert werden kann. Die Charaktere variieren in Bezug auf Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierung, Familienstatus und berufliche Situation, um realitätsnah ein vielfältiges Bild von KonsumentInnen abzubilden.

Die fiktiven BegleiterInnen teilen ihre Meinungen und Erfahrungen mit den NutzerInnen, um sie bei Aufgaben in den verschiedenen Modulen zu unterstützen. Dies ermöglicht es den Teilnehmenden, eigene Annahmen in einen anderen Kontext zu setzen („reframing“), und unterstützt dabei, einen neuen Blickwinkel auf Herausforderungen bei der beabsichtigten Verhaltensänderung zu ermöglichen.

Module	Inhalt
Modul 1: Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtübersicht • Einführung der virtuellen Begleitpersonen • Reflexion des persönlichen Cannabiskonsums
Modul 2: Identifizieren von Risikosituationen	<ul style="list-style-type: none"> • Eigene Risikosituationen identifizieren
Modul 3: Zeit für Dich	<ul style="list-style-type: none"> • Stärken und Erweitern von sozialen Kontakten • Unterstützung gegen Grübeln • Entwickeln von gesunden Schlafgewohnheiten
Modul 4: Craving	<ul style="list-style-type: none"> • Information zum Konzept des Cravings • Verhaltensalternativen
Modul 5: Ausrutscher	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Ausrutscher • Prävention eines Ausrutschers
Modul 6: Probleme angehen	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehung zwischen Cannabiskonsum, Lebensproblemen und depressiven Symptomen • Umgang mit lösbaren und unlösbaren Problemen
Modul 7: Nein-Sagen/Fähigkeit abzulehnen	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der Ablehnungsfähigkeiten („Nein-Sagen“)
Modul 8: Erfolge sichern	<ul style="list-style-type: none"> • Programm Revue passieren lassen • Erstellen einer persönlichen 5-Punkte Liste, um Erfolge zu sichern

Tabelle 1

Inhalte der einzelnen Module von CANreduce 2.0

Bojan, 34, Teamleiter



Guten Tag! Mein Name ist Bojan, ich bin 34 Jahre alt und arbeite im Marketing. Ich bin eher ein Kiffer der älteren Garde, es würde mich echt interessieren, wie viele Gramm Gras ich schon durch meine Lunge gezogen hab. Im Grunde genommen ist es schon fast eher Gewohnheit und ein kleines bisschen Nostalgie. Ich hab halt einen alten eingeschworenen Freundeskreis, bei denen das irgendwie dazugehört, wenn wir mal abhängen. Allerdings hab ich mich doch weiterentwickelt und auch beruflich einiges mehr an Verantwortung übernommen, das passt jetzt alles irgendwie nicht mehr richtig zusammen. Die alten Freundschaften will ich nicht aufgeben, aber das ständige Mitrauchen bei jedem Treffen eigentlich schon.

Abbildung 2

Beispiel für einen fiktiven persönlichen Begleiter

Sidestep: Das hier beschriebene und seit 2019 in Österreich online angebotene Selbsthilfeprogramm *CANreduce.at 2.0* wurde in der Zwischenzeit technisch und inhaltlich überarbeitet. Seit dem 23.01.2024 ist das Selbsthilfeprogramm *CANreduce.at 3.0* in Österreich online verfügbar. Um die Wirksamkeit der neuen Version 3.0 zu überprüfen, wird das Programm erneut als wissenschaftliche Studie betrieben. Die interessierten LeserInnen seien auf die Artikel von Dey und KollegInnen (2022) und Schaub und Boumparis (2023) verwiesen.

Funktionen des Selbsthilfeprogramms *alkcoach.at*

Wie bei allen bisher vorgestellten und vom Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien angebotenen Selbsthilfeprogrammen wird auch bei *alkcoach.at*, der/ die NutzerIn motiviert, sich jede Woche ein individuelles Ziel für die beabsichtigte Verhaltensänderung (von Reduktion des Alkoholkonsums bis Abstinenz) im Online-Konsumtagebuch einzutragen. Die NutzerInnen vermerken am Ende der Woche die tatsächlich konsumierte Menge an Alkohol im Konsumtagebuch.

Dieser Prozess wird auch bei dieser Anwendung von acht zu absolvierenden Modulen begleitet, wobei der E-Coach regelmäßig per E-Mail dazu ermutigt und personalisiert daran erinnert, ein bis zwei Module pro Woche zu durchlaufen (siehe Abbildung 3).

Diese strukturierte Vorgehensweise bietet den NutzerInnen eine umfassende Möglichkeit zur Selbstreflexion und zur schrittweisen Umsetzung ihrer individuellen Veränderungsziele im Umgang mit ihrem Alkoholkonsum.

Das Selbsthilfeprogramm *genuggespielt.at*

Viele Menschen mit Glücksspielproblemen suchen keine formelle Behandlung auf. Daher sind niederschwellige, evidenzbasierte Methoden und Strategien zur Schadensreduktion zur Prävention einer Glücksspielsucht erforderlich.

Das E-Mental-Health-Programm wird in Österreich als *genuggespielt.at* und in der Schweiz als *winbackcontrol.ch* angeboten. Es basiert auf kognitiver Verhaltenstherapie und Ansätzen des Motivational Interviewings (Rollnick & Miller, 1995), die sich bei der Behandlung von Glücksspielproblemen als wirksam erwiesen haben.

Es besteht aus neun Modulen, die verschiedene Themen und Strategien abdecken, wie z. B.:

- Die Festlegung von persönlichen Zielen.
- Die Bewältigung von Verlangen (Craving), Rückfällen und Risikosituationen.
- Die Verbesserung der Selbstkontrolle, des Selbstwertgefühls und der Stressbewältigung.
- Die Suche nach alternativen Aktivitäten, sozialer Unterstützung und
- neue Strategien zum Umgang mit Geld.

Die TeilnehmerInnen durchlaufen die ersten fünf Module nacheinander. Die vier weiteren Ergänzungsmodule zu spezifischen Fragen können je nach individuellen Bedürfnissen und Präferenzen absolviert werden. Die TeilnehmerInnen erhalten personalisiertes Feedback von einem E-Coach, der sie durch das Programm begleitet. Zusätzlich werden die TeilnehmerInnen dazu angehalten, ein „Glücksspieltagebuch“ zu führen, in dem sie ihre Glücksspielzeiten, Ausgaben und ihre Stim-

Abbildung 3

Module von *alkcoach.at*



mung dokumentieren sowie einen Wochenplan erstellen. Diese Funktionen sollen ihnen helfen, ihr Glücksspielverhalten zu überwachen und zu reduzieren sowie ihre Lebensqualität zu verbessern. Das Programm dauert insgesamt acht Wochen.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit des Online-Selbsthilfeprogramms *winbackcontrol.ch* und *genuggespielt.at* wurde in der Interventionsgruppe in einem Langzeitvergleich (Follow-Up bis zu sechs Monate) die Frequenz und Intensität des Glücksspielverhaltens mit jener verglichen, die TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe erreichten, die ein auf Wirksamkeit überprüfbares Selbsthilfe-Handbuch (Hodgins et al., 2001) verwendeten. In beiden Interventionsgruppen zeigte sich eine signifikante Verringerung der Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen. Die Reduktion der Glücksspielaktivität konnte auch bei Nachuntersuchungen nach acht Wochen und sechs Monaten bestätigt werden. Zusätzlich fielen signifikante Unterschiede zugunsten der Interventionsgruppe mit dem webbasierten Angebot hinsichtlich der Reduktion der Glücksspielsymptome, der Glücksspielschwere und der gleichzeitig auftretenden komorbiden Symptome auf. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich die TeilnehmerInnen der Interventionsgruppe insgesamt stärker verbessert haben als jene der Kontrollgruppe (Boumparis et al., 2023).

Diese Ergebnisse stimmen mit den Befunden früherer randomisiert kontrollierter Studien zur Behandlung von Glücksspielproblemen überein, die über große und anhaltende Effekte berichteten (Carlbring et al., 2012; Cunningham et al., 2019).

Diskussion

Die voranschreitende Digitalisierung hat einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheitsversorgung, insbesondere im Bereich der Selbsthilfeprogramme zur Reduktion des Substanzkonsums oder eines Verhaltens. Trotz dieser Entwicklung fehlen in Österreich häufig klare Handlungsempfehlungen zur Beurteilung der Qualität digitaler Selbsthilfeprogramme und Apps.

Zur Beurteilung eines digitalen Angebots dürfte eine Kombination von folgenden Funktionen hilfreich sein:

- Es besteht die Möglichkeit der individuellen, persönlichen Zielsetzung in einem digitalen Konsumtagebuch (Konsumreduktion/ Abstinenz).
- Als Möglichkeit der Verhaltenskontrolle wird der tatsächliche Konsum dem ur-

sprünglichen Ziel im digitalen Tagebuch gegenübergestellt und veranschaulicht.

- Es wird Psychoedukation zu relevanten Themen angeboten.
- Unterstützend dürften virtuelle Begleitpersonen sein, die aus verschiedenen Lebenskontexten stammend ihre individuelle Sichtweise bei der Bewältigung der Herausforderungen am Weg zur Konsumreduktion/Abstinenz zur Verfügung stellen.
- Ein E-Coach, der mit personalisierten Nachrichten motivierend unterstützt, ergänzt hilfreich die digitale Unterstützung.
- Es besteht zusätzlich die Möglichkeit spezifische Anfragen an reale Fachpersonen zu stellen und eine zeitnahe Antwort zu erhalten.
- Es ist jederzeit möglich und wünschenswert, wenn notwendig an regionale Hilfsangebote weitergeleitet zu werden, sollte eine persönliche Begleitung durch Fachpersonen als hilfreich erachtet werden („gateway to therapy“).

Fazit

Digitale Technologien liefern vielversprechende Ergebnisse in Bezug auf die Prävention und Schadensminimierung bei KonsumentInnen von Alkohol, Cannabis und Glücksspiel. E-Mental-Health-Programme eröffnen neue Perspektiven für Betroffene, ihre Familien und die Gesellschaft. Die Akzeptanz neuer Technologien kann als erster Schritt für diejenigen interpretiert werden, die bisher einen niedrighschwelligigen Zugang zu bestehenden Interventionen mit persönlichem Kontakt abgelehnt haben und den Fokus auf Selbsthilfe priorisieren.

Indem Selbsthilfeprogramme in den Vordergrund treten und gleichzeitig Adressen sowie Kontaktmöglichkeiten zum etablierten Hilfesystem bereitgestellt werden, erweitern diese digitalen Angebote das Spektrum der bisher verfügbaren Optionen. Damit tragen sie dazu bei, eine breitere Palette von Personen zu erreichen, und bieten eine flexible und individualisierte Unterstützung bei dem Wunsch nach Reduktion des Konsums von Substanzen oder eines Verhaltens.

Anonyme, kostenlose und qualitätsgesicherte Selbsthilfeprogramme wie *alkcoach.at*, *CANreduce.at* und *genuggespielt.at* ermöglichen in Österreich einen niedrighschwelligigen Zugang zum Hilfesystem. Während *alkcoach.at* auf die Reduktion des Alkoholkonsums fokussiert ist und maßgeschneiderte Unterstützung anbietet, adressiert *CANreduce.at* die Verringerung des Cannabiskonsums, und *genuggespielt.at*

widmet sich der Reduktion des Glücksspielverhaltens.

Es ist förderlich, wenn sich NutzerInnen der Tatsache bewusst sind, dass E-Mental-Health-Anwendungen sowohl Chancen als auch Risiken in sich bergen können. Die positiven Aspekte liegen in der frühzeitigen, orts- und zeitunabhängigen Unterstützung von änderungswilligen Personen. Es werden einerseits psychoedukative Module angeboten und solche, die Strategien zur Verfügung stellen, die von den NutzerInnen zur Zielerreichung ausgeführt werden sollten. Dazu gehören Module, die bei der Bewältigung des Verlangens (Craving) nach der Substanz oder dem Verhalten unterstützen, solche, die Ausrutscher und den Umgang damit adressieren, sowie weitere, die Risikosituationen identifizieren, um geeignete Strategien zur Selbstkontrolle zu erlernen. Dann wird der Fokus auf die Erhöhung des Selbstwertgefühls und der Stressbewältigung gelegt und bei der Suche nach alternativen Aktivitäten unterstützt.

Die beschriebenen Selbsthilfe-Programme *alkcoach.at*, *CANreduce.at* und *genuggespielt.at* entsprechen höchsten Gütekriterien, was nicht für alle am Markt nutzbaren Selbsthilfeprogramme gilt.

Eine Forderung wäre, dass zukünftig alle E-Mental-Health-Angebote hinsichtlich Qualität und Wirksamkeit verbindlich überwacht werden. Darüber hinaus müssen Datenschutzbedenken und potenzielle Risiken im Zusammenhang mit Online-Interventionen berücksichtigt und ausgeräumt werden.

Insgesamt zeigen die genannten Plattformen, dass E-Mental-Health-Programme eine vielversprechende Ergänzung zu bisherigen Möglichkeiten darstellen können, um Menschen auf ihrem Weg zur Gesundheitsförderung effektive Unterstützung anzubieten.

Literatur

- Andersson, G. (2016). Internet-delivered psychological treatments. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*, 157–179.
- Andersson, G., Carlbring, P. & Lindefors, N. (2016). History and current status of ICBT. In N. Lindefors & G. Andersson (Eds.), *Guided internet-based treatments in psychiatry* (pp. 1–16). Basel: Springer International.
- Baumgartner, C., Schaub, M. P., Wenger, A., Malischnig, D., Augsburg, M., Lehr, D. et al. (2021a). "Take care of you" – Efficacy of inte-

VERLAGSHINWEIS

Ambulante Drogenselbsthilfe: Soziale Elemente stehen im Vordergrund

Die meisten Mitglieder ambulanter Drogenselbsthilfe sind mit ihrer Gruppe sehr zufrieden. Am höchsten ist die Zufriedenheit mit akzeptanzorientierten Gruppen (JES), berichtet Frederic Fredersdorf in seiner Studie „Verantwortung leben – Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland“.

„Auf die Frage: ‚Was gefällt dir besonders an der Selbsthilfegruppe?‘, antworteten knapp 90 Prozent: Soziale Fragen stehen deutlich im Vordergrund, gefolgt von Gruppenmodalitäten und dem Aspekt persönlicher Selbstständigkeit. Drogenpolitische und materielle Aspekte sind dagegen für die Betroffenen randständig. Erneut zeigt sich, dass die ‚Basis‘ der ambulanten Drogenselbsthilfe im Unterschied zu

einigen offiziellen Statements besonders die sozialen Elemente der Gruppe schätzt.“

„Gemessen an der Bewertung ihrer Mitglieder unterscheiden sich akzeptanz- und abstinenzorientierte Drogenselbsthilfe in vier gruppenspezifischen Faktoren höchstsignifikant voneinander:

- 1) Abstinenzorientierte Gruppen prägen Merkmale von Selbstwahrnehmung und Empathie doppelt so häufig aus wie akzeptanzorientierte JES-Gruppen.
- 2) JES-Gruppen bekräftigen ihre Mitglieder doppelt so intensiv wie abstinenzorientierte Gruppen.
- 3) Abstinenzorientierte Gruppen integrieren ihre Klientel eineinhalb mal

häufiger psychosozial und substanzspezifisch als JES-Gruppen.

- 4) JES-Gruppen bieten ihren Mitgliedern doppelt so häufig soziale Dienstleistungen an wie abstinenzorientierte Gruppen.“

Die Studie eignet sich dazu, die Handelnden innerhalb des Drogenselbsthilfesystems besser zu verstehen und die Bedingungen für den Erfolg ihres Einsatzes abzuschätzen.

Frederic Fredersdorf:
Verantwortung leben – Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland.
Neuland/Pabst

- grated, minimal-guidance, internet-based self-help for reducing co-occurring alcohol misuse and depression symptoms in adults: Results of a three-arm randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 225, 108806.
- Baumgartner, C., Schaub, M. P., Wenger, A., Malischnig, D., Augsburg, M., Walter, M. et al. (2021b). CANreduce 2.0 adherence-focused guidance for internet self-help among cannabis users: three-arm randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23, e27463.
- Bennett, C. B., Ruggero, C. J., Sever, A. C. & Yano, L. (2020). eHealth to redress psychotherapy access barriers both new and old: A review of reviews and meta-analyses. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 188–207
- Berger, T. (2015). *Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bielinski, L. L. & Berger, T. (2020). Internet interventions for mental health: current state of research, lessons learned and future directions. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 28, 65–83.
- Boumparis, N., Baumgartner, C., Malischnig, D., Wenger, A., Achab, S., Khazaal, Y. et al. (2023). Effectiveness of a web-based self-help tool to reduce problem gambling: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions*, 12, 744–757.
- Boumparis, N. & Schaub, M. P. (2022). Recent advances in digital health interventions for substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 35, 246–251.
- Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. & Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 526–533.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2023). *Das Fast-Track-Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 139e SGB V. Ein Leitfaden für Hersteller, Leistungserbringer und Anwender*. Version 3.5 vom 28.12.2023. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/diga_leitfaden.pdf?__blob=publicationFile – abgerufen am 22.01.2024.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47, 1–18.
- Carlbring, P., Degerman, N., Jonsson, J. & Andersson, G. (2012). Internet-based treatment of pathological gambling with a three-year follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 321.
- Chebli, J.-L., Blaszczynski, A. & Gainsbury, S. M. (2016). Internet-based interventions for addictive behaviours: a systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 32, 1279–1304.
- Cunningham, J. A., Godinho, A. & Hodgins, D. C. (2019). Pilot randomized controlled trial of an online intervention for problem gamblers. *Addictive Behaviors Reports*, 9, 100175.
- Dey, M., Wenger, A., Baumgartner, C., Herrmann, U., Augsburg, M., Haug, S. et al. (2022). Comparing a mindfulness- and CBT-based guided self-help internet- and mobile-based intervention against a waiting list control condition as treatment for adults with frequent cannabis use: a randomized controlled trial of CANreduce 3.0. *BMC Psychiatry*, 22, 215.
- Eichenberg, C. (2021). Digitale Selbsthilfe: Nutzen und Risiken. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 19, 226–228.
- Eichenberg, C. & Malischnig, D. (2022). E-Mental Health Anwendungen im Bereich der Suchttherapie. *Suchtmagazin*, 6, 6–14.
- Erbe, D., Eichert, H.-C., Riper, H. & Ebert, D. D. (2017). Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19, e306.
- Hagen, A. (2009). HTA-Bericht: Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103, 351.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E. & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 830.
- Haug, S., Augsburg, M., Jakob, R. & Kowatsch, T. (2021). *Literaturstudie zu Verhaltensänderungen durch mHealth Applikationen: Schlussbericht*. ETH Zürich.
- Hodgins, D. C., Currie, S. R. & el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50–57.
- Jahns, R.-G. (2014). 8 drivers and barriers which will shape the mHealth app market in the next 5 years. *research2guidance*. <https://research2guidance.com/8-drivers-and-barriers-which-will-shape-mhealth-market-in-the-next-5-years/>
- Jakob, R., Harperink, S., Rudolf, A. M., Fleisch, E., Haug, S., Mair, J. L. et al. (2022). Factors influencing adherence to mhealth apps for prevention or management of noncommunicable diseases: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 24, e35371.

- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S. et al. (2009). Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 374, 628–634.
- Malischnig, D. (2023). Zukunftsbild Gesundheit: Die Gesundheitsversorgung von morgen – günstiger, genauer, digital?. In K. Sigl (Hrsg.), *Nachhaltigkeit und Digitalisierung – (kein unternehmerisches Dilemma)* (S. 209–216). Berlin: Springer Gabler.
- Malischnig, D., Baumgartner, C. & Schaub, M. P. (2020). CANreduce 2.0: Reduzierung des Cannabiskonsums unter Berücksichtigung von psychischen Komorbiditäten wie der Generalisierten Angststörung – Zwei Fliegen auf einen Schlag? *Suchttherapie*, 21, 194–204.
- Mohr, D. C., Cuijpers, P. & Lehman, K. (2011). Supportive accountability: a model for providing human support to enhance adherence to eHealth interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 13, e30.
- Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A. et al. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLOS Medicine*, 15, e1002714.
- Riper, H., Spek, V., Boon, B., Conijn, B., Kramer, J., Martin-Abello, K. & Smit, F. (2011). Effectiveness of E-Self-help interventions for curbing adult problem drinking: a metaanalysis. *J Med Internet Res*, 13, e42.
- Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325–334.
- Romijn, G., Batelaan, N., Kok, R., Koning, J., van Balkom, A., Titov, N. & Riper, H. (2019). Internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in open community versus clinical service recruitment: meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 21, e11706
- Schaub, M. P. & Boumparis, N. (2023). CANreduce 1.0 bis 3.0: Entwicklungen und Erkenntnisse eines webbasierten Selbsthilfeprogramms zur Reduktion des Cannabiskonsums. *Suchtmedizin*, 25, 267–273.
- Schaub, M. P., Wenger, A., Berg, O., Beck, T., Stark, L., Buehler, E. & Haug, S. (2015). A web-based self-help intervention with and without chat counseling to reduce cannabis use in problematic cannabis users: three-arm randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17, e232.
- Schuster, R., Berger, T. & Laireiter, A.-R. (2018). Computer und Psychotherapie – geht das zusammen?: Stand der Entwicklung von Online- und gemischten Interventionen in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 63, 271–282.
- Schuster, R., Pokorny, R., Berger, T., Topooco, N. & Laireiter, A.-R. (2018). The advantages and disadvantages of online and blended therapy: survey study amongst licensed psychotherapists in Austria. *Journal of Medical Internet Research*, 20, e11007.
- Schuster, R., Topooco, N., Keller, A., Radvogin, E. & Laireiter, A.-R. (2020). Advantages and disadvantages of online and blended therapy: Replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals. *Internet Interventions*, 21, 100326.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *CyberPsychology & Behavior*, 7, 321–326.
- van Ballegooijen, W., Cuijpers, P., van Straten, A., Karyotaki, E., Andersson, G., Smit, J. H. & Riper, H. (2014). Adherence to internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PLoS ONE*, 9, e100674.



Dr.in Doris Malischnig

Klinische, Gesundheits- und Organisationspsychologin, Leiterin E-Mental-Health-Projekte am Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien. Stv. Leiterin der Arbeitsgruppe „Digitalisierung und E-Mental Health“ des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen. Hypnotherapeutin nach Milton Erickson, Suchtberaterin, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) i. A. u. S., siehe www.malischnig.at
doris.malischnig@gmail.com

Selbsthilfe erzählen – Ethik als Ästhetik in Luka Lenzins *Nadel und Folie*

Thomas Ballhausen

Zusammenfassung

Mit dem Comic *Nadel und Folie* adressiert Luka Lenzin auf künstlerischem Wege kritisch die deutsche bzw. internationale Drogenpolitik und rückt dabei insbesondere Aspekte der Stigmatisierung und Kriminalisierung ins Zentrum. Aufbauend auf langjährigen eigenen Arbeitserfahrungen in einer Hamburger Einrichtung erzählt Lenzin anhand individueller Schicksale von übergeordneten Fragestellungen und Herausforderungen, die nicht zuletzt politische und ethische Aspekte berühren. In der vorsätzlichen Verbindung von Faktischem und Fiktivem bezieht sich Lenzin auf die ästhetischen Strategien der Collage, entsprechend stehen in diesem Comic erfundene Biografien neben historischen Überlegungen und Informationen zum Drogenkonsum. Hier ist insbesondere die Integration von wissenschaftlichen Quellen in eine narrative Struktur für das Verhältnis ethischer Ansprüche und ästhetischer Strategien von Bedeutung. Die gegenständliche Analyse konstatiert deshalb nicht nur eine Verbindung von Ethik und Ästhetik, sondern vielmehr eine Weiterentwicklung bzw. Verschiebung hin von Ethik (etwa in Bezug auf die von Lenzin herangezogenen Quellen) als Ästhetik (eben in der Ausgestaltung des Comics durch Lenzin). *Nadel und Folie* kann und soll als Ausdruck künstlerischer Kritik an deutscher bzw. internationaler Drogenpolitik verstanden werden, als parteiische Perspektive auf die aktuellen Debatten rund um Optionen der Legalisierung substanzgebundener Süchte. Die Analyse von Lenzins Veröffentlichung macht deutlich, wie sehr das eigenständige Medium Comic in der Lage ist, sensible gesellschaftliche Themen adäquat zu verhandeln bzw. diese Themen in Formen künstlerischer Darstellung zu überführen.

Schlüsselwörter: Luka Lenzin, Graphic Novel/Comic, Drogenpolitik/künstlerische Darstellung, War on Drugs/künstlerische Darstellung, Suchtberatung/künstlerische Darstellung

Abstract

With the comic book *Needle and Foil* (original title: *Nadel und Folie*), Luka Lenzin takes a critical artistic approach to German and international drug policy, focusing in particular on aspects of stigmatisation and criminalisation. Building on many years of personal work experience in a Hamburg institution, Lenzin uses individual fates to tell of overarching issues and challenges that touch not least on political and ethical aspects. In the deliberate combination of fact and fiction, Lenzin draws on the aesthetic strategies of collage; accordingly, in this comic, invented biographies are juxtaposed with historical considerations and information on drug use. Here, the integration of scientific sources into a narrative structure is particularly important for the relationship between ethical demands and aesthetic strategies. This analysis therefore not only establishes a connection between ethics and aesthetics, but rather a further development or shift from ethics (e.g., in relation to the sources used by Lenzin) to aesthetics (precisely in Lenzin's design of the comic). *Needle and Foil* can and should be understood as an expression of artistic critique of German and international drug policy, as a partisan perspective on the current debates surrounding options for the legalisation of substance-related addictions. The analysis of Lenzin's publication makes it clear to what extent the independent medium of comics is capable of adequately negotiating sensitive social issues and translating these issues into forms of artistic representation.

Keywords: Luka Lenzin, graphic novel/comic, drug politics/artistic representation, war on drugs/artistic representation, addiction counseling/artistic representation

1 Erfahrung und Sagbarkeit

Kritische Reflexion ist für Luka Lenzin ein bestimmendes Moment im Selbstverständnis künstlerischer Aktivität und medialen Ausdrucks. Im Beitrag der Festschrift für die renommierte Künstlerin Anke Feuchtenberger, die Lenzin unterrichtete, findet sich folgende, auch für den gegenständlichen Aufsatz relevante (Selbst-)Einschätzung dazu:

„Hinterlassen meine Comics ein Nachbild von sachlichen Talking Heads? Im Studium [...] deutete ich die Kritik meiner Gegenüber als Aussage über Mangel. Fehlt es mir an Verbindung nach innen hin, und sind meine Figuren deshalb unverbindlich? Heute weiß ich, solch ein Nachbild sagt etwas aus über ein individuelles Lesen. Dass z. B. ein expressives oder ein körperbetontes Ich vielleicht einen Spiegel sucht, vielleicht ein fremdes Du. Und auch etwas über mein Erzählen, nämlich sind meine Figuren seit jeher auf der zugeneigten Suche, Teil flüchtiger Ideen zu sein, ungeklärter Beziehungsweisen.“ (Gordon et al., 2023, S. 81)

Der Auseinandersetzung mit menschlichen Beziehungsweisen wird wenig zufällig auch in *Nadel und Folie* eine prominente Position zugebilligt – eben auch, weil diese Arbeit, bei aller künstlerischer Verhandlung der gewählten Themen, auf einen – im Sinne Blumenbergs (Blumenberg, 2020, S. 9) – pragmatischen Entwurf von Wirklichkeit abzielt. In der daraus abgeleiteten Betonung von Verbindlichkeit in Bezug auf ein dementsprechend verbindliches Handeln und ein bewusstes Übernehmen von Verantwortung will dieser Comic auf erster Ebene erzählen, auf zweiter Ebene aber eben diese Verbindlichkeit für die Wirklichkeit unseres politischen Alltags stiften. *Nadel und Folie* verbindet entsprechend Faktuales und Fiktives, kontrastiert Information mit Narration, wenn in der Veröffentlichung ein Arbeitstag in einer Hamburger Drogenhilfe-Einrichtung geschildert wird, immer wieder durchbrochen von Biografien sogenannter Klienten und angereichert durch essayistische Einschübe voller Kontextinformationen.

Der in der Publikation durchgängig spürbare Wunsch Lenzins bzw. die Möglichkeit, „Partei ergreifen zu können“ (Kolek, 2022) und „den Menschen mit meinen Mitteln eine Stimme geben“ (a.a.O.) basiert dabei nicht nur auf einer offensichtlich intensiven Auseinandersetzung mit dem Themenfeld von Konsum und Abhängigkeit, sondern auch auf einer mehrjährigen Arbeitserfahrung in einer einschlägigen Hilfseinrichtung. Lenzin positioniert sich in

der vorliegenden Veröffentlichung sehr kritisch gegenüber politischen Rahmungen und fragt, durchaus parteiisch, nach Verhältnismäßigkeit der zum Einsatz kommenden (politischen) Mittel und der dahinterstehenden Staatsgewalt. Lenzin positioniert sich weiters gegen Formen der Stigmatisierung und der restriktiven Politik eines War on Drugs. „Konsumierende“ (Lenzin, 2022, S. 20) sollten nicht kriminalisiert, sondern vielmehr unterstützt und anerkannt werden. Als Alternativen werden, abseits von mitunter mangelhaft konturierten Begriffen wie Behandlung oder Heilung, ein sprachsensibler Umgang mit dem gesamten Themen- und Motivkomplex, Information, Aufklärung und nicht zuletzt Akzeptanz benannt und auch in der künstlerischen Praxis vorgeführt. *Nadel und Folie* ist als künstlerische Kritik und als ebensolcher Beitrag zur Debatte um Drogenpolitik, unter besonderer Berücksichtigung der Aspekte Kriminalisierung, Illegalität und Stigmatisierung, lesbar. Lenz sucht in der Verhandlung von Abhängigkeit bzw. Konsum vorsätzlich eine Verbindung zu anderen Thematiken wie Migration oder Rechtsstaatlichkeit; diese gewollte Vielschichtigkeit führt aber auch zu Überblendungen, offenen Punkten und Widersprüchen. Eine produktive Leseweise wäre, diesen Umstand mehr als Offenheit denn als Unentschiedenheit zu interpretieren.

2 Methode und Struktur

Um Lenzins komplexen Ansatz in der Verhandlung einer nicht weniger komplexen Thematik in der Analyse zu entsprechen, wurde für die bessere Strukturierung des gegenständlichen Beitrags auf Vorarbeiten von Barsoux, Wade und Bouquet (2022) zurückgegriffen. In ihrem Forschungsbeitrag *Identifying unmet needs in the digital age* wird ein vierteiliges Analyse-Framework vorgestellt, das eigentlich zur Erhebung von Kundenbedürfnissen im digitalen Zeitalter dient. Wenngleich die Autoren in ihrer höchst anregenden, analytischen Darstellung von Zielsetzungen, Innovationspotenzialen und der Anpassung bzw. Entwicklung von Services oder Produkten von gänzlich anderen Formen von Bedarf und Bedürfnis sprechen, eignet sich die von ihnen entwickelte Matrix m. E. nach für eine versuchsweise Applizierung auf narrative Formen. Unabhängig von einer potenziellen künftigen Übertragbarkeit auf den Bereich der Suchtforschung werden die vier prinzipiellen Perspektiven der Betrachtung demnach auf den zu analysierenden Comic angewandt. Die vier Perspektiven lassen sich folgendermaßen allgemein beschreiben und hinsichtlich ih-

rer Anwendung bei der Analysearbeit fassbar machen:

- 1) Die Perspektive des Mikroskops: Diese Perspektive ist auf individuelle Nutzer innerhalb einer definierten Zielgruppe ausgerichtet. Dominante Faktoren können Alltag und alltägliche Erfahrungen, die Herstellung einer Verbindung zum Einzelnen im Sinne einer anthropologischen Fokussierung sein. Der Mensch steht bei dieser Perspektive im Zentrum, deshalb werden im entsprechenden Unterpunkt (Abschnitt 3 des gegenständlichen Textes) Ethik, Ästhetik und Fiktion behandelt.
- 2) Die Perspektive des Panoramas: Diese Perspektive ist auf Gruppenverhalten, Verhaltens- und Nutzungspatterns innerhalb einer definierten Zielgruppe ausgerichtet. Wesentlich ist hier das potenzielle Erkennen übergreifender Momente in der fokussierten Zielgruppe, aber nicht zuletzt auch Aspekte wie Fehler, Versagen oder Defizite – deshalb wird im entsprechenden Unterpunkt (Abschnitt 4 des gegenständlichen Textes) Drogenpolitik als Kontext beleuchtet.
- 3) Die Perspektive des Teleskops: Diese Perspektive ist auf Eindrücke bzw. Ausdruck individueller Nutzer außerhalb der eigentlichen Zielgruppe ausgerichtet. Dominante Faktoren wären hier neben der grundsätzlichen Berücksichtigung peripherer Phänomene auch Formen der Verweigerung, der Extreme und die Abkehr bzw. Herausforderung von Konventionen. Ausgehend von diesen Aspekten werden im entsprechenden Unterpunkt (Abschnitt 5 des gegenständlichen Textes) das Medium Comic und dessen Kontexte untersucht.
- 4) Die Perspektive des Kaleidoskops: Diese Perspektive ist auf Verhaltens- und Nutzungspatterns außerhalb der eigentlichen Zielgruppe ausgerichtet. Hier sollen Gemeinsamkeiten bzw. Überschneidungen mit Feldern außerhalb des gewählten thematischen Scopes berücksichtigt werden. Ausgehend von diesen Vorüberlegungen wird im entsprechenden Unterpunkt (der sechste und abschließende Abschnitt des gegenständlichen Textes) auf gesamtgesellschaftliche Implikationen und politisch-utopische Potenziale von Lenzins künstlerischer Veröffentlichung eingegangen.

3 Mikroskop: Ethik, Ästhetik, Fiktion

Lenzin schildert den fordernden Arbeitsalltag, die Reflexion rechtlich-politischer Rahmenbe-

dingungen als auch die mediale Berichterstattung über Suchterkrankung auf berührende und durchaus auch schockierende Weise. Wie oben erwähnt, soll mit *Nadel und Folie* Position bezogen und Kritik formuliert werden. Ganz gemäß Lenzins Selbstauskunft sollen Faktuales und Fiktionales, Recherche und Erfahrung vorsätzlich verbunden und in erzählerisch-reflexiver Form verhandelt werden. Implizit reklamiert Lenzin dabei einen Fiktionsbegriff für sich, der erfahrungsgeleitet als „eine historisch, kulturell und individuell wandelbare Zuschreibung“ (Pfeiffer, 2021, S. 77) funktioniert. Die Wirklichkeit wird im Rahmen dieser Strategie zur Vorlage, die Nähe zum Bereich der sogenannten Creative Nonfiction (vgl. Gutkind, 2012) ist dabei durchaus gegeben. Fiktion wird als ontologische Hinterlegung des Dokumentarischen deutlich, wenn Einzelschicksale zur Verhandlung eines größeren thematischen Hintergrunds aufgerufen werden – nicht zuletzt um ebendiese übergeordneten Komplexe überhaupt verhandelbar zu machen. Dass hinsichtlich besonders kritisch eingeschätzter Teilbereiche, etwa die Verhandlung von Gesetzeslagen, eher auf Darstellung denn auf Argumentation gesetzt wird, ist durch die Konzessionen eines künstlerischen Zugriffs gedeckt – und das gilt auch unabhängig davon, ob man Lenzins Darstellungen zustimmen kann. Lenzin äußert sich in einem Interview dazu folgendermaßen:

„Wichtig war mir, nicht einseitig voyeuristisch zu sein und nicht durch gezeigte Vulnerabilität eine Art moralische Anbindung für Lesende zu schaffen. Ja, ich erzähle nicht niedrigschwellig, denn ich meine, fehlendes Verstehenkönnen darf nicht in entzogenem Mitgefühl resultieren.“
(Kolek, 2022)

Die Position der gewollten Diskursteilnahme und des künstlerischen Ausdrucks – vom Ausweisen der Quellen bis zur Integration eines die Autorenposition mitmeinenden Figurenangebots – erinnert an Wittgensteins berühmtes, vorsorglich in Klammern gesetztes Diktum „(Ethik und Ästhetik sind Eins.)“ (Wittgenstein, 1995, S. 83). In *Nadel und Folie* sehen wir das transzendente Potenzial der Ethik geradezu programmatisch ästhetisch gewendet – weil wortwörtlich gezeigt wird (vgl. Gmür, 2000, S. 59 ff.). Lenzin verbindet einen ethischen, offengelegten Umgang mit Information mit einer ästhetischen Vermittlung derselben. Mittels Col-lage oder Parallelität wird Information in die doku-fiktionale Handlung integriert und – an diesem Punkt wird es erneut durchaus heikel – subjektiv und gemäß der gewählten Stoßrichtung auch vermittelt.

So sachlich der Ton der integrierten Information sprachlich ist, so unterschiedlich und persönlich sind die aufgerufenen Sprach-Ebenen, wenn es Lenzin um die Darstellung der einzelnen Figuren geht. Hier dominiert das Dialektale und das Umgangssprachliche, eben auch um die Menschlichkeit der Dargestellten zu betonen oder um lebensweltliche Aspekte abseits der Drogen- und Suchtproblematik herauszuarbeiten. Das Spektrum der in die Handlung verwobenen Biografien reicht vom Aufwachsen in der DDR bis zum Migrationshintergrund. Sprachlich gefasste Eindrücke der geschilderten Lebenserfahrungen reichen dabei von „*Der Widerspruch zwischen sinnhaftem Leben und vorgelebtem Unsinn tut sich auf. Wahr und unwahr werden extrem intensiv empfunden*“ (Lenzin, 2022, S. 32) bis zu „*Obwohl ich nicht verstand, warum selbst in der Fiktion coole Kinder erwachsen werden wollten. Wohl kaum! Das riecht noch immer nach Betrug*“ (a.a.O., S. 33). Aus dem Spannungsverhältnis von Ähnlichkeit der Figuren in der zeichnerischen Darstellung und der notwendigen Unterscheidung, die eben auch sprachlich realisiert ist, formt sich die Forderung nach Differenziertheit im übergeordneten Sinne. Das wird über den Verlauf des gesamten Bandes deutlich, wenn etwa die Verbindung von Politik und Medien verhandelt wird oder Lenzin auf die mediale Überformung als auch Konstruktion (politisch) dienstbarer Bilder zu sprechen kommt. Hier wird im Comic eine notwendige Unterscheidung zwischen Kriminalität und Krankheit direkt angesprochen:

„Krankheit ist ein Seinszustand, der Auskunft gibt über die Setzung von Gesundheit als normal und von Normalen als gesund. Gesellschaftlich: Wo beginnt das Gesunde und wo endet das Kranke? [...] Krankheit hat die Fähigkeit, uns auch zu zeigen, was für verdrillte Regeln in diesem Deutschland herrschen: Es wird festgestellt, ob du geistig oder körperlich wiederherstellbar bist. Wenn nein: Raus mit dir aus der Gesellschaft!“ (a.a.O., S. 62)

4 Panorama: Drogenpolitik als Kontext

Die Politik der Literatur und die globale Drogenpolitik stehen in einer engen Verbindung. Die lange und zumindest partiell als fruchtbar zu bezeichnende Wechselbeziehung zwischen Drogen und Literatur (vgl. Kupfer, 2006) ist dabei weniger eine Frage mediengeschichtlicher Nachweisbarkeit, denn vielmehr, was auch für Lenzin als relevant einzustufen ist, eine Frage der Darstellbarkeit bzw. der Modi der jeweili-

gen künstlerischen Darstellung (vgl. Ronell, 1994, S. 69 ff.). Mit *Nadel und Folie* wird neben der erwähnten Formulierung von Kritik auch eine Form der Gegen-Erzählung zum konventionellen bzw. konventionalisierten Narrativ geboten. Lenzin nutzt dabei die Einschulung einer erfundenen Praktikantin als weitere Option der Informationsvermittlung an die Leserschaft. In der Betonung der Vorzüge einer entsprechend niedrigschwelligen Beratung und Unterstützung spielt nicht zuletzt die räumliche Dimension eine zentrale ästhetische wie auch lebensweltliche Rolle:

„Die Lebenssituation unserer Klienten hält nur sehr wenige Orte bereit, an denen sie einfach sein können.“ (Lenzin, 2022, S. 100)

Diese Beschreibung geht nicht nur mit der Forderung nach Konsumräumen und Beratung einher, sondern auch nach der eingeklagten Akzeptanz von Lebensumständen, erweiterter Sozialarbeit, psychosozialer Betreuung und dem Anerkennen einer sogenannten „individuelle[n] Konsumkompetenz“ (a.a.O., S. 103). Lenzin stellt diese Gedanken bewusst in Zusammenhang mit Aspekten wie repressionsbedingte Schwarzmarkt-Entwicklungen, Flucht, Migration und außereuropäischen Vorstellungen von Gesundheit oder eben auch Krankheit. Der Aspekt der Krankheit nimmt bei Lenzin m. E. nach auch deshalb eine besonders wichtige Rolle ein, da sich hier einmal mehr Gesellschaftskritik formulieren lässt:

„Kranke werden gewöhnlich von den Reizen des gesellschaftlichen Zusammenspiels entschuldigt, bis sie wieder funktionieren. [...] Suchtkranken wird unterstellt, sie würden angesichts dieses Spiels ein Leben voller Nachteile aufrechterhalten.“ (a.a.O., S. 100)

Vergleichbare Perspektiven auf Drogenpolitik lassen sich auch in neueren kritischen Darstellungen finden. Exemplarisch dafür kann die Monografie *Der große Rausch* von Helena Barop (2023) stehen, die wie Lenzins Veröffentlichung bewusst ein breites Publikum adressieren will. Barop beschreibt in ihrer Globalgeschichte der Drogenkriminalisierung eine sich abzeichnende Verschiebung weg von Verbot und Bestrafung, aber auch ein Nebeneinander von Reform und Verfolgung oder Schwebezustände in laufenden Prozessen der Legalisierung:

„In vielen Ländern der westlichen Welt gerieten um die Jahrtausendwende die ersten Drogenverbote langsam spürbar ins Wanken. 1994 begann die Schweiz, ‚Fixerstübl‘ einzurichten, in denen

Heroinabhängige ihren Stoff unter ärztlicher Kontrolle vom Staat bekommen.“ (Barop, 2023, S. 10)

Auf die Einrichtung vergleichbarer Beratungsstellen ab den 1970er Jahren und den Beginn einer Entkriminalisierung referenziert indirekt ja auch Lenzin. Barop entwickelt über ihr Buch hinweg die These eines internationalen Drogenproblems als ursprünglich US-amerikanische Herausforderung. Eine besondere Rolle weist sie dabei einer diffusen Angst vor Drogen und insbesondere Drogenkonsum, der von Heimkehrern aus dem Vietnamkrieg importiert werden würde, zu – einer Angst, die von der Nixon-Administration instrumentalisiert und medial verbreitet bzw. geschürt worden wäre. Erste Konsequenzen daraus wären dabei nicht nur spezifische Formen des Profiling in Überwachung und Strafverfolgung gewesen, sondern die Verschiebung einer Drogenkrise zu einem veritablen Drogenkrieg. Diesen *War on Drugs* – und hier überschneiden sich Lenzin und Barop erneut in ihren Darstellungen und Schlussfolgerungen – müsse man als Teil einer mitunter repressiven US-amerikanischen Außenpolitik verstehen, dessen historisch herleitbare Motivation abseits gesundheitlich-medizinischer Überlegungen zu suchen wäre. Der *War on Drugs* ist für beide

„das Produkt einer langen, verwickelten Deutungsgeschichte und besteht aus einem ziemlich undurchsichtigen Bündel von Annahmen, Behauptungen, Ängsten, Schreckbildern und Klischees.“ (Barop, 2023, S. 19)

Wenngleich dieser *War on Drugs* als gescheitert apostrophiert wird (vgl. a.a.O., S. 13) sind die Folgen in rechtlichen Anpassungen, die sich an US-amerikanischer Prohibitionsgesetzgebung orientieren, nicht zuletzt in Europa spürbar. Lenzin als auch Barop sehen die ihren Überlegungen nach negativ einzuschätzende prohibitive Drogenpolitik in direkter Verbindung mit sensationsorientierten medialen Entwürfen, die nicht zuletzt das „Zerrbild des Junkies“ (a.a.O., S. 234) und die Begründung von Selbstverschulden nachhaltig festgeschrieben haben. Beide sehen Konsum im Zeichen von autonomer Entscheidung oder auch als individuelles Aufbegehren, Gesetze und Maßnahmen aber in Bezug zu übergreifenden (außen-)politischen Entwicklungen. Barop schlussfolgert daraus:

„Viel spricht dafür, dass die meisten Drogentoten nicht an Drogen starben oder sterben, sondern an der Art, wie unsere Gesellschaft mit Drogen umgeht.“ (a.a.O., S. 238)

Lenzin und Barop setzen demnach beide auf Aufklärung denn auf Abschreckung – auch im Sinne einer Hinwendung zu mehr (Eigen-)Verantwortung.

5 Teleskop: Ausdrucksmittel Comic

Lenzin sieht den verfolgten Ansatz des Doku-Fiktionalen geprägt durch

*„die gleichzeitig vertrauliche und distanzierte Beziehungsweise im Job, meine energische Lust am Recherchieren und daran, Perspektiven zu verrücken mithilfe der Collage. Drei Ebenen – die Biografie der Drogengebraucher*innen, ein historisch-politischer Exkurs, der Gedankenfluss der Luka-Figur – docken an einen Tagesablauf an: das ist ganz schön dicht und aufgeladen. Es ist aber auch meine Marke, dicht und aufgeladen.“ (Kolek, 2022)*

Die Vielzahl der Interessenslagen korrespondiert mit der Schwierigkeit, *Nadel und Folie* eindeutig innerhalb des Mediums Comic zu kategorisieren, eben weil Elemente des Sachcomics, des künstlerischen Erfahrungsberichts und der erzählerisch überformten Graphic Memoir vorwiegend verbunden werden (vgl. Baetens & Frey, 2015; Abel & Klein, 2016). Es bleibt festzustellen, dass Lenzin mit der vorliegenden Arbeit auf die im Medium Comic – und insbesondere in der Ausprägung der Graphic Novel – gut etablierte Koppelung von Persönlichem und Politischem aufsetzt. Mit der zumindest partiellen Übertragung des Selbst in eine Figur wird den geschilderten Erfahrungen einerseits eine zusätzliche Ebene von Bedeutung und Bezeugung zugeordnet, andererseits schließt Lenzin damit an die neuere feministische Praxis von Autotheory an (vgl. Fournier, 2021). Dahingehend wäre wohl weiter zu untersuchen, ob diese nicht zuletzt zwischen Autobiografie und Autofiktion angesiedelte Erzählstrategie nicht vielmehr als generell emanzipative, künstlerische Schreibweise zu perspektivieren wäre (vgl. Ballhausen, 2023, S. 20 ff.). Die Mittel und Möglichkeiten des Mediums Comic kommen unabhängig davon vollumfänglich zum Einsatz: Die Seiten folgen klaren Panelstrukturen bzw. einer zumindest über weite Strecken des Bandes entsprechenden Führung der Leserschaft bei der Rezeption; Sprechblasen, Textkästen und auch Lautworte lassen sich entsprechend nachweisen. Die Konzessionen des Erzählens werden in *Nadel und Folie* darüber hinaus mit eindeutig informationsvermittelnden Absichten, wie sie etwa im Sach-Comic gut etabliert sind, verbunden. Kommentare, die Anordnung paralleler Text-

angebote und die Montage von Medienberichten und Zitaten werden collagiert und schlüssig in die Handlung integriert. Eine zusätzliche Qualität in der Darstellbarkeit wird durch den bewussten Einsatz von Anthropomorphismus gewonnen: Der Einsatz von Tierköpfen bzw. Tiergestalten ist im Medium Comic weit verbreitet – man denke an so bekannte Beispiele wie Robert Crumb oder Lewis Trondheim – und erlaubt eine deutliche Erweiterung von Darstellungsmöglichkeiten bzw. eine Rezeptionserleichterung für die Leserschaft in der Verhandlung komplexer oder fordernder Thematiken.

Um Erfahrungen für künstlerische Sagbarkeit nutzbar zu machen, entscheidet sich Lenzin auf der formalen Ebene für ein Ineinander verschiedenster Stränge und Ereignisse, ein Ansatz, der die Gesamtkonzeption des Werks als auch die Gestaltung einzelner Bilder prägt: Lenzin bietet ein produktives Durch- und Ineinander von Szenen. Erinnerungtes und Dokumentiertes, Gefundenes und Erfundenes stehen nebeneinander, eingefasst durch die Klammer eines Erzählens, das „Form und Inhalt“ (Burdorf, 2001, S. 21) einander annähert. Im Sinne eines poetologischen Ausdrucks kommt es zu einer permanenten Offenlegung von Quellen und Hinweisen, also einer dokumentierenden Erzählung, die mit den Mitteln der Kunst des Medium Comic Kritik formulieren und Umstände sichtbar machen will. Wenn gleich die Sprecherposition innerhalb der Veröffentlichung eine Figur ist – eben eine Art alter ego von Lenzin – wird an diesem Punkt der Darstellung aus ethischen Überlegungen heraus eine Grenze etabliert. *Nadel und Folie* wäre demnach ein „Comic mit fiktiven Figuren und doku-fiktionaler Handlung, Ähnlichkeiten mit realen Personen sind zufällig“ (Lenzin, 2022). Figuren sprechen oder erhalten somit stellvertretend die Möglichkeit des Ausdrucks, indem Lenzin Einzelschicksale vor dem größeren Diskussionsgegenstand darstellt – und dabei durchaus appellativ operiert. Diese spezifische Perspektive mag streckenweise einseitig anmuten, unterstreicht aber Lenzins Ansinnen einer agonalen Diskursteilhabe mit den Mitteln der Kunst. Reizvoll und interessant wird dies m.E. nach zusätzlich, weil Ethik mit Ästhetik unter Bezugnahme auf die verhandelten Thematiken verbunden und gleichfalls zur Diskussion gestellt wird.

6 Kaleidoskop: Transformation und Utopie

Die Sagbarkeit der Künste ermöglicht zu adressieren, was sonst nur unvollständig oder auch gar nicht verhandelt wird. Lenzins collagierete Comic-Erzählung eröffnet in diesem Sinne eine künstlerisch-kritische Perspektive auf Drogenpolitik, die ästhetisch als auch politisch lesbar sein will. Hinsichtlich der Rezeption des Bandes und des darin eingeschriebenen Wunsches nach einer über das Werk hinausgehenden Sensibilisierung lassen sich zwei bildtheoretische Ansätze aufeinander beziehen. Der erste Ansatz leitet sich von den wirkmächtigen Theorien Arthur C. Dantos her (vgl. Auxier & Hahn, 2013; Locher, 2023, S. 399 ff.), in der eine semiotische Lesbarkeit des Kunstwerks durch eine stark aufgewertete Rolle der Rezipienten, auch hinsichtlich ästhetischer Erfahrung, zu entschlüsselnder Kontextualisierung und aktiver Teilhabe, realisiert wird. Der zweite Ansatz, der sich auf das Konzept der „Struktion“ von Jean-Luc Nancy (Pahl, 2023, S. 247 ff.) stützt, ermöglicht eine Einordnung, die stärker auf Präsenz des Kunstwerks denn auf dessen eindeutige Interpretation setzt – und damit über eine umfassende Erschließung im Rahmen semiotischer Lesbarkeit bzw. Decodierung hinausgeht. Die Leserschaft kann also, Danto folgend, den Kunstcharakter von Lenzins Veröffentlichung erkennen und rezipierend vervollständigen, wird zugleich aber durch die erfolgreiche Verbindung von Faktuellem und Fiktiven auf einen umfassenderen, gesellschaftlichen Zusammenhang hingewiesen. Zeigen wird bei Lenzin, wengleich klar parteiisch, zum Aufzeigen: Die verhandelten sensiblen Themen werden nicht zuletzt im Mit-Erscheinen in ihrer Vielfältigkeit gleichzeitig sichtbar – und auch abseits von *Nadel und Folie* verhandelbar.

An diesem Punkt wird das Mit-Erscheinen m. E. nach zum Mit-Sein, zur Verhandlung eines verantwortungsvollen Subjekts im Rahmen einer Gesellschaft, die ein reflexiv begründetes Wir enthält, ohne anti-individualistisch deformiert zu sein. Eine solche Pluralität, deren Existieren ein Bewusstsein für ethische Koexistenz und gelebtes Miteinander voraussetzt, verlangt nach der Verhandlung einer Gemeinschaft, die im wechselseitigen Zeigen und Sichtbarmachen der Subjekte möglichst unverstellt existenzielle Bedürfnisse klärt und offenlegt – nicht als Kränkung, sondern als Option einer Öffnung hin auf u. a. Ambivalenz, Dissens und Kritik (vgl. Nancy, 2016; Lindberg, Magun & Tattari, 2023). Wenn Lenzin also konstatiert, dass „die beste Form der Kritik das Fantasieren von Lebenswelten sei, die so unwiderstehlich sind,

dass die Leute sagen, da möchte ich hin und nie wieder zurück“ (Lenzin, 2022, S. 64), ist das nicht nur als ikonische Erkenntnis durch künstlerische Evidenz lesbar. Die künstlerische Auseinandersetzung mit den Bedingungen und Notwendigkeiten politischen Handelns (vgl. Nancy, 2017) öffnet sich darüber hinaus auch für eine Verhandlung utopischer Entwürfe, die nicht also historisches Material verstanden werden, sondern als Angebote gegenwärtiger Lebbarkeit (vgl. zu Coverley, 2016; Claeys, 2022). Die Teilhabe der Künste an diesem Erhofften stellt sich auch als Frage des Stils, also als Mit-Sein mit den Mitteln der Künste:

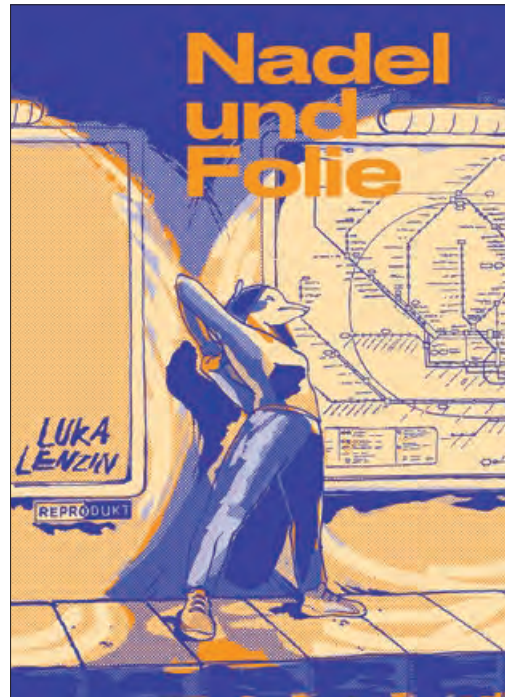
„[O]ur styles – our basic manners of being active in the world – are enacted by us, and they are enacted by us in a space of significance for others, and so they are present to us, too, as the ways that we find ourselves presenting ourselves to others. To have a style is perforce to be in relation with others and to have a socially amplified self-conception.“ (Noë, 2023, S. 144 f.)

Im Sinne dieses Relationalen, das gleichermaßen die Stiftungsfunktion der Künste und die Unabgeschlossenheit politischer Ausverhandlungen berücksichtigt, lässt sich auch die Selbstbefragung Lenzins am Ende des Bandes lesen:

„Ich werde nie ganz loskommen von hier. Und ich werde mich nicht zufriedengeben mit jetzt. [...] Denn nur so kann ich herausfinden, wer ich noch sein kann.“ (Lenzin, 2022, S. 165)

Literatur

- Abel, J. & Klein, C. (Hrsg.). (2016). *Comics und Graphic Novels. Eine Einführung*. Stuttgart: Metzler.
- Auxier, R. E. & Hahn, L. E. (Eds.). (2013). *The philosophy of Arthur C. Danto*. Chicago, IL: Open Court/Carus.
- Baetens, J. & Frey, H. (2015). *The graphic novel. An introduction*. New York: Cambridge University Press.
- Ballhausen, T. (2023). *Nachtaktiv. Versuch über das Cahier*. Innsbruck: Innsbruck University Press.
- Barop, H. (2023). *Der große Rausch. Warum Drogen kriminalisiert werden. Eine globale Geschichte vom 19. Jahrhundert bis heute*. München: Siedler.
- Barsoux, J.-L., Wade, M. & Bouquet, C. (2022). „Identifying unmet needs in the digital age“. *Harvard Business Review*, 100(4), 64–72.
- Blumenberg, H. (2020). *Realität und Realismus*. Berlin: Suhrkamp.
- Burdorf, D. (2001). *Poetik der Form. Eine Begriffs- und Problemgeschichte*. Stuttgart: Metzler.



Lenzin, L. (2022). *Nadel und Folie*. Berlin: Reprodukt.

- Claeys, G. (2022). *Utopianism for a dying planet. Life after consumerism*. Princeton: Princeton University Press.
- Coverley, M. (2016). *Utopia*. Harpenden, UK: Pocket Essentials.
- Fournier, L. (2021). *Autotheory as feminist practice in art, writing, and criticism*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Gmür, F. (2000). *Ästhetik bei Wittgenstein. Über Sagen und Zeigen*. Freiburg i. Br.: Alber.
- Gordon, J. et al. (Hrsg.). (2023). *TANDEM – In der Lehre bei Anke Feuchtenberger*. Hamburg: Mami.
- Gutkind, L. (2012). *You can't make this stuff up. The complete guide to writing creative nonfiction – from memoir to literary journalism and everything in between*. Philadelphia, PA: Da Capo/Perseus.
- Kolek, F. (Hrsg.). (2022). *Nadel und Folie – Presseinformationen*. Berlin: Reprodukt.
- Kupfer, A. (2006). *Die künstlichen Paradiese. Rausch und Realität seit der Romantik. Ein Handbuch*. Stuttgart: Metzler.
- Lindberg, S., Magun, A. & Tatari, M. (Eds.). (2023). *Thinking with – Jean-Luc Nancy*. Zürich: diaphanes.
- Locher, H. (2023). *Kunsttheorie. Von der Antike bis zur Gegenwart*. München: C.H. Beck.
- Nancy, J.-L. (2016). *Singulär plural sein*. Zürich: diaphanes.
- Nancy, J.-L. (2017). *Was tun?* Zürich: diaphanes.
- Noë, A. (2023). *The entanglement. How art and philosophy make us what we are*. Princeton: Princeton University Press.

- Pahl, H. (2023). *Theorie und Ästhetik des Codes. Begriff – Wahrnehmung – Installationen der zeitgenössischen Kunst*. Paderborn: Brill Fink.
- Pfeiffer, J. (2021). *Materialitäten, Objekte, Räume. Fiktionen als sinnliche Erfahrungen*. Paderborn: Brill Fink.
- Ronell, A. (1994). *Drogenkriege. Literatur, Abhängigkeit, Manie*. Frankfurt am Main: Fischer TB.
- Wittgenstein, L. (1995). *Tractatus logico-philosophicus. Tagebücher 1914–1916. Philosophische Untersuchungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bildnachweise

Alle Abbildungen © Luka Lenzin/Reprodukt. Der Abdruck wurde mit der freundlichen Unterstützung von Filip Kolek/Reprodukt ermöglicht.

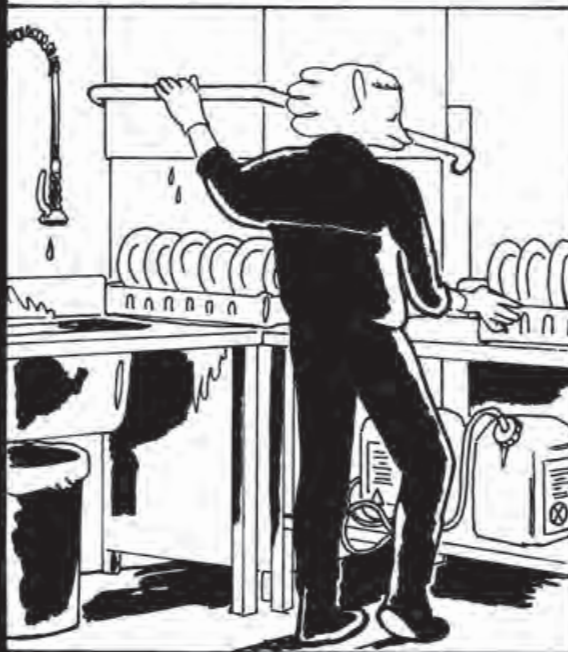


© C. Saupier, 2016

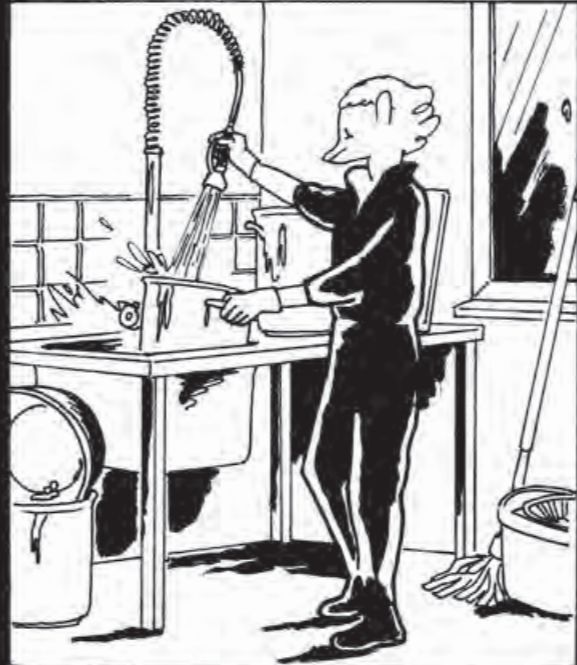
Mag. DDR. Thomas Ballhausen

Autor, Kulturphilosoph, Literaturwissenschaftler. Hochschulprofessor für Medienpädagogik an der PH Wien und Universitätslektor an der Universität Mozarteum Salzburg.
t.ballhausen@gmail.com

NEUNEINHALB JAHRE HABE ICH IN DER DROGENBERATUNGSSTELLE GEARBEITET. ALS HILFSKRAFT IM HINTERGRUND DEN LADEN GESCHMISSEN.



WENN SICH DIE CHANCE BOT, HABE ICH MICH AUF DIE WIRKLICHKEITEN DER MENSCHEN HIER EINGELASSEN.



OB SIE DIE DINGE SO ERLEBT HABEN, WIE SIE SIE ERZÄHLTEN, WEIß ICH NICHT. ICH HABE SIE SO VERSTANDEN.



UND DIR ERZÄHLE ICH SIE, DENN ICH BIN HIER, UND DU BIST DORT DRAUßEN.



ICH MUSS ES TUN. DENN ICH VERMISSE
MENSCHEN, DIE ICH NIE KENNENGELERNT HABE.



EIN GEHEIMNIS IST NICHT DAZU DA, SEINEN
KERN PREISZUGEBEN. SONDERN DAMIT WIR UNS
MIT EINANDER VERBINDEN ÜBER DAS WISSEN,
DASS WIR ALLE EINES HABEN.



ICH MUSS DIE GESAMMELTEN SPLITTER MIT
MEINER SPRACHE ZUSAMMENFÜHREN, UM
DIE STIMME DIESER MENSCHEN ZU ERHEBEN.



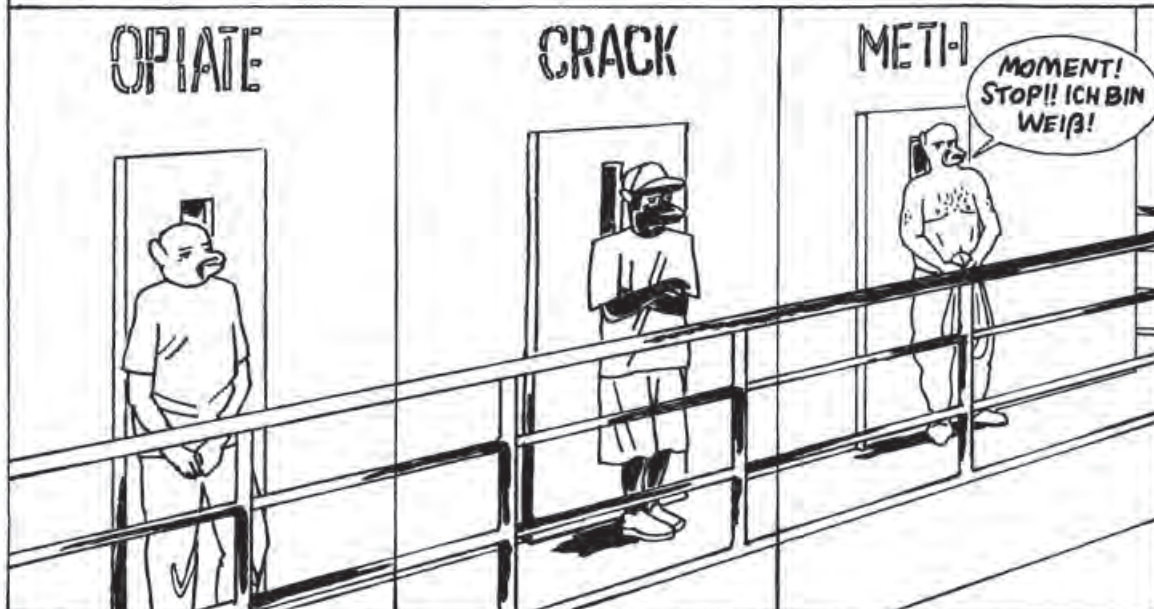
EINE GEMEINSAME WIRKLICHKEIT BRINGT SIE
ALS KLIENDEL ZUR BERATUNGSTELLE: DIE STOFFE.





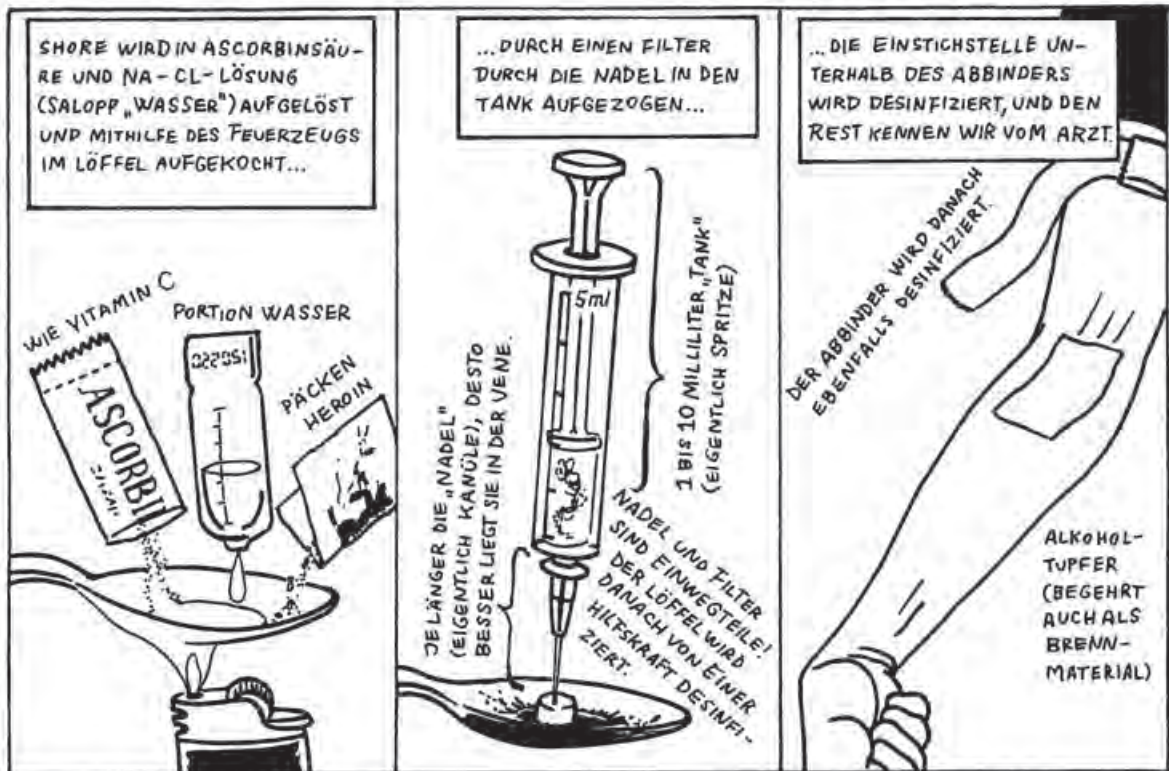
KURZ ZUVOR IN KALIFORNIEN:

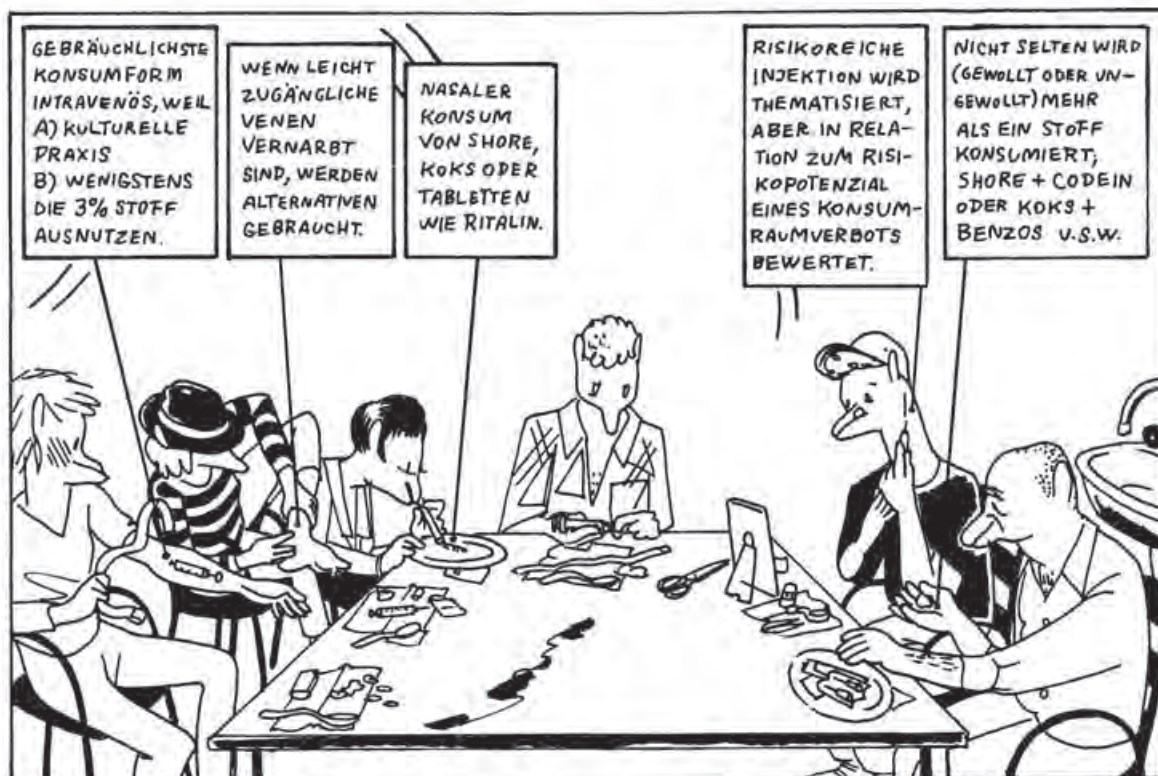
DIE ÖFFENTLICHKEIT – ERGO DIE WEIßE MITTELSCHICHT, DIE OPIATE IN PASTILLEN UND ALKOHOLMIXTUREN EINNIMMT – ZEIGT SICH BESORGT ÜBER DIE SITTE CHINESISCHER IMMIGRANTEN, OPIUM ZU RAUCHEN. EIN PROHIBITION GENANNTES STRAFGESETZ ERGÄNZT DIE ZWANGSANSIEDLUNGEN IN CHINATOWNS UND RASSISTISCHEN MASSAKER.



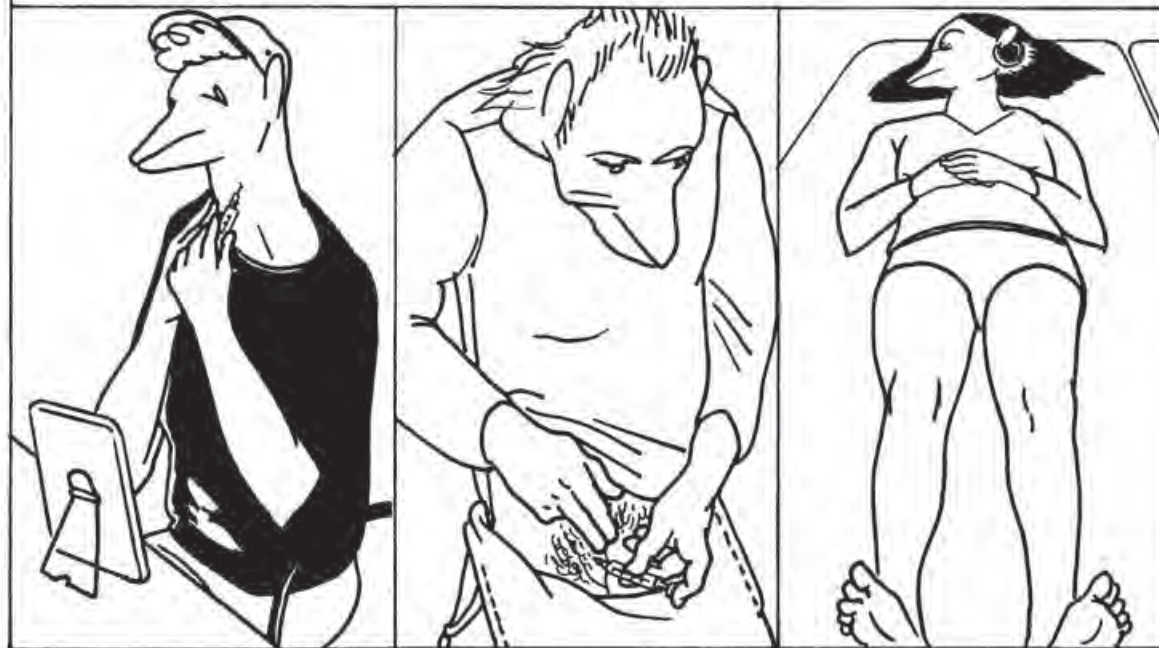
FÜR WEIßE IST AUCH DER KOKAINGEBRAUCH SCHWARZER (NEUERDINGS) US-MITBÜRGER*INNEN SUBVERSIV. KONSUMIERT WIRD IN GLEICHEM MAß UND AUS DENSELBELEN GRÜNDEN. ABER DIE MÄR VOM FÜR KRIMINALITÄT EMPFÄNGELICHEN COCAINE CRAZED NEGRO, WIE ES HEIßT, GEPAART MIT EINER MEDIZINERLOBBY, DIE SELBSTMEDIKATION WIE KONSUMKULTUR PROBLEMATISIERT, FÜHRT SCHLIEßLICH ZUM VOLLSTÄNDIGEN VERBOT.







TRITZ EIN NOTFALL EIN, EINE ATEMDEPRESSION ODER EIN KRAMPFANFALL, GIBT ES EINEN INTERNEN ABLAUFPLAN. WER DEN NOTFALL BEMERKT: SOFORT LAUT „NOTFALL“ RUFEN. NÄCHSTE*R SOZPÄD: LEITUNG ÜBERNEHMEN UND ERSTE HILFE LEISTEN.



JES-Netzwerk – Entwicklung und Effekte der Arbeit einer außergewöhnlichen Selbstorganisation

Claudia Schieren & Dirk Schäffer

Zusammenfassung

Kaum jemand hat 1989 der neuen Form von Selbsthilfe, Junkies, Ehemalige und Substituierte, die sich u. a. für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen aussprachen, eine Chance gegeben. Heute im Jahr 2024 richtet JES den Blick auf zurückliegende Ereignisse, an denen das Selbsthilfenetzwerk beteiligt war und gewachsen ist und wofür sich das Netzwerk nicht verbiegen musste. Mit dem diesjährigen 35-jährigen Jubiläum des JES-Bundesverband e.V. betrachtet und bewertet das Netzwerk nachfolgend die besondere Form der Selbstorganisation.

Schlüsselwörter: Drogen, Hilfe zur Selbsthilfe, akzeptierende Drogenhilfe, niedrigschwellige Angebote, Stigmatisierung

Abstract

In 1989, hardly anyone gave a chance to the new form of self support in the field of drugs. Drug users, former users and people in opioid substitution treatment, came together to work for a dignified life with drugs. Today, in 2024, JES is looking back at past events in which the self support network was involved and has grown, without having to bend too much. With this 35th anniversary of the JES-Bundesverband e.V., the network evaluates their special form of self organization in the field of drugs

Keywords: drugs, peer to peer support, self organization, low threshold services, stigmatization

1 Die Anfänge des Engagements Drogen gebrauchender Menschen

Als sich in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre abzeichnete, dass sich HIV nicht nur unter schwulen Männern verbreitete, sondern auch in den Szenen intravenös Drogen gebrauchender Menschen vorkam, galt es für die Deutsche Aidshilfe, ihre Präventionsarbeit, auf der Basis von Lebensstilakzeptanz und Unterstützung zur Selbsthilfe, für diese Zielgruppe zu erweitern. Im Rahmen eines Seminars der Deutschen Aidshilfe im Jahr 1989 in Hamburg gründete sich schließlich ein Bündnis von Junkies, Ehemaligen und Substituierten, kurz JES genannt.

Fortan sprachen DrogengebraucherInnen, die von HIV/AIDS bedroht oder betroffen waren, mit eigener Stimme und beteiligten sich am Prozess der Erarbeitung eines neuen, akzeptie-

renden und niedrigschwelligen Ansatzes in der Drogen- und Aidsarbeit. Die Leitidee des Netzwerks zielt darauf ab, gesellschaftliche Bedingungen zu schaffen, in denen Menschen auch mit Drogen menschenwürdig, d. h. ohne die Bedrohung durch Strafverfolgung, Ausgrenzung und Stigmatisierung leben können, und die bis dahin vorherrschende „Stellvertreterpolitik“, durch MitarbeiterInnen der Drogenhilfe ihre Hilfebedarfe und Ziele definieren und nach außen artikulieren zu lassen, zu überwinden.

Gemeinsamkeiten der damaligen und heutigen Mitglieder des Netzwerks liegen in ihren Biografien, die Abschnitte widerspiegeln, in denen sie sich als Junkie, Ehemaliger, Substituierter verstanden haben. Sie knüpfen an Erfahrungen, die sie mit bestimmten psychoaktiven Substanzen, im Besonderen Opiate, Amphetamine und Kokain, gesammelt haben. Eine

aktive Mitarbeit im JES-Netzwerk ist in erster Linie den Menschen mit eigenen Erfahrungen im Konsum illegaler Substanzen möglich. Unter den, damals wie heute, gesellschaftlichen Bedingungen verbindet die Mitglieder ebenso gemeinsame Erfahrungen des Lebensmilieus, die Verbindung zu Drogenszenen mit teilweise eigenem kulturellen Selbstverständnis, gemeinsamen Werten und Konsumritualen. Zusammengehörigkeit entsteht vor allem über die allgegenwärtige Kriminalisierung und Strafverfolgung, Erfahrungen mit Inhaftierung sowie gesellschaftlicher Ausgrenzung, Stigmatisierung und systematische Benachteiligung.

2 Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen

Bereits in den 1990er Jahren waren viele der JES-Mitglieder mit ihren multiplen Abstinenzversuchen gescheitert. In Abstinenztherapien mit mannigfaltigen Strafkatalogen mit entwürdigenden Sanktionen gedemütigt, setzten sich JES-Mitglieder bereits sehr früh für alternative Maßnahmen der Schadensminderung (Harm Reduktion) sowie für einen niedrigschwelligen Zugang zur Behandlung ein. Die damaligen Themen wie, vereinfachte Zugänge für alle OpioidkonsumentInnen zur Substitutionsbehandlung, die Schaffung von Drogenkonsumräumen sowie die Behandlung mit Originalstoffen, heute bekannt als Diamorphingestützte Behandlung, haben heute an Aktualität nicht eingebüßt.

3 Der Name JES – „Just say JES“

Die Bezeichnung „JES“ versteht sich daher ausdrücklich als Entgegnung auf drogenpolitische Slogans, die im Sinne von „Say NO to drugs!“ moralisieren. JES steht deshalb auch als Provokation gegen einfaches Denken, das nur „Alles oder Nichts“ und „Abstinenz oder Abhängig“ kennt.

Die Gesellschaft gab damals wie heute wesentliche Rahmenbedingungen für ein Leben mit Drogen vor. Diese sind nach Einschätzung von JES dafür verantwortlich, dass viele Drogen gebrauchende Menschen an der Integration von Drogen in ihr Leben scheitern. Die schmerzlichen Erfahrungen, die viele Mitglieder in diesem Zusammenhang sammeln mussten, prägen die Verantwortung, mit der sich JES-Mitglieder für den Umgang mit Drogen in der Gesellschaft engagieren. Der gewählte Grundsatz „Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen“, fokussiert auf das gemeinsame Ziel, gesellschaftliche

Bedingungen zu schaffen, in denen Menschen auch mit Drogen menschenwürdig, d. h. ohne die Bedrohung durch Strafverfolgung, Ausgrenzung, Stigmatisierung und Pathologisierung, leben können.

Mit der Arbeit unterstützt JES DrogenkonsumentInnen, indem auf die Veränderung von Rahmenbedingungen hingewirkt wird. JES vermittelt mit seiner unter dem Dach der Deutschen Aidshilfe etablierten Seminarreihe Wissen, ermutigt und motiviert DrogengebraucherInnen in unterschiedlichen Lebensabschnitten, fördert Fähigkeiten und Kompetenzen, um einen selbsterstörerischen Drogengebrauch zu vermeiden (Safer Use).

4 Hilfe zur Selbsthilfe

Trotz der Verweigerung von Bundesmitteln für HIV-Präventionsprojekte und zur Selbsthilfeförderung war die Entschlossenheit der JES-AktivistInnen, ihre Interessen selbst zu artikulieren, in den 1990er Jahren nicht mehr zu bremsen. Überall in Deutschland entstanden JES-Gruppen und so wurde JES zu einem realen Netzwerk von engagierten Frauen und Männern, die politisch etwas verändern wollten und anderen und sich selbst Unterstützung boten.

Die einzelnen JES-Gruppen entwickelten sich in ihren Regionen zu einem sozialen Netzwerk, in dem die helfende, unterstützende und stabilisierende Rolle zwischenmenschlicher Beziehungen zum Tragen kommt. Die JES-Gruppe dient als soziale Gemeinschaft, in der sich der Einzelne verstanden, sicher und wohl fühlen kann. Hier können Kontakte aufgebaut, Erfahrungsaustausch entwickelt und neue soziale Beziehungen gepflegt und kultiviert sowie soziale Geborgenheit und Sicherheit gefunden werden; hier lassen sich Zuwendung, Anerkennung, Zusammenhalt und damit die oft fehlende soziale Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensaufgaben und -krisen erschließen, die andere soziale Zusammenhänge vielfach vorenthalten.

5 Gesundheitspolitisches Engagement

Die Arbeit im JES-Netzwerk beschränkt sich nicht allein darauf, dem Einzelnen Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Mit seiner Arbeit strebt das JES-Netzwerk auch gesellschaftliche Veränderungen an. Das gesundheitspolitische Engagement ist eng mit der drogenpolitischen JES-Arbeit verbunden. Als JES-Bundesverband

treten wir für die Normalisierung des Drogenkonsumenten als Patienten ein, der ein ebenso selbstverständliches Mitsprache- und Mitentscheidungsrecht bei der Festlegung von Behandlungen besitzt wie andere Patientengruppen.

Oft wird der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung von ÄrztInnen und SuchtpatientInnen für unmöglich gehalten, so dass ärztliches Bemühen unterbleibt und stattdessen auf technische, unethische und für uns oft entwürdigende Kontrollpraktiken (z. B. Urinabgabe unter Sicht/Inspektion des Intimbereichs/Verknüpfung von Behandlung und Bestrafung) zurückgegriffen wird. JES arbeitet daher an der Beseitigung von Vorurteilen, Diskriminierungen und Unwissenheit im Bereich der medizinischen Behandlung.

6 JES als Leistungsanbieter und Teil des Hilfesystems

In seinem Selbstverständnis geht JES davon aus, dass Selbsthilfe und professionelle Dienstleistungserbringung sehr unterschiedliche Grundlagen haben und von unterschiedlichen Voraussetzungen ausgehen. Die besondere Stärke des Selbsthilfenetzwerks liegt in dem von JES entwickelten und an den Betroffenenkompetenzen ansetzenden, spezifischen Zugang zu den Hilfesuchenden und ihren Problemen. Über die Entwicklung und Stärkung informeller Netzwerke erschließt JES andere als dem professionellen Hilfesystem zugängliche Potentiale. Selbsthilfe schafft es, Betroffene auf andere Weise zu aktivieren und zugleich bisher kaum oder gar nicht genutzte Kompetenzen und Ressourcen zu nutzen, zu stärken und zu festigen.

7 Von der Radikalopposition zum verlässlichen Bündnispartner

Mit dieser Überschrift ist die Entwicklung des JES-Netzwerks treffend gekennzeichnet. Durch sukzessive erworbene Kenntnisse, die Erarbeitung eigener Medien zu den Themen Hepatitis C, HIV sowie zur Substitutionsbehandlung und Safer Use, die auch von MitarbeiterInnen in Aids- und Drogenhilfen mehr und mehr genutzt werden, sowie ein hohes Maß an Verlässlichkeit avanciert JES im neuen Jahrtausend zum Bündnispartner bei Fachtagen und Arbeitsgruppen auf kommunaler Ebene, im Land sowie im Bund.

Mit den mehr und mehr in den Blickpunkt rückenden Maßnahmen und Angeboten der Schadensminderung vollzieht sich auch innerhalb der Drogenhilfe eine Wandlung zur vermehrten Kooperation mit VertreterInnen der Selbsthilfe. JES wird zum Mitveranstalter von Fachtagen und Konferenzen und erstaunt die Anwesenden durch eine ausgewiesene Fachkompetenz sowie der vollzogenen Wandlung von der Radikalopposition zur Interessenvertretung und PatientInnenorganisation. So wird auch die Politik auf das JES-Netzwerk aufmerksam, die in der Vergangenheit dem Netzwerk eher negativ gegenüberstand. Neben eigenen JES-Projekten formulierte JES stets gesundheitspolitische Forderungen, die durch die verantwortliche Politik, am Beispiel Drogenkonsumräume und Substitutionsbehandlung, umgesetzt wurden. Die Etablierung einer eigenen Säule der Schadensminderung in die nationale Drogenstrategie brachte den Glauben an Erfolg bei den alten und neuen Mitgliedern im Netzwerk zurück und dass es sich auszahlt, für die Interessen Drogen gebrauchender Menschen einzutreten.

Die Kombination von eigener Betroffenheit und erworbener Fachlichkeit wurde immer mehr das Alleinstellungsmerkmal von JES. Nur folgerichtig war daher, dass die Verantwortlichen des JES-Netzwerks beschlossen, die lose Netzwerkstruktur in eine eigene Rechtsform zu überführen. Diese Veränderungen wurden u. a. notwendig, da der Erhalt von Fördermitteln, die für JES in der bundesweiten Arbeit überlebenswichtig sind, an eine entsprechende Rechtsform (z. B. ein eingetragener Verein) geknüpft wurde. Gleichzeitig bot sich für JES hiermit die Chance, neben der Förderung durch die Deutsche Aids-Hilfe, ein eigenes zweites Standbein aufzubauen, um noch mehr Selbständigkeit zu erlangen.

8 Stärken und Schwächen der Selbstorganisation von Junkies, Ehemaligen und Substituierten

Die besondere Stärke bezieht JES aus seiner seit mehr als 30 Jahren etablierten Netzwerkstruktur und unter dem Dach des JES-Bundesverbands e.V. (seit 2009). Anders als in anderen Ländern ist es bei JES geradezu selbstverständlich, dass sich neue Gruppen den Namen JES geben und den Namen der jeweiligen Stadt hinzufügen. JES ist zudem weltweit der einzige Zusammenschluss, in dem aktuell Konsumierende, Ehemalige und substituierte Personen in den jeweiligen Gruppen gleichberechtigt zusammenarbeiten. Wie selbstverständlich spielt der Konsum von illegalen Substanzen eine eher

untergeordnete Rolle. Dies bedeutet nicht, dass Drogen und Drogenkonsum tabu sind. Ein vielfach unausgesprochener Konsens des gegenseitigen Respekts im Hinblick auf die individuelle Situation der Mitglieder vollzieht sich, da die Mitglieder im Netzwerk vielfach allen drei Gruppen im Netzwerk angehören und für die jeweils anderen ein hohes Maß an Sensibilität aufbringen. Ehemalig Konsumierende fühlen eine geschützte Atmosphäre. Substituierte Mitglieder mussten über lange Zeit während der Seminare Substitutionspraxen aufsuchen, um ihr Substitut zu erhalten.

9 Die Effekte der Mitarbeit im JES-Netzwerk

In der im November 1999 bis April 2001 durchgeführten Studie „Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland“ (Fredersdorf, 2002) wurden die Effekte der akzeptierenden Drogenselbsthilfe JES erstmals wissenschaftlich untersucht und dargestellt. Es wurde deutlich, dass die ambulante Drogenselbsthilfe unabhängig von ihrer Ausrichtung als Ganzes positive psychosoziale Effekte hat:

Über vier Fünftel der Mitglieder lernen dort, sich in andere hineinzusetzen und eigene negative Empfindungen zu ertragen. Bei 83,9 Prozent aller Befragten hat sich die Freundschaftssituation, bei 71,4 Prozent der körperliche und bei 86,5 Prozent der seelische Zustand eher verbessert. Bei JES-Mitgliedern zeigen sich, im Vergleich zu nicht akzeptierenden Drogenselbsthilfen, deutlich häufiger Verbesserungen bei der Wohnsituation sowie der finanziellen und der strafrechtlichen Lage (a.a.O., S. 288, 297).

Die Studie ergab, dass eine Mitarbeit auch in einer akzeptierenden Selbsthilfe wie JES eine signifikante Verringerung des Drogenkonsums bewirkt. Mit Blick auf das erste Jahr in der Drogenselbsthilfegruppe JES wurde der Konsum der Befragten mit dem Zeitraum sechs Monate vor Besuch der Drogenselbsthilfe JES verglichen und ergab bei neun Substanzen eine Reduktion des Konsums. Alkohol (47,6 %), Heroin (59,9 %), Psychopharmaka (36,3 %), Kokain (53,8 %), Amphetamine (51,9 %), Cannabinoide (32,8 %), Halluzinogene (25,6 %), Schnüffelstoffe (12,8 %), Tabak (11,7 %; a.a.O., S. 300). Dies, obwohl JES für die Tolerierung des Konsums dieser Substanzen eintritt und seine Mitglieder nicht zur Abstinenz motiviert. Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass auch in der akzeptierenden Drogenselbsthilfe soziale Mechanismen wie Kontrolle, Orientierung an Vorbildern und Beeinflussung eine Rolle spielen.

Blickt man auf die Schwachstellen im Netzwerk JES, so muss der hohe Altersdurchschnitt der Mitglieder angeführt werden. JES gelingt es nur selten jüngere KonsumentInnen zur Mitarbeit zu gewinnen. Der hohe Altersdurchschnitt führt dazu, dass viele Mitglieder nur begrenzt belastbar sind. Zudem zeigen sich die Folgen von Kriminalisierung, Inhaftierung, Konsum von Schwarzmarktsubstanzen und lange verwehrt behandelten Behandlungsmöglichkeiten in der vielfach schlechten gesundheitlichen und partiell auch der psychischen Verfassung vieler Mitglieder, die eine reise- und zeitintensivere Mitarbeit nur sehr bedingt möglich machen. Auch der schlechte ökonomische Status vieler Mitglieder führt zu Einschränkungen bei Fortbildungen und gemeinsamen Treffen, wo Kosten ausgelegt werden müssen und nicht alle Mitglieder dazu in der Lage sind.

Trotz der Tatsache, dass eine Mitarbeit im Netzwerk JES bei vielen Personen zu einem deutlich verbesserten Selbstwert und Selbstbewusstsein führt, gibt es nur einen überschaubaren Kreis an Mitgliedern, die willens und fähig sind, für die Drogenselbsthilfe auf nationalen und internationalen Veranstaltungen zu sprechen. International erklärt sich dies über die vorhandenen, aber zumeist nicht ausreichenden Englischkenntnisse und national über die fehlende Erfahrung bei Vorträgen und der Erstellung von geeigneten Präsentationen. Hierbei kommt der jahrzehntelange Ausschluss von der aktiven Beteiligung an Fachveranstaltungen zum Tragen.

10 Resümee

Das bundesweite JES-Netzwerk hat in seiner 35-jährigen Geschichte immense Entwicklungen vollzogen. Durch die selbstgesteckten Tätigkeitsbereiche als Selbsthilfe und als politische Interessenvertretung ist es gelungen, über den gesamten Zeitverlauf bis heute ein hohes Maß an Kontinuität zu erreichen. Vor dem Hintergrund der überaus schwierigen gesundheitlichen, rechtlichen und ökonomischen Situation vieler Mitglieder ist die Entwicklung des JES-Netzwerks zu einem festen Bestandteil der Hilfelandschaft in Deutschland nicht hoch genug zu bewerten. Wenn man abschließend zwei Bereiche des Engagements hervorheben möchte, so sind hier die Themen Substitutionsbehandlung und Hepatitis-C-Infektionen zu nennen. Die Entwicklungen in beiden Bereichen wurden wesentlich durch JES begleitet. So waren JES-VertreterInnen insbesondere an der Weiterentwicklung der rechtlichen und medizinischen Rahmenbedingungen zur

Substitution beteiligt, während sie im Bereich Hepatitis-C-Eliminierung maßgeblich an der Etablierung von Testprojekten sowie (Peer)Buddy-Begleitung in die medizinische Behandlung Anteil haben.

Abschließend bleibt zu konstatieren, dass JES – als Zusammenschluss von Junkies, Ehemaligen und Substituierten – von Beginn an kritisch beäugt und keine lange „Halbwertszeit“ vorhergesagt wurde, sich aber gegen viele Widerstände einen festen Platz im Sucht- und Drogenhilfesystem erarbeitet hat.

Noch einen kurzen Blick auf die Frage, für welche KonsumentInnen die Drogenselbsthilfe Arbeit (JES) geeignet ist. Für all diejenigen, die Lust auf Engagement haben, etwas bewirken wollen, den Austausch mit Gleichgesinnten suchen und offen für andere Lebenswelten sind, wird sich der Einsatz in der Selbsthilfe positiv auszahlen.

Literatur

- Fredersdorf, F. (2002). *Verantwortung leben – ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland*. Geesthacht: Neuland.
- JES-Bundesverband. (2019). *30 Jahre JES-Netzwerk*. Berlin.
- Schäffer, D. (2015a). Ein Leben mit Drogen unter den Bedingungen der Prohibition. In Akzept e.V. (Hrsg.), *2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015* (S. 176–179). Lengerich: Pabst Science Publishers. https://www.researchgate.net/publication/277076615_Ein_Leben_mit_Drogen_unter_den_Bedingungen_der_Prohibition
- Schäffer, D. (2015b). *Patientenbedarfe, Patientenrechte, Patientenbeteiligung*. 4. Nationale Substitutionskonferenz Dezember 2015, GLS Berlin. Akzept e.V. https://www.researchgate.net/publication/294260804_Patientenbedarfe_Patientenrechte_Patientenbeteiligung



Claudia Schieren

Geschäftsführerin niedrigschwellige Kontakt- und Anlaufstelle VISION e.V., Vorstand im JES-Bundesverband e.V. seit 2000, Trainerin KISS NADA Ohrakupunktur Naloxon, Referentin und Trainerin bei der Deutschen Aidshilfe, diverse Hepatitis-C-Beratungs- und Testprojekte als Peer-Projekte.
claudiaschieren@gmail.com



Dirk Schäffer

* 1967; 1994–98: Mitarbeiter Drogen- und Aids-Selbsthilfe Bonn. 1998–2000: Koordinator Bundesweites JES-Netzwerk der Deutschen Aids-Hilfe (DAH). Ab 2001 Referent für Drogen und Strafvollzug, DAH. Arbeitsschwerpunkte: HIV- und Hepatitisprävention bei Drogenkonsumenten; Förderung von Drogenselbsthilfe; modellhafte Interventionen im Bereich Prävention und Harm Reduktion. Gründer: Schildower Kreis; Mitbegründer: Bündnis Hepatitis und Drogenkonsum.

Neues Konzept in der Suchtselbsthilfe!

Ein Plädoyer für eine zieloffene und inklusive Haltung in der Suchtselbsthilfe

Claudia Huhmann

Zusammenfassung

Der Artikel beschreibt ein Konzept und die Herangehensweise, wie mit der Integration eines zieloffenen Ansatzes in der Suchtselbsthilfe ein neuer kooperativer Weg in die Suchtselbsthilfe gebahnt werden kann und gelingt. Es geht dann in der Suchtselbsthilfe nicht mehr nur um die Abstinenz, sondern auch um den kontrollierten Konsum als Ziel. Es entstehen neue und veränderte Perspektiven der Betroffenenkompetenz und der Partizipation in der Selbsthilfe, die in den Aussagen interviewter Menschen erkennbar werden. Damit das Erfolgskonzept der Nachhaltigkeit der Selbsthilfe weiterhin für viele Betroffene und deren Angehörige hilfreich wirken darf, muss Sucht-Selbsthilfe zukunftsfähig, niedrigschwellig, zieldifferenziert und inklusiv sein. Der Artikel lädt ein, Vertrauen zu fassen in die zieloffene Haltung, die Betroffenenkompetenz, die Selbstwirksamkeit und die individuelle Herangehensweise aller Suchtgefährdeten und Suchterkrankten.

Schlüsselwörter: Suchtselbsthilfe, zieloffener Ansatz, kontrollierter Gebrauch psychoaktiver Substanzen, niederschwellige Suchtselbsthilfe, Betroffenenkompetenz

Abstract

The article outlines a concept and an approach of how a new cooperative path can be paved in addiction self-help by integrating a more open-ended approach. Addiction self-help is then no longer just about abstinence, but also about controlled use as a goal. New and changed perspectives on the competence of those affected and participation in self-help emerge, which are recognizable in the statements of the people interviewed. To ensure the success of the concept of sustainability of self-help (not only for those affected, but also for their relatives), addiction self-help must be sustainable, low-threshold, goal-differentiated and inclusive. The article invites you to have confidence in the open-minded attitude, the competence of those affected, the self-efficacy and the individual approach of all those at risk of addiction and those suffering from addiction.

Keywords: addiction self-help, open-ended approach, controlled use of psychoactive substances, low-threshold addiction self-help, competence of those affected

Einleitung

Jeder Mensch hat seine persönliche Suchtgeschichte und einen ebenso individuellen Weg, mit der Sucht umzugehen. Mit Gründung des Dachverbandes freie Suchtselbsthilfe e.V. wollten wir dieser Erkenntnis mit zieloffenen Selbsthilfeansätzen Rechnung tragen und diesen bisher vernachlässigten Weg integrativ in der Suchtselbsthilfe beschreiten. Dem entgegen steht die Denkweise, dass eine Sucht nur mit Abstinenz zu überwinden ist. Das ist sicher auch ein Grund, warum nur z. B. zehn bis zu

fünfzehn Prozent der Betroffenen (im Bereich Alkoholerkrankung) Sucht- und Suchtselbsthilfesysteme zur Bewältigung ihrer Problematik aufsuchen (Bischof et al., 2000; Gomes de Matos et al., 2013; Schwarzkopf et al., 2021). Jene, die das nicht tun, leben mit ihren Abhängigkeiten, heilen sich selbst oder verbleiben in unbehandelten problematischen Lebens- und Krankheitsprozessen.

Unsere These lautet: Die historisch begründete Schwerpunktsetzung der Selbsthilfe auf die hochschwellig wirkende Abstinenz als ausschließliches Ziel und das gesellschaftliche

Stigma der Suchterkrankung lassen viele Menschen allein und doppelt stigmatisiert in Isolation zurück. Betroffene versuchen nicht aufzufallen, verstecken ihre Symptome und fürchten sich vor Aufdeckung und der Stigmatisierung. Und dann scheitern viele auch noch am hohen Ziel der Abstinenz mit oder ohne Suchtbehandlung oder Selbsthilfe. Menschen mit dem Wunsch, kontrolliert zu konsumieren und zu reduzieren, bleiben mit ihren Zielen der Kontrollübernahme allein und müssen auf die hilfreiche Suchtselbsthilfe weitgehend verzichten.

Dies ist unnötig und schädlich und benachteiligt unsere Zielgruppe enorm. Es ist überhaupt noch nicht üblich, mit dem Anliegen eines kontrollierten Konsums eine Selbsthilfegruppe zu finden. Oft müsste man diese dann selbst gründen. Das überfordert aber zumeist sowohl in akuten Phasen der Sucht als auch im Zeitfenster der Veränderungsbereitschaft und führt daher selten zum Gelingen.

Um diese Lücke zu füllen und die zieldifferenzierte Suchtselbsthilfe mit einer zieloffenen Haltung zu ermöglichen, gründeten wir am 10.10.2018 unseren gemeinnützigen Verein „Dachverband freie Suchtselbsthilfe e.V.“ (DfS e.V.; www.dfs-selbsthilfe.de).

Alle Ziele sind gleichwertig

Der DfS e.V. verfolgt den Zweck, eine gesundheitsorientierte Suchtselbsthilfe zu fördern, wobei er eine zieloffene und nicht ausschließlich auf Abstinenz gerichtete Lösungs- und Lebensweise einbezieht. Zum Start erhielt der Verein für insgesamt drei Jahre eine außerordentliche Anschub- und Projektfinanzierung von der Krankenkasse AOK-Nordost.

Neben den abstinenzorientierten freien Gruppen sieht sich der DfS e.V. zuständig für die auf Kontrolle und Konsumkompetenz zielenden Suchterkrankten und Suchtgefährdeten und für Angehörige Suchtgefährdeter und -erkrankter. VereinsgründerInnen sind Betroffene und sozial engagierte, selbsthilfeerfahrene und im Suchtbereich tätige problembewusste Menschen. Sie setzen sich für eine solidarische, tolerante, freie, unbedingt selbstständige und unabhängige Suchtselbsthilfe ein, für Menschen, die kreativ und unbelastet eigene Wege finden, integrieren und gehen können. Wir wollten und wollen damit niedrigschwellige Ansätze in der Suchtselbsthilfe etablieren, denn Betroffenenkompetenz wirkt nicht erst ab hochschwierig zu erreichender Abstinenz.

Zieloffen zu sein, bedeutet für die freie Suchthilfe, dass Menschen, die Hilfe in einer Gemeinschaft suchen, Wahlfreiheit haben und

sich ihre Ziele differenziert suchen können. Bislang muss ein zieloffener Weg oft allein und einsam gegangen werden. Um dem vorzubeugen, akzeptiert der DfS e.V. Betroffene mit ihrem Anliegen und begleitet sie zieldifferenziert. Wir bilden also ein Dach auch für nicht oder noch nicht abstinenzorientierte Menschen mit Suchterkrankungen und -gefährdungen, die ihre eigene Kontrolle erhalten oder zurückerhalten wollen. Kontrollierter Konsum, Konsumkompetenz und Abstinenz verstehen wir in diesem Zusammenhang als gleichwertige Ziele.

Erfreulicherweise fanden sich in der Gründungsphase des DfS e.V. Menschen – auch in bestehenden, abstinenzorientierten Selbsthilfegruppen – die uns in unserem Anliegen unterstützten, selbst wenn der auf Konsumkompetenz gerichtete Ansatz nicht der eigene war. Sie erkannten die Chance, Betroffenenkompetenz für die Selbstbefähigung zum kontrollierten Konsum zu nutzen und eine zieloffene Selbsthilfe als weiteres Angebot für Suchtbetroffene zu etablieren.

Erstes Ziel: Regionaler Aufbau von zieloffenen/zieldifferenzierten Sucht-Selbsthilfegruppen

Unseren Selbsthilfeansatz haben wir als erstes in einer SKOLL-Gruppe der Suchtberatungsstelle des AWO Bezirksverband Potsdam e.V. vorgestellt. Dort fand bereits 2017 das zieloffene Selbstmanagementtraining SKOLL (Selbstkontrolltraining; 2017) statt. Wir konnten also auf die Erfahrungen des zieldifferenzierten SKOLL-Trainings zurückgreifen. Außerdem gab es auf Nachfrage und Vorstellung des DfS e.V. in der SKOLL-Gruppe Interesse an der Initiierung einer zieloffenen Selbsthilfegruppe.

Dazu sagt der Leiter der kooperierenden Suchtberatungsstelle in einem Interview 2023:

SKOLL-Training in der Suchtberatungsstelle

Potsdamer Beratungsstelle des AWO BV Potsdam, Leitung Daniel Zeis (Mitbegründer DfS e.V./2. Vorstand; Zusammenfassung aus persönlichem Interview, November 2023):

„Die Selbsthilfelandchaft verändert sich gerade. Von abstinenzorientierten, teilweise rigiden Ansätzen, die keinerlei Zieloffenheit zulassen, hat auch die Selbsthilfe motivierende, akzeptanzorientierte, entstigmatisierende und zieloffene Ansätze in ihre Konzepte und Ansätze mit einfließen lassen. In diesen Gruppen werden zunehmend Menschen integriert, die teilabstinent

sein wollen, d. h. z. B. nur noch von bestimmten Suchtmitteln Abstand suchen und kontrolliert mit anderen umgehen oder die mit ihrem Suchtmittel kontrolliert umgehen wollen. Es ist noch selten – aber dieser Trend ist da und deutlich zu begrüßen.

Als besonderes Beispiel einer zieloffenen Suchthilfe und der Entwicklung für die Selbsthilfe sei an dieser Stelle besonders auf das SKOLL-Trainingsprogramm hingewiesen.

Ausgehend von einem Bundesmodellprojektes für die Erprobung des Frühinterventionsprogramms SKOLL-Selbstkontrolltraining für den verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtstoffen und anderen Suchtphänomenen – unter wissenschaftlicher Begleitung des Universitätsklinikums in Hamburg-Eppendorf haben sich zahlreiche Standorte in Deutschland entwickelt, die SKOLL-Gruppen regelmäßig anbieten. Es folgte die Weiterführung von SKOLL mit den Schwerpunkten Nachhaltigkeit und Transferpotenzial (Evaluation FOGS Köln) sowie die Anerkennung von SKOLL-Spezial (Fokussierung auf Alkohol) beim Dachverband der Krankenkassen nach dem Leitfaden Prävention GKV. Das zehnwöchige Gruppentraining kann u. a. in der bundesweiten Präventionsdatenbank abgerufen werden und wird regelmäßig von ambulanten Suchtberatungsstellen als SKOLL oder SKOLL-Spezial an verschiedenen Standorten in Deutschland durchgeführt.

SKOLL ist ein evaluiertes, hochwirksames Gruppenangebot mit zehn bis zwölf Terminen und ein gutes Beispiel für die zieloffene Suchthilfe. Aus dem Trainingsprogramm sind bereits Selbsthilfegruppen entstanden, die auf dem SKOLL-Ansatz aufbauen. Es geht um Zieloffenheit, um Konsumkompetenz, um Stabilisierung, Reduktion oder Abstinenz. Die TrainingsteilnehmerInnen entwickeln einen für sie spezifischen Trainingsplan, der Woche für Woche überprüft wird. Zusätzlich werden Themen vermittelt, die die angestrebten Konsum- und Verhaltensweisen stabilisieren.

Durch Programme wie SKOLL ist in den Suchtberatungsstellen die Gruppe der Menschen mit gesundheitlich riskanten oder problematischen Konsum- und Verhaltensmustern mehr in den Blick gerückt. Im Sinne der Präventionspyramide macht das gedoppelt Sinn. Zum einen handelt es sich um die viel größere Gruppe an Betroffenen im Vergleich zur Gruppe der bereits abhängigkeiterkrankten Personen. Allein im Alkoholbereich stehen hier 1.6 Millionen Menschen rund zehn Millionen Menschen gegenüber (Schwarzkopf et al., 2023, S. 109). Zum anderen kann dieser Gruppe nun ein wirksames Angebot gemacht werden.

Übertragen auf die Selbsthilfe findet diese Zielgruppe immer häufiger ein passenderes Gruppenangebot vor Ort. Eben auch durch Programme wie SKOLL (2017), aus deren Gruppen sich Selbsthilfegruppen gründen können, genau wie aus den ambulanten Reha-Gruppen auch. Die ambulanten Suchtberatungsstellen sind hier maßgebliche Förderer und Unterstützer einer solchen Bewegung. Aus der jahrzehntelangen Praxiserfahrung kann ich als Leiter einer ambulanten Suchtberatungsstelle berichten: Im Verlauf von 30 Jahren haben sich mehrere Dutzend Gruppen gegründet. Die meisten sind dabei aus moderierten Gruppen der Suchtberatungsstelle entstanden. Ob in Reha- oder Nachsorgegruppen, die Menschen durchlaufen einen längeren Prozess, lernen sich kennen und schätzen und wollen dann am Ende von Therapiemaßnahmen oft eine eigene Gruppe mit den ihnen vertrauten Gesichtern gründen. Das funktioniert seit 30 Jahren. So auch bei SKOLL.“

In der ersten SKOLL-Selbsthilfegruppe, „After SKOLL“, die 2018 offiziell gegründet wurde, finden seither Menschen, die abstinent leben, und Menschen, die ihren Konsum selbstverantwortlich regulieren, in einer Gruppe zusammen. In der zieldifferenzierten Selbsthilfegruppe herrscht ein tolerantes und unterstützendes Klima. Verschiedene Ziele werden als gleichwertig angesehen und trotz unterschiedlicher Perspektiven funktionieren die gegenseitige Unterstützung und Akzeptanz. Weil ich als Referentin für Drogen und Sucht die Gruppe zunächst direkt nach dem Training begleitet hatte, führte ich im Dezember 2023, also fast sieben Jahre später, die folgenden Interviews durch. Zwei Gründer dieser Gruppe sollen nun mit ihren Erfahrungen direkt zu Wort kommen:

„Und dann kam schlagartig die Idee, ich verändere die Lebensumstände...“

(Ralf, 63 J., aktueller Gruppensprecher „After SKOLL“)

Warum hast Du Dich 2017 für den SKOLL-Kurs und die anschließende geplante zieloffene Selbsthilfe interessiert und bist nicht lieber in eine Abstinenztherapie gegangen?

„Nachdem ich zur Entgiftung ging und ich das dort ganz schrecklich fand, von der Unterbringung und auch von den Leuten her, habe ich mir gesagt: Du machst das SKOLL-Training und die Selbsthilfe jetzt, du ziehst das jetzt durch!

In der Entgiftung hat mir nicht gefallen, dass die Leute da der Meinung waren, dir erzählen zu müssen, wie du es zu machen hast. Deswe-

gen habe ich das ganze SKOLL-Programm gemacht: SKOLL-Kurs, SKOLL-Nachsorgegruppe und dann noch die Selbsthilfegruppe, mittlerweile als Verantwortlicher, um damit richtig sicher zu landen.

Die offene Gruppe fand ich gut, dass man einfach reden konnte, auch über Abstürze, Rückfälle und Rückschritte oder wie man sich gerade fühlt in seinem Leben. Wir wurden dann die Selbsthilfegruppe ‚After SKOLL‘. Wir treffen uns im Vier-Wochen-Rhythmus. Wir haben eine WhatsApp-Gruppe, in der wir uns auch kurzfristig verabreden können. Wir sabbeln dann frei, wie wir das hier von Anfang an gemacht haben – über Gott und die Welt und über uns. Und wiederholen unseren Fokus: Nämlich an sich und den eigenen Zielen zu arbeiten.“

Du bist ja abstinent geworden, hast aufgehört, Alkohol zu trinken, und bist dennoch in der Gruppe des kontrollierten Konsums geblieben...

„Bei den Abstinents gilt das nicht, ich trinke ja noch alkoholfreies Bier. Da ist ja noch Restalkohol drin und dann gelte ich da ja nicht als abstinent. Ich trinke auch alkoholfreien Wein mit unter 0.5 Prozent Restalkohol.“

Das heißt, mit diesen alkoholfreien Angeboten kommst Du gut klar?

„Ja, aber ich weiß nicht, ob das der Auslöser war, dass ich neulich mal – nach sechs Jahren – einfach mal einen ‚Kurzen‘ probiert habe. Und auch ein Glas Wein mit Alkohol. Das war aber nicht gut. Das hat sofort wieder gewirkt, ich hätte sofort weitertrinken können. Das war was ganz anderes als bei meinen alkoholfreien Getränken.“

Und warum hast Du nicht weitergetrunken?

„Ich wollt jetzt die Jahre nicht noch mal von vorne anfangen. Ich habe das jetzt als roten Vermerk in meinem Kalender und lass mir das eine Warnung sein. Das hat für mich einfach nicht funktioniert. Ich bin wieder auf meine alkoholfreien Getränke zurückgekommen. In der Gruppe geben wir uns auch Tipps. Ich habe den alkoholfreien Kräuterlikör zu Weihnachten meinen Gästen angeboten, den haben sie mit einem Mal alle angefangen mitzutrinken. Das fand ich lustig.“

Das habt ihr ja sowieso von Anfang an gemacht, die alkoholfreien Drinks und Angebote auszuprobieren. Und damit ein Tabu gebrochen...

„Ja, da kennen wir uns gut aus. Und privat haben meine Frau und ich angefangen, die alkoholfreien Angebote, z. B. Sekt, auszuschmecken, und das hat keiner gemerkt.“

Es gibt da ja auch sowieso einen Trend in der Gastronomie, dieses alkoholfreie Angebot immer mehr zu erweitern.

„Ich bin damit sehr zufrieden, so muss man sich dann auch nicht mehr erklären. Du hast dich vor Jahren immer erklären müssen, warum du nichts trinkst. Ich habe dann immer sofort den Autoschlüssel auf den Tisch gelegt und dann war alles klar: Trinken geht nicht mit Fahren. Jetzt fragt keiner mehr, wieso und weshalb und warum. Und so sollte das eigentlich auch sein.“

Du hast am Anfang was erzählt von einem Schwarz-Weiß-Denken in den anderen Selbsthilfegruppen. Was hat Dich gestört?

„Daran störte mich, dass mir im Prinzip als Person abgesprochen wird, zu entscheiden, ob ich nun ein alkoholfreies Bier trinken darf oder nicht. Dass da einer kommt und sagt: Als Konsument von alkoholfreiem Bier bist du bei uns schon wieder raus. Wir haben einen in unserer Gruppe, der wollte gar nicht aufhören und wusste nicht, was er hier sollte. Wir haben ihm gesagt, vielleicht einfach kommen, mitreden und zuhören. Das hat er gemacht. Später hat er dann tatsächlich eine Entgiftung gemacht und ist jetzt in die Therapie gegangen. Es müsste einfach noch mehr solcher zieloffenen Gruppen auch für die Jüngeren geben – mit ihren eigenen Themen.“

Du warst lange suchtkrank. Was hat Dir geholfen? Wie hast Du das geschafft, mit dieser Krankheit gesund zu leben?

„Alles hängt sehr viel mit meinem Job und meinem damaligen schrecklichen Chef zusammen. Den Job habe ich von 1999 bis 2016 gemacht. Ich habe mich sehr schlecht gefühlt, konnte aber nichts Anderes finden und habe mich ehrlich gesagt mit Alkohol betäubt. Zum Schluss habe ich sehr übertrieben. Und dann gab es den Tag, als ich beinahe in meine Maschine gefallen wäre. Ich konnte nicht mehr. Bin dann zum Doktor, habe mich freiwillig einweisen lassen. Von dem Tag an brauchte ich keine harten Sachen mehr. Habe aber noch mein Bier getrunken, da noch mit Alkohol.“

Das heißt, durch die veränderten Lebensumstände, ging es schon besser?

„Ich konnte nicht mehr in die Firma zurück, habe es dann irgendwie geschafft, diesen Plan zu verfolgen und mich um meine Gesundheit zu kümmern. Meine Ärztin hat mir geholfen. Ich hatte sehr schlechte Leberwerte und das Gangbild, nur mehr 60 Prozent Empfindungen in den Füßen und der Schwankungsschwindel. Alles war noch da. Alles vom Alkohol. Sie hat

mir Hoffnungen gemacht, die Leber könne sich erholen und andere Symptome können auch schwächer werden.“

Und wann bist Du in den SKOLL-Kurs gegangen?

„Ab 2017 habe ich nur noch Bier mit Alkohol getrunken, dann im Laufe des Kurses und der Nachsorge in der späteren Selbsthilfegruppe nur mehr alkoholfreies Bier.“

Was genau hat Dir denn geholfen – der Kurs oder die Gruppe? Was war wichtig?

„Der Kurs hat einfach gezeigt: Du bist nicht der Einzige, die haben das alle. Aus unterschiedlichen Gründen – alle ein Problem. Und wenn man hier sitzt und sich miteinander austauscht. Das hilft irgendwie. Man hat eine Menge gelernt wie Achtsamkeit und Selbstbeobachtung und sich Ziele zu stecken. Und Erfolge beobachten. Das mach ich ja auch heute noch mit meinem kleinen Buch: Also bis auf meinen kleinen Ausrutscher neulich habe ich 2216 Tage ohne Alkohol zusammen. Unglaublich schön.“

Du hast verschiedene Phasen in Deinem Leben durchgemacht, wo Du mehr oder weniger getrunken hast und dann gab es diese Eskalation...

„Und dann kam schlagartig die Idee, ich verändere die Lebensumstände, und für die Gesundheit verändere ich auch nochmal den Alkoholkonsum und bin auf Leute im Kurs gestoßen, denen es ähnlich ging wie mir. Ja, das ist das, was mir geholfen hat, also die Selbsthilfe. Die anderen Betroffenen. Und gar nicht so sehr die professionelle Begleitung.“

Das sehen wir beim Dachverband freie Suchtselbsthilfe auch so. Die Selbsthilfe ist so viel wichtiger, weil nachhaltiger.

„Das ist für uns alle inzwischen richtig wichtig, dass man sich trifft und sieht. Und jetzt geht's darum, diese Botschaft herauszuposaunen und zu sagen, ihr könntet das alle haben. Obwohl es ja eigentlich schon ein Erfolgskonzept ist, wenn Leute, die sich einmal getraut haben, dann jahrelang dabeibleiben, die auch so eine Rückschritt-Erfahrung locker wegstecken können, so wie ich das jetzt gemacht habe.“

Was würdest Du anderen Leuten sagen wollen, die in einer ähnlichen Situation sind, in der Du warst? Die zu viel trinken, sich betäuben...

„Das erste ist, dass man zu sich selbst stehen muss. Und das ist für viele, wie für mich ja auch, ein schwerer Schritt. Man muss sich sein Suchtverhalten eingestehen. Und den Wunsch haben, was anders zu machen. Ich will jetzt wieder Kontrolle über mein Leben haben und ich entscheide jetzt für mich. Schluss. Und wenn man

dann was ändert, kann ja auch immer trotzdem was passieren, und dann ist so eine Selbsthilfegruppe toll und kann einem helfen. Leben ist doch, was passiert, während man Pläne macht.“

Und manchmal kommt es so, wie man es sich vorgenommen hat.

„Offensichtlich, ja. Ich hätte das schon viel früher machen können. Oder machen müssen. Für meine Gesundheit, dann hätte ich meine Polyneuropathie vielleicht nicht. Meine Ärztin sagt, mein Gangbild sei erheblich besser geworden.“

Neue Wege entstehen beim Gehen...

Konsumkompetenztraining, KKT

Wir haben außerdem mit der AWO-Selbsthilfekontaktstelle Potsdam-Mittelmark seit 2023 ein kurzes eigenes selbsthilfengepasstes Konsumkompetenztraining (KKT) für Gruppen zusammengestellt, das sich am CRA-Ansatz (Community Reinforcement Approach nach Meyers & Smith, 2017), dem Kontrolliertes Trinken-Ansatz nach Körkel (2023) und anderen auf Selbstwirksamkeit gerichteten lösungsfokussierten Ansätzen anlehnt.

Hier sind wir gerade im Zeitablauf im Aufbau einer Selbsthilfegruppe in der Nachsorgephase. Aktuell beobachten wir einen wachsenden Zulauf von jüngeren Menschen, die das Konzept gut finden, die auch unterschiedlich stoffliche und nicht stoffliche Süchte haben. Auch hier ein Ausschnitt aus einem Interview.

„... es ist nicht schlimm, sich hinzulegen, wenn man wieder aufsteht.“

Jack: Sucht Alkohol, 24 Jahre; 2023 Teilnehmer am Konsumkompetenztraining, besucht aktuell das monatliche Nachtreffen. Er erfuhr von seinen Eltern, die an einem selbsthilfengepassten CRAFT-Training für Angehörige des DfS e.V. teilgenommen hatten, von der Möglichkeit des Konsumkompetenztrainings beim Verein.

„Jetzt bin ich gerade in der Erfolgsphase, hab' meine Ziele, einen Fokus, mache intensiv Sport, Kung-Fu und Kraftsport – und spüre immer mehr ein gutes Körpergefühl. Meine Arbeit macht mir Spaß, ich komme auch mit Frustrationen klar und habe festgestellt, dass ich jetzt nicht mal mehr am Wochenende trinken möchte, nur noch bei Anlässen wie Geburtstag, Festen oder so. Das Kontrollierte Trinken funktioniert bei mir. Seit meiner Entscheidung für das Konsumkompetenztraining habe ich die

Kontrolle und habe immer weniger bis jetzt fast gar nichts mehr konsumiert. Es geschieht nun wie von allein.“

Was hat der Kurs KKT Dir bedeutet?

„Es war die Hilfe durch Gleichgesinnte, deren Geschichten zu hören, die lockere Gestaltung, ich fühlte mich nicht gezwungen, konnte über alles reden. ... ich habe sehr offen über meine Problematik geredet und habe einen Teil der Geschichten der anderen auch durchgemacht.“

Beim ersten Mal beim Konsumkompetenztraining hatte ich getrunken, durfte in Absprache dableiben, wurde dann doch gebeten, beim nächsten Mal nüchtern zu kommen. Das habe ich auch gemacht. Mein Leitspruch stammt aus meinem Lieblingsbuch ‚Samurai: Sieben Mal unten, acht Mal oben: ... es ist nicht schlimm sich hinzulegen, wenn man wieder aufsteht.‘ Auch ein halbes Jahr nach dem Training komme ich zu den monatlichen Nachtreffen. Ich fühle mich gut. Es ist mein Weg. Abstinenz war nie mein Ziel. Ich glaub, ich hätte das nicht geschafft.“

Was war wichtig für Dich auf Deinem Weg?

„Dass es mein eigener Weg ist. Ich habe vieles in meinem Leben verbessert und es fällt mir nicht mehr schwer, die Kontrolle zu behalten. Die Gedanken an Alkohol sind manchmal noch da, aber ich sage mir: Nein, das brauchst du jetzt nicht. Ich gehe dann lieber zum Kung-Fu und baue den Stress ab.“

Neue Wege entstehen beim Gehen...

In der Fachwelt wird viel von Konsumkompetenz gesprochen, die in der Prävention eine Rolle spielt, aber nicht mehr in der Begleitung von Suchtkranken. Dann spricht man vom Kontrollverlust, der nach Körkel eher eine Kontrollminderung ist.

Die große Frage bleibt für jede/n einzelne/n Betroffene/n: Für wen ist der kontrollierte Konsum wie erreichbar? Für wen ist der abstinenzorientierte Weg erreichbar? Das muss jede/r selbst herausfinden und die Wahlfreiheit in Suchthilfe und Suchtselbsthilfe sollte ermöglicht werden.

In der Suchthilfe gibt es schon sein Jahrzehnten Wissen und Forschung über außerhalb der Abstinenz liegende Suchthilfeangebote. Im Schatten der Abstinenzorientierung werden sie aber zu selten angeboten und finanziert. Eine zunehmende Pathologisierung wirkt sich dabei nicht hilfreich aus. Die Stigmatisierungsforschung vermutet schon seit langem einen Zusammenhang des Stigmas zum Beispiel beim

Alkoholkonsum und der Reaktion von Schuld, Strafe und Sühne bei der Behandlung, auch der Priorisierung des Abstinenzprinzips in den Behandlungsmethoden. Alternativ gibt es wissenschaftlich begleitet Ansätze, wie die Forschung zum Thema Selbstheilung und zur kontrollierten Konsum-Therapie, die Wahlfreiheit in der stationären Therapie, das Brügger Modell von Luc Isebaert und die bekannten ExpertInnen, u. a. Rumpf (vgl. Bischof et al., 2000), Klingemann (2017), Körkel (2023) und die SKOLL-Trainings sowie die Stigmaforschung von Schomeus und Speerforck (2023).

Meiner Wahrnehmung nach werden diese Ansätze teilweise diskriminiert, vernachlässigt und immer wieder zugunsten der abstinenzorientierten Sucht(selbst)hilfe ignoriert. Wir ignorieren dabei aber auch, dass wir mit unseren Suchthilfesystemen und der Suchtselbsthilfe nur zehn Prozent bis maximal 15 Prozent der Betroffenen (Bischof et al., 2000; Gomes de Matos et al., 2013; Schwarzkopf et al., 2021) in unserer Gesellschaft erreichen. Ist das bei einer so folgeschweren Erkrankung für den einzelnen Menschen und unsere Gesellschaft in unserem Interesse?

Daher ist unsere Vision eine niedrigschwellige zieloffene Suchthilfe mit zieloffenen ambulanten und stationären Therapieangeboten und einer starken zieloffenen Selbsthilfe mit freien Entwicklungsmöglichkeiten. Ob die Suchtselbsthilfe dabei als Nachsorge oder als eigenständige Instanz wirken darf, ist den Hilfesuchenden frei zu überlassen.

Sucht als Kompensationserkrankung geht uns alle an und betrifft fast jeden Menschen in seinem eigenen Leben, mehr oder weniger direkt oder indirekt. Die Übergänge von zeitweiligem Konsum über Missbrauch bis zur ausgeprägten Suchtmittelabhängigkeit sind fließend. Das bio-psycho-soziale Entstehungsmodell beschreibt die Verursachung von Sucht und lässt individuelle Herangehensweisen zu.

Wir hatten zu Beginn unserer Herangehensweise viele Fragen und Hoffnungen: Würde man mit der Zieloffenheit die Menschen ermutigen, früher Hilfe in der Selbsthilfe zu suchen? Würden diese Menschen sich integrieren lassen in die bestehenden Gruppen, die sich meist abstinenzorientiert definieren? Würden differenzierte Selbsthilfegruppenangebote entstehen? Würden Ängste und Befürchtungen überwiegen und die Integration verhindern? Würden sich Menschen mit dem Ziel des kontrollierten Konsums wohl fühlen in den Selbsthilfegruppen? Was würde sich wie unterscheiden?

Wir können die Fragen in dieser Phase unserer Herangehensweise noch nicht endgültig beantworten. Sie begleiten uns in diesem Pro-

zess der Einführung der Zieloffenheit in der Selbsthilfe. Es gibt jedoch sehr ermutigende Tendenzen hinsichtlich der Interessierten bzgl. Vielfalt der Suchtmittel und des Erreichens von jüngeren Menschen.

An dieser Stelle noch mal die Sicht und die Erfahrung eines Betroffenen aus der Selbsthilfegruppe „After SKOLL“

„Man hat den Dämon immer bei sich.“

Erik (45 J.) war 2017 erster Gruppenleiter, damals 39 Jahre alt

Du hast ja damals die erste SKOLL-Nachsorgegruppe mitgegründet, nach einem zehnwöchigen SKOLL-Training in der Suchtberatungsstelle des AWO-Betriebsverbandes Potsdam e.V., und hast Dich selber für den kontrollierten Konsum entschieden und damit gegen Abstinenz?

„Weil für mich eine komplette Abstinenz nie in Frage kam. Trotzdem war es wichtig, Hilfe zu holen und einfach mal die ganze Thematik anzugehen. Das war für mich der ausschlaggebende Grundgedanke. Hatte viele private Probleme und eine Trennung, und so hatte ich eine Hilfestellung in der Gruppe. Ich habe mich entschieden weiterzumachen, weil ich der Meinung war, dass es wichtig ist, sich regelmäßig damit auseinanderzusetzen. Ich habe gesagt, lasst uns mal weitertreffen, denn das Suchtproblem war ja nicht nach zehn Wochen Training weg.“

Wie hat das mit dem kontrollierten Konsum über die Jahre geklappt?

„Seit dem SKOLL-Kurs mache ich Dinge bewusster, lasse mich nicht komplett gehen. Ich bin stabil, trinke zwar immer noch gern mein Bier und rauche auch gern mal einen Joint, aber alles gesellschaftskonform, sag ich mal. Wenn ich heute ein Bier trinke, prüfe ich in Gedanken ob es gerade meine Pläne durcheinanderbringen würde, und zähle mit. Es gibt kein ‚Heute ist egal‘, sondern der Gedanke des kontrollierten Konsums ist gleich da.“

Und was hat Dir in den Selbsthilfegesprächen geholfen?

„Ich habe mich in der Gruppe verstanden gefühlt. Dass ich mit Menschen in einem Raum sitze, die auch alle wissen, wie es sich anfühlt, ein Suchtthema zu haben. Das Verständnis in der Gruppe hat mir die Stabilität gegeben und wir waren uns in der Gruppe einig, dass wir zusammen am Ball bleiben. Mir haben das Training und die Gruppe danach über einen längeren Zeitraum geholfen, ein Bewusstsein für die eigene Sucht zu entwickeln, dass ich nichts

mehr herunterspiele, sondern es mir auch bewusstmache, dass es eine Krankheit ist.“

Würdest Du denn sagen, dass Du suchtkrank bist?

„Ja, bin ich. Ich komme noch aus einer ganz anderen Zeit, aus Berlin, wo auch der jahrelange Konsum von chemischen Drogen eine Rolle gespielt hat. Und dazu Alkohol und alles, was möglich war. Ich habe ein sehr großes Suchtpotenzial. Und habe es jahrelang nicht wahrgenommen, das kann einen schnell einholen und in tiefe Täler stürzen. Auch das hatte ich durch. Das sind die Dinge, die einen ein Leben lang nicht mehr loslassen, selbst wenn man in die Abstinenz geht, hat man den Dämon immer in sich.“

Und findest Du die Kontrolle zu übernehmen auch anstrengend?

„Meistens gelingt es gut, die Kontrolle zu übernehmen und manchmal gelingt es eben nicht. Es gibt Phasen und Tage und Momente, wo man dann auch sagt: ‚So – und jetzt trinke ich halt noch ein viertes und auch fünftes Bier‘. Es ist schon nicht einfach. Ich möchte nicht sagen, dass ich das zu jeder Zeit zu hundert Prozent im Griff habe. Es ist aber so auf jeden Fall möglich, ein ganz normales Leben zu führen. Mit vernünftigen Beziehungen und einem normalen Job und auch mit einem normalen gesellschaftlichen Umfeld.“

Das klingt sehr ehrlich.

„Ja, ich finde bei der ganzen Thematik ist es auch das Allerwichtigste, dass man ehrlich mit sich selbst ist. Das hatte ich mir damals auch vorgenommen und bin mir auch treu geblieben. Das ist eine Aufgabe, die jeder, der mit SKOLL oder Konsumkompetenztraining anfängt, durchmachen muss: erstmal sich selber zu erkennen und dann sich Hilfe in der Gruppe holen. Der Mensch muss sich dafür öffnen, es zulassen und natürlich auch wollen.“

Und so war es bei mir. Ich glaube, kein Mensch möchte abstürzen oder obdachlos werden oder sein ganzes Leben versaufen, verkocken oder was weiß ich. Für mich war klar, dass ich a) lange leben und b) ein normales, gesellschaftsfähiges Leben haben möchte und nicht morgens um neun irgendwo am Späti stehe und Bier trinke.“

Was machst du selbsthilfetechnisch für Dich?

„Ich habe wieder angefangen mit Sport, ist mir wichtig für Kopf und Seele und Körper. Das mache ich im Moment für mich. Ansonsten gibt mir meine neue Partnerschaft Halt und Stabilität. Liebe kann aber auch nach hinten losgehen, das hatte ich ja nun auch schon.“

Du gehst ja nicht mehr zu Deiner Gruppe. Es ist vielleicht an dieser Stelle auch wichtig, darauf hinzuweisen, dass Selbsthilfe nicht immer eine lebenslange Begleitung ist.

„Bei mir waren es vier, fünf Jahre Selbsthilfegruppe und vielleicht hat das auch dazu beigetragen, dass ich jetzt stabil genug bin. Die Gruppe hat viel dazu beigetragen, dass ich mir die Dinge einfach immer bewusstmache. Und mit diesem Bewusstsein ist die Kontrolle möglich und ich kann nach einem Bier wieder aufhören. Es gibt mir überhaupt Halt im Leben, die Dinge bewusst zu tun. Ich nehme die Folgen des Konsums auch bewusst wahr. Ich habe auch früher schon, in meiner Chemiezeit andere abstürzen sehen und gemerkt, wann ich schlecht aussehe, stand mir manchmal auch im Weg, habe dann den Break-Point genutzt, um mich wieder in die Kurve zu kriegen. Was ich an negativ Folgen wahrnehme und mir bewusst gemacht habe, ist dabei wichtig. Ich glaube, das nennt man Risikokompetenz.“

Hast Du schon mal freiwillig eine Abstinenzphase gebraucht und eingesetzt?

„Nach der Trennung war der Punkt, wo ich gemerkt habe, dass es in der Lebensphase am meisten Sinn macht, nicht berauscht zu sein, den Kopf frei zu haben, klare Gedanken zu haben, um auch klare Entscheidungen zu treffen. Ich habe die erste Zeit überhaupt nichts verstanden, also gar nichts. Da habe ich gemerkt, dass weder Alkoholkonsum noch THC-Konsum förderlich waren. Umso schwerer die Krise oder umso wichtiger die Entscheidungen, umso klarer sollte der Kopf doch sein, das ist es. Also eigentlich selbstverständlich, aber für den Suchtmenschen nicht so einfach. Bei mir hat es damals klick gemacht und dazu geführt, dass ich drei Monate nicht gekifft und keinen Alkohol konsumiert habe. Da habe ich eine komplette Abstinenzphase eingebaut.“

Wie siehst Du Deinen Suchtmittelkonsum heute 2024?

„Ich nehme den Suchtmittelkonsum als Herausforderung, ich mag das Wort Problem nicht. Nicht der Konsum ist die Herausforderung, sondern sich mit seinem Konsum auseinanderzusetzen und die Kontrolle auszuüben, das ist die Herausforderung.“

Kurze selbsthilfeangepasste Trainings für Betroffene und Angehörige in Gruppen und Selbsthilfegruppen als Nachsorge

Unser Ziel ist eine solidarische, tolerante, freie, unbedingte selbstständige, unabhängige Sucht-

selbsthilfe, die kreativ und unbelastet eigene Wege finden und gehen kann und die Menschen früh erreicht. In diesem Prozess muss jede/r verlässlich auf ausreichende, stabilisierende und fördernde Unterstützung zurückgreifen können. Die Vernetzung und enge Kooperation mit der Suchtselbsthilfe und der Suchthilfe bewährten sich.

Zum Erlernen und zur Stabilisierung von Konsumkompetenz werden in Kooperation mit Suchthilfeträgern und Selbsthilfekontaktstellen Coachings, Trainings mit individuellen Zielfokussierungen, Kurse und Projekte angeboten. Es besteht ein Angebot von Schulungen, Coaching und Beratung. Es entstehen kurze selbsthilfeangepasste Angebote, in der Nachsorge Gruppenangebote für bisher unerreichte und/oder unerreichbare Betroffene und Angehörige. In der Nachsorgephase gründen sich dann daraufhin die neuen Selbsthilfegruppen.

Wir wollten bisher nicht zugängliche Betroffene erreichen und sie über die Möglichkeit der zieloffenen Selbsthilfe im Aufbau informieren. Und wir wollten Angehörigen die Selbsthilfe für sich und Infos zu den niedrigschwelligen neuen Selbsthilfewegen anbieten.

Zweites Ziel: Regionaler Aufbau von Selbsthilfegruppen für Angehörige von Suchtgefährdeten und Suchterkrankten

Neue Wege für alle! Auch für die Angehörigen!

Wir haben uns an das vielerorts bekannte und empfohlene CRAFT-Training, das Community Reinforcement-basierte Familientraining für Angehörige angelehnt, das von Bischof und KollegInnen (2016) in Deutschland beforscht wurde und gelehrt wird. Es wird teilweise in Beratungsstellen in der Einzelberatung für Angehörige angeboten. Wir wollten aber ein an CRAFT angelehntes Training in Gruppen anbieten. Und wir hatten Glück, es war gerade von Dr. G. Bischof entwickelt worden. Wir haben es verkürzt und selbsthilfeorientiert angepasst und angeboten und dies schnellstmöglich, damals gefördert von der AOK-Nordost. Erneut wurde das bewährte Konzept umgesetzt: ein Training in der Gruppe, anschließende Nachsorgetreffen und dann Gründung einer Angehörigenselbsthilfegruppe 2021, die sich „LebensTeil“ nennt. Die Trainings finden seit mittlerweile vier Jahren mindestens zweimal jährlich statt. Und die Selbsthilfegruppe trifft sich seit drei Jahren selbstständig alle vier Wochen.

Neues Angebot für Angehörige zur Unterstützung: Was kann ich tun?

Für Angehörige von abhängigen Menschen bieten wir selbsthilfeangepasste Kurse an, in denen diese lernen können, hilfreiche Verhaltensweisen bzgl. ihrer betroffenen Angehörigen bewusst einzusetzen und hilflose Verhaltensweisen gezielt abzubauen. Außerdem wird dort auf das eigene Wohlergehen der Angehörigen, ihre Ressourcen und ihre Resilienz fokussiert.

„Wo geht's denn hier zum Krafttraining für Angehörige?“

Unser Informationsflyer zum Kurs: „Angehörigentraining ‚Wer, wie, was hilft?‘“

Ein Kurs mit vier Terminen, angelehnt an das CRAFT-Training von Bischoff und KollegInnen (2016; Community Reinforcement Approach Family Training): Ein Training für alle Angehörigen – ausdrücklich für Eltern, PartnerInnen, FreundInnen erwachsene Kinder, die einen suchtgefährdeten oder suchterkrankten Menschen in ihrer Familie und Nähe haben und hilfreiche Strategien anwenden lernen wollen. Was kann ich tun, wenn ich damit konfrontiert bin? Was kann ich bewirken? Kann ich überhaupt was tun? Was hilft eigentlich? Und was sicher nicht?

- Wenn ein mir lieber und nahestehender Mensch zu viel Alkohol trinkt oder Drogen, Medikamente oder andere Suchtmittel missbraucht. Auch bei süchtigen Verhaltensweisen z. B. Glücksspiel oder Medienkonsum kann es zu Abhängigkeiten kommen.
- Wenn Probleme und Sorgen mir vielleicht langsam über den Kopf wachsen?

Ein kostenloser Kurs für Sie, gefördert durch die AOK Nordost – in vier Gesprächsrunden zur Entwicklung einer individuellen Verhaltensstrategie für Angehörige:

- Wir lernen, wie wir mit Menschen, die in ihrer Erkrankung feststecken, umgehen und vielleicht hilfreich sein können.
- Wir lernen was wir besser lassen sollten.
- Wir lernen den sicheren Bereich für unser Wohlbefinden als Ressource für uns wiederzubeleben.“

Das CRAFT-Training ist für Angehörige von unbehandelten Suchtgefährdeten und Suchterkrankten entwickelt worden, mit dem Ziel diese in Behandlung zu bringen. Angehörige sollen als wichtige BeziehungspartnerInnen der Betroffenen genutzt werden.

Durch unsere vielen angepassten CRAFT-Trainings, entstand die Idee, das Konsumkom-

petenztraining KKT selbst anzubieten, da der Zugang zu uns über die CRAFT-TeilnehmerInnen für die Betroffenen sehr nahe lag. In den ersten Konsumkompetenztrainings waren auch teilweise die betroffenen Angehörigen der CRAFT-TeilnehmerInnen, die nicht zu abstinenzorientierten Behandlungen bereit waren. Auch hier erkennt man wieder das Prinzip, dass neue Wege der Selbsthilfe wiederum Neues hervorbringen, das passgenau in die Selbsthilfe mit der Betroffenenkompetenz führt.

Damit dieses Ziel erreicht werden kann, kooperiert unser Verein eng mit Suchtberatungsstellen, Selbsthilfekontaktstellen und anderen Einrichtungen, denn er ist keine Beratungsstelle und wird in seinen Angeboten nicht früh genug wahrgenommen.

Ausschnitte aus einem Interview/Gespräch mit einem Vater (55 Jahre) aus dem selbsthilfeangepassten CRAFT-Training (Herbst 2023) im Januar 2024:

„Ich bin nicht der Sozialarbeiter für meinen Sohn, in der Hauptsache bin ich Vater!“

Was war der Anlass dafür, dass Du das CRAFT-Training gemacht hast?

„Meine große Hilflosigkeit, die ich als Vater, die wir als Eltern verspürten. Denn alles, was wir aus unseren elterlichen Überlegungen heraus für unseren 25-jährigen suchtkranken Sohn angestoßen haben, erschien entweder wirkungslos oder verschärfte die Situation.“

Hattest Du Angst, etwas falsch zu machen?

„Ja. Da ich das Thema Selbsthilfegruppe auch schon in einer anderen familiären Situation erlebt habe, weiß ich, dass eben nicht nur durch die fachliche Leitung eines solchen Trainings Nutzen entsteht, sondern auch durch die Gespräche mit den anderen betroffenen Angehörigen als Selbsthilfegruppe. Man sucht Verbundenheit zu Menschen, die ein ähnliches Schicksal teilen. Diese Erfahrung, dass man in der Gesellschaft oder mit vielen, die man trifft, nicht mehr anschlussfähig ist. Die Selbsthilfe ist da wie ein geschützter Raum, weil man sich mit Menschen trifft, die in ähnlichen Situationen leben.“

Was hat Dir das CRAFT-Training gebracht?

„Das Training hat für mich neue Erkenntnis gebracht, aber auch Erkenntnisse gefestigt, die schon da waren. Was ich sehr hilfreich fand, waren die Tipps zu unterschiedlichen Verhaltensweisen in den unterschiedlichen Situationen der Suchterkrankung. Als Eltern sind wir

nicht die professionellen Betreuer/Betreuerinnen mit einem professionellen Abstand zum suchterkrankten Menschen. Wir sind immer stark emotional involviert und dadurch verlieren wir, verliere ich eben auch als Vater, sehr schnell die Kontrolle über meine guten Kommunikationsvorsätze. Dann gibt es auf einmal keine Ich-Botschaften mehr, sondern dann sage ich: ‚Du Arschloch‘, oder: ‚Du Säufer‘. Das hat mir hinterher immer weh getan. Dann hilft es einem selbst und ist hilfreich für den suchtbetroffenen Angehörigen, phasenspezifisch klare Regeln zu formulieren, das fand ich sehr hilfreich.“

Wie hat sich die Beziehung zu deinem Sohn verändert?

„Vor Kurzem ist unser Sohn in eine betreute Wohneinrichtung gezogen. Es hilft sehr, uns stärker von ihm abgrenzen zu können. Und das ist ja, was letztlich in diesem CRAFT-Training vermittelt wird: Versuche nicht, den Betroffenen zu drängen. Unser Sohn muss aus eigenem Antrieb heraus wollen, für sich Verantwortung zu übernehmen. Wir haben aktuell die beste Zeit seit sieben Jahren. Man ist Vater oder Mutter, aber nicht Seelsorger und auch nicht Sozialarbeiter oder Therapeut und letztlich ist diese Rollenabgrenzung klarer.“

Es geht ja beim CRAFT-Training darum, unbehandelte Suchtkranke zu motivieren, in eine Behandlung zu gehen.

„Den Weg in die Suchttherapie lehnt unser Sohn für sich nach wie vor ab. Ich war mit ihm in einer uns empfohlenen Suchtklinik. Ich habe schnell gemerkt, wie er sich dagegen gestraubt hat. Er sieht diesen Schritt für sich nicht. Für mich stellt sich nun die Frage, ob es die klassische Behandlung sein muss oder ob es ihm möglich ist, in veränderte Lebensumstände zu kommen, um sich selbst zu helfen? Immerhin hat er sein komplettes Lebensmuster verändert und Kontakte, die zum Absturz verführten, vermieden. Er verzichtet freiwillig auf ein eigenes Handy – eine Art Selbstschutz, weil er dann nicht angerufen werden kann von seinen Spezis.“

Was würdest Du anderen Eltern raten?

„Tatsächlich würde ich das CRAFT-Training empfehlen. Es war für mich ein super wichtiger Schritt. Das war wie eine Tankstelle für mich, an der ich Lebensenergie bekam. Die Unterlagen, die wir bekommen haben, sind wie ein Spickzettel, den man sich in die Tasche stecken kann für die nächste schwierige Situation, die mit Sicherheit kommt.“

Und dann denke ich auch manchmal, dass das insbesondere bei Männern nochmal eine ganz spezielle Sache ist. Ich glaube, dass der Mann, mein Sohn, seine Dinge auch selbst regeln will. Und ich glaube, dass ein Heranwachsender oder ein erwachsener Sohn es total blöd findet, wenn der Papa kommt und ihn aus einer kritischen Situation rettet. In dem Moment ist das dann vielleicht auch ganz bequem, aber ich glaube im Nachhinein ist es wirklich eine Situation, die der Sohn dann richtig hasst.“

In dem Moment, wenn ich selbst um weitere Hilfe z. B. bei der Suche nach Lösung meines Suchtproblems bitte, finde ich meine Würde. Wenn ich aber sage, mir geht's schlecht, und andere übernehmen die Regie, dann hilft mir das eher weniger in meinem Bedürfnis nach Selbstwirksamkeit. Es folgen daher manchmal eher Autonomiebestrebungen und Abwehr der Hilfeangebote oder ein Funktionalisieren zur Entlastung des Betroffenen. Es ist in diesem Fall ein hilfloser Hilfeversuch. Die Demütigung, die darin liegt, ist überhaupt nicht beabsichtigt und auch kein sogenanntes co-abhängiges Verhalten, wie man das immer wieder missversteht, sondern eher ein natürliches, pro-soziales Verhalten in liebevollen und fürsorglichen Beziehungen, die aber in dieser Phase eher nicht helfen und gelassen werden sollten.

„Für mich als Vater ist alles letztlich ein Zeichen von Liebe, die man dem eigenen Kind geben will. Als Eltern ist es schwierig, sich klarzumachen, dass das Kind nicht mehr zwölf, nicht mehr 16 oder 18 ist, sondern erwachsen. Dann muss eine ganz andere Rollenverteilung zwischen Eltern und Kind entstehen. Und ich glaub', dass das nicht nur in unserem Fall schwierig ist, sondern generell in Familien ein Thema.“

Der suchtbetroffene Angehörige muss an seinem Konsumverhalten etwas ändern wollen, den Zusammenhang erkennen, dass es ihm in Folge des Konsums schlecht geht.

„Wir Eltern erleben die Hilflosigkeit als große Belastung. Mich belastet dieses ständige Standby, das ständige Gefühl, dass gleich irgendeine schlechte Nachricht kommt. Das zermalmt jeden klaren Gedanken und macht den ganzen Tag kaputt. In der Gruppe im Training sieht man andere, auch ähnliche Verhaltensweisen oder ganz andere Verhältnisse und anderen Umgang mit eigenen Grenzen. Die Erfahrungen der anderen haben mir gezeigt, dass bei mir ein Skript der Angst abläuft. Das wäre mir ohne den Austausch mit den anderen Angehörigen nicht so bewusst. Du brauchst irgendwie den Spiegel. Es ist sehr viel Disziplin nötig, um sich aus diesem Skript der Sorgen zu lösen.“

Meine Erfahrung ist, dass die Sucht eben tatsächlich nicht kontrollierbar ist und dass man den süchtigen Angehörigen nicht heilen kann. Also, man ist nicht derjenige, der ihn gesundmacht. Das muss man sich klarmachen, und dann für sich selbst auch einen Ausstieg finden. Was mich persönlich befreit, ist, in kreative Prozesse mit meinen Gefühlen, mit meinem Leben zu gehen. Dann bin ich bei mir und versuche nicht Lösungen für den anderen zu finden, die nicht funktionieren.

Es ist wie ein Tunnel, in dem man sich befindet, sich löst, dann bin ich nicht die ganze Zeit gedanklich bei ihm. Man sucht eine eigene Strategie. Es ist wichtig, etwas für mich zu tun, auch wenn es anstrengend ist. Hinterher ist es ein ganz tolles Gefühl. Man fühlt sich doch deutlich leichter.“

Aber das ist ja, was wir auch gemeinsam haben, mit unseren süchtigen Angehörigen, überhaupt mit allen, dass wir sehr wohl die Negativkompensation kennen und schauen müssen, dass wir auf die konstruktive Seite kommen. Und nicht destruktiv werden.

„Ja, also das ist, was ich total bescheuert finde: als Angehöriger die Kontrolle zu verlieren, also jemandem verbale Gewalt anzutun. Und das kann ja passieren, wenn man emotional ist, neben sich steht und ausflippt. Man kann es nicht fassen, dass jemand, den man so liebt und für den man so viel in seinem Leben investiert hat, alles wegwirft und sich anscheinend selbst zerstört. Das ist eine ganz tiefe Kränkung und Verletzung, die man als Elternteil erfährt, und natürlich wird man da auch wütend. Ich finde die Ich-Botschaft: ‚Ich bin wütend und hilflos‘, authentischer, als jemanden zu beschul-

MELDUNG

E-Zigaretten und Vapes:

Die Tabakindustrie will Kinder laut WHO zu Süchtigen machen

Die Tabakkonzerne behaupten, sie richten sich mit E-Zigaretten an Raucher, die vom Tabak wegkommen wollen. Reine Taktik, sagt die WHO: Mit Geschmacksrichtungen wie Kaugummi zielt man auf Kinder und Jugendliche.

Die Tabakindustrie versucht einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge alle möglichen Tricks, um Kinder so jung wie möglich süchtig zu machen. Dazu gehöre vor allem, E-Zigaretten in bunten Farben fast wie Spielzeug zu vermarkten, berichtete die WHO am Donnerstag in Genf. In Europa sei die Lage besonders bedenklich, sagte der zuständige WHO-Abteilungsleiter, Rüdiger Krech, am Donnerstag in Genf.

Verkaufseinschränkungen nutzen wenig, wenn Jugendliche die Produkte im Internet bestellen könnten und die Behörden dem keinen Einhalt bieten würden.

Millionen Minderjährige bereits süchtig

Nach Angaben der WHO konsumieren nach Schätzungen rund 37 Millionen Teenager zwischen 13 und 15 Jahren bereits Tabak. Dazu gehören Zigaretten, Kau- und Schnupftabak. Dazu kämen noch Millionen, die E-Zigaretten nutzen. Die enthalten zwar keinen Tabak, aber Nikotin, und machen deshalb auch süchtig.

Weil E-Zigaretten teils teuer sind, steigen viele junge Menschen, wenn das Geld ausgeht, auch auf Tabakprodukte um. In der WHO-Europaregion sagten inzwischen 20 Prozent der 13- bis 15-Jährigen, sie hätten in den vergangenen 30 Tagen E-Zigaretten genutzt.

Unter den 16 000 Geschmacksrichtungen seien solche wie „Kaugummi“ und „Bonbon“, die eindeutig auf Kinder zielten. „Die Geschichte wiederholt sich: Die Tabakindustrie versucht, unse- ren Kindern dasselbe Nikotin in anderer

Verpackung zu verkaufen“, sagte WHO-Chef Tedros Adhanom Ghebreyesus.

WHO kritisiert irreführende Werbung

Dass Tabakfirmen ihre E-Zigaretten als Produkt bewerben, mit dem Menschen vom Tabak wegkommen, ist nach Angaben der WHO nur ein Vorwand. „Wie können sie von Schadensbegrenzung sprechen, wenn sie mit diesen gefährlichen, schnell süchtig machenden Produkten um Kinder werben?“, sagte Tedros. Die WHO prangert Werbung in Kinderfarben an, und solche mit Comicfiguren. Zudem würden Influencer rekrutiert, die ihren Anhängern gegen Bezahlung gefährliche Produkte als „cool“ anpreisen würden. „Die Industrie will die Kinder möglichst jung süchtig machen, damit sie lebenslange Verbraucher haben“, sagte Given Kapolyo, die in Sambia junge Leute organisiert, die in ihren eigenen Jugendgruppen über schädlichen Nikotinkonsum aufklären.

digen oder zu beleidigen. Es hilft mir, weil ich authentisch rüberbringe, was das mit mir macht. So sehr ich das mag, es gelingt mir nicht immer.“

Das CRAFT-Training ist nicht konfrontativ. Es ist vielmehr beziehungsorientiert. Die elterliche Liebe bleibt und die Verantwortungsübernahme wird an das erwachsene Kind zurückgegeben. Aus einer Sucht auszusteigen ist ein Prozess, vieles wiederholt sich und viele Prozesse werden in Gang gesetzt, die zunächst oft nicht gleichzeitig erkenntnisreich oder belohnend sind.

„Das ist ein Kreislauf. Das ist vielleicht die bittere Erkenntnis, dass das Training nicht die schnelle Lösung und Sucht eine sehr langwierige Erkrankung ist. Und man eben nicht Medizin aus dem Schrank holt und dann ein Löffelchen Saft gibt und alles wird gut. Ich glaube, auf der Suche nach dem Allheilmittel sind sicherlich alle Angehörigen. Das gibt es aber nicht, das muss man sich klarmachen.“

Drittes Ziel: Absicherung und Förderung der zieloffenen/zieldifferenzierten Suchtselbsthilfe und enge Kooperation zwischen Suchthilfe und Suchtselbsthilfe

Neue Wege für alle! Auch für die Suchtselbsthilfe!

Auf Basis einer engen Kooperation zwischen Suchthilfe und Suchtselbsthilfe wollen wir Suchtbetroffene aktivierend und motivierend unterstützen. Unsere wichtigsten Ziele sind dabei die Unterstützung und Entstigmatisierung von Suchtkranken, -gefährdeten und ihren Angehörigen und die hier beschriebene Initiierung und Integration neu ausgerichteter entstigmatisierender und zieloffener Suchtselbsthilfe.

- Wir unterstützen Betroffene mit der Zielsetzung Konsumreduktion, Konsumkontrolle, Abstinenz und Erwerb und/oder Wiedererhalt von selbstwirksamer Konsumkompetenz und initiieren neue Selbsthilfegruppen.
- Wir wollen, dass Betroffene ihre eigenen Entscheidungen treffen und sich auf individuelle, selbstbestimmte Ziele fokussieren. Auch die Wahl der Abstinenz als eigene individuelle Lösung kann eine angemessene Konsumkompetenz sein.
- Wir unterstützen Menschen in Suchtselbsthilfegruppen mit gesundheitsorientierten und aktivierenden Fortbildungsangeboten, Beratung, Coaching und Kurzinterventionen.

- Wir unterstützen Selbsthilfegruppen bei der Integration der zieloffenen Haltung und der zieldifferenzierten Herangehensweise.
- Wir unterstützen Angehörige mit an CRAFT angelehnten selbsthilfeangepassten Schulungen, Beratungen und Coaching dabei, mit ihren suchtfährdeten oder -erkrankten FreundInnen, PartnerInnen, Kindern umzugehen, gegebenenfalls hilfreich zu sein und die eigenen Grenzen und Ressourcen kennenzulernen.
- Wir unterstützen Menschen, Suchtselbsthilfegruppen zu bilden, Treffpunkte zu finden und dort Funktionen zu übernehmen.

In Folge dieser Herangehensweise der Integration der zieloffenen, auch auf Konsumkompetenz gerichteten Suchtselbsthilfe entsteht ein fließender Übergang zwischen gesundheitsorientierter und lebensqualitätsorientierter Selbsthilfe, der Prävention und der professionellen Suchthilfe-Instanzen in enger Kooperation. Wir machen sehr gute Erfahrungen mit der engen Vernetzung und Kooperation der Suchtselbsthilfe mit der professionellen Suchthilfe. Gerade in dieser neuen niedrighschwelligen Zielsetzung liegen sehr viele Vorteile, die für den Einzelnen und die Gruppen in jeder Zielgruppe gut nutzbar sind und schnelle bedarfsgerechte Zugänge ermöglichen.

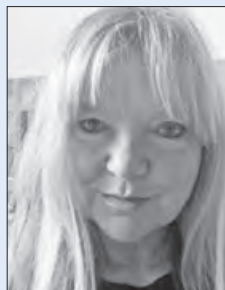
Zieloffene Suchtselbsthilfe als nachhaltige mögliche Instanz kann mehr Raum einnehmen. Die Betroffenenkompetenz (Abstinenzkompetenz und Kontrollierter-Konsum-Kompetenz) wird in ihrer Ganzheit partizipativ eingesetzt; sie kann mehr Potenzial entwickeln und sich vielfältig auch bezüglich der verschiedenen Konsumerkrankungen erweitern. Selbsthilfeunterstützende Interventionen können qualitativ, kurz und gut gehalten werden; sie werden niedrighschwellig und zugänglicher.

- Wir zielen insbesondere auf den entstigmatisierenden Effekt, den eine solche niedrighschwellige Herangehensweise auf Dauer verspricht. Und auf den Zugang und der Partizipation der bisher nicht erreichten oder ausgeschlossenen Zielgruppen. Und auf die unbestrittene Nachhaltigkeit, die Suchtselbsthilfe als eine gesellschaftliche Säule im Gesundheitswesen nachweislich erzielt.
- Wir wissen, dass Suchtgefährdung und Sucht in den Erkenntnissen aller Menschen jede*n in allen Lebensphasen betreffen kann und daher weiterhin entstigmatisiert und enttabuisiert werden muss.
- Wir unterstützen und arbeiten mit Betroffenen- und Mitbetroffenengruppen für alle Altersgruppen in ihren spezifischen Sozialräumen und Lebenslagen.

- Wir suchen Zugänglichkeit direkt oder indirekt über MultiplikatorInnen der Sucht(selbst)hilfe und schaffen Selbstwahrnehmungs- und Bildungsangebote bzgl. Lebens-, Gesundheits- und Risikokompetenz für die zieloffene Suchtselbsthilfe mit ziel-differenzierten Angeboten und wir suchen aktuell dafür wieder nach Förderung und Unterstützung, und insbesondere MitmacherInnen.

Literatur

- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2000). Remission ohne formelle Hilfen und Inanspruchnahme stationärer Behandlung bei Alkoholabhängigen – Ein Vergleich auslösender Faktoren (TACOS-Studie 1999). *Sucht*, (46)1, 9–17, 54–61.
- Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J. & Rumpf, H. J. (2016). Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*, 163, 179–185. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.04.015
- Gomes de Matos, E., Kraus L., Pabst, A. & Piontek, D. (2013). Problembewusstsein u. Inanspruchnahme von Hilfe bei substanzbezogenen Problemen. *Sucht*, 59(6), 355–366.
- Isebaert, L. (2009). *Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie* (2. unv. Aufl.). Stuttgart: Thieme
- Körkel, J. (2023). *Kontrolliertes Trinken – So reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum*. Stuttgart: Trias.
- Klingemann, H. (2017). *Sucht-Selbstheilung ist möglich* (2. Aufl.). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Meyers, R. J. & Smith, J. E. (2017). *CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit: Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Schomerus, G. & Speerforck, S. (2023). Suchtbehandlung ohne Schuldzuschreibung – eine Utopie? *Psychiat Prax*, 50, 175–177.
- Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M. & Specht, S. (2021). *Suchthilfe in Deutschland 2020. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. München: IFT – Institut für Therapie-forschung. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2020_Jahresbericht.pdf
- Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M. & Riemerschmid, C. (2023). *Suchthilfe in Deutschland 2022. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. München: IFT – Institut für Therapie-forschung. https://www.suchthilfe-statistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2022_Jahresbericht.pdf
- Smith, J. E. & Meyers, R. J. (2012). *Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- SKOLL. (2017). *Selbstkontrolltraining*. <https://www.skoll.de/>



Claudia Huhmann

Studium der Erziehungswissenschaften. Diplom-Pädagogin/Erziehungswissenschaftlerin; Integrative Suchttherapeutin, integrativer und hypnosystemischer Coach. Gründungsmitglied und 1. Ehrenamtlicher Vorstand des Dachverbandes freie Suchtselbsthilfe e.V. Selbsthilfereferentin zum Thema Drogen und Sucht beim Arbeiterwohlfahrt-Bezirksverband Potsdam e.V und Mitarbeiterin der Selbsthilfekontaktstelle Potsdam-Mittelmark. Davor u. a. 20 Jahre integrative Suchttherapeutin in der stationären Suchttherapie in der Kurzzeittherapie (Modellprojekt) des DTZ Berlin e.V., davon 10 Jahre als therapeutische Leitung, verbunden mit dem lösungsorientierten Fokus des kurzzeittherapeutischen Ansatzes nach Steve de Shazer und Insoo Kim Berg und dem hypnosystemischen Ansatz nach Gunther Schmidt.
info@claudia-huhmann.de
info@dfs-selbsthilfe.de
referat-sucht@awo-potsdam.de

Die Fleckenbühler

Ronald Meyer

Zusammenfassung

In der therapeutischen Selbsthilfegemeinschaft „die Fleckenbühler“ leben suchtkranke Menschen auf freiwilliger Basis abstinent zusammen. Während sie Arbeit und Alltag gemeinsam planen und gestalten und voneinander lernen, holen sie individuelle Allgemein- und Berufsbildung nach. Im Zusammenleben entwickeln die Gemeinschaftsmitglieder spezifische Fähigkeiten, nicht zuletzt ein tiefes Verständnis für ihre Suchterkrankung und die Kompetenz, drogenfrei leben zu können. Dieser Artikel präsentiert Philosophie und Prinzipien der Selbsthilfegemeinschaft. Er zeigt, dass es Betroffenen möglich ist, ein frohes Leben führen zu können, ohne dabei psychoaktive Substanzen einnehmen zu müssen.

Schlüsselwörter: therapeutische Gemeinschaft, Leben ohne Drogen, Abstinenz, rationales Selbsthilfe-Training, HEDE-Training, Naikan

Abstract

In the therapeutic self-help community 'die Fleckenbühler' people who suffer from addiction live together in abstinence on a voluntary basis. While they plan and organize work and everyday life together and learn from each other, they individually catch up general and vocational training. By living together, community members develop specific skills, not least a deep understanding of their addiction and the ability to live drug-free. This article presents the philosophy and principles of the self-help community. It shows that it is possible for those affected to lead a happy life without using psychoactive substances.

Keywords: therapeutic community, life without drugs, abstinence, rational self-help training, HEDE training, Naikan

Die Krücken

Sieben Jahre wollt kein Schritt mir glücken.

Als ich zu dem großen Arzte kam

Fragte er: Wozu die Krücken?

Und ich sagte: Ich bin lahm.

Sagte er: Das ist kein Wunder.

Sei so freundlich, zu probieren!

Was dich lähmt, ist dieser Plunder.

Geh, fall, kriech auf allen vieren!

Lachend wie ein Ungeheuer

Nahm er mir die schönen Krücken

Brach sie durch auf meinem Rücken

Warf sie lachend in das Feuer.

Nun, ich bin kuriert: ich gehe.

Mich kurierte ein Gelächter.

Nur zuweilen, wenn ich Hölzer sehe

Gehe ich für Stunden etwas schlechter.

Bertolt Brecht (1966)

1 Die Fleckenbühler

Die „Fleckenbühler“ sind eine therapeutische Selbsthilfegemeinschaft. Sie steht damit in der Tradition der therapeutischen Gemeinschaften, wie sie Lewis Yablonsky (1990) in seinem Buch „Die therapeutische Gemeinschaft“ ausführlich beschrieben hat. Das heißt, die Süchtigen leben und arbeiten mit allen anderen in der Gemeinschaft tätigen Menschen zusammen. Die Organisation des Alltags, zu erledigende Arbeiten, Aufgaben und Pflichten werden gemeinsam geplant und entsprechend den entwickelten Fähigkeiten des Einzelnen selbstverantwortlich wahrgenommen und erledigt. Es gibt kein Wir-Sie-System wie in Fachkliniken, in der Psychiatrie oder anderen Institutionen. Die Gemeinschaft zerfällt nicht in Behandler und Behandelte, Gesunde und Kranke, Kluge und Dumme usw., sondern sie stellt eine offene

soziale Situation dar. Jeder ist Lehrer und Schüler zugleich. Der individuelle Status spiegelt die geistige und soziale Reife der Einzelnen wider, ihre wachsende Arbeitsfähigkeit und genaue Kenntnis der Organisation. Jede und Jeder hat die Möglichkeit, verschiedene Positionen in der Gemeinschaft zu übernehmen. Einzig soziale, menschliche und fachliche Fähigkeiten legitimieren dazu.

Ein weiteres wesentliches Merkmal der therapeutischen Gemeinschaft ist die freiwillige Teilnahme. Freiwilligkeit bedeutet, dass der Süchtige tatsächlich selbst den Wunsch hat nüchtern zu leben. Aus unserer Sicht spricht nichts gegen einen anfänglichen motivierenden Druck, aber letztlich kann Genesung nur stattfinden, wenn der Mensch es selbst will. Der Wunsch, drogenfrei leben zu wollen, mag anfangs noch schwach sein, aber durch die Hilfe und Unterstützung der Gemeinschaft wird mit der Zeit klar, dass nüchternes Leben möglich ist, sowie lebenswerter und erfolgreicher als ein Leben in Abhängigkeit.

2 Orte

Der Hof Fleckenbühl liegt südwestlich des Ortes Schönstadt. Entlang der Bundesstraße 3 liegen die Fleckenbühler Felder. Wir Fleckenbühler betreiben hier einen landwirtschaftlichen Demeter-Betrieb mit 250 ha Land und Milchvieh. In den Betrieben Käserei, Buffet-service und in der hofeigenen Brasserie werden die produzierten landwirtschaftlichen Produkte weiterverarbeitet und vermarktet. Mit der Hausküche, den hauswirtschaftlichen und technischen Betriebsteilen und der sozialen Betreuung werden alle internen Abläufe organisiert. Im Zweckbetrieb Umzüge und Transporte bieten wir externe Dienstleistungen an.

Neben dem am Standort verfügbaren Wohnraum steht ein Zehn-Parteien-Wohnhaus in Schönstadt zur Verfügung, fußläufig gut zu erreichen. ÖPNV-Bushaltestellen befinden sich in direkter Nähe zum Hof sowie zum Wohnhaus. Auf dem Hof Fleckenbühl leben in der Regel um die 120 Menschen. Im drei Kilometer entfernten Nachbarort Bürgeln ist der nächste Bahnhofpunkt sowie ein großes Nahversorgungszentrum. Seit Januar 2021 eröffnete in Schönstadt zudem ein dörflicher Nahversorger. Die Universitätsstadt Marburg liegt etwa zwölf Kilometer vom Hof entfernt und ist ebenfalls mit dem öffentlichen Nahverkehr leicht zu erreichen.

Das Stadthaus der Fleckenbühler liegt in Frankfurt-Niederrad südlich des Mains. Es ist gut mit dem öffentlichen Nahverkehr zu errei-

chen. Im Stadtteil sind alle großstadttypischen Einrichtungen vorhanden (Kultur, Sport, Versorgung, soziale Teilhabemöglichkeiten), zudem ist es am Frankfurter Stadtwald gelegen. Im Haus leben in der Regel zwischen sechzig und siebzig Menschen.

Die Fleckenbühler im Haus Frankfurt betreiben ebenfalls verschiedene Zweckbetriebe (Bäckerei, Catering und Läden, Transporte), zudem beherbergt sie die Zentralverwaltung Fleckenbühls (u. a. Personal- und Rechnungswesen und die Öffentlichkeitsarbeit). In allen Bereichen kann ausgebildet werden.

Weiterhin betreiben wir Fleckenbühler eine Kindertagesstätte in Marburg-Ginseldorf sowie die Jugendhilfe Leimbach im Schwalm-Eder-Kreis.

3 Aufnahme sofort!

Für alle Fleckenbühler Häuser gilt: Wir nehmen jeden auf, der süchtig ist. Wir knüpfen keine Bedingungen an die Aufnahme. Auch ohne vorherige Anmeldung kann jede/r zu jeder Zeit – Tag und Nacht – zu uns kommen und aufgenommen werden. Für den Fall, dass Kinder mitgebracht werden, bitten wir darum, sich vorher anzumelden, damit wir auch für die Kinder einen angemessenen Platz vorbereiten können. Für die Fleckenbühler Jugendhilfe Leimbach, die durch die Jugendämter belegt wird, gilt natürlich der normale Anmeldeprozess über die Jugendämter.

Jedes Jahr kommen mehr als 500 Süchtige zu uns ins Frankfurter Haus oder auf den Hof. Neben den mehr oder weniger „zufällig“ zu uns findenden Menschen, kommen viele direkt aus dem Gefängnis mit einer gerichtlichen Auflage. Knapp ein Viertel der Bewohner sind auf diese Weise nach Fleckenbühl gelangt. Für diesen Personenkreis gelten etwas andere Aufnahmemodalitäten. Da die normalerweise gültige zweiwöchige Probezeit entfällt – aus dem Gefängnis wird man nicht zur Probe entlassen –, muss sich jeder mit gerichtlicher Auflage zur Therapie (§§ 35/36 des Betäubungsmittelgesetzes) schriftlich bei uns bewerben. Die Bewerbenden müssen eine Stellungnahme ihrer Beratungsstelle oder des Sozialdienstes des Gefängnisses mitbringen, die die Maßnahme „Therapie statt Strafe“ befürwortet. Der Weg vom Gefängnis sollte ohne Umwege direkt zu uns führen, d. h. keine Besuche auf der Drogenszene mit den damit verbundenen Risiken (Rückfall, neue Straftaten etc.). Der Empfang läuft dann für alle gleich ab. Nach dem gegenseitigen Vorstellen werden den „Neuen“ kurz die wichtigsten Grundlagen erklärt. Anschlie-

ßend werden sie auf Drogen untersucht. Sind diese Formalitäten erledigt, ist der suchtkranke Mensch Teil der Fleckenbühler Gemeinschaft.

Einige Hilfesuchende durchleben noch einen körperlichen Entzug. Daher bieten wir in Zusammenarbeit mit unserer medizinischen Betreuung eine Entzugsbegleitung an. Eine Couch im belebten Essensraum garantiert eine Versorgung mit Wärmflasche und tröstenden Worten, wenn Süchtige sich im Entzug hinlegen müssen. Das Zuhören, Gesprächsführen und langsame Kennenlernen der Mitbewohner wirkt sich in dieser Phase positiv aus. Darüber hinaus stehen wir mit unserer Hausärztin in engem Kontakt, die bei auftretenden Komplikationen zur Verfügung steht.

4 Selbsthilfe

Letztlich ist die Selbsthilfe das entscheidende Element unserer Gemeinschaft. Die eigentlichen Experten für ein Problem sind dabei die Betroffenen selbst. Sie kennen schwierige Lebenssituationen (z. B. den Entzug) aus eigener Erfahrung. Sie sind bestens vertraut mit den Möglichkeiten, ihre spezifischen Probleme zu lösen. Es ist diese spezielle Balance aus Mitgefühl und Strenge, die die Wirksamkeit dieser Beziehung ausmacht. Sie besteht darin, auf der einen Seite genau nachempfinden zu können, wie jemandem zumute ist, und auf der anderen Seite zu verstehen, wie verlockend und selbstzerstörerisch die Haltung des Selbstmitleids ist. Jede und jeder ist für die eigene Nüchternheit verantwortlich; das ist das Credo unserer Gemeinschaft. Das therapeutische Agens ist dabei die Gemeinschaft. Alles findet in der Gemeinschaft statt. Neuankommlinge schlafen im Mehrbettzimmer, alle essen gemeinsam, und die Arbeit wird ebenfalls gemeinschaftlich organisiert und erledigt. Wer länger in der Gemeinschaft lebt, fungiert als Rollenmodell und Vorbild für neu Aufgenommene.

Unser Tagesablauf ist weitgehend durchstrukturiert. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer wachsen dabei die Möglichkeiten, selbstorganisiert und eigenständig zu agieren.

5 Orientierung und Stabilisierung

Zu Beginn des Aufenthalts befindet sich der Bewohner, die Bewohnerin in der Phase der „Orientierung und Stabilisierung“. Ziel dieser Zeit ist es, ein drogenfreies Leben neu zu erlernen. Neben der Rückfallvermeidung steht die Ressourcenstärkung und Stabilisierung sowie die Teilnahme am Gemeinschaftsleben im Vorder-

grund. Hier wird die Grundlage zur Rückkehr zu einem selbstbestimmten Leben geschaffen.

In den ersten 14 Tagen erfolgt eine Mithilfe bei leichten hauswirtschaftlichen Tätigkeiten zur Wiedererlangung der motorischen Koordination nach dem körperlichen Entzug. Ab dem 15. Tag folgen das Einüben einer regelmäßigen Tagesstruktur, Einfinden in die Fleckenbühler Gemeinschaft und die Anleitung zu ersten selbständigen Tätigkeiten. Ziel ist es dabei, die Qualifizierungs- und Beschäftigungsfähigkeit wiederherzustellen.

Für diese Gruppe der Neuankommlinge haben wir die Modalitäten überarbeitet, mit dem Ziel, sie besser in die Gemeinschaft zu integrieren und sie mit einem Basiswissen über Sucht und Selbsthilfe auszustatten. Eine Vielzahl von Infos, Teepausen, Gesprächskreisen, Qualitätszirkeln und Lehrgängen wird zu diesem Zweck angeboten. Durch zusätzliche Lernangebote in verschiedenen Feldern, wie etwa Basiswissen in Deutsch, Rechnen oder im Allgemeinwissen, können unsere Bewohnerinnen und Bewohner ihre Fähigkeiten und Kenntnisse erweitern und ihre Chancen im späteren Berufsleben verbessern. Nicht zuletzt dient diese Zeit auch dazu, sich durch mindestens drei Praktika in unseren verschiedenen Arbeitsbereichen einen Überblick über die Möglichkeiten einer beruflichen Perspektive zu verschaffen. Gerade diese Möglichkeit erwies sich bislang als äußerst erfolgreich.

Insgesamt wollen wir es für die Menschen, die zu uns kommen, attraktiv machen, durch einen Schulabschluss oder durch eine Ausbildung ihre Nüchternheit zu festigen. Wir freuen uns darüber, wenn jemand bei uns solche Leistungen schafft, und hoffen, dass dies für viele einen brauchbareren Weg in ein nüchternes Leben darstellen kann.

6 Leben und berufliche Qualifizierung

Die Phase „Leben und berufliche Qualifizierung“ beginnt ab dem siebenten Monat des Aufenthalts und endet nach 24 Monaten. In dieser Zeit nehmen Bewohnerinnen/Bewohner an Maßnahmen zur Ausbildung, Qualifizierung und Beschäftigung teil. Auf dem Hof Fleckenbühl besteht zudem die Möglichkeit der Teilnahme an der internen Fleckenbühler „Schule vor Ort“ bis hin zur Erlangung von Haupt- und/oder Realschulabschluss. Die Erlangung von Fachhochschulreife und/oder Abitur kann optional außerhalb Fleckenbühls stattfinden.

Nach der Phase der Orientierung und Stabilisierung sind die Bewohner grundsätzlich arbeitsfähig, jedoch oftmals noch sehr ar-

beitsmarktforn, weswegen es gilt, sie an den Arbeitsmarkt heranzuföhren. Bei der (Neu-) Vermittlung von Basis-Qualifizierungen oder ersten Maßnahmen zur Heranföhierung an den Arbeitsmarkt werden unter anderem Arbeitsschutzvorgaben, Hygienevorgaben und berufsspezifische Grundkenntnisse vermittelt oder bereits bestehende Kenntnisse aktualisiert. Daneben kann ein Coaching stattfinden, bei dem es neben der Verstetigung notwendiger sozialer Kompetenzen wie Teamfähigkeit, Durchhaltevermögen, Frustrationstoleranz, Kommunikationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Selbstorganisation, Leistungsbereitschaft, Sorgfalt, Umgangsformen, Verantwortungsbewusstsein und Selbsteinschätzungs- und Informationskompetenz auch um die Stabilisierung der Nüchternheit geht. Weitere Vermittlungshemmnisse, wie zum Beispiel ein fehlender Führerschein oder mangelnde PC-Kenntnisse, können in dieser Phase gezielt beseitigt werden.

7 Modulare Qualifizierung

Die Fleckenböhler bieten in einer Reihe von Berufsbildern eine modulare Qualifizierung an; alle Maßnahmen sind zertifiziert, Fleckenböhler ist Bildungsträger nach der AZAV (Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung). Die modulare Qualifizierung greift für den Kreis der Bewohner und Bewohnerinnen, bei dem sowohl Qualifizierungsnotwendigkeit als auch Ausbildungsreife vorliegen, und erfolgt in den Fleckenböhler Zweckbetrieben sowie den kaufmännischen und hauswirtschaftlichen Bereichen. Die modularen Qualifizierungsmaßnahmen sind für geeignete externe Teilnehmer offen.

Zudem sind auch umfangreichere Qualifizierungen und Praktika außerhalb Fleckenböhlers möglich; zum Beispiel das Absolvieren der Ausbildungsreifeprüfung oder eine Meisterprüfung. Ebenso können Ausbildungen teilweise in Fleckenböhler und teilweise in Kooperation mit anderen Trägern durchgeführt werden, z. B. eine Erzieherausbildung in Kooperation mit dem hessischen Diakoniezentrum Hephata, der Fundraiser-Akademie Frankfurt u. a. Nach Abschluss einer derartigen Maßnahme kann der Übergang in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis innerhalb oder außerhalb Fleckenböhlers erfolgen.

Um den hohen Ausbildungsstandard zu halten, sind wir ständig bemüht, qualifizierte Ausbilder und Betriebsleiter einzusetzen. Dies ist eine enorme Herausforderung, da die Eigentümlichkeit unserer Selbsthilfe es erfordert – bei hoher Fluktuation – die gewünsch-

ten Führungskräfte weitestgehend aus eigenen Reihen zu rekrutieren. Darüber hinaus ist es notwendig, zu investieren, um auch technisch auf der Höhe der Zeit zu bleiben. Beide Aufgaben stellen uns manchmal vor fast nicht lösbare Schwierigkeiten. Glücklicherweise konnten wir dabei immer auch auf externe Unterstützung zählen. Nicht zuletzt dienen die Zweckbetriebe dazu, einen nicht unerheblichen Teil unseres Etats zu erwirtschaften.

8 Eltern und Kinder auf Hof Fleckenböhler

Neben dieser klassischen Suchthilfe haben wir den Schwerpunkt unserer Arbeit auf junge Süchtige und süchtige Eltern mit Kindern gelegt. Speziell für die Eltern mit Kindern wollen wir familienfreundliches Wohnen ermöglichen, haben daher einen Kindergarten eingerichtet, der die besonderen Belange der Kinder berücksichtigt, die bisher unter der Sucht ihrer Eltern zu leiden hatten. 1998 hatten wir im Nachbarort eine Kindertagesstätte mit drei integrativen Plätzen eingerichtet, die im Laufe der Jahre für den Stadtteil Marburg-Ginseldorf den Versorgungsauftrag übernommen hat. Zurzeit werden dort 48 Kinder betreut. Unsere Kinder werden dort bevorzugt aufgenommen.

Unter den vielen Hilfesuchenden, die den Weg zu uns finden, sind immer wieder auch süchtige Eltern, die mit ihren Kindern zusammenleben oder deren Kinder bei Pflegeeltern oder im Heim untergebracht sind. Ihre Lebensumstände waren nicht nur geprägt von den täglichen Zwängen der eigenen Sucht, sondern auch von den Bedürfnissen des Kindes. An vielen Stellen lässt sich dies jedoch kaum oder gar nicht miteinander vereinbaren. Das heißt, die Kinder wachsen in einer Atmosphäre heran, die ihren Bedürfnissen nicht gerecht wird, gar nicht werden kann, bis die Eltern zum Entschluss kommen, sich Hilfe zu holen.

Auf dem Hof Fleckenböhler treffen nun Eltern und deren Kinder auf eine Gemeinschaft, die mit einer selbst gegebenen Struktur lebt und arbeitet. Gemeinschaftsleben bedeutet für sie, neben geteilten Sorgen und individueller Last aber auch, Rücksicht auf andere zu nehmen, sich in eine Gruppe einzufügen und deren Inhalte mitzutragen. Für die Kinder ist das meist problemlos – sie werden schnell von anderen Kindern akzeptiert und in der Gruppe aufgenommen. Als Mutter oder Vater fällt es dagegen schon mal schwer, sich z. B. etwas zum Thema Kindererziehung sagen zu lassen. Denn auch hier haben wir als Elterngemeinschaft eine Vorstellung, was das Thema Kindererzie-

hung angeht. Unsere „Gewaltregel“ zum Beispiel gilt auch für die Kinder. Es stellt oftmals eine völlig neue Erfahrung für die Kinder dar, keine „Haue“ mehr fürchten zu müssen.

Für suchtkranke Eltern und deren Kinder stellt der Beitritt bei uns einen großen Schritt auf ein neues Land dar. Dieser ist oftmals mit Unsicherheiten und Ängsten verbunden. Eltern und Kinder müssen dabei neu Vertrauen fassen und sich auf eine andere, nüchterne Lebenswelt einlassen – für einige mag dies vielleicht die letzte Chance sein, eine Familie zu bleiben oder überhaupt eine zu werden.

9 Jugendhilfe Leimbach

2004 wurde uns die Übernahme eines Jugendhilfeprojekts im Schwalm-Eder-Kreis, knapp 45 Kilometer vom Hof Fleckenbühl entfernt, angeboten. Nach intensiven Diskussionen in der Gemeinschaft haben wir mit Unterstützung des Paritätischen Wohlfahrtsverbands Hessen ein Konzept für die Jugendhilfe Leimbach vorgelegt und dabei weitgehend Übereinstimmung mit dem zuständigen Jugendamt erzielt. Eine entsprechende Leistungs- und Entgeltvereinbarung wurde ausgehandelt. Die Jugendhilfe Leimbach besitzt die Anerkennung als Regel-einrichtung mit implementierter Selbsthilfe. Sie erfüllt alle für eine Regeleinrichtung vorgegebenen Anforderungen und Standards.

Der Betreuungsschwerpunkt der Jugendhilfe liegt im Bereich der Suchthilfe. Die Gemeinschaft bietet sowohl Orientierung durch Vorbildfunktion, „Lernen am Modell“, als auch Bindungssicherheit durch klare Strukturen sowie durch ein vielfältiges Beziehungsangebot und professionelle pädagogische Begleitung. Die Besonderheit der stationären Jugendhilfe Leimbach begründet sich in dem gewinnbringenden Zusammenspiel zwischen Selbsthilfe und Pädagogik. Die konzeptionelle Ausrichtung der Jugendhilfe Leimbach zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass Jugendliche aufgenommen werden können, bei denen bisherige Maßnahmen der Jugendhilfe aus unterschiedlichen Gründen als gescheitert zu bezeichnen sind. Das Leimbacher Modell setzt dabei auf eine intensive Schul- und Berufsausbildung als Grundlage für eine erfolgreiche berufliche und gesellschaftliche Integration.

Der Erfolg des Leimbacher Programms ist mit Schulabschlüssen, Berufspraktika und Berufsausbildung für den aufgenommenen Jugendlichen sichtbar und erkennbar. Jugendlichen gibt dies Motivation und Kraft, den Weg zur Erlangung eines von ihnen gewählten Berufsabschlusses zu gehen. Eine wichtige Säule

des Programms ist die enge Kommunikation und Absprache zwischen Eltern, Jugendamt und der Jugendhilfe in Leimbach. Besonders in krisenhaften Zeiten ist die intensive Kommunikation unerlässlich. Das Jugendhilfeprojekt Leimbach arbeitet in enger Kooperation mit dem Hof Fleckenbühl und hält Ausbildungs- und Qualifizierungskapazitäten für jugendliche Süchtige bereit. Es werden männliche Kinder und Jugendliche ab dem 14. Lebensjahr in Leimbach aufgenommen. Dies ist eine spannende, uns alle herausfordernde Aufgabe.

10 Qualitätsmanagement

Seine suchthelferischen, pädagogischen, betriebswirtschaftlichen und technischen Aufgaben steuert unser Verein über ein systematisches modulares Qualitätsmanagement. Mittels jährlich durchgeführter interner und externer Audits werden Prozesse und Standards von Lebens- und Arbeitsbereichen analysiert, was im positiven Fall eine fortgesetzte ISO- und AZAV-Zertifizierung (Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung) bewirkt. Dokumentierte Audit-Ergebnisse münden in kontrollierte Maßnahme-Pläne zur Qualitätsoptimierung. Einen weiteren Beitrag dazu leisten regelmäßig geführte Fehlerprotokolle und daraus abgeleitete Verbesserungsvorschläge. Eine Bottom-Up-Erhebung bei den jährlichen „Fleckenbühler Tagen“ (halbjährlich stattfindende Versammlungen aller Fleckenbühler) ergibt ebenfalls weiterführende Maßnahmen. Mehrmals jährlich setzen sich zudem Mitarbeitende der Bereiche in Prozess-Teams zusammen, um Abläufe kritisch zu hinterfragen und zu optimieren. Weiterhin befragt der Verein seine Bewohner/innen jährlich umfassend zu Aspekten der Suchthilfe, des Zusammenlebens, der Lebensqualität im Allgemeinen und zum gemeinsamen Arbeiten. Die oberste Leitungsebene führt zusätzlich ein jährliches Management-Review durch, bei dem sie sich ein Bild vom Zustand und Funktionieren des Qualitätsmanagements in der Organisation macht.

11 Das Spiel

Neben dem gemeinsamen Leben gibt es eine Reihe weiterer therapeutisch/pädagogischer Angebote. In unserer Gemeinschaft ist die regelmäßige Teilnahme an einem Gruppengespräch – wir nennen es „das Spiel“ – verbindlich. Das Spiel ist eine regelmäßig stattfindende Gesprächsgruppe, in der die zwischenmenschlichen, persönlichen Erfahrungen und Probleme

me in aller Offenheit besprochen werden. Im Spiel gibt es keine formelle Leitung, alle Teilnehmenden sind gleichberechtigt, egal welche Rolle sie in der Gemeinschaft sonst ausfüllen.

Die Spiele sind, neben der gemeinsamen Arbeit, die zweite Säule des Zusammenlebens. Sie wirken ausgleichend und stabilisierend. Sie helfen, sich im Spiegel seiner Mitmenschen zu erkennen, wobei es den süchtigen Spielteilnehmern vor allem dazu dient, sich gegenseitig auf Fallstricke und Schwierigkeiten aufmerksam zu machen, die einer zufriedenen Nüchternheit im Wege stehen.

Beim Spiel handelt es sich um eine Form des Gesprächs in einer nach bestimmten Kriterien zusammengesetzten Gruppe von Menschen. Dieses Gespräch findet im Kreis statt. Der Inhalt des Gesprächs ist dabei nur geringen Einschränkungen unterworfen. So sollte z. B. nur über Fleckenbühler/innen gesprochen werden, die mit im Kreis sitzen, und es sollte nicht über Technisches oder Organisatorisches gesprochen werden. Grundsätzlich sind die Spielinhalte bestimmt durch Probleme und Schwierigkeiten, die Einzelne mit sich oder anderen Spielteilnehmenden haben. Gewalt und die Androhung von Gewalt sind selbstverständlich verboten. Mehr Regeln gibt es nicht. Hier handelt es sich nicht um eine Art therapeutischer Sitzung, sondern eher um eine Gruppe Menschen, die ihre spezifischen Erfahrungen miteinander teilen bzw. ihre Beziehungen zu- und miteinander klären.

Im Spiel gibt es keine Tabus. Alles kann thematisiert werden. Das Spiel ist keine intellektuelle Diskussion, es ist sehr emotional und bewegend. Warum ist das so? Ganz einfach: In aller Regel haben wir keine Schwierigkeiten, uns zusammenzusetzen, um etwas rational zu planen und umzusetzen. Doch dabei entstehen fast immer Probleme mit Gefühlen, die uns in die Quere kommen. Im Spiel kümmern wir uns daher um den Bereich, der nicht funktioniert, der nicht rund läuft, der uns und unseren Mitmenschen Schmerzen und Kummer bereitet, der Ärger verursacht. Es ist jener Teil in uns oder in unserer Gemeinschaft, den wir gerne – wie wahrscheinlich anderswo die Menschen auch – nicht zur Kenntnis nehmen wollen. Dem neuen Mitglied der Gemeinschaft hilft das Spiel vor allem dabei, sich einzufinden, zu erfahren, wie es auf die anderen wirkt, oder was die Gemeinschaft von ihm erwartet.

Mit längerer Dazugehörigkeit lernen wir das Spiel zu nutzen. Wir empfangen dann nicht mehr nur Informationen, sondern beginnen mehr und mehr eigene Vorstellungen, Ansichten, Ideen ins Spiel einzubringen und von den

anderen Spielteilnehmern Antworten herauszufordern.

Es gibt alle Arten von Spielen, unterschieden nach verschiedenen thematischen Aufteilungen. So gestalten wir Spiele nur für Paare, für Ältere, für Jüngere, nur für langjährige MitbewohnerInnen, nur für Frauen, nur für Mitglieder einer bestimmten Arbeitsgruppe oder nur für Mitglieder in Führungspositionen usw. Wir können auch sehr lange Spiele oder sehr kurze Spiele durchführen. Durch die jeweilige Zusammenstellung erhält das Spiel eine bestimmte Färbung, aber die Teilnehmenden müssen sich thematisch nicht daran halten; sie sind in ihrer Aktion völlig frei zu tun, was sie wollen.

Natürlich ist ein Leben in einer Gemeinschaft, die sich laufend diesem Prozess unterzieht, anstrengend und auf Dauer nicht jedermanns Sache. Aber eben auch das muss immer wieder von allen überprüft und individuell beantwortet werden. So treffen wir uns immer wieder im Spiel, um zu hinterfragen, ob die Grundlage unserer Beziehungen, unsere Ansichten, unsere Annahmen über unsere Mitmenschen, die Gemeinschaft und die Welt allgemein usw. noch stimmen oder ob sie einer Korrektur bedürfen.

Lewis Yablonsky, amerikanischer Soziologe, der weltweit viele therapeutische Gemeinschaften untersucht und kennengelernt hatte, beantwortet in seinem Buch über therapeutische Gemeinschaften die Frage: Ist die Teilnahme an einer Selbsthilfe-Gruppe in einer therapeutischen Gemeinschaft eine schwierige Erfahrung?

„Ich war jahrelang persönlich und beruflich in tausenden solcher Gruppen auf der ganzen Welt und ich fand die Erfahrung lehrreich, emotional aufschlussreich und – in den allermeisten Fällen – angenehm und intellektuell anregend.“ (Yablonsky, 1990)

12 HEDE-Training

Neben dem Spiel bieten wir ergänzende emanzipatorische Gruppenformate an wie etwa das HEDE-Training. Es handelt sich dabei um ein Trainingsprogramm zur Gesundheitsförderung, das auf dem Konzept der Salutogenese nach Antonovsky basiert. Im Salutogenese-Modell werden Gesundheit und Krankheit nicht als Gegensätze im Sinne von Entweder-Oder gesehen, sondern als Pole eines Kontinuums. Der Mensch ist nicht entweder gesund oder krank, sondern er befindet sich irgendwo dazwischen. Diese Position kann sich im Lau-

fe des Lebens ändern. Niemand ist entweder ganz gesund oder ganz krank. Bestimmend dafür steht das sogenannte Kohärenzgefühl. Die Teilfaktoren des Kohärenzgefühls sind Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Verstehbarkeit bedeutet, eine Person ist imstande, das Problem oder die Herausforderung zu verstehen und einzuordnen. Handhabbarkeit meint, dass die Person sich in der Lage sieht, angemessen auf das Problem zu reagieren und der Herausforderung gerecht zu werden. Sinnhaftigkeit geht davon aus, dass die Person das Leben generell als sinnhaft begreift und die sich ihm als Probleme entgegenstellenden Schwierigkeiten und Herausforderungen es wert sind, bewältigt zu werden.

Zur Einstufung der individuellen Kohärenz verwenden wir einen Fragebogen (SOC, sense of coherence), den die Teilnehmenden am Anfang und am Ende des Trainings ausfüllen. Das Training selbst besteht dann aus sechs oder sieben – auf unsere spezifisch Fleckenbühler Verhältnisse – angepassten Modulen. Dieses Training wurde zuerst in unserer Jugendhilfe Leimbach eingeführt und als „Coaching to go“-Training bezeichnet. Derzeit befinden wir uns im Prozess der Einführung des Programms für die Erwachsenenrichtungen Frankfurt und Hof Fleckenbühl. Wir bezeichnen das Programm als „Coaching zur Ressourcenaktivierung und Resilienzförderung“. Federführend bei der Einführung dieses Trainings in unseren Häusern sind Prof. Dr. Robert Frietsch und sein Team von der Hochschule Koblenz.

13 Rationales Selbsthilfe-Training

Weiterhin bieten wir das Rationale Selbsthilfe-Training (RST) an, ein eher auf kognitive Auseinandersetzung mit den eigenen problematischen Denk- und Verhaltensansätzen hin orientierter Ansatz. RST-Gruppen lehnen sich vornehmlich an die Rational Emotive Verhaltenstherapie (REVT) nach Albert Ellis an. Modifiziert wurde dieser therapeutische Ansatz insbesondere dadurch, dass die herkömmliche Behandlungssituation zwischen Therapeut und Klient aufgehoben und in ein Gruppenformat umgewandelt wurde (Schelp et al., 1990). Außerdem wurde die Rolle des Therapeuten verändert. Er fungiert nicht mehr als Behandler, sondern als Trainer, wenn nicht sogar als einfacher Teilnehmer. Das heißt, dass der Trainer mehr Lehrer ist, der seine psychologischen Kenntnisse und Erfahrungen teilt, und Teilnehmende sind aktiv Lernende.

Probleme der Teilnehmenden werden im RST eher als Lern- und Kompetenzdefizite auf-

gefasst, denn als Krankheit. Außerdem werden Teilnehmende als fähig angesehen, ihr Lernen eigenverantwortlich und selbständig zu gestalten. Inhalt dieser Gespräche und Betrachtungen sind vor allem problematische und irrationale Reaktionen auf stressauslösende Ereignisse im Alltag. RST zielt darauf ab, zugrunde liegende irrationale kognitive Einstellungen zu ergründen, sie zu überprüfen und entsprechende neue rationale Kognitionen zu entwickeln, um dann möglicherweise angemessenere alternative Verhaltensweisen an den Tag legen zu können.

14 Naikan

Nicht zuletzt bieten wir Naikan an. Naikan ist eine Methode der Selbsterkenntnis und Aussöhnung mit der eigenen Lebensgeschichte. Es ist eine spezifische Form der Biographiearbeit. In ihrer Historie bezieht sich diese Übung auf buddhistische Meditationsmethoden. In unserem Kontext ist Naikan von ihrem religiösen Hintergrund befreit; Naikan dient ausschließlich dazu, dass die ausübende Person ihre eigenen, von niemandem beeinflussten Erfahrungen macht. Hierzu begibt sich die Person gemeinsam mit drei bis vier anderen Naikanübenden in einen abgeschiedenen Raum. Jede/r zieht sich hinter einen Wandschirm zurück und verbringt dort die nächsten sieben Tage. Nachts schläft die Person hinter dem Schirm und tags sitzt sie auf einem Kissen oder einer Matte. Alle Naikanübenden erhalten dieselbe Aufgabe. Sie sollen für sich drei Fragen beantworten: Was hat deine Mutter in den ersten fünf Jahren deines Lebens für dich getan? Was hast du für deine Mutter getan? Welche Schwierigkeiten hast du deiner Mutter bereitet? Die sogenannte vierte Frage wird ausdrücklich nicht gestellt, nämlich: Welche Schwierigkeiten hat deine Mutter dir bereitet? – denn diese Frage stellen wir uns schon unser ganzes Leben.

Der Naikanleiter kommt nach ungefähr ein- einhalb Stunden, öffnet den Wandschirm und stellt genau diese Fragen. Die Fragen müssen kurz und konkret beispielhaft beantwortet werden. Also zu sagen: „Meine Mutter war immer für mich da“, wäre nicht korrekt beantwortet, denn Erinnerungen sind immer konkret. „Meine Mutter hat mir Hustensaft eingeflößt“, wäre ein Beispiel für solch eine konkrete Antwort.

Nachdem Übende die drei Fragen beantwortet haben, stellt der Naikanleiter ihnen die nächste Aufgabe. Sie besteht darin, die nächsten fünf Lebensjahre zu erinnern und dieselben Fragen zu beantworten, bis zum heutigen Tag. Darauf folgt dasselbe mit Vater, Oma, Opa, eigenen Kindern usw., d. h. mit allen Menschen,

die in der eigenen Biografie bedeutsam waren. Die Naikanübenden sprechen nicht miteinander, außer der kurzen Unterhaltung mit dem Naikanleiter gibt es keine Gespräche. Naikan ist ein Schweigeseminar. Der Naikanleiter enthält sich strikt jeglichen Kommentars oder Deutung des Gesagten. Er blickt auch nicht erfreut oder verärgert. Er ist lediglich Diener des Übenden und achtet darauf, dass Übende nicht vom Weg abkommen. Naikan kann grundsätzlich mit jedem Menschen durchgeführt werden. Allerdings sollte es im Rahmen des Genesungsprozesses nicht zu früh eingesetzt werden, um Re-Traumatisierungen zu vermeiden. Wir bieten Naikan für Menschen mit Suchtproblemen daher erst ab ca. einem Jahr Nüchternheit an.

15 Abstinenz

„Nicht die Droge ist's!“ (Walter Lechler, 1998)

„... daraus ergibt sich, dass die Aussicht, durch die Erforschung der Drogen zu einem Verständnis der Drogensucht zu kommen, ungefähr so groß ist wie die Aussicht, die Bedeutung von Weihwasser durch die Erforschung von Wasser zu begreifen.“ (Thomas Szasz, 1978)

Menschen glauben, wenn sie über Begriffe wie Drogen, Drogenproblem und Sucht sprechen, dass sie darunter das Gleiche verstehen. Wir sagen etwa: „Drogen machen süchtig“. Wir differenzieren sogar, wir behaupten, dass bestimmte Drogen süchtig machen, andere nicht. Wir glauben, wir hätten ein Drogenproblem. Doch wie können Drogen Probleme machen? Denn alle diese Substanzen sind leblos. Sie können nichts und niemanden in ihre Gewalt bekommen. Es geht von ihnen auch kein geheimer Zauber aus, dem wir erliegen. Eine Flasche Wein im Keller wird mit der Zeit schal und ungenießbar, sonst nichts. Selbst die Fragestellung, wie ein bestimmter Stoff wirkt, wenn er denn von einem Menschen zu sich genommen wurde, ist relativ uninteressant. Sie ist von derselben Bedeutung wie Vorlieben für bestimmte Speisen zu haben. Wenn wir wissen wollen, warum ein Mensch etwas Bestimmtes tut, sich z. B. bestimmte Substanzen verschafft und zu sich nimmt, müssen wir uns mit dem Menschen beschäftigen, der das tut. Das klingt banal, ist aber alles andere als selbstverständlich. Im Gegensatz dazu beschäftigen wir uns häufig mit der Frage, wie Drogen wirken oder welche geheimnisvolle Macht von ihnen ausgeht. Und auch unsere Lösungsstrategien stellen meist die Drogen in den Mittelpunkt unserer Überlegungen. Wir verbie-

ten sie, wir erlauben sie, wir analysieren sie, wir beschreiben sie so, als würden wir damit ihren Zauber bannen.

Der naheliegende Grund, warum sich jemand bestimmte Substanzen verschafft und zu sich nimmt, ist dagegen schlicht und einfach: Die meisten Menschen tun es, weil es ihnen Spaß und Vergnügen bereitet. Dies scheint ein allgemeines menschliches Bedürfnis zu sein. In dieser Tatsache ist auch schon das Motiv enthalten, warum Menschen womöglich weniger oder keine Drogen mehr zu sich nehmen. Es macht ihnen keinen Spaß mehr, oder anders ausgedrückt, das Vergnügen, das ihnen der Genuss von Drogen verschafft, ist mit einem zu hohen Preis zu bezahlen. Für uns Fleckenbühler geht es daher darum, den Spaß und die Freude am Leben anders als mit der Einnahme psychokativer Substanzen zu erhalten – Abstinenz ist dafür die notwendige Grundlage.

Wann sprechen wir von Sucht oder was meinen wir damit? In der Regel sprechen wir von Sucht, wenn die Gesellschaft oder jemand, der sich dazu berechtigt fühlt, der Meinung ist, dass ein Individuum zu viel Alkohol trinkt oder verbotene Drogen zu sich nimmt und infolgedessen in Schwierigkeiten gerät oder Störungen verursacht. Wir sprechen auch von Sucht, wenn derjenige, der Störungen verursacht oder an ihn gerichtete Erwartungen nicht erfüllt, nicht bereit, willens oder in der Lage ist, sein Verhalten zu ändern und sich anzupassen. Einfach ausgedrückt: Jemand tut etwas, was anderen nicht passt. Man kann sicher sein, dass jemand sich nicht als krank empfindet, nur weil er etwas tut, was anderen nicht gefällt, sondern im Gegenteil, ihm sogar Vergnügen bereitet. Entsprechend gering ist auch die Motivation, etwas am eigenen Verhalten zu ändern.

Wann setzt aber Veränderungsbereitschaft ein? Wie oben beschrieben erst dann, wenn Schwierigkeiten, in die Betroffene geraten, eindeutig Folge des eigenen Konsumverhaltens sind. Beispielsweise, wenn sie wegen eines Katers nicht zur Arbeit gehen. Allerdings wird Veränderungsbereitschaft sofort gegen Null sinken, wenn derartige Verhalten keine Konsequenzen hat, z. B. der Arbeitgeber nichts dagegen unternimmt, wenn jemand zu spät oder gar nicht zur Arbeit kommt. Warum sollte sich dann der Betreffende ändern? Sein Verhalten wird doch toleriert. Für uns Fleckenbühler ist es daher überaus bedeutsam, Tagesstrukturen aufzubauen und sich in der Gemeinschaft offen über Verhaltens- und Gefühlsaspekte auszutauschen.

Sucht ist eine anerkannte Krankheit, seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wird die notwendige Krankenbehandlung von den

Krankenkassen bezahlt. Aber, obwohl dies aus bestimmtem Blickwinkel als Fortschritt zu werten ist, stellt es gleichzeitig auch einen Pyrrhussieg dar. Denn nach allgemeinem Verständnis braucht es bei einer Krankheit einen Arzt, der den Erkrankten behandelt und ihn einer Heilung zuführt. Ohne dessen Hilfe ist der Kranke verloren. Nun ist es aber gar nicht so lange her, dass die Medizin sich dem Phänomen des Alkoholismus und des Morphinismus gegenüber als völlig hilflos erwiesen hat. Das Eingeständnis der Machtlosigkeit bildet die Basis der abstinenzorientierten Sucht-Selbsthilfe. Diese Erkenntnis führte nach Ansicht eines hervorragenden Vertreters der medizinischen Zunft, C. G. Jung, ursächlich zur Gründung der Anonymen Alkoholiker im Jahre 1936. Aus diesen gingen schließlich 1958 die Selbsthilfe der Süchtigen und Drogenabhängigen – *Synanon* und dessen Abkömmlinge – hervor.

Typisch für diese Selbsthilfe-Organisationen ist es, dass sie im Zusammenhang von Alkohol- und Drogenabhängigkeit nicht von Krankheit sprechen. Die Anonymen Alkoholiker betonen ihre Machtlosigkeit gegenüber dem Stoff – nämlich ihn, den Stoff, zu beherrschen, ihn zu kontrollieren –, und die anderen sprechen im Zusammenhang von Sucht schlicht von Dummheit. Womit gemeint ist, dass Drogenabhängige mangels besserer Kenntnis zur Droge greifen, anstatt sich angemessen um eigene Probleme zu kümmern und sie dort zu bearbeiten, wo sie auftreten. Beide Organisationen verstehen die Droge oder den Alkohol nicht als das ursächliche Problem, sondern sind der Auffassung, dass der Stoff einer psychosozialen Problemlösung im Wege steht. Folglich setzen beide Selbsthilfebewegungen auch auf völlige Abstinenz. Diese vertreten sie aufgrund von tausendfach gemachter leidvoller Erfahrung, dass Abhängige – warum auch immer – nicht mit dem Stoff umgehen können und Drogen- und Alkoholkonsum ohnehin der falsche Weg ist, sein Leben glücklich und zufrieden führen zu können. Diese Haltung vertreten wir Fleckenbühler ebenfalls.

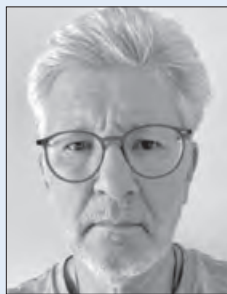
Ein Problem unserer Zeit scheint zu sein, dass niemand gerne den Preis für sein Tun bezahlen möchte. Sozusagen endloses Vergnügen ohne Reue. Dass wir alle für unser Handeln, Denken und Fühlen selbst verantwortlich sind, scheint nicht en vogue zu sein. Selbstbeschränkung findet keinen Beifall. Wir fliegen um den Globus und bedauern, dass es keine unberührten Flecken Erde mehr gibt und wir uns zunehmend mit Hilfe der Technik die Le-

bensgrundlagen zerstören. Wir, in den reichen Ländern der Welt, frönen dem Massenkonsum ohne Rücksicht auf Ressourcenverbrauch und Verschmutzung; die Schwellenländer machen es uns nach. Hierzulande sind wir nicht mal in der Lage, die Geschwindigkeit auf unseren Autobahnen zu reduzieren, um weniger CO₂-Ausstoß zu produzieren. Sind wir alle süchtig – krank oder dumm?

Als Süchtiger weiß ich, wo mein Problem liegt, und mache mir darüber keine Illusionen. Das heißt, ich erkenne die Realität an, nämlich ein zufriedenstellendes Leben im Einklang mit mir, den Mitmenschen und der Natur nur abstinenz leben zu können. Das ist immer besser, als gegen die Realität der Sucht anzukämpfen. Als Menschen können wir nur in Einklang mit unserer eigenen und auch in Anerkennung der äußeren Natur existieren und überleben. Das gilt gesellschaftlich wie individuell.

Literatur

- Brecht, B. (1966). *Gedichte* (Bd. 4). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lechler, W. (1998). *Nicht die Droge ist's: Wir sind alle süchtig*. Oberursel: 12&12.
- Schelp, T. et al. (1990). *Rational-emotive Therapie als Gruppentraining gegen Stress*. Bern: Hogrefe.
- Szasz, T. (1978). *Das Ritual der Drogen*. Wien: Europaverlag.
- Yablonsky, L. (1990). *Die Therapeutische Gemeinschaft: Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit*. Weinheim: Beltz.



Ronald Meyer

Geboren in Berlin 1951, aufgewachsen in verschiedenen Heimen, drogenabhängig. Seit 1971 nüchtern. Mitbegründer von „Release 1“, später „Synanon“. Vorstands- und Geschäftsführungstätigkeit in „Synanon“ und „die Fleckenbühler e.V.“ seit 1975.
r.meyer@diefleckenbuehler.de

Aspekte einer „hybriden“ ambulanten Drogenselbsthilfe im Spannungsfeld von akzeptanz- und abstinenzorientierten Ansätzen

Aktivitäten und Erfahrungen des Vereines „Drogenselbsthilfe Vorarlberg“

Elmar Sturm

Zusammenfassung

Die Geschichte verschiedener Ansätze und Initiativen der ambulanten Drogenselbsthilfe im Österreichischen Bundesland Vorarlberg reicht bis mindestens in die späten 1970er Jahre zurück. Drogenselbsthilfe wird auch heute noch von vielen als ausschließlich abstinenzorientierte Drogenselbsthilfe verstanden. Der 2018 gegründete Verein „Drogenselbsthilfe Vorarlberg“ vertritt demgegenüber einen „hybriden“ Ansatz von abstinenzorientierten und konsumakzeptierenden Aktivitäten und Angeboten. Nach der Beschreibung der Vorgeschichte und der Entstehungsbedingungen in Zusammenhang mit dem Netzwerk Vorarlberger Drogenhilfe – hier spielen auch die Drogenselbsthilfvereine „Starke Süchtige“ und „Ex & Hopp“ in Dornbirn sowie „do it yourself“ in Bludenz eine wichtige Rolle – wird von einigen Projekten, Aktivitäten und Erfahrungen dieses Netzwerkes und des Vereines berichtet. Es wird der Frage nachgegangen: Was soll eine „hybride“ Drogenselbsthilfe sein? Unsere Haltung und unser Selbstverständnis von ambulanter Drogenselbsthilfe werden erläutert. Es werden Anliegen für eine bessere Patientenorientierung und Patientenbeteiligung in der Suchtbehandlung und in der Drogenhilfe, bzw. auch in anderen Hilfesystemen oder Gesellschaftsbereichen formuliert, bis hin zu Forderungen nach einer wissenschaftlich fundierten und integrativen Sucht- und Drogenpolitik. Damit würden Stigmatisierung, Selbststigmatisierung und Diskriminierung verringert, eine möglichst selbstbestimmte Persönlichkeitsentwicklung gefördert, das Selbstbewusstsein erhöht, die Isolation und Einsamkeit reduziert und die gesellschaftliche Teilhabe von Drogengebrauchenden und ihrer Angehörigen verbessert.

Schlüsselwörter: ambulante Drogenselbsthilfe, Abstinenzorientierung, Akzeptanzorientierung, Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, Diskriminierung, Peerarbeit, Netzwerkarbeit, Selbstbestimmung, Opioidsubstitutionsbehandlung, Behandlungs- und Betreuungsqualität, Drogenpolitik

Abstract

The history of various approaches and initiatives in self-help for drug users in the Austrian state of Vorarlberg goes back to at least the late 1970s. Even today, many people still see self-help for drug user as exclusively abstinence-oriented. The Drug Self-Help Association Vorarlberg, founded in 2018, represents a ‘hybrid’ approach of abstinence-oriented and consumption-accepting activities and offers. After describing the history and the conditions under which it came into being in connection with the Vorarlberg drug aid network some of the projects, activities and experiences of this network and the Club are reported. In this context the drug self-help associations ‘Starke Süchtige’ and ‘Ex & Hopp’ in Dornbirn, as well as ‘do it yourself’ in Bludenz also play an important role.

The question is examined – What should a ‘hybrid’ self-help for drug user be? Our attitude and our self-image of outpatient self-help for drug users are explained. Concerns for better patient orientation and patient participation in addiction treatment and drug help, as well as in other help systems or areas of society, are formulated, including demands for a scientifically based and integrative addiction and drug policy. This would reduce stigmatization, self-stigmatization and discrimination, promote self-determined personal development,

increase self-confidence, reduce isolation and loneliness and improve the social participation of drug users as well as their relatives.

Keywords: outpatient self-help for drug users, abstinence orientation, acceptance orientation, stigmatization, self-stigmatization, discrimination, peer work, networking, self-determination, opioid substitution treatment, quality of treatment and care, drug policy.

In Vorarlberg, dem westlichsten Bundesland Österreichs leben etwa 410 000 Menschen. Offiziell spricht man davon, dass es hier ca. 1 000–1 500 Opioidabhängige gibt. Die Dunkelziffer ist aber deutlich höher. Etwa 700–800 Personen sind pro Jahr in einem Opioid-Substitutionsprogramm in Behandlung. Dazu kommen natürlich noch viele Personen mit regelmäßigem Konsum oder einer Abhängigkeit von Stimulanzien, Halluzinogenen, Cannabis, Research Chemicals und anderen legalen oder illegalen Drogen.

Wer ist der Verein „Drogenselbsthilfe Vorarlberg“?

Wir sind Menschen, die in Vorarlberg wohnen, eigene Drogenkonsum- und Suchterfahrungen gemacht haben und/oder als Angehörige oder VertreterInnen von Drogenselbsthilfevereinen die vielfältigen Probleme von Menschen mit einer Suchterkrankung aufzeigen. Wir sind Interessenvertretung und fördern die Selbsthilfe, die Selbstermächtigung und die Selbstachtung von Drogen gebrauchenden Menschen, Suchtkranken und ihrer Angehörigen. Wir machen Verbesserungsvorschläge und geben Empfehlungen ab, damit alle ein menschenwürdiges Leben mit oder ohne Drogen haben können. Aus dem seit Anfang 2015 bestehenden „Netzwerk Drogenselbsthilfe Vorarlberg“, bei dem VertreterInnen der Vereine „Ex & Hopp“ in Dornbirn, „do it yourself“ in Bludenz und „Starke Süchtige“ in Dornbirn aktiv waren, ist im September 2018 der Verein „Drogenselbsthilfe Vorarlberg“ hervorgegangen. Obmann Peter Moranduzzo erläutert einige Anliegen des Vereins:

„Unser Ziel ist es, das Verständnis für Menschen mit Drogen- und Suchterfahrungen in unserer Gesellschaft zu verbessern. Vor allem geht es uns aber auch darum, Menschen eine Stimme zu geben, die sonst selten oder nie zu Wort kommen. Was wir auch vermeiden wollen, ist die Stigmatisierung und Diskriminierung von Drogengebrauchenden. Die sachgerechte Information und Aufklärung der Bevölkerung ist dafür ein wichtiger Schlüssel.“

Alle, die selbst Drogengebrauchs- oder Suchterfahrungen haben oder Anliegen und

Vorschläge zur Verbesserung der Situation einbringen wollen, können uns gerne kontaktieren und sich bei uns beteiligen. Wir freuen uns über jeden Kontakt und jede Anregung! Wir arbeiten mit vielen privaten und öffentlichen Facheinrichtungen, mit Behörden, mit Gemeinden, mit dem Amt der Vorarlberger Landesregierung und mit vielen engagierten Menschen innerhalb und auch außerhalb Vorarlbergs zusammen. Wir geben hilfreiche Informationen, vermitteln und versuchen persönliche Unterstützung zu geben und Mut zu machen, bevor die Probleme zu groß werden. Derzeit hat unser Verein 56 eingetragene MitgliederInnen. Der Vorstand besteht aus sieben Personen. Zur Finanzierung unserer Aktivitäten wie z. B. Selbsthilfetreffen und Peerarbeit, Interessenvertretung, Netzwerkarbeit, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit incl. Betreiben einer Website, Fortbildung, Organisation von Tagungen, etc. beantragen wir jährlich eine Förderung beim Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Soziales und Integration, Fachbereich Chancengleichheit. Aus den Mitteln des Vorarlberger Sozialfonds wurde bisher pro Jahr ein Förderbeitrag zwischen 3 000 und 5 900 Euro gewährt. Unsere Tätigkeit ist ehrenamtlich. Weitere Informationen: www.dshv.at

Was soll eine „hybride“ Drogenselbsthilfe sein?

Als wir mit Prof. Dr. Fredersdorf im letzten Sommer die ersten Kontakte bezüglich eines möglichen Beitrages von uns zu diesem Themenheft hatten, brachte er den Begriff „hybride“ Drogenselbsthilfe – zwischen Akzeptanz- und Abstinenzorientierung ins Spiel. So haben wir begonnen, uns damit zu beschäftigen, und versuchen nun, von unserer Arbeit zu berichten und unsere Erfahrungen im Spannungsfeld von Abstinenz- und Akzeptanzorientierung darzulegen.

In Wikipedia sind unter anderem folgende Bedeutungen des Begriffes „Hybridität“ oder „Hybrid“ beschrieben:

„... Hybridität bedeutet eine Mischform von zwei vorher getrennten Systemen.“ ... „Die Entstehung von Hybriden wird dabei als Experimentierfeld und Modus für soziale Innovationen

verstanden.“ ... „Das Substantiv ‚Hybrid‘ und das Adjektiv ‚hybrid‘ beziehen sich auf etwas Gebündeltes, Gekreuztes oder Vermischtes.“ ...

Dies trifft es schon recht gut. Wir verstehen uns auch als eine Kombination und Mischung aus zwei oder mehreren „Systemen“. Wir bewegen uns oft auf einem „Experimentierfeld“ und versuchen soziale Innovationen zu fördern. Dabei bündeln, kreuzen oder vermischen wir immer wieder Unterschiedliches in Bezug auf Ansätze und Aspekte von ambulanter Sucht- und Drogenselbsthilfe. Eben auch die Personen, Organisationen, Aktivitätsformen, Themen und Anliegen bezüglich der Akzeptanz- und Abstinenzvorstellungen zum Thema Drogen und Drogenselbsthilfe. Unser Verein hat seine Wurzeln in der Arbeit von drei anderen Vereinen, die alle schon seit Jahrzehnten in der Drogenselbsthilfe und teilweise auch in der professionellen Drogenhilfe Vorarlbergs tätig sind. Auch hier sind jeweils von Beginn an verschiedene Drogenselbsthilfeansätze und Angebote mit Akzeptanz- und/oder Abstinenzorientierung umgesetzt worden.

Der Verein „Ex & Hopp“ in Dornbirn

Im Jahre 1979 wurde der Verein „Ex & Hopp – Hilfe und Selbsthilfe“ in Dornbirn von Bernhard Amann und einigen MitstreiterInnen gegründet. Der Verein setzt sich seit seinem Bestehen für eine menschenwürdige Drogenpolitik und ein selbstbestimmtes Leben von Drogengebrauchenden ein. 1990 wurde in Dornbirn die erste niedrigschwellige Kontakt- und Anlaufstelle für Drogengebrauchende in Österreich mit dem Namen „Ex & Hopp“ eröffnet. Es besteht ein breites Angebot im Cafébetrieb, zur Betreuung und Begleitung von Substituierten, von sozialpädagogischen Ansätzen, Straßensozialarbeit, u. a. m. Man nimmt kritisch zu drogen- und gesellschaftspolitischen Themen Stellung und setzt sich gegen Diskriminierung und Stigmatisierung von Drogengebrauchenden und ihrer Angehörigen ein. Diese Einrichtung ist ein wichtiger Bestandteil der Vorarlberger Sucht- und Drogenhilfe mit einem professionellen Team. Weitere Informationen: www.exundhopp.at

Der Verein „Starke Süchtige“ in Dornbirn

Der Verein „Starke Süchtige“ wurde 1997 von einigen Drogengebrauchenden gegründet, damit ihre Sichtweisen und Anliegen ein Sprachrohr bekommen. Es wurden verschiedene

kritische drogen- und gesellschaftspolitische Veranstaltungen organisiert. Die Themen Drogenkonsumräume, Heroinabgabe und Legalisierung von Cannabis (Legalize Österreich) wurden offensiv angesprochen und zur Diskussion gestellt. Nach dem tragischen und überraschenden Tod einiger aktiver Mitglieder wurde es ruhig um den Verein, bis er 2007 von einer Gruppe von Drogengebrauchenden wieder reaktiviert wurde. Gegenseitige Unterstützung, Erfahrungsaustausch, Netzwerkarbeit und eine kritische Öffentlichkeitsarbeit sind bis vor ein bis zwei Jahren noch aktiv betrieben worden. Derzeit ist es eher ruhig um den Verein geworden. Die Proponenten sind wohl in einer Orientierungsphase. Alle Aktiven arbeiten ehrenamtlich. Die Website www.starkesuechtige.at ist derzeit nicht online, weshalb leider keine weiteren Informationen zugänglich sind.

Der Verein „do it yourself“ in Bludenz

Aufgrund der mangelnden Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Drogengebrauchende im Bezirk Bludenz entstand im Jänner 1991 in einem Gespräch zwischen Cornelia Luib, Albert Schallert und Elmar Sturm die Idee zur Gründung eines Drogenselbsthilfevereines in Bludenz. Am 08.03.1991 fand im Pfarrsaal Bludenz eine Podiumsdiskussion zum Thema „Drogenhochburg Bludenz – Was bringt die Zukunft?“ statt. In Folge dieser Veranstaltung bildete sich eine Initiativgruppe mit etwa 30 Personen. Am 23.04.1991 wurde im Hotel „Gasthaus Herzog Friedrich“ in Bludenz die konstituierende Generalversammlung abgehalten und damit der „Verein für Selbsthilfe, Information und Aufklärung in Drogenangelegenheiten – Do it Yourself“ gegründet. Als Vereinszweck wurden *„die Errichtung und das Betreiben von Kommunikations-, Informations- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Beratungsstellen für DrogenkonsumentInnen, Abhängige und Suchtgefährdete sowie die Information der Öffentlichkeit und Förderung von Verständnis für Probleme von Abhängigen und Suchtgefährdeten“* formuliert.

Seit Anfang 1992 betreibt der Verein eine Kontakt- und Anlaufstelle für Drogengebrauchende mit Informations-, Beratungs- und Betreuungsangeboten, mit Vermittlung an Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, mit Unterstützungen zur Überlebenshilfe, mit verschiedenen Projekten, u. a. m.

Akzeptanzorientierung, Förderung der Selbsthilfe, der Selbstbestimmung und der Menschenwürde, sowie eine ganzheitlich orientierte Suchthilfe sind auch heute noch wich-

tige Ziele. Auch diese Einrichtung ist ein wichtiger Bestandteil der Vorarlberger Sucht- und Drogenhilfe mit einem professionellen Team und einigen Personen, die sich auf unterschiedlichen Ebenen ehrenamtlich für die Ziele und Anliegen des Vereines und der Einrichtung einsetzen. Weitere Informationen: www.doit.at.

Unsere Haltung und unser Selbstverständnis von ambulanter Drogenselbsthilfe

Die Arbeit in der Drogenselbsthilfe wird immer noch von vielen als Arbeit verstanden, die ausschließlich abstinenzorientiert erfolgen soll. Demnach werden oft auch an die Teilnehmenden bei Gruppentreffen und bei anderen Aktivitäten der Drogenselbsthilfe sehr hohe (Abstinenz-)Anforderungen gestellt. Das Ziel müsse ein „Leben ohne Drogen“ sein und die Arbeit in der Drogenselbsthilfe müsse alleine der Abstinenz verpflichtet sein. Wir respektieren eine solche Haltung, sehen sie aber für unsere Tätigkeit als zu einengend und für viele drogengebrauchende und suchtkranke Menschen als zu wenig zielführend an. Deshalb ist für uns klar, dass wir jedenfalls jede und jeden dabei unterstützen, möglichst abstinenz leben zu können. Aber genau so klar ist für uns, dass auch jene die dies nicht oder noch nicht können oder wollen, bei uns mitmachen und sich für ihre und unsere gemeinsamen Ziele einbringen können und sollen. Wir verstehen uns als akzeptierende Drogenselbsthilfe, die akzeptanzorientierte und abstinenzunterstützende Ansätze gleichzeitig und gleichwertig fördert und vertritt. Dem entsprechen auch unser Vereinszweck und die Aufgaben, wie sie im § 2 in unseren Vereinsstatuten definiert sind:

- Er (der Verein „Drogenselbsthilfe Vorarlberg“, Anm. d. Verf.) setzt sich für die Verbesserung der Lebenssituation von drogenkonsumierenden, drogenabhängigen und suchtgefährdeten Menschen und ihren Angehörigen ein.
- Die Verbesserung der Kommunikation zwischen den unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen, die Information der Öffentlichkeit und die Förderung des Verständnisses für die Anliegen von drogenkonsumierenden, drogenabhängigen und suchtgefährdeten Menschen und ihren Angehörigen.
- Er setzt sich für die Emanzipation und gegen die Diskriminierung und Stigmatisierung von drogenkonsumierenden, drogenabhän-

gigen und suchtgefährdeten Menschen und ihren Angehörigen ein.

- *Er tritt für eine humane und menschenwürdige Drogenpolitik ein.*

Unsere Ansätze, Anliegen und Aktivitäten

Auf dieser Basis und mit diesem Selbstverständnis haben wir verschiedene Aktivitäten gesetzt und viele Anliegen angesprochen und eingebracht. Über einiges davon wollen wir hier berichten. Durch die Zusammenarbeit und den Austausch zwischen den Vereinen „Starke Süchtige“, „Ex & Hopp“ und „do it yourself“ wurde im Jahr 2015 wieder einmal sehr deutlich, dass viele UserInnen im Kontakt mit den Hilfs-, Betreuungs- und Behandlungssystemen oft Probleme haben, Diskriminierungen und Stigmatisierungen erfahren müssen und viele zunehmend unzufrieden mit den Verhältnissen im Land und mit ihrer Lebenssituation als Drogengebrauchende, als Menschen mit Suchtkrankheiten oder als Angehörige sind.

Deshalb organisierten VertreterInnen dieser drei Vereine im Oktober 2015 die 1. Vorarlberger Drogenselbsthilfe-Tagung in Hohenems. Das Motto dieser Tagung war „Gemeinsam für eine Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungsqualität“.

In einer Presseaussendung der VeranstalterIn nach der Tagung wurde über die behandelten Themen und einige Ergebnisse folgendes berichtet:

„Engagierte DrogengebraucherInnen und VertreterInnen von Selbsthilfevereinen haben von ihren Problemen und Erschwernissen im Alltag und mit Behörden, Behandlungs- und Hilfseinrichtungen, sowie von teilweise offener Diskriminierung und Stigmatisierung berichtet. Wichtig war uns als Veranstalter aber auch, dass neben der berechtigten Kritik, unbedingt auch positive Beispiele genannt und damit fachliche und menschliche Vorbilder gelobt werden‘, betont Monika Rossi, Vorstandsmitglied im Verein ‚do it yourself‘.

Über ein vorbildliches Beispiel, wie Substitutionsbehandlung auch durchgeführt werden kann, referierte der Chefarzt des Züricher Zentrums für Suchtmedizin ARUD, Dr. Thilo Beck: ‚Die Substitutionspatienten sind Experten für ihre Erkrankung. Sie müssen in jeder Behandlungsphase ernst genommen, mit Respekt behandelt und in den Behandlungsverlauf auf Augenhöhe miteinbezogen werden‘, erklärt Dr. Beck seine Philosophie.

Auf unserer Tagung reichte die Palette der Kritik von – ‚sich nicht ernst genommen fühlen‘ – durch

den behandelnden Arzt, die Betreuungsstelle, die Gesundheitsbehörde oder die Apotheke, – bis hin zur grundsätzlichen Kritik über das Verhalten der Gesundheitsbehörden im Rahmen der Substitutionsbehandlung. Diskriminierende Strukturen oder Verhaltensweisen von Einzelnen im Gesundheitswesen – beispielsweise im Umgang mit drogengebrauchenden schwangeren Frauen – wurden ebenso angesprochen, wie die hohe Armutsgefährdung und soziale Ausgrenzung von drogengebrauchenden Menschen', berichtet Sandra Klotz, vom Verein ‚Starke Süchtige‘.

Neben vielen drogengebrauchenden Menschen haben an dieser in Österreich einzigartigen Veranstaltung nicht nur MitarbeiterInnen von verschiedenen Ämtern, sozial- und Gesundheitseinrichtungen, sondern auch der für die Gesundheitspolitik zuständige Landesrat Dr. Christian Bernhard, Landessanitätsdirektor Dr. Wolfgang Grabher, der Dogenkoordinator des Landes, DSA Thomas Neubacher, der Präsident der VlbG. Apothekerkammer, Mag. pharm. Jürgen Rehak und der Substitutionsreferent der Ärztekammer, Dr. Franz Riedl mit großem Interesse teilgenommen.

„Ex & Hopp'-Obmann Bernhard Amann referierte über die Änderungen des Suchtmittelgesetzes ab 2016 und kritisierte: ‚Diese Gesetzesänderung ist ein Schuss ins Knie. Jeder Kleinkonsum wird zum Amtsarzt geschickt, wobei die Amtsärzte schon jetzt völlig überfordert sind. Da der Großteil der Cannabiskonsumanten keinerlei problematische Suchtmuster aufweist, werden so zahlreiche gesunde Menschen quasi psychiatriert, als krank erklärt und stigmatisiert – eine völlig überzogene Maßnahme.‘

„Uns geht es darum, die Behandlungs- und Betreuungsqualität in der Suchthilfe gemeinsam zu verbessern. Die Selbstbestimmung und Selbstermächtigung von Drogengebrauchenden sollen von den Behandlungs- und Hilfesystemen stärker gefördert werden. Dafür ist es enorm wichtig, dass betroffene Drogengebrauchende ihre Erfahrungen einbringen, Mängel und Missstände aufzeigen, aber auch positive Beispiele darstellen können. Dieses Ziel haben wir bei der Tagung gut umgesetzt“, berichtet Sonja Gobber, Vorstandsmitglied im Verein ‚do it yourself‘.

„Bei Fällen von Diskriminierung und Stigmatisierung haben uns Landesrat Dr. Bernhard und die Vertreter der Apotheker- und Ärztekammer ihre Hilfe und Unterstützung zugesagt, um diese möglichst rasch abzustellen“, freut sich Karl-Heinz Klotz, Obmann des Vereins Starke Süchtige.“

Nach dieser Tagung entschlossen sich die OrganisatorInnen im Dezember 2015, das Netzwerk „Drogenselbsthilfe Vorarlberg“ formell zu gründen, um noch stärker gebündelt auf die vielfältigen Probleme aufmerksam machen zu können, aber auch um gemeinsam Empfehlungen, Vorschläge und Forderungen zur Weiterentwicklung der Suchthilfe und der Drogenpolitik einzubringen zu können. Engagierte Drogengebrauchende und VertreterInnen der Drogenselbsthilfevereine aus ganz Vorarlberg haben sich damit auch strukturell und formell vernetzt.

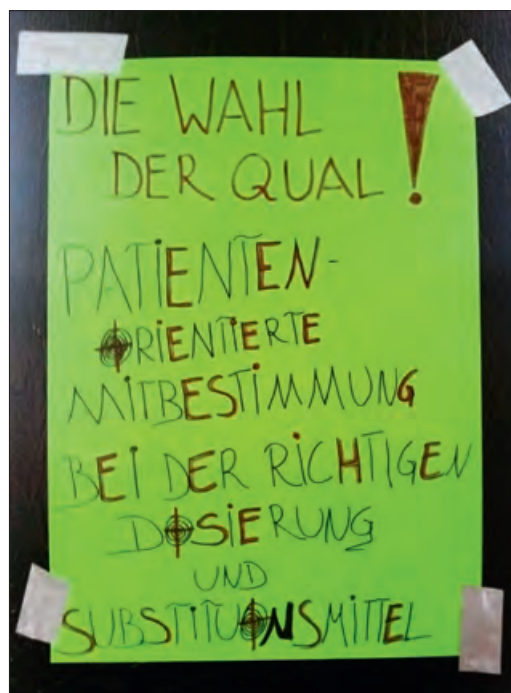
In der öffentlichen Präsentation des Netzwerkes wurden unter anderen folgende Verbesserungsmöglichkeiten eingefordert:

- Mehr Angebote zur Tagesstruktur für suchtkranke Menschen,
- professionell geführte Drogenkonsumräume in Vorarlberg,
- Heroinabgabeprojekte in Vorarlberg,
- Substanztestung zur Gesundheitsprävention in der Partyszene,
- Vermeidung von Unterdosierungen in der Substitutionsbehandlung und Abkehr vom unbedingten Ziel der Nadelfreiheit,
- Freigabe von Cannabisbesitz und Anbau für den Eigenbedarf (mit Qualitätskontrollen),
- Abbau von Diskriminierung und Stigmatisierung gegenüber Drogengebrauchenden,
- Realitätsnahe und integrative Drogenpolitik statt Repression,

Um über den engen Vorarlberger Tellerrand hinauszublicken und die internationalen Kontakte zu vertiefen, besuchten im August 2016 sieben Personen des Netzwerkes Drogenselbsthilfe Vorarlberg die ARUD – Zentren für Suchtmé-
dizin in Zürich (ARUD = Arbeitsgemeinschaft

Abbildung 1

Forderung von Teilnehmern an der 2. Vorarlberger Drogenselbsthilfetagung. Drogengebrauchende wollen sich aktiv einbringen und gehört werden



für risikoarmen Umgang mit Drogen). Dabei lernten sie das ARUD-Zentrum Aussersihl und die Heroinabgabestelle im ARUD-Zentrum, Stampfenbachstrasse 106, sowie ein konsumakzeptierendes betreutes Wohnprojekt für Drogengebrauchende in Zürich kennen. Die Fülle an neuen Informationen und der Austausch mit dem ARUD-Chefarzt Psychiatrie Dr. Thilo Beck und mit der ARUD-Leiterin Innere Medizin, Frau Dr. Regina Esser, mit einem Vertreter des Wohnprojektes und mit fünf KlientInnen/PatientInnen war sehr wichtig, interessant und lehrreich. Es wurde sehr deutlich, warum Dr. Beck bei unserer Tagung im Vorjahr für eine „vorbildliche Substitutionsbehandlung“ und die dazu passende Haltung gelobt wurde.

Die Aufnahme in eine Substitutionsbehandlung wird in der Schweiz vom Arzt selbstständig entschieden, es ist nur eine Meldung an die Gesundheitsbehörde nötig. Innerhalb von 20 Minuten ist eine Aufnahme grundsätzlich möglich, einzige Bedingung ist das Vorliegen einer Opiatabhängigkeit. Das Ziel der ARUD-Zentren und ihrer Behandlungen ist, so wenig wie möglich in die Lebensführung der Patienten einzuwirken. PatientInnen, die unbedingt spritzen möchten, bekommen ihr Substitutionsmedikament in spritzbarer Form. Anspruch von ARUD ist, beste medizinische Versorgung zu geben, aber komplizierte (medizinische) Behandlungen müssen in anderen Einrichtungen oder Krankenhäusern durchgeführt werden. Die Wahl des Substitutionsmittels wird mit den PatientInnen auf Augenhöhe besprochen. Die PatientInnen können das Substitutionsmittel auswählen, wenn nicht medizinisch-internistische Gründe dagegen sprechen. ARUD bietet möglichst umfassende Allgemein- und Suchtmedizin an. Manche PatientInnen bekommen/haben behördliche Auflagen (beruflich, Führerscheinbehörde, Kinder- und Jugendhilfe, ...), nur dann müssen sie Urinproben abgeben. ARUD will und muss die Patienten nicht kontrollieren. Die Mitgabe des Substitutionsmittels (auch Morphine) ist auch für 14 Tage oder mehr ohne Probleme möglich, wenn die Behandlung gut läuft. Sonst wird vorübergehend auf eine Ein- bis Drei-Tage-Mitgabe umgestellt oder in seltenen Fällen auf tägliche Abgabe. Es gibt zwei Stufen der Behandlung bzw. Betreuung durch das ARUD:

1. Walking: Man kommt einfach, hat kurze Kontakte beim zuständigen BehandlerIn, bekommt sein Substitutionsmittel und geht wieder.
2. Fixe Betreuung: Regelmäßige Termine und Behandlungskontakte mit intensiveren Einheiten beim PsychiaterIn, InternistIn, Psy-

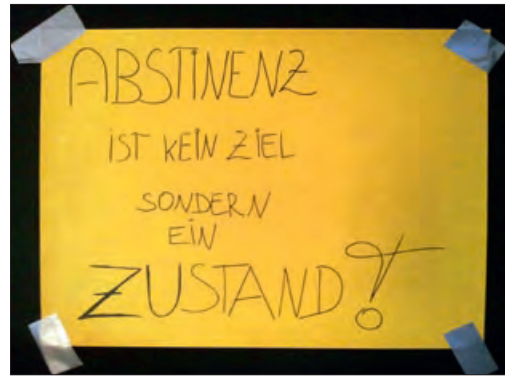


Abbildung 2

Statement von Teilnehmern zur 2. Vorarlberger Drogenselbsthilfetagung

chotherapie, Sozialarbeit, was man braucht und will.

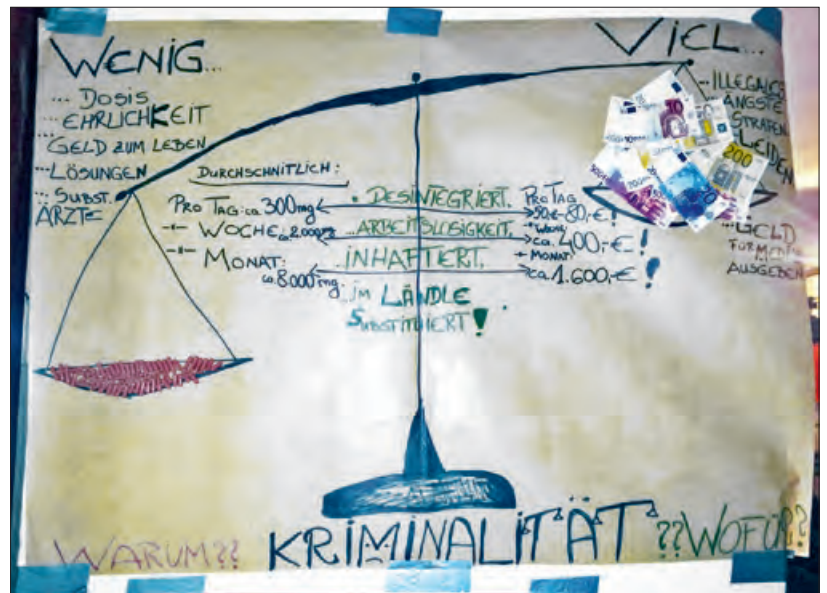
SubstitutionspatientInnen können auch durch den Hausarzt weiterbetreut werden. Dann gibt es eine kontinuierliche Zusammenarbeit bezüglich suchtmedizinischer Themen und der Substitutionsbehandlung.

Im ARUD haben 90 Prozent der Substituierten Mitgaben ihres Substitutionsmittels von zwei bis drei Wochen. Die Mitgabe des Substitutes wird quasi als „Menschenrecht“ angesehen! Die Autonomie der PatientInnen wird und soll gefördert werden. Eine Einschränkung der Mitgaberegulierung muss durch die Behandlungsstelle begründet werden. In Zürich hat es zu dieser Zeit fast gleich viele Morphinverschreibungen in der Substitution, wie Methadonverschreibungen gegeben.

Dr. Beck meinte, er und seine KollegInnen würden gerne Heroin gleich ärztlich verschreiben wie andere Substitutionsmittel. Leider gebe es zu viele gesetzliche Vorgaben und Einschränkungen. Die meisten, die im Heroinprogramm sind, spritzen nicht mehr, sondern steigen um auf Herointabletten. Anfangs haben alle in der Heroinabgabe gespritzt, jetzt nur

Abbildung 3

Die „Substitutionswaage“ zwischen Wohl und Wehe, Problemdarstellung zur 2. Vorarlberger Drogenselbsthilfetagung



noch ca. 30 Prozent. Etwa 40 Prozent nehmen nur noch Heroin-Tabletten, 30 Prozent halb-halb. Eine Kombination von Heroin-Tabletten mit Methadon oder retardierten Morphinen ist auch möglich. Soziale Integration ist ein wichtiges Ziel und wird auch sehr unterstützt. Aber es gibt teilweise doch zu wenige (gute) Möglichkeiten für PatientInnen eine Tagesstruktur oder eine Arbeit zu bekommen. Dr. Beck:

„Es macht keinen Sinn, Substanzen zu verbieten! Viele Probleme entstehen erst, weil die Substanzen verboten sind. Bei einer Gewöhnung an Heroin, ist eine Toleranz bis zur zehnfachen gewohnten Dosis ohne Todesgefahr möglich. Man kann sich als Heroinsüchtiger ‚fast nicht‘ überdosieren, wenn man gutes, nicht verschnittenes Heroin hat und keine anderen Substanzen dazu konsumiert. Wir setzen uns sehr für unsere PatientInnen ein, auch in der Öffentlichkeit und politisch, aber viele PatientInnen hier in Zürich oder in der Schweiz tun selbst nichts oder nur wenig in dieser Hinsicht. Deshalb ist uns die Stärkung der Drogenselbsthilfe sehr wichtig!“

Uns hat diese Exkursion jedenfalls sehr beeindruckt und motiviert, gleich die nächste Drogenselbsthilfe-Tagung zu organisieren. Im November 2016 fand somit die 2. Drogenselbsthilfe-Tagung unter dem Titel „Drogenhilfepolitik auf dem Prüfstand – Probleme und menschenwürdige Lösungen“ wieder in Hohenems statt. Dr. Thilo Beck, ARUD Zürich, referierte zum Thema „Patientenorientierung und Patientenbeteiligung in der Substitutions- und heroingestützten Behandlung in Zürich“ und Dr. Ekkehard Madlung-Kratzer, PKH Hall i. Tirol, sprach über das Thema „Patientenorientierung und Patientenbeteiligung in der Substitutions- und Suchtbehandlung in Österreich“.

Anschließend gab es einen regen Austausch und spannende Diskussionen. Es wurde über die Möglichkeiten und Chancen von PatientInnenorientierung und -beteiligung in der Sucht- und Substitutionsbehandlung informiert und über ihre Bedeutung für eine Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungsqualität diskutiert.

Fazit: PatientInnenorientierung und -beteiligung sind manchmal für alle Seiten etwas herausfordernd, aber sie setzen enorm viel Potenzial in der Behandlung und Betreuung von Drogengebrauchenden frei. Mehr Mitsprache und self empowerment verbessern die Behandlungs- und Betreuungsqualität, sie reduzieren Fehlerquellen und verhindern teilweise falsche Behandlungen. Zudem steigern sie die Therapiemotivation, sichern notwendige Behandlungsschritte ab und stabilisieren er-

reichte Therapieziele. Suchtkranke Menschen wollen mehr Mitsprache bei ihrer Behandlung und Betreuung. Die fehlende Mitsprache verursacht auch immer wieder Unmut und Stressreaktionen, weil sich PatientInnen/KlientInnen nicht wirklich ernst genommen, missverstanden oder zu wenig wahrgenommen fühlen. Stigmatisierungen und Diskriminierungen gegenüber suchtkranken Menschen und ihren Angehörigen werden abgebaut, die Suchtbehandlung und die Suchtmedizin bekommen einen höheren Stellenwert, wenn es eine stärkere Patientenorientierung und eine bessere Patientenbeteiligung gibt. Diese Erkenntnisse gelten übrigens sowohl für suchtakzeptierende, bzw. konsumakzeptierende wie auch für abstinenzorientierte Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen.

PatientInnenorientierung bedeutet für uns aber nicht, dass alle Wünsche und Bedürfnisse der PatientInnen gleich erfüllt und befriedigt werden sollen oder dass keine Konsequenzen bei Regelverstößen gesetzt werden dürften. Im Gegenteil, es geht uns um einen ernsthaften, möglichst offenen, ehrlichen, menschenwürdigen, respektvollen und wertschätzenden Umgang miteinander, der die notwendigen und gewünschten Therapieprozesse unterstützt, damit die vereinbarten Therapie- oder Betreuungsziele möglichst bald erreicht werden können. Dafür sind durchaus auch manche Regeln und Konsequenzen bei Regelverstößen notwendig und sinnvoll, sofern sie sachgerecht und angemessen sind und verantwortungsvoll angewendet werden. Diese Kriterien werden aber leider allzu oft nicht erfüllt, weshalb es manchmal zu Behandlungsabbrüchen und zu Rückfällen kommt.

Über das Netzwerk wurden diese Ansätze und Anliegen in einzelnen Fachgremien und in der Öffentlichkeit angesprochen und eingefordert. Diese Bemühungen hatten aber nur wenig Erfolg. Die Systeme sind leider sehr träge und es gibt oft starke Beharrungskräfte, leider auch viel Ignoranz und Gleichgültigkeit und teilweise wenig Verständnis für die schwierige Lebenssituation und die Probleme von suchtkranken Menschen. Selbst in einschlägigen Fachkreisen sind teilweise erschreckende Haltungen und deutliche Wissensdefizite vorhanden. Darunter leiden natürlich viele Betroffene. Die sind aber meistens ziemlich alleine und fühlen sich ohnmächtig und ausgeliefert. Alleine hat man ja auch nicht sehr viel Kraft und man kämpft oft gegen Windmühlen. Um dieser Ohnmacht und Lähmung etwas entgegenzusetzen, haben 18 Menschen im September 2018 den Verein „Drogenselbsthilfe Vorarlberg“ ge-

gründet. Einige davon waren auch bisher schon im Netzwerk aktiv beteiligt.

Im Jänner 2020 führte diese aktive Gruppe die 3. Drogenselbsthilfe-Tagung in Vorarlberg unter dem Titel „Für eine Drogenpolitik 2.0 – Vom Reden über Drogenprobleme, zum Reden mit den betroffenen Menschen“ in Feldkirch durch. Mit Stolz stellte Peter Moranduzzo, Obmann der Drogenselbsthilfe Vorarlberg, bei seiner Begrüßung die drei TagungsreferentInnen vor und verwies auf die Besonderheit, dass sie alle Mitglieder des Selbsthilfevereines sind. Zum Einstieg wurden einige schonungslose und doch einfühlsame Szenen aus dem österreichischen Film *LENNOX – Leben ohne Heroin* (Hinterberger, 2016) gezeigt, der ein starkes Plädoyer für die gesellschaftliche Akzeptanz von (ehemals) heroinsüchtigen Menschen abgibt. Damit war der Bogen zum ersten Referat von Monika Rossi gespannt. Unter dem Titel „Wirkungen und Nebenwirkungen unserer Drogenpolitik – Von den schmerzhaften Erfahrungen einer Substitutionspatientin“ schilderte sie die – trotz vieler guter Bemühungen von Beteiligten in der Opioidsubstitutionsbehandlung – doch noch vielfältigen Unzulänglichkeiten, Diskriminierungen und Stigmatisierungen, die PatientInnen immer noch zu oft erleben müssen. Hier nur einige angesprochene Beispiele und Erfahrungen:

Oft unbefriedigende Dosisfindung (Unterdosierung), meist keine ausreichenden Mitsprachemöglichkeiten bei der Wahl des Medikamentes; wenig hilfreiche psychosoziale Betreuung (z. B. Existenzsorgen, Wohnungsproblematik, sozialer Rückzug); zu viel Kontrolle (Beikonsum, Einstichstellen, ...); Gefühle der Machtlosigkeit werden produziert, prolongiert und verstärkt; zu wenig Unterstützung auf Augenhöhe, Recht auf Selbstbestimmung wird übergangen; Tabu des intravenösen Konsums, erhöhte Risiken für Infektionen (Hepatitis, HIV, ...); Safer-use-Beratung dadurch erschwert, unnötiger Stress und Versteckspiel (mangelnde Offenheit); derzeitige Situation provoziert Beikonsum von Alkohol, Benzodiazepinen, THC, etc. ...); sehr viele SubstitutionspatientInnen sind traumatisiert und bekommen keine qualifizierte Traumabehandlung; soziale Ausgrenzung, Vereinsamung; körperlich clean zu sein, heißt nicht, auch im Kopf clean zu sein; Patienten fühlen sich oft nicht mehr als Mensch (innerlich zerstört, kein Selbstvertrauen, ...); Gefühl, Bittsteller zu sein; Betteln müssen, um sich normal fühlen zu können; keine Hoffnung auf seelische Regeneration; clean sein, und nicht mehr betäubt zu sein, ist kaum erträglich; Ohnmachtsgefühle, fehlende Kraft, Mutlosigkeit, Apathie; kein Glaube mehr, etwas verän-

dern/bewirken zu können; wer verändern will, wird mundtot gemacht.

Fazit von M. Rossi: Wir brauchen Originalstoffabgabe, Drogenkonsumräume, mehr Selbstbestimmung, weniger Stress und Versteckspiel, mehr Vertrauen in die PatientInnen, längere Mitgaberegelungen, mehr Wissen bei PatientInnen über Risiken und Folgewirkungen des intravenösen Konsums, Umsetzung der Leitlinie Qualitätsstandards für die Opioidsubstitutionstherapie, bessere psychotherapeutische Versorgung.

Thomas Sahler referierte anschließend zum Thema „Cannabis in Bürgerhand?“ Am Beispiel der Cannabisprohibition schilderte er das klägliche Scheitern des *war on drugs* seit über 40 Jahren. Einige seiner Erkenntnisse und Forderungen: Konsumkultur und Aufklärung stärken, dadurch mehr Gesundheitsschutz, Legalisierung ist nötig, Trennung der Märkte bringt mehr Konsumentensicherheit, besserer Jugendschutz bei Legalisierung, Straffreistellung des Anbaues zum Eigenkonsum.

Schließlich sprach Renate Bachmann über das „Elend der Entzugssituation für Opioidsubstituierte in Vorarlberg“. Sie schilderte die mangelnde Qualität der bestehenden Entzugsmöglichkeiten, z. B. im Landeskrankenhaus Rankweil: Für Entzug eine Zumutung; Stationen mit gemischter Belegung (Alkohol, Drogen, Suizid, Borderlinestörungen, etc.); Stigmatisierung von Suchtpatienten durch andere; Vereinzelungstendenz statt hilfreiche Beziehungen; keine begleitenden psychologischen Gespräche, etc.

Therapiestation Lukasfeld: auch nicht förderlich für qualifizierten Entzug; alles wirkt sehr beklemmend (nur kleiner Balkon); leider unmöglich, in die Natur hinaus zu kommen (außer Pflege hat Zeit, mitzugehen); immer bewusst, dass man eingesperrt ist; keine begleitenden psychologischen Gespräche möglich. Leider gibt es in Vorarlberg immer noch keine wirklich guten Entzugsstationen. Fazit: Nur wenige „trauen“ sich überhaupt, einen Entzug nur zu versuchen. Schafft man es nicht oder wird gar rückfällig, drohen sicher Konsequenzen! Aus diesen und anderen Gründen möchten viele den Entzug oder eine Stabilisierung außerhalb von Vorarlberg machen.

Positives Beispiel: Entzugs-Auffangstation KH Hall in Tirol; in jeglicher Hinsicht wird dort sehr auf die PatientInnen eingegangen; gut strukturierte Wochenplanung; man wird wirklich als SuchtpatientIn behandelt und nicht als lästiges ÜBEL! Man wird nicht einfach sich selbst überlassen! Individuelle Entzugsmedikation soweit möglich und vertretbar. Möglichst wenig Druck – und kein – „Du musst!“

Ihren Ansprüchen, weitere Impulse für dringend nötige Veränderungen der Vorarlberger Drogenpolitik und Drogenhilfe zu geben, ist die Vorarlberger Drogenselbsthilfe mit dieser Veranstaltung voll gerecht geworden. Es darf nicht mehr nur über Drogengebrauchende geredet werden, sondern wir wollen uns auch aktiv einbringen und gehört werden. Dies haben nicht nur die regen Diskussionen während der Tagung gezeigt, sondern auch ein erster kritischer Austausch mit der Leiterin einer Entzugseinrichtung nach der Tagung, bei dem die Verbesserungsvorschläge der Drogenselbsthilfe besprochen und später auch einiges davon umgesetzt wurde.

Kurz nach der Tagung kam die COVID-19-Pandemie. Alles war anders und für viele sehr schwer. Isolation, Rückzug und noch mehr Einsamkeit als zuvor. Gut, dass diese Extremphase mit Lockdowns vorbei ist. Aber es ist vieles nicht mehr wie vorher. Viel Verunsicherung und Misstrauen bleibt. Wir arbeiten aber weiter mit unseren Ansätzen und für unsere Ziele. Wir pflegen den Erfahrungsaustausch, geben Unterstützung und Begleitung in schwierigen Situationen, egal ob jemand (wieder) abstinent lebt oder ob jemand (noch) Drogen konsumiert. Das Bemühen, sich gegenseitig zu stärken und die Versorgung von Drogengebrauchenden sowie die Drogenpolitik im Land endlich zu verbessern, steht im Vordergrund. Es geht um Unterstützung für ein möglichst eigenständiges und selbstbestimmtes Leben. Peerberatung, Begleitung, Vermittlung, Vertretung von persönlichen Anliegen, Unterstützung bei Problemen und bei Konflikten im Umgang mit Ämtern und Behörden, Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen, Vernetzungs-, Informations- und Schulungsaktivitäten, etc. sind permanent gefragt. Dies alles soll helfen, eine selbstbestimmte Persönlichkeitsentwicklung zu fördern, das Selbstbewusstsein zu erhöhen, die Isolation und Einsamkeit zu reduzieren und die gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern. Wir machen auch weiterhin Aktionen zum internationalen Gedenktag von verstorbenen Drogengebrauchenden und andere Öffentlichkeitsarbeit. Wir nehmen an Arbeitsgruppen, Vernetzungstref-

fen, Tagungen und in verschiedenen Gremien teil. Wir bleiben im Austausch und pflegen die Vernetzung mit Suchtselbsthilfe- und anderen Selbsthilfeinitiativen und mit Verbänden im In- und Ausland. Ebenso leisten wir Lobbyarbeit zur Verringerung von Stigmatisierung, Selbststigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit Drogen- und Suchterfahrungen und ihrer Familien und fördern den Dialog zwischen den unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen zu den vielfältigen Themen im Bereich Drogen und Sucht.

Wir wollen weiter mitmachen und mitmachen! Wir fordern eine menschenwürdigere, wirksamere, wissenschaftlich fundierte und integrative Drogenpolitik statt Repression. Deshalb keine alleinige Orientierung an der Abstinenz, sondern Respekt und Akzeptanz gegenüber der freien Wahl, ob jemand mit oder ohne Drogengebrauch leben will.

Literatur

Hinterberger, P. (Regie). (2016). *LENNOX – Leben ohne Heroin*. Zenofilm.



DSA Elmar Sturm

Seit über 30 Jahren Dipl.-Sozialarbeiter in der Sucht- und Drogenhilfe in Vorarlberg. Ehrenamtliche Vorstandstätigkeit im Verein „do it yourself“ (Bludenz) und Verein „Drogenselbsthilfe Vorarlberg“. Mitarbeit Arbeitsgruppe Suchtkrankenhilfe des Landespsychiatriebeirates (Land Vorarlberg) und Vorarlberger Armutskonferenz. elmarsturm@iplace.at

„Es ist immer auch ein Katz-und-Maus-Spiel“: Drogenbanden schmuggeln Rekordmengen an Kokain über den Hamburger Hafen

Polizei und Zoll sind alarmiert, Hafentreiber haben die Sicherheit verstärkt. Doch das nützt wenig, wenn die Drogenmafia Insider im Hafen hat. Mit Kampagnen sollen jetzt die Mitarbeiter wachgerüttelt werden. Europa wird gerade von Kokain überflutet.

„Er sagt, er braucht den Stellplatz des Containers.“ – „Ich sollte ihm ein Foto von dem Siegel schicken.“ – „Wir konnten uns vom Sport.“ – „Als ich nicht mehr wollte, schickten sie mir ein Foto meiner Tochter.“ All das sind keine Szenen aus Mafia-Filmen oder einer Serie über kolumbianische Drogenbosse. Das ist Realität im Hamburger Hafen und jetzt Teil einer Kampagne, in der Mitarbeiter vor Anwerbeversuchen gewarnt werden. Die Sorge ist groß, dass Deutschlands Seehäfen zum bevorzugten Umschlagplatz für den internationalen Drogenschmuggel werden. Experten sehen dafür Hinweise.

In den vergangenen Jahren hat der Zoll in Hamburg Rekordmengen an Kokain aufgespürt. Trotzdem wird Europa von dem weißen Pulver regelrecht geflutet. Die entscheidende Frage ist immer: Wie kommt das Kokain aus dem Hafengelände? Ohne bestochene Mitarbeiter des Hafens, der Reedereien oder Speditionen gelingt das nicht.

Der Hafen Hamburg ist der größte Seehafen Deutschlands und der drittgrößte Containerhafen nach Rotterdam und Antwerpen in Europa. Noch liefern sich Drogenbanden hier keine gewaltsamen Revierkämpfe wie in den Niederlanden oder Belgien. Da dort die Sicherheitsvorkehrungen in den Häfen aber verschärft wurden, befürchten Experten eine stärkere Verlagerung nach Deutschland.

„Der Drogenschmuggel ist schon da. Die Frage ist, ob wir es in Deutschland auch mit einer Gewalteskalation zu tun bekommen“, sagt Robin Hofmann von der Universität Maastricht, der dort Strafrecht und Kriminologie unterrichtet. „Die neuralgischen Punkte sind ganz klar die Häfen. Dort kommen die Drogen rein.“

Im vergangenen Jahr wurden allein im Hamburger Hafen laut Hamburger

Senat 33,9 Tonnen Kokain sichergestellt.

Lange haben Politiker und Behörden den Kokainschmuggel über deutsche Seehäfen nicht ernst genug genommen. Drogenbanden hatten es leicht, die Sicherheitsmaßnahmen waren zu lasch. Jetzt schlägt die deutsche Regierung Alarm. Vor einigen Monaten reiste die Innenministerin Nancy Faeser nach Südamerika; für den 7. Mai hatte sie zu einem Treffen zur Hafensicherheit mit ihren Amtskollegen aus europäischen Ländern nach Hamburg eingeladen.

Das Geschäft für die Kokainmafia ist hoch lukrativ. Experten gehen davon aus, dass nur maximal zehn Prozent der eingeschmuggelten Drogen gefunden werden. Die Gewinnmargen sind enorm: Ein Kilo Kokain gibt es in Südamerika schon ab 1000 Dollar. Der Straßenwert kann in Europa 50 000 Euro oder sogar mehr betragen.

Erst Anwerbung, dann Bedrohung der Familie

Der Blick auf die Kai-Anlagen und die historischen, nachts beleuchteten Hafenkranen gehört seit mehr als hundert Jahren zum Panorama von Hamburg. Die Hamburger schauen voller Stolz auf das Tor nach Übersee und Fernost. Auf dem rund 70 Quadratkilometer weit verzweigten Hafengelände gibt es heute vier hochmoderne Containerterminals, in denen sich die bis zu 20 Tonnen schweren Stahlboxen zu Türmen stapeln. In weiteren Terminals werden Stückgut oder auch Öl verladen. Ein Geflecht von 43 Kilometern Kai-Mauer durchzieht das Gelände an der Elbe, rund 120 Kilometer von der Nordsee entfernt – und es ist schwer zu kontrollieren.

Europol zählt Hamburg zu den am stärksten im Visier der Drogenbanden stehenden Häfen. Auch hier an der Elbe

werden die Verstecke der Banden immer raffinierter und die Anwerbeversuche von Insidern im Hafen brutaler. Die Masche ist immer ähnlich: Zunächst wird ein harmloser Kontakt beispielsweise zu Disponenten einer Reederei, Staplerfahrern, Mitarbeitern in den Kühlzentren, privaten Sicherheitsleuten oder Lastwagenfahrern aufgebaut. Dann kommen die Forderungen, oft auch die Drohungen gegen die Familie. In den letzten großen Drogenprozessen in Hamburg saßen immer auch sogenannte Innentäter, also Kontaktpersonen aus dem Hafen, auf der Anklagebank.

Die Behörden und auch die größten Terminalbetreiber HHLA und Eurogate haben deshalb Mitarbeiterkampagnen gestartet, Hotlines und anonyme Meldestellen eingerichtet.

Die gängige Methode der Schmuggler ist, das Kokain einer legalen Fracht beizuladen – in Bananenkisten, Kaffeesäcken oder hinter einer doppelten Wand. Beliebt sind auch Lüftungsgregate an Kühlcontainern. Über die Kontaktpersonen kommen die Banden an Zugangskarten für das Gelände oder an Informationen in IT-Systemen, über die die Position der Container jederzeit abrufbar ist. Anhand von gefälschten Referenzcodes werden die Container dann abgefangen. Der legale Empfänger der Ware ist oft nicht involviert.

Mehr als 6 000 Lkw passieren jeden Tag den Hafen. Auch wenn in der jüngsten Vergangenheit die Sicherheitsüberprüfungen verschärft wurden, gibt es immer noch Schlupflöcher.

Mit Bolzenschneider und GPS-Tracker auf dem Hafen

Im sechsten Stock in der neuen Hafencity sitzt Michael Schrader in seinem Büro an einem gläsernen Konferenztisch. Er leitet seit einem Jahr das Hauptzollamt Hamburg, mit rund 2 000 Mitarbeitern das größte in Deutschland. Die Erwartungen an seine Behörde sind enorm: Der Zoll soll schnell sein, Mar-

kenpiraterie aufdecken, die Bundeskasse mit Steuermilliarden füllen und auch noch die internationale Drogenmafia bekämpfen. Es sei sehr viel mehr Kokain im Umlauf als in den Jahren zuvor, sagt Schrader nachdenklich. „So große Mengen haben wir noch nie beschlagnahmt.“ Die Nachfrage sei da, das sei ein gesellschaftliches Problem.

Schrader ist seit fast 40 Jahren beim Zoll, er kennt die Tricks der Schmuggler. Doch manchmal ist auch er noch überrascht. So zum Beispiel vor einem Jahr: In das hochmoderne, fast komplett automatisierte Terminal Altenwerder drangen nachts immer wieder Gruppen von Männern ein, ein knappes Dutzend Mal hintereinander. Sie hatten Bolzenschneider, Plomben zum Versiegeln von Containern und GPS-Tracker dabei – alles Utensilien, um eine größere Kokaingemenge zu suchen. Etwa 40 Männer, meist niederländischer Nationalität, wurden festgenommen und wieder freigelassen. Ihnen konnte nur Hausfriedensbruch vorgeworfen werden. Um auf das Terminal zu gelangen, mussten sie nur einen Zaun durchschneiden.

Schrader gibt zu: „Wir haben in der Vergangenheit die Sicherheit im Hafen vernachlässigt. Da waren wir wohl etwas blauäugig.“ Jetzt würden der Zugang zum Hafen und die Prozesse sicherer gemacht.

Aber auch der Chef der Zollverwaltung gibt sich keinen Illusionen hin. Kontrollen allein, auch wenn sie technisch noch so ausgeklügelt sind, helfen wenig. Der internationale Austausch mit anderen Behörden ist wichtig. „Wenn Schmuggler ihre Strategie ändern, müssen wir uns schnell anpassen. Es ist immer auch ein Katz-und-Maus-Spiel“, sagt Schrader.

Nur rund zehn Prozent der Container aus Südamerika werden vom Zoll inspiziert, insgesamt im Hafen sind es rund zwei Prozent. „Wir schauen uns die Waren unter verschiedenen Aspekten genau an und kommen dann zu einer Risikoanalyse.“ Wo kommt die Fracht her, was soll laut Papieren drin sein, gibt es Unregelmäßigkeiten, haben die Kollegen in anderen EU-Häfen schon kontrolliert?

Zu den effektivsten Kontrollmethoden gehören die Durchleuchtungsstationen. Der Container wird unter dem Röntgenapparat durchgefah-

das dauert nur wenige Minuten. Die hochaufgelösten Bilder werden dann zu Experten geschickt und analysiert. Schwierig wird es auch hier, wenn Kokain in flüssiger Form geschmuggelt wird, wie es wieder vermehrt vorkommt. Schmuggler befestigen auch häufiger große Mengen von Kokain am Rumpf von Schiffen. Dafür gibt es Unterwasserdrohnen, die eingesetzt werden, manchmal auch Taucher. Der Aufwand ist enorm.

Stolz sind die Zöllner auf eine neue und effiziente Methode, die erst seit kurzem zum Einsatz kommt. Damit die Container für die Kontrolle nicht geöffnet und ausgeräumt werden müssen, wird Luft aus der Stahlbox abgesaugt. Spürhunde beschnüffeln diese dann auf mögliche Rauschgiftspuren.

Kampf gegen Geldwäsche ist entscheidend

„Ich bin etwas skeptisch, wie wirksam Maßnahmen für mehr Hafensicherheit sind. Das sind eher homöopathische Mittel“, sagt der Kriminologe Robin Hofmann. „Wenn ein paar hundert Kilo entdeckt werden, haben die Gangs das als Verlustmarge einkalkuliert.“ Er ist überzeugt, dass bei der Bekämpfung des Drogenhandels grundsätzlicher vorgegangen werden müsse.

Auch Hafenbetreiber und Reedereien sollten stärker in die Pflicht genommen werden, meint Hofmann. Personen, die Geldwäsche erst möglich machen, müssten stärker zur Verantwortung gezogen werden, wie Anwälte, Finanzberater, Banker, Makler und Galeristen. „Dadurch wird das Geschäft erst möglich. Man schaut aber einfach weg.“

Und der Kriminalwissenschaftler fragt sich, was die Konsumenten eigentlich antreibt. „Warum ist Kokain eine Lifestyle-Droge? Was passiert da eigentlich in der Gesellschaft? Junge Menschen leben achtsam, machen Yoga und kaufen keine Produkte mit Palmöl. Aber sie ziehen sich am Wochenende Kokain rein“, sagt Hofmann.

Für Michael Labetzke, stellvertretender Vorsitzender vom Bund Deutscher Kriminalbeamter, ist der Schmuggel von Kokain schon lange ein Problem der nationalen Sicherheit: „Ich finde es schade, dass man bei diesem Thema noch nicht weitergekommen ist. Mittlerweile seien die Strukturen ver-

festigt, Geld in Milliardenhöhe werde in den legalen Wirtschaftskreislauf eingeschleust, also gewaschen.

„Die Summen sind so gewaltig, dass diese Marktmechanismen außer Kontrolle setzen. Das sehen wir im Immobiliensektor in den Ballungszentren“, sagt der Polizist und Stadtverordnete aus Bremen. In Deutschland fehlten gut ausgebildete Kriminalisten, sagt er. „Wenn wir Champions-League spielen wollen, brauchen wir auch Champions-League-Sicherheitsbehörden.“

Mehr Kooperation mit den Herkunftsländern

Für die Containerschiffe aus Südamerika ist der Hamburger Hafen oft die letzte Station innerhalb der EU. Liniendienste verbinden die Hansestadt mit Rio de Janeiro und Santos nahe São Paulo. In Kolumbien werden zum Beispiel die Häfen Cartagena und Buenaventura angefahren sowie Ecuadors größte Stadt Guayaquil. Wenn sich in diesen Ländern die Sicherheitslage verschlechtert, spüren das auch die Hamburger Zöllner.


Guayaquil wird seit einiger Zeit von rivalisierenden Kartellen terrorisiert, die auch die Kontrolle des Hafens übernommen haben. Hier kann das Kokain fast ungehindert verschifft werden. Mengenmäßig ist Santos in Brasilien inzwischen der wichtigste Drogenumschlagplatz geworden. Dort agiert das Drogenkartell PCC (Primeiro Comando da Capital), das die gesamte Lieferkette kontrolliert und auch in Europa Gefolgsleute platziert hat. Die wichtigsten Ausgangsländer, von denen Kokain nach Europa gelangt, sind laut Europol Brasilien (rund 71 Tonnen), Ecuador (67,5 Tonnen), Kolumbien (rund 32 Tonnen) und Costa Rica (20,4 Tonnen).

Reeder lassen sich bei ihren Sicherheitskonzepten ungern in die Karten schauen, versichern aber, dass die Schiffe in südamerikanischen Häfen besonders bewacht werden. Es gebe Patrouillen auf dem und um das Schiff, Zugänge seien sicherheitsüberprüft. Dennoch liegt das Problem woanders: Solange Container dort Tage oder sogar Wochen in privaten Lagern oder auf der Straße stehen, ist es ein Leichtes, eine „Beifracht“ hinzuzufügen.

Der Hamburger Zollchef Schrader blickt beim Thema Sicherheit deshalb

vor allem nach Südamerika: „Ich erhoffe mir von dem Hafensicherheitsgipfel eine verstärkte internationale Zusammenarbeit. Wir schauen vor allem in die Herkunftsländer. Wenn es dort sicher-

heitsgeprüfte Terminals gibt, in denen die Container verladen werden, wären wir schon einen großen Schritt weiter.“ Allerdings wird das in naher Zukunft nicht geschehen. Dafür müssten dort

erst die Kokainmafia und deren Geldgeber politisch bekämpft werden. Das passiert viel zu wenig. 

Normalisation of drug use is associated to liberalism and the logic of consumer society

'In Europe in the 21st century, nightlife drug use spaces became normalised due to two major changes that took place in the last decades: the rises of capitalism and liberalism,' Kostas Skliamias explains (in: Normalisation re-visited – Drugs in Europe in the 21st century).

The first is the rise and the predominance of capitalism as a monopoly system. Capitalism prevailed not only as a production and economic model, but also as a model of consumption. Baudillard argues that one of the challenges of contemporary capitalism was that it had to achieve control, not only over the production, but also on the consumer demand to ensure that markets can be found for potentially unlimited productive capacity. In contemporary capitalism, the transformation of social-economic structure and culture, led many theorists to focus on the emergence of the consumer society and to analyse the ideological control and manufacturing of desire and temptation.

In the phase of late capitalism, consumerism is established as a central facet of social life. Capitalism embraces consumerism and promotes a culture of consumption. Consumption is now the duty of the individuals: they no longer exist as citizens or workers, but as consumers. Paraphrasing one of the philosophy's most famous sayings by Rene Descartes 'cogito ergo sum', in contemporary capitalism as experienced in Europe, the declaration 'consumo ergo sum' fits better to our societies. We live in a consumer society which systematically gives rise to the system of 'needs' and is organised around consumer objects, needs, wants, desires and practices which are seen as matters of style, identity and culture.

The rapid capitalist penetration of many sectors of cultural production has affected two main developments in the arena of consumption: first, the mobilisation of fashion in mass markets has led to an acceleration of the pace of consumption across a wide range of life-styles and recreational activities, and second, the shift away from the consumption of goods into the consumption of services such as entertainments, spectacles, happenings, and distractions. This is particularly the case when we look more closely at the nightlife industry, where we see a move away from just selling a product (alcohol, drugs), to offering a range of lifestyles (atmosphere, experience, cultural capital). Capitalism has penetrated into all aspects of our lives, including leisure and entertainment, and led to the unrestricted development of nightlife spaces.

Liberalism: Drug use and drug policy have been central to liberal-themed debate of recent decades. The argument that 'individuals are sovereign of their own body and mind' has been successfully used in the forefront of social changes in our societies. Same-sex marriage, gender identity issues, euthanasia, and drug use are some of the topics on which the argument of self-determination and sovereignty has been deployed.

The wave that is created by civil liberties and liberal civil rights is not

detached from consumption, as consumption itself can be conceptualised as an expression of liberty, with individuals being the sovereign actors of their consuming behaviours and choices. The consumers are considered 'sovereign' because they can freely select which product or service to consume. The right to self-development and self-determination makes the individual the starting and ending point of life, rendering all spheres of market and society in which the consumer appears as a sovereign actor. In this context, new spaces were opened up for differing conceptions of freedom and necessity. Marcuse believes this 'freedom' and 'choice' is illusory because the people have been preconditioned to make their choices within a pre-determined universe that circumscribes their range of needs, desires and eventually choices. Marcuse argues that the system's social freedoms have become subtle instruments of domination which serve to keep the individuals in bondage to the system that they strengthen and perpetuate.

Normalisation of drug use and its spaces is associated to both liberalism and the logic of consumer society.

Morgan, Sogaard, Uhl (Eds.):
Normalisation re-visited – Drugs in Europe in the 21st century.
164 pages, Paperback
ISBN 978-3-95853-884-9
eBook: ISBN 978-3-95853-885-6
Pabst

Suchtberatung und Suizidprophylaxe für Transmenschen

Transmenschen werden im Alltag häufig diskriminiert und benachteiligt. Viele weichen in die Sucht aus – oder in den Suizid. Die meisten Suchtberatungsstellen sind auf Transmenschen nicht eingestellt – und werden von diesen auch nicht akzeptiert. Eine Ausnahme bildet die Beratungsstelle 4Be in Hamburg mit einem nicht pathologisierenden und nicht diskriminierenden Ansatz. Cornelia Kost und Daniel Schiano berichten im aktuellen Reader „*Gender.Frau.Sucht.*“ über das Projekt.

Für die optimale Fachkompetenz und Akzeptanz eignet sich ein Peer-Konzept. „Unter dem Wort Peer versteht man einen Gleichrangigen, es geht also um ein Angebot auf Augenhöhe. Es eignet sich besonders für Menschen, die sich mit Gesprächspartnern austau-

schen möchten, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben und die eigenen Erfahrungen dadurch auf besondere Art nachvollziehen können.“ Die Peer-Berater bewegen sich alltäglich in der Trans-Community und werden von ihr als vertrauenswürdig angesehen. Für ihre Arbeit sind sie professionell ausgebildet worden. Die Beratung schließt eine Suizidprophylaxe mit ein.

In der Klientel von 4Be überwiegen fast zur Hälfte Verhaltenssuchten, die nicht stoffgebunden sind. Problematischer Alkoholkonsum folgt mit 19 Prozent an zweiter Stelle, übermäßiger Internet-Gebrauch mit 17 Prozent an dritter, Cannabiskonsum mit 13 Prozent an vierter, Essstörungen mit acht Prozent an fünfter Stelle. Nikotin oder Medikamente spielen fast keine Rolle.



Heino Stöver, Christiane Lieb (Hrsg.):
Gender.Frau.Sucht. Genderfragen in (Post-)Corona-Zeiten.
120 S., Paperback
ISBN 978-3-95853-845-0
eBook: ISBN 978-3-95853-846-7
Pabst

Jahrbuch Sucht: die unheilige Allianz zwischen Alkohol und Gewalt

Unter Alkoholeinfluss begehen Menschen schwerste Verbrechen: Das Jahrbuch Sucht 2024 berichtet über 110 Morde, fast 500 Tötungen, fast 2000 Vergewaltigungen und mehr als 32000 schwere Körperverletzungen für das Jahr 2022 in Deutschland: ein deutlicher Anstieg gegenüber 2021. Die Zahl der Brandstiftungen unter Alkoholeinfluss hat sich von 2021 auf 2022 auf fast 1000 verdoppelt. Die Daten beziffern lediglich das polizeibekanntes Hellfeld. Zumindest bei Vergewaltigungen und schwerer Körperverletzung liegt die Zahl der tatsächlichen Verbrechen wesentlich höher.

Professor Dr. Martin Rettenberger und Hanna Verzagt berichten im Jahr-

buch Sucht über mehrere Erklärungen für den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gewaltkriminalität – u. a. aus soziologischer Sicht: Obwohl der Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft langfristig rückläufig ist, bleibt er weit verbreitet. Dennoch gehören „Personen mit problematischem Alkoholkonsum zu den am stärksten gesellschaftlich ausgegrenzten Personen. In diesem Kontext ist anzunehmen, dass verschiedene Mechanismen der sozialen Exklusion zusammenspielen. Diese Mechanismen tragen dazu bei, dass Personen, die sowohl Alkohol konsumieren als auch eine Neigung zur Gewalt aufweisen, sich in subkulturelle Gruppen zurückziehen. Diese Gruppen können

sich zwar im Lauf des Lebens auflösen, können jedoch auch verstärkt werden und sogar zu einer völligen Entfremdung von alternativen sozialen Gruppen führen.“

Aggressive Menschen suchen häufig „soziale Umgebungen auf, in denen übermäßiger Alkohol konsumiert wird. Insbesondere die Mitglieder bestimmter sozialer Gruppen, in denen gewaltorientierte männliche Normen eine zentrale Rolle spielen (wie z. B. im rechtsextremen Milieu oder der Hooligan-Szene), zeigen oft ein exzessives Trinkverhalten, eine ausgeprägte öffentliche Zurschaustellung von Gewaltbereitschaft sowie Motive, die mit Gruppenzugehörigkeit in Verbindung stehen.“

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.):
Jahrbuch Sucht 2024.
300 S., Hardcover
ISBN 978-3-95853-910-5
Pabst

Morgen hör' ich auf

Das Ein-Mann-Stück „Morgen hör' ich auf“ handelt von der eigenen, exemplarischen Geschichte des Autors Eddie Cornwell. Höchst sensibel, unsentimental und ohne moralischen Zeigefinger wird der verzweifelte Kampf eines Alkoholikers gegen seine Sucht und den damit verbundenen sozialen Abstieg gezeigt.

Karlheinz Lemken wurde einem breiten Publikum vor allem durch Krimi-Serien wie *Die Kommissarin*, *Ein Fall für Zwei* und *Tatort* bekannt. Auch an

renommierten Bühnen war er in wichtigen Charakterrollen zu sehen.

Eddie Cornwell: *Morgen hör' ich auf* mit Karlheinz Lemken
Regie: Andrea Dahmen
ein Film von Jochen Voigt
DVD, Spielzeit: 65 Min.
ISBN 978-3-87581-252-7



Schwermetalle im Haar von Ludwig van Beethoven: Warum der Künstler und Trinker früh sein Gehör verlor

Harvard-Forscher untersuchten kürzlich Haarproben von Ludwig van Beethoven und fanden weit überhöhte Spuren von Arsen, Blei und Quecksilber. Der Befund überraschte die Chemiker Nader Rifai und Kollegen nicht: Der Künstler hatte regelmäßig eine ganze Flasche Wein pro Tag getrunken; und derzeit war es üblich, den Wein mit Blei-Acetat zu süßen. Die gleichfalls exzessive Vorliebe Beethovens für Fisch aus der Donau hatte dazu geführt, dass er überproportional viel Arsen und Quecksilber zu sich nahm. Die Intoxikationen sind zumindest eine Mitursache für die Leiden Beethovens (<https://doi.org/10.1093/clinchem/hvae054>).

Der Kardiologe und Musiker Hans-Joachim Trappe beschreibt sie im Detail ausführlich aus medizinischer Sicht: „Pocken, Sehstörungen, gastrointestinale Beschwerden, Pankreatitis, Hepatitis, Alkohol – und schließlich stocktaub.“ Aus psychologischer Sicht resu-



miert Trappe: „Beethoven muss sich bewusst gewesen sein, dass seine Umwelt es nicht leicht mit ihm hatte, und er fühlte sich oft missverstanden. Wie viele seiner Musikerkollegen litt Beethoven an Depressionen und hegte zeitweise Suizidgedanken. Besonders in Beethovens Musik sind Phasen manischer bzw. depressiver Gemütszustände hörbar – wahrscheinlich bipolare Störungen. Bei Beethoven sind allerdings reaktive Komponenten anzunehmen, nicht zuletzt bedingt durch seine frühen irreversiblen Hörstörungen.“

Hans-Joachim Trappe, Wolfgang Mastnak: *Krankheit – Sphäre des Schaffens. Komponisten im Spiegel medizinischer Forschung.*
196 S., Hardcover
ISBN 978-3-95853-041-6
eBook: ISBN 978-3-95853-042-3
Pabst

*Michael Klein,
Hendryk von Reichenberg*

Das Ende der Gender-Sprache

Genderismus, Sprachkrampf,
Tiefenpsychologie

Gender-Sprache erzeugt starke emotionale Reaktionen bei Menschen. Die Mehrheit der Bevölkerung lehnt die genderpolitisch motivierten Veränderungen an ihrer Sprache ab. Es handelt sich somit um einen Angriff auf ihre Identität. In keinem Land der Welt wird der Konflikt um die feministischen und genderistischen Forderungen an Sprache so heftig geführt wie in Deutschland. Der vorliegende Band zeigt aus philosophischer, linguistischer, soziologischer und psychologischer (also interdisziplinärer) Sicht auf, dass die inzwischen erreichten Formen der Gender-Sprache – mit Sternen, Tiefstrichen, Binnen-I und allerlei anderen Zeichen mitten in Wörtern – der Höhe- und zugleich Endpunkt einer überbordenden und hypermoralischen Kampagne sind. Gender-Sprache liefert nur vordergründig mehr Gerechtigkeit und Inklusion. In Wirklichkeit erzeugt sie das Gegenteil. Das Buch der beiden fachkundigen Autoren gliedert sich in fünf Kapitel: (a) persönliche Erfahrungen und Fallbeispiele zur Auseinandersetzung mit Gender-Sprache, (b) Glossen zur Verdeutlichung der Verunglimpfung der tradierten Sprache durch Gender-Sprache, (c) Alternativen zum Gender-Stern und ähnlichen Zeichen, (d) linguistische und philosophische Anmerkungen zur Gender-Sprache und ihrer Überwindung sowie



(e) psychologische und soziologische Analysen zum Hintergrund der Gender-Sprache.

Gender-Sprache erweist sich als elitäres und totalitäres Top-Down-Projekt zur Veränderung des Sprechens und in der Folge des Denkens der Bevölkerung, die mehrheitlich dagegen votiert. 40 Jahre genderfeministisches und männerfeindliches Sprachdiktat finden im Hypergendern und Zergendern ihr Ende. Denn Gender-Sprache kann keinen Beitrag zum gesellschaftlichen Frieden liefern und ist durch einen ergebnisoffenen, freien, undogmatischen und den Menschen wieder als Ganzes in den Blick nehmenden Diskurs zu überwinden.

322 Seiten
ISBN 978-3-95853-729-3

30,00 €

ebook
ISBN 978-3-95853-730-9

15,00 €

Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

☎ +49 (0) 5484-308
✉ pabst@pabst-publishers.com
🌐 www.pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com

Giuseppe Bonaviri

Der Schneider von Mineo

Eine sizilianische Geschichte

(übersetzt von Sigrid Vagt)



*Krieg und Kinderspiele:
immer ein
Gegeneinander*

Nach der Art eines „naiven“ Triptychon-Malers erzählt der Kardiologe Dr. Giuseppe Bonaviri von seinem Vater und dessen Welt: Leben in der Unwirtlichkeit Siziliens - und leben in vertrauten, sanften Träumen. Silhouettenhaft, poetisch deutet Bonaviri große Zusammenhänge - zwischen Steinen, Erde, Pflanzen, Menschen, Mond, Sonne.

Den Schlaf schildert Bonaviri als wohlthuende Heimat des Traums: „...Bevor ich mich ins Bett lege, öffne ich die Balkontür. Der Schlaf kommt nicht gleich, sondern langsam wie eine seltsame Macht, die mir in Hirn und Nerven dringt. Ich höre ihn kommen mit seidnem Rascheln und fühle mich eingehüllt wie in eine sanfte Luftbewegung.“

164 Seiten

ISBN 978-3-95853-856-6 15,00 €

Giorgio Celli

Der letzte Alchemist

Betrachtungen über Komik und Wissenschaft

(übersetzt von Sigrid Vagt)



*Komik, Kunst und
Wissenschaft:
Eine untrennbare
Dreieinigkeit*

Eine Kollektion spitz formulierter Kurzessays, unprofessoral professionell formuliert von dem Insektenkundler Celli: Sektionen unkeuscher wissenschaftlicher Liaisons.



216 Seiten

ISBN 978-3-95853-858-0 15,00 €

Marchesa Colombi

Eine Provinzheirat

(übersetzt von Helgard Rost)



*Schönheit und
Tagträume:
Vergebliche
Irrtümer*

In Wirklichkeit hat Denza, eine junge Frau kleinbürgerlicher Herkunft, vorzügliche Ehe-Voraussetzungen: Schönheit und schlichten Verstand. Die „Kandidaten“ drehen sich nach ihr um, doch sie bleibt „sitzen“. Die weniger ansehnlichen Cousins sind da erfolgreicher, dank der einschlägigen Erkenntnis: Nicht Sentiments und poetische Sensationen führen zum Ziel, sondern Strategien und Kriegslisten. Doch die obzessive Tagträumerin Denza bleibt resistent gegen diese Wirklichkeit, ein Lebtage allein.

104 Seiten

ISBN 978-3-95853-859-7 8,00 €

Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich

+49 (0) 5484-308
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com

*Deutsche Hauptstelle für
Suchtfragen (DHS) e.V. (Hrsg.)*

DHS Jahrbuch Sucht 2024

Das DHS Jahrbuch Sucht 2024

- fasst die neuesten Statistiken zum Konsum von Tabak sowie zu Glücksspiel, Essstörungen, Delikten unter Alkoholeinfluss, Suchtmitteln im Straßenverkehr und zur Rauschgiftlage zusammen,
- informiert über Zahlen und Fakten zum Cannabiskonsum und über Varianten internetbezogener Störungen,
- gibt die wichtigsten aktuellen Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) konzentriert wieder,
- informiert über die Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die DRV,
- präsentiert die aktuellen Themen „Neue Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol – Vorzüge und Herausfor-

derungen für die Gesundheit in einem Hochkonsumland“, „Substitutionsgestützte Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit“ und „Wie die Tabakindustrie der Umwelt und dem Klima schadet“,

- liefert ein umfangreiches Adressverzeichnis deutscher und europäischer Einrichtungen im Suchtbereich.

300 Seiten, Hardcover
ISBN 978-3-95853-910-5

20,00 €
inkl. MwSt



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

+49 (0) 5484-308
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com