

HOCHSCHULE DARMSTADT

# **Selbsthilfe als ein Baustein des Suchthilfesystems und ihre Positionierung in der Sozialen Arbeit**

---

Bachelorarbeit zur Abschlussprüfung an der  
Hochschule Darmstadt

Fachbereich Soziale Arbeit

**vorgelegt von Marina Jauch**

**Matrikel – Nr.: 740745**

Erstreferentin: Frau Prof. Dr. rer.soc. Angelika Groterath

Zweitreferent: Herr Volker Weyel

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
2	Sucht und Selbsthilfe – eine Einführung und Begriffsklärung.....	3
2.1	Definition von Sucht und Abhängigkeit.....	3
2.2	Der Begriff der Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen.....	4
2.3	Selbsthilfebewegung und ihre Entwicklung .....	6
2.4	Die Bedeutung und Ziele von Selbsthilfegruppen .....	9
3	Das deutsche Suchthilfesystem .....	10
3.1	Das Vier – Säulen – Modell.....	12
3.1.1	Prävention.....	12
3.1.2	Beratung, Behandlung, Rehabilitation .....	14
3.1.3	Überlebenshilfe und Schadensreduzierung .....	15
3.1.4	Repression und Angebotsreduzierung .....	16
3.2	Selbsthilfe als ein Baustein des Suchthilfesystems .....	18
3.3	Förderung von Selbsthilfe .....	21
4	Die deutsche Suchtselbsthilfe .....	23
4.1	Suchtselbsthilfeverbände .....	24
4.1.1	Kreuzbund e.V.....	24
4.1.2	Der Guttempler - Orden.....	25
4.1.3	Die Freundeskreise.....	27
4.1.4	Blaues Kreuz in Deutschland e.V. und der evangelischen Kirche.....	28
4.1.5	Deutsches Rotes Kreuz .....	29
4.1.6	Alkohol – und Suchtselbsthilfe e.V .....	29
4.2	Selbsthilfezusammenschlüsse .....	31

4.2.1	Anonyme Alkoholiker.....	31
4.2.2	Narcotic Anonymous .....	34
4.2.3	Elternkreise .....	37
4.3	Zwischenfazit.....	38
5	Soziale Arbeit und Selbsthilfe im Gesundheitssystem .....	39
5.1	Kooperation zwischen professionellen Hilfeeinrichtungen und der Selbsthilfe .....	39
5.2	Selbsthilfe und ihre Positionierung in der Sozialen Arbeit.....	44
6	Fazit.....	48
7	Literaturverzeichnis.....	I
7.1	Literatur.....	I
7.2	Internetdokumente .....	II
8	Erklärung zur selbstständigen Arbeit.....	VII
	Anhang 1 .....	A
	Anhang 2 .....	C
	Anhang 3 .....	E
	Anhang 4 .....	G
	Erklärung zur Einsichtnahme der Bachelorarbeit in der Bibliothek.....	a

## 1 Einleitung

Im Bundesland Hessen der Bundesrepublik Deutschland leben allein nach Schätzungen der „Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.“ 18.000 bis 22.000 Menschen mit einer Opiatabhängigkeit (Opiate = Schmerz- oder Betäubungsmittel). Weitere 180.000 Menschen konsumierten mindestens einmal im Jahr 2016 Cannabis. 100.000 Individuen sind von Medikamenten und andere 110.000 von Alkohol abhängig. Der Konsum von Crack oder Designerdrogen, wie z.B. Ecstasy sind nicht mit einberechnet. (vgl. HLS e.V. 2017, S. 1)

Unser deutsches Suchthilfesystem, welches ein Teil unseres Gesundheitssystems ist, soll mit professioneller Hilfe von Ärzten, Therapeuten, Suchthilfetherapeuten, Sozialarbeitern, etc. betroffene Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung helfen, ihre Krankheit zu besiegen bzw. mit ihrer Erkrankung leben zu lernen. Doch vielen betroffenen Menschen gelingt es nicht, den eigenen Teufelskreislauf zu durchbrechen. Sie durchlaufen die verschiedenen Stellen der Suchthilfe, seien es Beratungsstellen für Suchterkrankte, Entgiftungen oder Therapien. Dennoch gelingt es vielen nicht, abstinent zu bleiben. Auch nachsorgende Einrichtungen, wie Arbeitsprojekte oder Tagesstrukturen, halten viele abhängigkeitserkrankte Menschen nicht davon ab, an irgendeinem Punkt ihres Lebens wieder zu konsumieren, seien es illegale Drogen, Medikamente oder Alkohol.

Betroffene Menschen einer Erkrankung helfen und unterstützen sich gegenseitig in sogenannten Selbsthilfegruppen. Auch im Suchthilfesystem ist die Selbsthilfe ein wichtiger Bestandteil geworden, der in unserer heutigen Zeit immer mehr an Bedeutung gewinnt. Selbsthilfegruppierungen *„erfüllen Aufgaben der Vor- und Nachsorge und bieten ambulante Hilfe für diejenigen Suchtkranken an, die aus eigener Einsicht und ohne stationäre Behandlung ihre Abhängigkeit überwinden wollen.“* (HLS e.V. 2017, S. 1) Aber auch nach einer stationären Behandlung möchten einige Erkrankte an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen, um den Kampf nach einem abstinenten Leben mit anderen zu teilen und zu hören, dass es anderen auch so ergehen kann, wie einem selbst. (vgl. HLS e.V. 2017, S. 1)

## Einleitung

In der hier aufgeführten Bachelorarbeit mit dem Titel „Selbsthilfe als ein Baustein des Suchthilfesystems und ihre Positionierung in der Sozialen Arbeit“ wird der Fragestellung nachgegangen, inwieweit die Selbsthilfe ein Baustein des Suchthilfesystems ist. Des Weiteren wird die Selbsthilfe und ihre Positionierung in der Sozialen Arbeit erläutert.

Beginnen wird diese Arbeit mit einer Einführung und Begriffsklärung von Sucht und Selbsthilfe. In diesem Kapitel wird Sucht und Abhängigkeit definiert, der Begriff der Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen näher erläutert sowie die Selbsthilfebewegung und ihre Entwicklung in den vergangenen Jahren dargelegt. Zudem werden die Bedeutung und die Ziele von Selbsthilfegruppen näher beschrieben.

Im nächsten Kapitel wird das deutsche Suchthilfesystem näher betrachtet. Das benannte System ist aufgebaut auf einem Vier-Säulen-Modell, welches zum Verständnis des Suchthilfesystems beiträgt. Da, bezüglich der Fragestellung, widerlegt werden soll, dass die Selbsthilfe ein Baustein des Suchthilfesystems ist bzw. sein sollte, wird diesem ein eigenes Unterkapitel gewidmet. Desweiteren wird die Selbsthilfe durch das Sozialgesetzbuch V (SGB V) gefördert. Die rechtliche Grundlage wird hier beschrieben.

In der deutschen Suchtselbsthilfe existieren verschiedenste Gruppierungen, in denen sich einige in Organisationen und Gremien zusammenfassen und einige anonym und unabhängig bleiben wollen. Um einen Überblick zu bekommen, welche Selbsthilfegruppen in Deutschland bestehen, werden einige davon in diesem Abschnitt dieser Bachelorarbeit näher beschrieben. Ein Zwischenfazit beendet dieses Kapitel.

Zuletzt wird die Positionierung der Sozialen Arbeit und der Selbsthilfe näher betrachtet. Sowohl die Kooperation zwischen professionellen Hilfeeinrichtungen im Gesundheitswesen, als auch die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter/innen und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen der Selbsthilfegruppen werden hier ein Thema sein.

## 2 Sucht und Selbsthilfe – eine Einführung und Begriffsklärung

### 2.1 Definition von Sucht und Abhängigkeit

Der Begriff der Sucht wird in vielerlei Hinsicht im alltäglichen Sprachgebrauch genutzt. Seien es schlechte Angewohnheiten wie eine Hab-, Streit- oder Selbstsucht, so wird diese Begrifflichkeit auch im Hinblick auf Krankheiten wie die Gelbsucht, aber auch die Drogensucht verwendet. Selbst wenn es eine Definition von stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchtformen geben würde, wäre eine Bestimmung angesichts der Anzahl von Suchtmitteln und ihren verschiedenen Wirkungsweisen nicht leicht. Somit steht derzeit keine verbindliche Bestimmung zur Verfügung. Auch die WHO, World Health Organisation (auf Deutsch: Weltgesundheitsorganisation), stellte dies fest und ersetzte 1964 den Begriff „Sucht“ (auf Englisch: addiction) durch das Wort „Abhängigkeit“ (auf Englisch: dependence). Der Begriff der Abhängigkeit soll nun „[...] überwiegend die pharmakologische Seite des Phänomens [...]“ (Penka 2004, S. 45) beschreiben. *“Sucht schließt alle seelischen und sozialen Begleit- und Folgeerscheinungen [...]“* (Penka 2004, S. 45) mit ein.

Doch was genau versteht man unter einer stoffgebundenen Sucht? Die heutzutage verbreitete Bestimmung ist ein krankhaftes und zwanghaftes Verlangen nach psychoaktiven Substanzen. Diese verschiedenen Substanzen werden jeweils nach ihrer Wirkungsweise in drei Gruppen unterteilt. Zum einen spricht man von betäubenden Sedativa. Dazu gehören Stoffe wie Schlafmittel, Alkohol und Heroin. Zum anderen gibt es aufputschende Stimulanzien wie Halluzinogenen (z.B. LSD), Kokain und Amphetaminen. Des Weiteren werden Alkohol, Nikotin und Medikamente, obwohl diese Stoffe legal konsumiert werden, zur letzten Gruppierung der psychoaktiven Substanzen gezählt. Der Zustand einer Drogenabhängigkeit wird nach diesen drei Gruppierungen wie folgt definiert: *„Unter Drogenabhängigkeit [...]“* wird *„[...] ein Zustand der psychischen oder physischen Abhängigkeit verstanden, die bei einer Person entsteht, die diese Droge periodisch oder kontinuierlich einnimmt [...]“*. (Penka 2004, S. 45) Die psychische Abhängigkeit kennzeichnet sich durch ein ständiges Verlangen nach dem

Stoff, welcher sich durch das Verlangen der Veränderung von Gefühls- und Bewusstseinszustand äußert. Hierbei liegt der Fokus, um sich seiner Suchterkrankung zusetzen: Die eigene Überwindung des Verlangens nach Drogen. Unter der physischen Abhängigkeit versteht man Entzugserscheinungen, welche sich körperlich durch Ruhelosigkeit, Angst, Übelkeit, Zittern, Gliederschmerzen, etc. äußern, wenn die stoffgebundene Droge nicht dem Körper zugeführt wird. Im Körper entsteht eine sogenannte „Toleranzentwicklung“, was bedeutet, dass der menschliche Körper sich an den Drogenkonsum gewöhnt hat und die Zufuhr als notwendig erachtet. Somit ist die Entwicklung einer Abhängigkeit dynamisch.

Sucht wird in der heutigen Zeit als ein Verlust bzw. eine Einschränkung der persönlichen Freiheit und als eine persönlichkeitszerstörende Krankheit bezeichnet, welche oftmals nicht ohne eine professionelle Hilfe von Ärzten, Psychologen und/oder Sozialarbeitern besiegt werden kann. (vgl. Penka 2004, S. 45f.)

Aus diesem Grund ist die Suchterkrankung mittlerweile als eine Krankheit im sogenannten ICD-10, die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (auf Englisch: International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems) klassifiziert. Diese Klassifikation wurde von der WHO entwickelt und vereinfacht so die Diagnose der verschiedenen suchtabhängigen Erkrankungen. (vgl. Pro Psychotherapie e.V.)

## **2.2 Der Begriff der Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen**

Die Selbsthilfe gehört in unserer heutigen Gesellschaft zur etablierten Bewältigungsform von psychosozialen Problemen, aber auch von Behinderung und Krankheit. (vgl. NAKOS) Sie ist ein fester Bestandteil unseres Wohlfahrtsstaates, welche aber nicht im staatlichen Auftrag handelt. Sie ist eine eigenständige und ergänzende Hilfe neben Verbänden, Einrichtungen und öffentlichen Trägern. (vgl. Bödege-Wolf und Schellberg 2005, S. 125)

Unterschieden wird zwischen individueller und gemeinschaftlicher Selbsthilfe. Unter individueller Selbsthilfe versteht man z.B. die Einnahme von bestimmten Hausmitteln

in einem Krankheitsfall ohne einen ärztlichen Rat hinzuzuziehen oder die Pflege von Familienangehörigen ohne einen Beistand von außenstehenden Personen. Bei der gemeinschaftlichen Selbsthilfe steht der Zusammenschluss von Menschen im Vordergrund, welche eine gleiche Problematik vorweisen. Diese möchten außerhalb alltäglicher Beziehungen sich regelmäßig in sogenannten Selbsthilfegruppen treffen, um sich gegenseitig unterstützend und helfend zur Seite zu stehen. (vgl. NAKOS) Eine Definition von Selbsthilfegruppen legt der „Fachverband Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.“ folgendermaßen fest (vgl. Matzat 2012, S. 282):

*„Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften.“*  
(Matzat 2012, S. 282)

In Deutschland engagieren sich etwa 3 bis 3,5 Millionen Individuen in gemeinschaftlichen Selbsthilfegruppen. Deutschlandweit werden diese Gemeinschaften auf eine Zahl von ca. 100.000 geschätzt. In der Politik wird zwischen Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich und im sozialen/psychosozialen Sektor unterschieden. 75% der Selbsthilfegruppen sind dem gesundheitlichen Bereich zugehörig, bei diesem sich bis zu 2,5 Millionen Menschen beteiligen. Dazu gehören u.a. Personen mit Behinderungen, chronische Krankheiten aber auch Suchtproblematiken. Die anderen 25% werden dem sozialen/psychosozialen Sektor zugeschrieben, bei diesem Themen wie Lebenskrisen, Partnerschaften, Familie, Frauenselbsthilfe, besondere soziale Situationen u.v.m. ihre Relevanz finden. Hier geht man von einer Beteiligung von ca. eine Millionen Individuen in Deutschland aus. (vgl. Thiel 2015, S. 4)

Im Hinblick auf die Klassifikation von gesundheitlichen, sozialen und/oder psychosozialen Selbsthilfegruppen ist es zu beachten, dass es sich hierbei nie um eine eindeutige Zuordnung oder Abgrenzung handelt. Zahlreiche Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich erweitern ihr Verständnis von Gesundheit, in dem sie auch sozialen/psychosozialen Problematiken oder Umweltaspekten eine Bedeutung geben. Desgleichen beschäftigen sich Selbsthilfegruppen im sozialen/psychosozialen Be-

reich mit gesundheitspezifischen Faktoren. Eine ganzheitliche Ausrichtung und die Berührung aller Problemstellungen in allen Bereichen in den Selbsthilfegruppen sind von Wichtigkeit und entsprechen dem Alltag und der Wirklichkeit der beteiligten Personen. (vgl. Thiel 2015, S. 5)

Primär wird die Arbeit der Selbsthilfegruppen von ehrenamtlichem Engagement getragen. Doch es gibt Unterschiede: Zum einen existieren in Deutschland gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen. Diese sind *„freiwillige Zusammenschlüsse von betroffenen Menschen auf örtlicher Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung eines bestimmten Krankheitsbildes, einer Krankheitsursache oder -folge und/oder psychischer Probleme richten, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind. Ihr Ziel ist die Verbesserung der persönlichen Lebensqualität und die Überwindung der mit vielen chronischen Krankheiten und Behinderungen einhergehenden Isolation und gesellschaftlichen Ausgrenzung.“* (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. 2013, S. 77) Diese Gemeinschaften werden ausschließlich von ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen geführt. Auf der anderen Seite gibt es sogenannte Selbsthilfeorganisationen. Diese sind Selbsthilfegruppen, die auf Landes – oder Bundesebene durchgeführt werden, um erkrankten Menschen zu helfen. Zu ihren Aufgaben gehört u.a. die Vernetzung von Selbsthilfegruppen und die Förderung des gegenseitigen Austauschs, die Interessensvertretung im sozial – und gesundheitspolitischen Bereich, Durchführungen von Tagungen, Konferenzen, Seminare und Schulungen für örtliche Selbsthilfegruppen, Unterstützung von und Informationsweitergabe an betroffene Menschen, etc. Um dieses Spektrum an Aufgaben meistern zu können, sind in Selbsthilfeorganisationen oftmals hauptamtliche Mitarbeiter, wie Sozialarbeiter/innen, beschäftigt. Der Übergang zwischen ehrenamtlicher Arbeit und der professionellen Sozialen Arbeit ist hier fließend. Gerade in ambulanten Beratungsstellen sind professionelle Sozialarbeiter tätig. (vgl. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. 2013, S. 77f.)

### **2.3 Selbsthilfebewegung und ihre Entwicklung**

Die Idee der Selbsthilfe ist die Folge einer gesellschaftlichen Entwicklung im 18. Jahrhundert. Durch die beginnende Industrialisierung entstand soziale Not und Armut, wodurch die damaligen Bürgerinnen und Bürger versuchten, sich gegen den moder-

nen Staat zu wehren und zu schützen. Es entstanden Krankenkassen, Genossenschaften, Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften, aber auch der Leitgedanke der Selbsthilfe. (vgl. Balke 2014, S.19)

Mitte des 18. Jahrhunderts kam es in Deutschland zur Gründung des „Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke“, welcher den ansteigenden Alkoholkonsum der damaligen Gesellschaft entgegen wirken sollte. Zu den Zielen gehörten u.a. den betroffenen Personen zu helfen und den Angehörigen bzw. der Familie Unterstützung anzubieten. Fast zeitgleich strömte aus Nordeuropa die Abstinenzbewegung nach Deutschland, repräsentiert durch den „Guttemplerorden“, aber auch durch die Vereinigung des „Blauen Kreuzes“, welches in der Schweiz gegründet wurde. Diese nahmen sich die strikte Abstinenz von Alkohol zum Ziel, während der Deutsche Verein auf den mäßigen Konsum von Alkohol verwies. Die Gemeinsamkeit aller Verbände war die ausschließliche Fremdhilfe. Die Mitglieder dieser Organisationen waren selbst nicht von einer Suchtproblematik betroffen, sondern versuchten durch die sogenannte Fremdhilfe Menschen und ggf. ihren Angehörigen zu helfen und zu unterstützen. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg, mit dem Einzug der Amerikaner, kam der Leitgedanke von Selbsthilfegruppen nach Deutschland. Viele amerikanische Soldaten litten unter einem Alkoholproblem, welches sie durch die Hilfe einer Selbsthilfegruppe und nicht durch Fremdhilfe besiegen konnten. In ihrer amerikanischen Heimat nannte man diese Organisation „Anonyme Alkoholiker“, die bis heute auch in Deutschland existieren. (vgl. Basdekis-Jozsa 2006, S. 197f.; Ehlert et al. 2011, S. 362)

In den darauffolgenden 50er und 60er Jahren gab es in Deutschland zahlreiche Gründungen von Selbsthilfeinstitutionen für chronisch erkrankte Menschen und für Menschen mit Behinderungen, um die Lücken im damaligen Versorgungssystem zu füllen. Diese neugegründeten Organisationen entwickelten sich zum Teil zu großen Trägerschaften in diesem Gefüge. Dazu gehörten u.a. die „Rheuma – Liga“ oder die „Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind“. (vgl. Balke 2014, S. 20) Sie wurden bedeutsame Träger der gesundheitlichen und sozialen Sicherung, die sich mittlerweile zu anerkannten Institutionen gewandelt haben. Bürgerinnen und Bürger nahmen diese Angebote so häufig wahr, so dass diese kaum von staatlichen Einrichtungen zu unter-

scheiden waren. (vgl. Balke 2014, S. 19) Andere Selbsthilfeszusammenschlüsse wie die „Frauenselbsthilfe nach Krebs“ haben sich nicht zu professionellen Anbietern im Versorgungssystem entwickelt. Trotzdem sind diese Zusammenschlüsse von hoher Bedeutung für die Betroffenen, da diese sich um die Integration in die Gesellschaft, den Einfluss, der für sie betroffenen Gesetzgebung und um eine bessere professionelle Versorgung bemühten. Auch strebte diese Generation und vor allem der Selbsthilfebereich an, sich gegen die staatliche und professionelle Bevormundung zu wenden. Die eigene Emanzipation und eine eigenverantwortliche und selbstorganisierte Mitgestaltung der Gesellschaft sollten im Vordergrund stehen. In der heutigen Zeit spricht man von der „neuen Selbsthilfebewegung“ oder auch von der „Emanzipationsbewegung“, welche sich in Hinsicht auf die gesellschaftspolitischen Entwicklungen in den 60er Jahren herauskristallisiert hat. (vgl. Balke 2014, S. 20; Ehler et al. 2011, S. 362)

Im Verlauf der 70er Jahre entstanden in der Bundesrepublik Deutschland weitere Selbsthilfegruppen mit verschiedensten Schwerpunkten. (vgl. Basdekis-Jozsa 2006, S. 198) Auch im Laufe der 80er und 90er Jahre stand der rasanten Entwicklung nichts im Weg. (vgl. Balke 2014, S. 20) Vor allem die Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker aus Amerika breiteten sich rasant auf der ganzen Welt aus und sind mittlerweile ein Treffpunkt für Menschen aus allen gesellschaftlichen Schichten, welche ihre Thematik in Eigenverantwortung offen miteinander diskutieren und versuchen, diese zu lindern und sich und ihre Problematik zu akzeptieren. (vgl. Basdekis-Jozsa 2006, S. 198)

In der Zwischenzeit existieren Selbsthilfegruppen zu den unterschiedlichsten Angelegenheiten auf der ganzen Welt. Dazu gehören Menschen mit somatischen Beschwerden oder psychischen Erkrankungen, aber auch aktive Bürgerinnen und Bürger, welche sich mit Arbeitsbedingungen auseinandersetzen, die krank machen können. Auch sogenannte Selbsterfahrungsgruppen zu besonderen Lebensfragen und Gruppen für Angehörige zählen zu dieser Entwicklung. Zusätzlich werden Sozialämter, Arbeitsämter, Pflegeversicherung, Rentenversicherungsträger und Krankenkassen erheblich durch Gruppenangebote der Selbsthilfeverbände entlastet. (vgl. Basdekis-Jozsa 2006, S. 198f.)

## 2.4 Die Bedeutung und Ziele von Selbsthilfegruppen

Ein Mensch, der sich in einer Selbsthilfegruppe engagiert, wird zum Experten in eigener Sache. (vgl. Basdekis-Jozsa 2006, S. 199) Das Ziel ist es, persönliche Lebensumstände von Menschen zu verändern, was oftmals auch ein Eingreifen in das politische und soziale Umfeld des Individuums zur Folge hat. Regelmäßige und oftmals wöchentliche Gruppensitzungen betonen gegenseitige Hilfe, bieten einen Raum für gemeinsame Gespräche, Gleichberechtigung und Authentizität. (vgl. Matzat 2012, S. 282) Des Weiteren ist die Autonomie der/s Hilfebedürftigen ein wichtiger Bestandteil der jeweiligen Sitzungen. Das Individuum definiert das eigens wahrgenommene Problem, welches zusammen in der Gruppe bearbeitet wird. Die Gruppenmitglieder empfinden oftmals die gleiche, oder zumindest eine ähnliche Thematik. (vgl. Bödege-Wolf und Schellberg 2005, S. 127) Hinzukommend ist die Selbsthilfegruppe ein Weg, sich von der gesellschaftlichen, sozialen, persönlichen und seelischen Isolation zu lösen. Man spricht dabei von äußerer (gesellschaftlich, sozial) und innerer (seelisch, persönlich) Isolation. Im Mittelpunkt der Selbsthilfegruppen steht das Individuum, welches die Absicht hat, seine Krankheit und Krise emotional zu be- und verarbeiten. „*Reden hilft!*“ (Matzat 2012, S. 283), heißt es in einem Slogan. Im weitesten Sinne wird das Engagement von Bürgerinnen und Bürgern zur psychologisch-therapeutischen Grundversorgung, d.h. sie tragen zur Genesung und Gesunderhaltung der Gruppenmitglieder bei. (vgl. Matzat 2012 S. 282f.)

Die meisten Mitglieder von Selbsthilfegruppen durchliefen vor dem Aufsuchen einer derartigen Organisation eine Therapie oder Rehabilitationsbehandlung, bei dieser sie u.U. positive Erfahrungen im Austausch von Patienten mit gleicher Krankheit machten. Um die weitere Genesung zu unterstützen und zu fördern, werden Selbsthilfegruppen aufgesucht, um sich dieser Hilfeleistung sicher zu sein. Fachleute befürchteten zu Beginn der Selbsthilfebewegung, dass solch engagierte Menschen mehr Schaden anrichten, anstatt zu helfen. Doch die Laienkompetenz, gerade im Bereich des Psychosozialen, ist besonders wirksam und ferner verbreitet als angenommen wurde. (vgl. Matzat 2012, S. 283)

Menschen, die an Selbsthilfegruppen teilnehmen, beschaffen sich nicht nur Unterstützung, Hilfe, Informationen, Erfahrungsaustausch, etc., sondern bedürfen auch einem Input, welches ausschließlich von den Mitgliederinnen und Mitgliedern kommen sollte. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Fachkräften geleitet, sondern von den Teilnehmern selbst. Zu bestimmten Themen werden gelegentlich Experten hinzugezogen, somit ist jede/r Einzelne/r zur selben Zeit Helfer/in und Hilfeempfänger/in. Um sich gegenseitig helfen zu können, sollten die Gruppenmitglieder/innen einen offenen Umgang miteinander haben und sich wohl fühlen. In einer Selbsthilfegruppensitzung *„wird nicht mehr „geboten“, als die Teilnehmer zu geben bereit und in der Lage sind [...]“* (Matzat 2012, S. 283). Wem dies nicht möglich ist, oder es nicht mehr kann oder erst wieder in einer Zeit, sollte in Frage stellen, ob der Ansatz einer Selbsthilfegruppe ihr/ihm (momentan) helfen kann. Die Methode muss zum Individuum passen, um einen Erfolg wahrnehmen zu können. Demzufolge sind Organisationen, wie die der Selbsthilfe, nicht fest in unserem Versorgungssystem verankert, da sie als Leistungserbringer nicht verlässlich genug wären und keinen Versorgungsauftrag übernehmen könnten. Auch die Verschreibung der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe würde keinen Sinn ergeben. Das Individuum muss für sich selbst entscheiden, welcher Weg für ihn/sie der bessere erscheint. (vgl. Matzat 2012, S. 283.)

### **3 Das deutsche Suchthilfesystem**

Das deutsche Suchthilfesystem existiert erst seit den 70er Jahren, welches sich angesichts der ansteigenden Zahlen von abhängigen Jugendlichen und dem Konsum von illegalen Drogen aus einer Dringlichkeit entwickelt hatte. (vgl. Penka 2004, S.68) Desgleichen wurde der Alkoholismus vom Bundessozialgericht 1968 in Deutschland als Krankheit anerkannt. (vgl. Basdekis-Jozsa 2006, S. 199) Der Umgang mit Menschen, welche illegale Stoffe konsumiert haben, war zur damaligen Zeit ein unbekanntes Gebiet. Das vorherige Hilfesystem beschränkte sich auf den Konsum von Medikamenten und Alkohol. Psychiatrien und Krankenhäuser waren zur benannten Zeit für suchtkranke Menschen mit dem Konsum von illegalen Drogen verantwortlich. Darauf-

hin wurde alsbald die Forderung gestellt, „[...] dem komplexen Phänomen des Drogenmißbrauchs ein komplexes Angebot zeitlich, inhaltlich und personell verzahnter Hilfen entgegenzustellen, eben eine sogenannte therapeutische Kette oder ein therapeutisches Verbundsystem [...]“ (Penka 2004, S. 68) Zu diesem Verbundsystem gehörten Drogenberatungsstellen, Entzugskliniken oder auch Entzugsstationen, Langzeittherapieeinrichtungen zur Entwöhnung und Maßnahmen, welche nachsorgend und reintegrativ nach der Therapie erfolgen sollten. Man hatte die Vorstellung, durch diese lineare Entwicklung von Anreihungen der Einrichtungen, eine Abstinenz der Menschen zu erreichen. Das Ziel des abstinenten Lebens der Individuen wurde jedoch nur selten erreicht, da Drogenberatungsstellen ihre Aufgabe lediglich in der motivierenden Vermittlung einer Therapieeinrichtung sahen und der dazugehörigen Verwaltung. Lebensfragen wie Existenzsicherung oder die der Gesundheit waren zweitrangig und den Klienten wurde hierbei keine Hilfestellung gegeben. Viele Menschen fühlten sich hierbei nicht wertgeschätzt und wurden von den Drogenberatungsstellen nicht oder nur selten erreicht, schreibt Simone Penka in ihrer Literatur „Migration und Sucht“ im Jahre 2004.

Das änderte sich in den 80er Jahren. Es fand ein Paradigmenwechsel im Bereich der Suchthilfe statt, welcher bis heute hin andauert. Die Abstinenz von Suchtmitteln ist nicht mehr alleiniges Ziel, sondern akzeptierende und begleitende Drogenarbeit soll gleichermaßen beachtet werden. Es wurde erkannt, dass Klientinnen und Klienten mit dieser Arbeitsweise erreichbar sind und das soziale Leben von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen aufrechterhalten werden konnte. Somit sind Ziele der heutigen Suchthilfe u.a. die gesellschaftliche und soziale Stabilisierung des jeweiligen Menschen und die Orientierung und Hilfe für diejenigen, die den Weg aus der Sucht anstreben möchten, um in Zukunft abstinent leben zu können. (vgl. Penka 2004, S. 68f.)

Im Koalitionsvertrag von 2009 der Bundesrepublik Deutschland wurde im Bereich der Drogen – und Suchtpolitik vier Grundlagen festgelegt, um eine „[...] moderne und zeitgemäße Strategie zur Reduzierung der Drogen- und Suchtprobleme [...]“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012, S. 8) innerhalb Deutschlands voranzutreiben. Im folgenden Kapitel „Das Vier – Säulen – Modell“ werden diese näher erläutert.

### 3.1 Das Vier – Säulen – Modell

„Der Mensch steht im Mittelpunkt“, so heißt es in der Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland, welche einen integrativen Ansatz verfolgt. Die Bedürfnisse jedes einzelnen Individuums stehen im Zentrum des politischen Ansatzes. Zwischen legalen und illegalen Suchtmitteln wird nicht mehr unterschieden, sondern die gemeinsame Aufarbeitung wird in den Blick genommen. Wie oben beschrieben gehen seit 2009 vier Grundlagen einher, um Drogen – und Suchtprobleme zu reduzieren, aber auch um von vorneherein präventiv zu handeln. Man spricht von den vier Ebenen in der Drogen – und Suchtpolitik oder auch vom „Vier – Säulen – Modell“, welches hier grafisch dargestellt wird (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012, S.8):



Darstellung Nr. 1

(vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012, S. 8)

Um einen näheren Einblick in diese vier Ebenen zu bekommen, werden diese in den nächsten Unterkapiteln näher erläutert.

#### 3.1.1 Prävention

Die Suchtprävention ist der Schwerpunkt der vier Ebenen in der Drogen – und Suchtpolitik Deutschlands. Hauptzielgruppe sind die Jugendlichen, welche früh erreicht

werden sollen, um einen nachhaltigen Effekt der Abstinenz von Suchtmitteln bewirken zu können. Oftmals beginnt ein Suchtverhalten in den frühen Jahren eines Menschen und somit sind die Risiken und Gefahren höher, gesundheitliche Schäden davon zu tragen und/oder abhängig zu werden. *„Je früher die Prävention die Jugendlichen erreicht, desto nachhaltiger sind die Effekte.“* (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005, S. 8)

Ein Suchtverhalten ist oftmals auch abhängig, ob ein/e Jugendliche/r eine stabile Persönlichkeit und ein gesundes Selbstwertgefühl besitzt oder nicht. Deshalb sollen Jugendliche, aber auch schon Kinder, früh in ihren Fähigkeiten und Stärken gefördert und bekräftigt werden, damit unangenehme und/oder schwierige Situationengemeistert werden können. Ebenfalls ist die Aufklärung über verschiedene Suchtstoffe mit all ihren Gefahren und Wirkungen Aufgabe der ersten Säule der Drogenpolitik.

Aus diesem Grund setzt die Prävention heute u.a. auf Aktivität beim Mitgestalten von interaktiven Angeboten, anstatt sich mit Informationen berieseln zu lassen, den Einbezug von Peers (Gleichaltrige), Angebote mit Nachhaltigkeit, lokale Aktivitäten mit Kooperation von Gemeinden und Städten und Vermittlung von positiven Botschaften, wie z.B. *„Nichtrauchen ist cool!“* (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005, S. 9)

Doch präventive Maßnahmen bei Erwachsenen werden nicht außen vor gelassen. Auch hier möchte die Suchtprävention eine Abhängigkeit und langwierige Folgeschäden vorbeugen, indem Informationen über langfristige Gefahren beim Rauchen oder bei zu hohem Alkoholkonsum weitergegeben werden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, kurz BZgA, hat die Aufgabe, Kampagnen im Bereich der Suchtprävention bundesweit zu entwickeln und durchzuführen. Hart am Limit (H.a.LT) ist ein solches Projekt, welches sich als Ziel genommen hat, in einer jeweiligen Region die Anzahl von Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen, aber auch Kindern, zu senken. Beratungen und individuelle Hilfen werden für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, aber auch für die Eltern angeboten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Prävention in der Drogen – und Suchtpolitik drei Ziele hat:

1. Verhindern des Konsumbeginns → Kinder und Jugendliche in ihrer Lebensweise bestätigen und in ihrem Selbstbewusstsein stärken
2. Verzögerung des Konsumbeginns → Den Beginn des Konsums so weit wie möglich hinauszögern
3. Reduzierung des Konsums → Häufigkeit und Menge des Konsums reduzieren

(vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005, S. 8ff.)

### **3.1.2 Beratung, Behandlung, Rehabilitation**

Die Erfolgsaussichten einer Suchttherapie sind heutzutage so gut, dass ein suchtkranker Mensch gute Chancen auf ein Leben ohne Suchtmittel hat. Sucht ist sozialrechtlich und medizinisch als Krankheit anerkannt. Die Angebote der Suchtkrankenhilfe sind überaus vielfältig. Telefon-, aber auch persönliche Beratungen, sowie teil-, vollstationäre und ambulante Therapien sind ein Teil der zweiten Säule der Suchtkrankenhilfe. Ebenso werden Menschen nach einer Therapie nachsorglich begleitet, um einen Rückfall vorbeugen zu können. Rentenversicherungsträger, Krankenkassen und Sozialämter übernehmen i.d.R. die Kosten für Behandlung und Rehabilitation. Doch obwohl das Angebot sehr vielfältig erscheint und die Kosten dafür abgedeckt sind, nehmen zu wenig Menschen mit einer Suchtproblematik davon Gebrauch oder oftmals erst dann, wenn die Krankheit sehr fortgeschritten ist. Daher ist es in der Drogen- und Suchtpolitik von großer Wichtigkeit, den Einstieg in das Suchtkrankensystem leicht und flexibel zu gestalten. Dabei spielen die ambulanten Behandlungsangebote eine große Rolle. Viele Menschen möchten zwar Hilfe in Anspruch nehmen, aber nicht ihre gewohnte Umgebung für eine längere Zeit verlassen. Weitere leicht zugängliche Hilfsangebote, wie die sogenannten Kontaktläden oder Beratungstelefone, haben das Ziel, betroffene Menschen zu einer Behandlung anzuregen und eventuell im Falle eines Interesses zu vermitteln. Von großer Bedeutung ist es, dass die Suchterkrankung in unserer Gesellschaft weiterhin enttabuisiert wird, somit finden betroffene Menschen eher den Mut, sich Hilfe zu suchen und diese auch anzunehmen. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005, S. 14f.)

Die Substitutionsbehandlung ist ein weiteres Feld der zweiten Säule der Sucht – und Drogenpolitik. Ca. 120.000 bis 150.000 opiatabhängige Menschen leben laut dem „Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung“ in der Bundesrepublik. Etwa 60.000 davon befinden sich in einer sogenannten Substitutionsbehandlung, bei dieser Menschen mit einem Ersatzstoff (in Deutschland zumeist Methadon und Buprenorphin) und einer psychosozialen Betreuung behandelt werden. Im Vergleich zur internationalen Drogenpolitik entspricht dies einer hohen Quote. Durch diese Art von Behandlung soll dem Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden, sich von der Drogenszene zu lösen und neue Bekanntschaften schließen zu können. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005, S. 15)

### **3.1.3 Überlebenshilfe und Schadensreduzierung**

In der Säule der „Überlebenshilfe und Schadensreduzierung“ wird der noch nach vielen Jahren suchtkranke Mensch nicht aufgegeben, sondern ihm werden Möglichkeiten angeboten, trotz evtl. mehrmaligem Entzug und Rückfall, seinen Teufelskreis zu durchbrechen und somit dauerhaft aus dem Drogenmilieu auszusteigen. Zu diesen Angeboten gehören Maßnahmen, welche auf stark drogenabhängige Menschen zugeschnitten sind. Es wird versucht, ihr Überleben zu sichern, bis sie sich möglichenfalls auf eine Behandlung einlassen wollen. Marion Caspers-Merk, Drogenbeauftragte der Bundesregierung, äußerte sich zur dritten Säule wie folgt: *„Maßnahmen der Überlebenshilfe sind unverzichtbar, denn nur wer überlebt, kann aussteigen.“* (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005, S. 16)

Gerade für opiatabhängige Menschen sind Einrichtungen wie Drogenkonsumräume, Notschlafeinrichtungen und Kontaktläden von hoher Wichtigkeit. Dort haben sie u.a. die Möglichkeit, Kondome und sterile Spritzen zu erhalten, um Krankheiten wie Hepatitis und HIV vorbeugen zu können. Doch auch das Waschen der eigenen Wäsche, Duschen und eine warme Mahlzeit bieten die meisten der genannten Einrichtungen an. Bei Interesse von weiteren Hilfemaßnahmen im Suchtkrankenhilfesystem vermitteln die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Klienten entsprechend an weitere Hilfsangebote weiter. Man spricht hier oftmals von niedrigschwelligen Angeboten, da dem

suchtkranken Menschen auf einer niedrigen Ebene entgegen getreten wird, um ggf. sein Vertrauen und Interesse zu wecken und zu gewinnen und um somit weitere Maßnahmen empfehlen zu können. Ein weiterer Punkt solcher Angebote ist die deutliche Einschränkung und Vermeidung der Drogenszene in der Öffentlichkeit. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005, S. 4+16)

Chronisch alkoholranke Menschen benötigen genauso umfassende Hilfe, wie opiatabhängige Menschen. Viele dieser Individuen sind obdachlos, haben keinerlei soziale Kontakte und erdulden starke seelische und körperliche Probleme. Das sogenannte „Case Management“ ist ein bundesweites Modellprojekt, welches betroffene Menschen in einer Alkoholabhängigkeit individuell betreut und Hilfeleistungen vermittelt. Somit sind diese Menschen am Hilfesystem angebunden und können so ihre Lebensumstände verbessern. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005, S. 17)

### **3.1.4 Repression und Angebotsreduzierung**

Repression und Angebotsreduzierung involviert Maßnahmen, welche die Verfügbarkeit und das Angebot von Suchtmitteln einschränkt. Dazu gehören vor allem illegale, aber auch legale Drogen. Unter illegalen Drogen versteht man natürlich oder synthetisch hergestellte Suchtmittel, welche im BtMG (Betäubungsmittelgesetz) zusammengetragen sind. Bei unerlaubtem Anbau oder Herstellung, bei Besitz oder Handel macht der Mensch sich strafbar. Tabak und Alkohol sind unter dem Begriff der legalen Suchtmittel bekannt. Diese können auf legalem Wege erworben werden.

Um Drogenkriminalität bekämpfen zu können, arbeiten Polizisten der einzelnen Länder, Bundeskriminalamt, Bundesgrenzschutz und der Zoll zusammen. Um den Drogenhandel vor Ort zu bekämpfen und Menschen bei drogenbedingten Straftaten aufzuklären, ist die Polizei der jeweiligen Bundesländer verantwortlich. Mit dem Schwerpunkt der Bekämpfung von organisiertem Drogenhandel hat das Bundeskriminalamt das Sagen. Der Zoll und der Bundesgrenzschutz fokussieren ihren Blick auf die internationale Drogenkriminalität.

Um vor dem Konsum von Suchtmitteln abzuschrecken und den Drogenhandel zu bekämpfen, dient das BtMG dazu, Strafandrohungen aussprechen zu können. Doch was passiert mit Menschen, die sich in einer Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln befinden und keine andere Möglichkeit sehen, als sich auf dem Schwarzmarkt diverse Suchstoffe zu besorgen? „*Hilfe statt Strafe*“ (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005, S. 18) gilt hier als Grundsatz. Wenn sich der abhängigkeits-erkrankte Straftäter verpflichtet, an einer Therapie teilzunehmen, kann er seine Gefängnisstrafe umgehen.

Das Jugendschutzgesetz, kurz JuSchG, ist eine weitere Maßnahme der vierten Säule. U.a. regelt dieses Gesetz den Verkauf von Tabakwaren. Dieser ist an Jugendliche unter 16 Jahren nicht erlaubt. Auch die Abgabe von Alkohol ist geregelt. Bier und Wein dürfen wie Tabak an Heranwachsende unter 16 Jahren nicht verkauft werden. Der Handel von hochprozentigem Alkohol, wie Spirituosen, ist an unter 18 – jährige untersagt. Ebenfalls wurde eine Sondersteuer auf Tabak und Alkohol, vor allem Alkopops, erhoben, um Minderjährige davon abzuhalten, Produkte dieser Art zu kaufen. Einer Umfrage des „Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung“ zu urteilen ist der Verzehr von Alkopops, nach der Einführung der Sondersteuer, bei Jugendlichen enorm zurückgegangen.

Auch der Konsum von Erwachsenen wird von der Verfügbarkeit von Suchstoffen angeregt. Dabei kann, genauso wie bei Minderjährigen, eine Preiserhöhung zu einer Einschränkung der Verfügbarkeit beitragen. Zu den effektivsten Mitteln gehört der Anstieg der Tabaksteuer, welche nach repräsentativen Erhebungen nachwies, dass diese Maßnahme erfolgreich ist. Nach der ersten Tabaksteuererhöhung am 01.03.2004 war dies der Anlass für 7,9% der befragten Tabakkonsumierenden, das Rauchen einzustellen. Eine weitere Erhöhung am 01.12.2004 überwinden sich weitere 7,5% das Rauchen aufzugeben. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005, S. 18ff.)

### 3.2 Selbsthilfe als ein Baustein des Suchthilfesystems

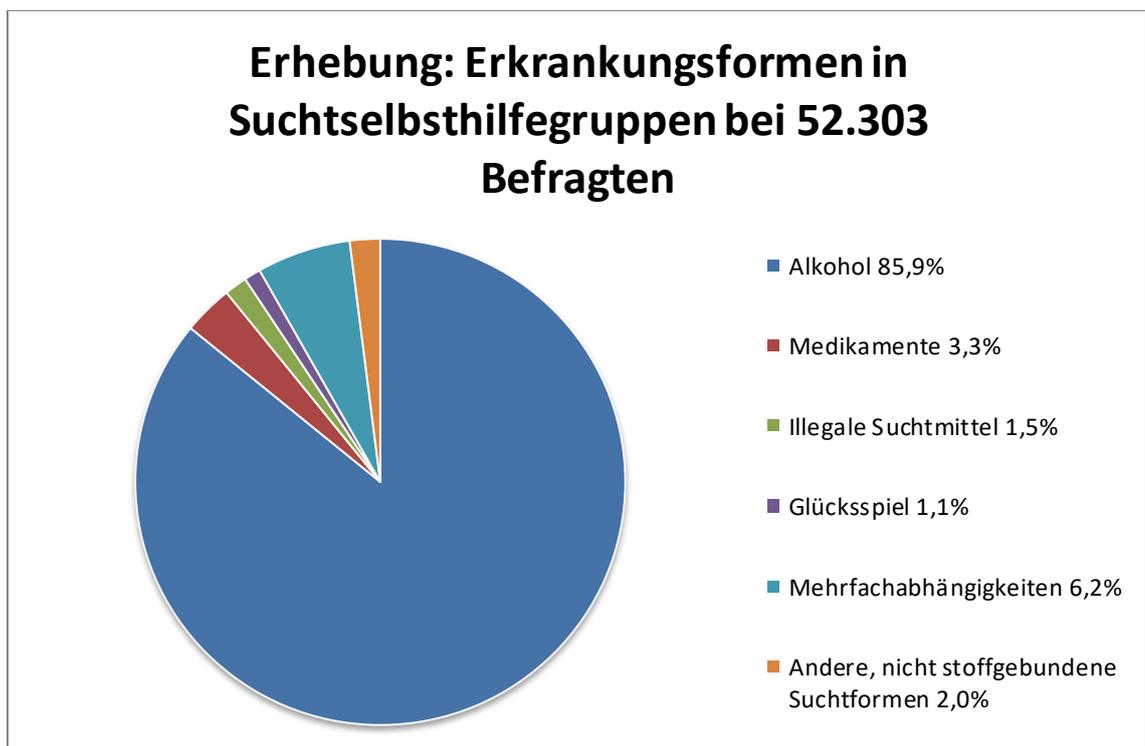
Durch die Entstehung des Suchthilfesystems mit dem heutigen Netzwerk aus Beratungsstellen, Fachkliniken, Therapie – und Nachsorgeeinrichtungen, ist die Suchtselbsthilfe ein weiterer und vor allem bedeutsamer Aspekt in dieser Anordnung. Selbsthilfegruppen sind im stationären Therapie – und Nachsorgebereich inzwischen eine renommierte Unterstützung im Suchtkrankenhilfesystem, welches ein Teil des deutschen Gesundheitssystems darstellt. Hinzukommend konnten viele suchtkranke Menschen lediglich durch einen regelmäßigen Besuch von diversen Suchthilfegruppen ihr abstinentes Leben festigen. Von hoher Bedeutung ist es hierbei, dass sich das betroffene Individuum auf das Gehörte in einer Selbsthilfegruppe einlassen kann und sich evtl. bei anderen Teilnehmer/innen, gleiche oder bekannte Schemata seines eigenen Verhaltens wieder erkennt. (vgl. Basdekis-Jozsa 2006, S. 199f.)

Im Allgemeinen ist unser Suchthilfesystem im Bereich des Alkoholismus am stärksten ausgebaut. (vgl. Basdekis-Jozsa 2006, S. 206) Die fünf Selbsthilfe – und Abstinenzverbände „Blaues Kreuz in Deutschland e.V.“, „Blaues Kreuz der Evangelischen Kirche e.V.“, „Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V.“, „Guttempler in Deutschland e.V.“ und „Kreuzbund e.V.“, die den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege unterliegen, führten im Jahr 2010 zum dritten Mal eine Erhebung mit 72.212 Teilnehmer/innen durch. Davon waren 72,4% selbst suchterkrankt und 21,5% gehörten zur Gruppe der Angehörigen. Weitere 6,1% bezogen Interesse am Angebot der Suchtselbsthilfe und nahmen regelmäßig an Sitzungen teil. (vgl. Lahme et al. 2010, S. 5) Bei jener Statistik stellte sich heraus, dass von 52.303 suchterkrankten Menschen 85,9% von Alkohol abhängig waren. Mehrfachabhängigkeiten sind mittlerweile in den Selbsthilfegruppen keine Seltenheit mehr. Viele Abhängigkeitserkrankte kombinieren beispielsweise Alkohol mit Beruhigungsmittel, aber auch Alkohol und Cannabis, welches je nach persönlicher Empfindsamkeit gewechselt wird. Ebenso sind Erfahrungen mit dem Konsum von Kokain keine Seltenheit mehr, da dieser in gewissen Gesellschaftskreisen weitestgehend verbreitet ist.

Aus einer Nachforschung der fünf Selbsthilfeverbände geht hervor, dass die Suchterkrankung mit Alkohol bei den Befragungsteilnehmer/innen, welche gleichzeitig eine

oder mehrere Selbsthilfegruppen besuchen, überwiegt. Deutlich wird aber auch, dass Menschen mit einer Mehrfachabhängigkeit sich immer öfter in Selbsthilfegruppen beteiligen. In einer Statistik von Lahme sind dies 6,2 %. Man geht davon aus, dass sich diese Tendenz weiterhin fortsetzt.

Um einen Überblick über die verschiedenen Erkrankungsformen in Suchtselbsthilfegruppen zu bekommen, wird das Ergebnis der Erhebung grafisch dargestellt (vgl. Basdekis-Jozsa 2006, S. 206; Lahme et al. 2010, S. 7):



Darstellung Nr. 2

(vgl. Lahme et al. 2010, S. 7)

Wenn man die Erhebung mit der Statistik vom vorherigen Jahr vergleicht, wird ein leichter Anstieg der Beteiligung von Menschen mit verschiedenen Erkrankungsformen im Bereich der Suchtselbsthilfe deutlich. Doch der Anteil von Menschen mit einer Alkoholerkrankung in Selbsthilfegruppen ging um 2% zurück. (vgl. Lahme et al. 2010, S. 7)

Aus diesem Grund wird deutlich, dass Suchtselbsthilfegruppen immer mehr Bedeutung bei Betroffenen finden. Der Großteil von Suchtberatungsstellen bieten indessen Gruppenangebote zu Drogen – und Medikamentenmissbrauch an, welche aber von

ausgebildeten Therapeuten geleitet werden und somit keine klassische Selbsthilfegruppe darstellen. Aber auch Selbsthilfeverbände, wie die Guttempler, erweitern ihr Angebot u.a. für Frauen mit Medikamentenabhängigkeiten innerhalb von Therapie- und Nachsorgeeinrichtungen. Auch bei den Anonymen Alkoholikern sind immer häufiger Menschen mit einer Mehrfachabhängigkeit zu finden, welche heutzutage selbstverständlich in die Gruppen aufgenommen werden. Um aber den Bereich der illegalen Szene abzudecken, haben sich in den vergangenen Jahren die sogenannten Narcotic Anonymus, kurz NA, entwickelt und etabliert, diese sich mehrmals in vielen verschiedenen Großstädten in der Woche treffen. (vgl. Basdekis-Jozsa 2006, S. 206f.)

Die Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen in stationären Suchthilfeeinrichtungen scheinen sehr erfolgreich in der Motivation von Betroffenen zu sein. In diesen Institutionen stellen sich immer wieder ehrenamtlich tätige Vertreter/innen von verschiedenen Selbsthilfeorganisationen mit ihren jeweiligen Konzepten vor, obwohl viele der suchtkranken Menschen sich eher skeptisch oder auch verweigernd den Selbsthilfegruppen entgegen stellen. *„Das schaffe ich wohl selbst, da brauchen die mir nichts zu erzählen!“* (Basdekis-Jozsa 2006, S. 208), heißt es in dem Buch „Gruppentherapie in der Suchtbehandlung“ von Raphaela Basdekis–Jozsa und Michael Krausz. Die Universitätsklinik in Hamburg-Eppendorf veranstaltet beispielhaft an zwei Abenden pro Woche ein abwechselndes Kommen der Guttemplern, den Anonymen Alkoholikern und des Freundeskreises, welches als Pflichtveranstaltung für alle Patientinnen und Patienten in den ersten Wochen des Entzugs gilt. Man versucht dadurch ein Kennenlernen und evtl. Vorurteile oder Hemmschwellen von Selbsthilfegruppen bei den Patientinnen/Patienten zu veranlassen und/oder zu schwächen. Im Weiteren existierte eine selbstorganisierte Gruppe in der benannten Klinik, bei welcher sich Patientinnen/Patienten fest an zwei Tagen in der Woche treffen, sich selbst organisieren und über eine eigene Struktur verfügen. Diese Gruppe fällt vielen der Betroffenen schwer und kann in Therapiegesprächen aufgegriffen und reflektiert werden. Ziel hierbei ist es, Betroffenen an ein eigenverantwortliches Handeln und an regelmäßige Besuche in einer Selbsthilfegruppe heranzuführen.

Die ehrenamtlichen Repräsentanten der verschiedenen Suchthilfegruppen sind sehr zuverlässig, offen und erzählen auch von ihrer eigenen Suchterkrankung. Durch die-

ses offene Gespräch mit den Klientinnen/Klienten wird oftmals ein Vertrauen hergestellt, was den einzelnen Betroffenen in seinem weiteren Besuchsvorgehen bestärken soll. Es kann ein wenig dauern, bis sich ein einzelnes Individuum zu einer Suchthilfegruppe durchringen kann. Manche bleiben diesen auch skeptisch gegenüber, was aber von den Suchthilfeeinrichtungen akzeptiert wird. Doch bei vielen ist gegenteiliges der Fall. Viele Betroffene sind beim Besuch einer Selbsthilfegruppe außerhalb der Klinik überrascht, wie herzlich sie aufgenommen werden und wie erleichternd ein solcher Besuch sein kann.

Eine menschliche Begegnung mit Gleichgesinnten hat eine zentrale Bedeutung in den stationären Einrichtungen der Suchthilfe. Eine individuelle Behandlung und Struktur in diesen Institutionen wird durch Offenheit, Verständnis und Akzeptanz in den Suchtselbsthilfegruppen ergänzt. (vgl. Basdekis-Jozsa 2006, S. 207ff.)

### **3.3 Förderung von Selbsthilfe**

Seit einigen Jahren fördert und unterstützt der GKV – Spitzenverband (Verband der gesetzlichen Krankenkassen) sowie seine Zusammenschlüsse (dazu gehören die AOK, der BKK – Dachverband, die IKK, die Knappschaft, u.v.m.) die Aktivitäten und Strukturen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Beistand wird durch finanzielle, infrastrukturelle und immaterielle Hilfen gewährt. Diese Förderung von Selbsthilfekontaktstellen (regional oder örtlich professionell arbeitende Beratungseinrichtungen), Selbsthilfeorganisationen (Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen auf Bundes- oder Landesebene) sowie Selbsthilfegruppen beruht auf der gesetzlichen Handhabung des SGB V (Sozialgesetzbuch V) § 20c. (vgl. GKV-Spitzenverband 2013, S. 6+9; Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2016, S. 55) Dieser besagt:

*„(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine*

*Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Selbsthilfekontaktstellen müssen für eine Förderung ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sein.“ (GKV-Spitzenverband 2013, S. 34)*

Durch die gesetzlich erlassene Förderung bekommen Selbsthilfeorganisationen sowie Selbsthilfegruppen Unterstützung, wenn die gesundheitliche Rehabilitation und Prävention der Versicherten zum Ziel gesetzt wird. Auch Selbsthilfekontaktstellen können als förderfähig gelten, vorausgesetzt sie sind bereichs-, themen- und indikationsübergreifend in ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit tätig.

Weiterhin wird nur gefördert, wenn eine ausschließlich gesundheitsbezogene Selbsthilfe stattfindet. D.h. es muss ein enger Bezug zu medizinischen Erfordernissen vorhanden sein. Diese Art von Selbsthilfe hat sich auf Krankheiten zu beziehen, welche im Verzeichnis der Krankheitsbilder erfasst sind und im obigen Gesetzestext gefordert werden. Dieses benannte Krankheitsverzeichnis „[...] wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen 1996 erarbeitet.“ (GKV-Spitzenverband 2013, S.8) Aufgeführt sind in diesem Krankheitsverzeichnis übergeordnete Diagnosehaupt- und Krankheitsgruppen. U.a. werden Lebererkrankungen, Krankheiten des Nervensystems, Psychische Erkrankungen, aber auch Suchterkrankungen wie Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit aufgeführt. (vgl. GKV-Spitzenverband 2013, S. 8 + 35)

Ein Rechtsanspruch auf eine Gewährung von Fördermitteln ist nicht belegt. Die zuständigen Krankenkassen mit ihren Verbänden für die Förderung der Selbsthilfe entscheiden nach den im Jahr verfügbaren Fördermitteln und ihrem pflichtgemäßen Ermessen. Die Mittelvergabe findet unter Berücksichtigung der Anzahl der Antragsteller sowie des festgestellten Förderbedarfs statt. (vgl. GKV-Spitzenverband 2013, S. 8)

Die Förderung der Selbsthilfe durch Krankenkassen und deren Verbände bezweckt die Unterstützung der Selbsthilfe in ihrer Vielfalt und der von ihr verschiedenen Aus-

richtungen und Strukturen. Desgleichen werden die aktuellen Entwicklungen der Selbsthilfebewegung innerhalb Deutschlands berücksichtigt. Selbsthilfe und die dazugehörige Förderung ist eine Aufgabe der Gesamtgesellschaft. Sie muss als Gemeinschaftsaufgabe der öffentlichen Hand (Bund, Länder, Gemeinden), sämtlicher Sozialversicherungsträger und von privaten Kranken – und Pflegeversicherungengehen und umgesetzt werden.

Aus diesem Grund sollte diese Art der Förderung nicht allein auf die Krankenkassen gestützt werden, sondern Bund, Länder, Gemeinden und die weiteren Sozialversicherungsträger müssen zukünftig maßgebend an der finanziellen Förderung sowie der infrastrukturellen Unterstützung der Selbsthilfe involviert sein. (vgl. GKV-Spitzenverband 2013, S. 6)

#### **4 Die deutsche Suchtselbsthilfe**

Im Bundesland Hessen der Bundesrepublik Deutschland existieren ca. 550 Abstinenz- und Selbsthilfegruppen in organisierten Vereinen und Verbänden, bei denen die meisten den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege untergliedert sind. Viele dieser Organisationen sammeln sich in der „Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.“ (kurz HLS), welche ihren Sitz in Frankfurt am Main hat. Des Weiteren sind ca. 200 Gruppierungen der Anonymen Alkoholiker und weitere Selbsthilfegruppen im Bereich der Suchthilfe verzeichnet. Die HLS verfügt über ein Gremium, welches unter der „HLS – Landeskonferenz der Suchtselbsthilfe in Hessen“ (kurz: HLS – LKSH) bekannt ist. In dieser Kommission treffen sich Mitglieder sämtlicher Suchtselbsthilfeverbände, sowie für das Gremium ausgewählte Mitglieder der Anonymen Alkoholiker, der Selbsthilfeszusammenschlüsse wie der DRK KV Odenwaldkreis (Deutsches Rotes Kreuz), die ELAS (Evangelische Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtkrankenhilfe) und des ASS Darmstadt e.V. (Alkohol – und Suchtselbsthilfe). Die HLS – LKSH legt ihre Arbeitsschwerpunkte in einen verbandsübergreifenden Informationsaustausch fest und plant und führt gemeinsame Initiativen und Projekte durch. Außerdem tauscht sie sich mit den Suchthilfeverbänden über neue Angebote der Suchthilfe, wie auch die Durchführungen von Maßnahmen der Suchtprävention aus. Im weiteren werden

aktuelle Thematiken, die die Suchtselbsthilfe betreffen, Neuerungen und/oder Veränderungen im Bereich der Suchthilfe von externen Redner/innen erklärt und verfestigt, um solche Informationen durch die Mitglieder im Gremium in die jeweiligen Organisationen zu tragen. Des Weiteren werden Gesamterhebungen der Suchtselbsthilfeverbände erforscht. Hessen ist hierbei das einzige Bundesland, welches in den Bereichen Suchtselbsthilfe, Suchtprävention und ambulante Suchthilfe flächendeckend dokumentiert. (vgl. Stadler 2015, Anlage 2; Hessische Landesstelle für Suchtfragene.V. 2008, S. 4)

Um einen näheren Einblick in die Suchtselbsthilfeverbände der HLS zu bekommen, werden nun einige mit ihren eigenen Konzepten und Leitbildern vorgestellt.

## **4.1 Suchtselbsthilfeverbände**

### **4.1.1 Kreuzbund e.V.**

In Deutschland ist der Kreuzbund e.V. der größte Suchtselbsthilfeverband und gehört zum Fachverband des deutschen Caritasverbandes. Er wurde 1896 von Pfarrer Josef Neumann gegründet. Allein in Hessen existieren 132 Suchtselbsthilfegruppen. Der Kreuzbund untergliedert sich in Landesverbände, Regional- und Stadtverbände, in Arbeitsgemeinschaften und in autonome Gruppen und ist eine katholische Selbsthilfegemeinschaft, welche sich auf abhängigkeiterkrankte Menschen mit einer Alkoholproblematik spezialisiert hat und bis heute auch Schwerpunkt in der Arbeit des Kreuzbundes ist. Andere Suchterkrankungen werden auch thematisiert. Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen, aber auch die Selbsthilfegruppen, sind oftmals eine erstmalige Anlaufstelle für Betroffene, sei es ein suchterkrankter Mensch oder ein Angehöriger. Dort werden die Betroffenen informiert und auch motiviert, über eine jeweilige Behandlung oder eine Therapie nachzudenken. Es wird nach dem gesundheits- und gesellschaftspolitischen Auftrag der Organisation gearbeitet. Offene Gespräche und Begegnungen mit den betroffenen Menschen werden gesucht und für selbstverständlich gehalten. Jedes Individuum, welches Hilfe sucht, wird vorurteilsbewusst aufgenommen. Auch die Konfession spielt keine Rolle. Die ehrenamtliche Arbeit ist das

Fundament des Verbundes, aber es existieren auch hauptamtliche Arbeiten, welche aber zum kleineren Teil des Verbundes gehören. Finanziert wird der Kreuzbund e.V. durch Eigenmittel (z.B. durch Spenden oder Mitgliedsbeiträge), aber auch aus öffentlichen und kirchlichen Stellen.

In den Selbsthilfegruppen hört jeder jedem zu. Durch die ständige Auseinandersetzung mit der akuten Thematik wird die Gruppe zu einem Ort, bei dieser die Gesundheit ansteckend wird. Betroffene Individuen helfen sich gegenseitig, um zu ihrer Genesung beizutragen. Zusätzlich zu den Suchtselbsthilfegruppen gehören zum Verbund Kreuzbund e.V. Tätigkeiten wie die Qualifizierung von Ehrenamtlichen, die Rehabilitation von Betroffenen, Integration suchtkranker Menschen in Beruf, Familie und Gesellschaft und eine Einbindung der Angehörigen in die Verbands – und Gruppenarbeit. Außerdem ist die Sensibilisierung der Gesellschaft durch diverse Veranstaltungenein wichtiger Punkt des Kreuzbund e.V., um eine Stigmatisierung von suchtkranken Menschen zu reduzieren, sowie suchtpreventive Maßnahmen durchzuführen. (vgl. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2008, S. 12; Kreuzbund e.V. 2008, S. 1ff.)

#### **4.1.2 Der Guttempler - Orden**

Die Gemeinschaft des Guttempler-Ordens sind eine moderne Organisation, welche auf eine 100-jährige Tradition zurück blicken kann. Dieser Zusammenschluss basiert auf Menschen, die alkoholfrei leben. Die Grundlage ihres Handelns ruht auf einem Menschenbild, welches das Recht jeder einzelnen Person auf eine Persönlichkeitsentwicklung in Frieden und Gleichheit, aber auch in Freiheit voraussetzt. Auch wird erfordert, dass jedes Individuum unabhängig von seinem Geschlecht, sozialer und nationaler Herkunft, Hautfarbe, politischem und religiösem Interesse gleich behandelt wird. Diese Haltung findet Ausdruck in den sogenannten Guttempler-Prinzipien: „*Enthaltbarkeit – Brüderlichkeit – Frieden*“. (Kreuzbund e.V. 2008, S. 13)

Eines ihrer Hauptaufgaben im Programm ist die Öffentlichkeitsarbeit. Sie informieren in Schulen, Betrieben, an Messen und an Informationstagen über ihre Arbeit. Sie zeigen auf, wer sie sind, welche Hilfsangebote für betroffene Menschen und auch für deren Angehörigen zur Verfügung stehen und werben für eine weltumspannende Ge-

meinschaft. Für Mitglieder/innen der Guttempler steht das Erleben des Einzelnen und Wirkung von Vorbildern anderer Mitglieder/innen im Vordergrund. Im Weiteren werden Fort- und Weiterbildungen angeboten. Es existieren Lehrpläne zu unterschiedlichen Ausbildungsreihen, wie z.B. die Ausbildung zum freiwilligen Suchthelfer. Die Kosten übernimmt i.d.R. das Guttempler – Bildungswerk e.V.

Zudem sind die Guttempler Mitglied im weltweiten Netzwerk des IOGT International. Diese *„[...] ist eine weltumspannende Gemeinschaft nicht – staatlicher Organisationen, in welcher sich Frauen und Männer jeglichen Alters, unabhängig von Hautfarbe, Nationalität, Religion, gesellschaftlichem Stand oder politischer Überzeugung versammelt haben“* (IOGT Schweiz). In Deutschland sind sie ein Glied des DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) und im Paritätischen Wohlfahrtsverband. Es findet eine Zusammenarbeit mit anderen Suchthilfeverbänden auf Orts-, Landes- und Bundesebene statt.

Die Guttempler sehen ihre Aufgaben hauptsächlich darin, für das Individuum durch willentliche Lebenseinstellung eine Abhängigkeit zu verhindern, bereits suchterkrankten Menschen aus ihrer Erkrankung zu helfen und sie auf dem Weg zu einer selbstbestimmten Persönlichkeit helfend zur Seite zu stehen sowie Angehörigen bzw. Partnern/innen von suchtgefährdeten Menschen zu unterstützen und beistehend für eine Wiederherstellung annehmbarer Beziehungen in Lebensgemeinschaften oder Familien zu sein.

Seit der Gründung des deutschen Guttempler – Ordens im Jahre 1889 wirken diese mit einer Aufklärung über den Konsum von legalen Suchtmitteln, vor allem Alkohol, zu einer Verwirklichung von besseren Lebenschancen aller Menschen mit.

Organisationen des Guttempler – Ordens sind heutzutage auf allen Kontinenten in 45 Ländern vertreten. Am 16. Oktober 1904 wurde der Landesverband Hessen gegründet. Seitdem existieren in Hessen 144 Gruppen des Ordens. (vgl. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2008 S. 12f.; Guttempler in Deutschland e.V. 2003 - 2017)

### 4.1.3 Die Freundeskreise

Zu den größten öffentlichen und anerkannten Selbsthilfeeinrichtungen der Suchthilfe innerhalb Deutschlands gehören die Freundeskreise. Auch diese arbeiten unabhängig von sozialer und religiöser Herkunft und gehören keinen anonymen Gruppen an, d.h. Ansprechpartner/innen der verschiedenen Gruppen sind namentlich bekannt. Sie sind eine Selbsthilfegruppe und verrichten Aufgaben innerhalb der Suchthilfe, welche in der öffentlichen Gesundheits- und Sozialpolitik sowie in unserem heutigen Sozialstaat ungenügend bis gar nicht beachtet werden können. Der Verband der Freundeskreise kooperiert mit anderen Einrichtungen, vor allem mit Fachkliniken und Beratungsstellen. Sie verstehen sich als eine verlässliche Säule des Suchthilfesystems. Außerdem sind sie Mitglied im „Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.“ und in der DHS. Auch mit anderen Selbsthilfeverbänden der Suchthilfe findet eine gute Zusammenarbeit statt. Organisiert wird die Selbsthilfe von und für Menschen, welche von Stoffen wie Medikamenten und Alkohol abhängig gewesen sind und stehen deren Angehörigen zur Seite, doch sind sie auch für andere Suchtformen offen.

Sucht wird von den Freundeskreisen als eine Familienkrankheit angesehen und so stehen Familienangehörige und Freunde genauso im Mittelpunkt der Selbsthilfe wie die suchterkrankten Personen selbst. Genauso wie bei den bisherig beschriebenen Suchtselbsthilfeverbänden ist der Grundgedanke der Selbsthilfe, dass die Arbeit durch ehrenamtliche Mitarbeiter/innen erbracht wird. Der Unterschied hier liegt dabei, dass die Ehrenamtlichen selbst an einer Suchterkrankung erkrankt sind oder zu den Angehörigen gehören.

In Hessen existieren ca. 250 Gruppen des Verbundes, welche den beiden Diakonischen Werken Hessen und Nassau und Kurhessen – Waldeck angeschlossen sind. (vgl. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2008, S. 13; Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe 2012, S. 7+11f.)

#### **4.1.4 Blaues Kreuz in Deutschland e.V. und der evangelischen Kirche**

1877 in Genf entstand die Suchtkrankenhilfe des Blauen Kreuzes durch den Begründer Pfarrer Rochat. Dieser setzte sich durch seine seelsorgerische Arbeit für Menschen mit einer Alkoholerkrankung ein. Die Grundlage des Blauen Kreuzes, welches gleichzeitig als Aufgabe angesehen wird, ist das Evangelium von Jesus Christus, welches den suchtgefährdeten Menschen eingehend helfen soll. Durch seine überkonfessionelle Arbeit wird vor allem bei alkoholabhängigen Menschen, sowie bei den Angehörigen, den Alkoholmissbrauch, aber auch den Missbrauch andere Suchtstoffe, in der Öffentlichkeit versucht entgegenzuwirken, um somit eine evtl. Suchtgefährdung vorzubeugen. In den Einrichtungen und bei Veranstaltungen des Blauen Kreuzes bietet dieser eine suchtmittelfreie Umgebung in einer christlichen Gemeinschaft.

Der Suchtselbsthilfeverband arbeitet gemeinnützig, d.h. es werden keine Gewinne bezogen. Das Blaue Kreuz verbreitete sich rasch nach seiner Gründung. Vor allem im Osten und im Norden Deutschlands und in Westfalen war die Organisation sehr verbreitet. Ursprünglich bezeichneten sie sich als „Mäßigkeitsverein zur Rettung Trunksüchtiger“. Dieser ist bis heute hin ein selbstständiger Fachverband des diakonischen Werkes Deutschland und hat sich dem evangelischem Bundesverband angeschlossen. An dem benannten Bundesverband sind u.a. Orts-, Kreis- und Landesverbände, selbstständige Begegnungsgruppen, Förder- und Freundeskreise, Jugendwerke u.v.m. angegliedert. Im Bundesland Hessen bestehen in etwa 60 Gruppen des Blauen Kreuzes.

Vor ca. 80 Jahren entwickelte sich aus dem „Blauen Kreuz in Deutschland e.V.“ das „Blaue Kreuz der evangelischen Kirche“. Seitdem existieren beide genannten Institutionen. Doch in Hessen gibt es bisher nur eine Gruppe, welche sich in Wetzlar befindet.

Um Mitglied im Verbund des Blauen Kreuzes zu werden, müssen Interessierte eine sogenannte Enthaltensamkeitserklärung unterzeichnen. Diese soll als ein Zeichen der Verbundenheit und Solidarität an alle Mitglieder der Einrichtung gelten. Dieses besteht bis heute hin als eine bewährte Hilfe für ein suchtfreies Leben abhängigkeiterkrankter Menschen. Des Weiteren sollte eine suchterkrankte Person mindestens ein Jahr nicht konsumiert haben und bei einer Entscheidung zur Mitgliedschaft eine Erklä-

rung zur Drogen – und Alkoholenthaltbarkeit unterschreiben. Wird trotz einer solchen Erklärung ein Mitglied rückfällig oder hält die Enthaltbarkeitserklärung nicht ein, werden Maßnahmen von den Verantwortlichen des Blauen Kreuzes eingeleitet, die eine schnellstmögliche Wiederherstellung der Abstinenz und Genesung erreichen soll. Wird dies von einem rückfällig gewordenem Mitglied verweigert, kann dies zur Kündigung der Mitgliedschaft des Blauen Kreuzes in Deutschland führen. (vgl. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2008, S. 14; Blaues Kreuz in Deutschland e.V. 2016, S. 2ff.)

#### **4.1.5 Deutsches Rotes Kreuz**

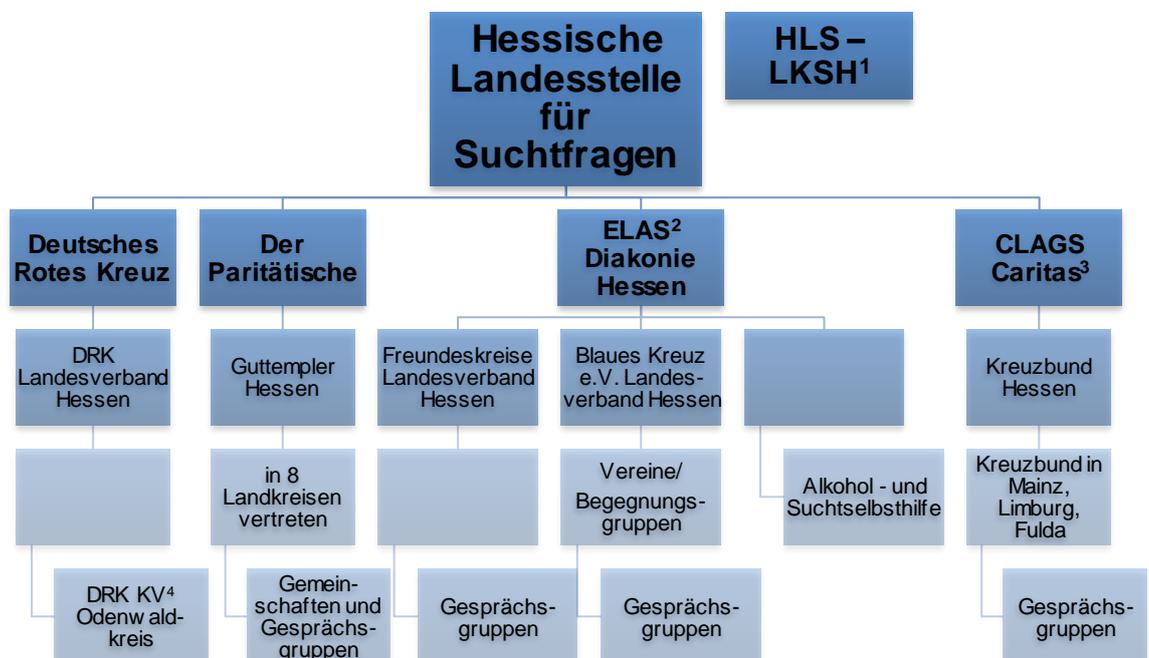
In der Bundesrepublik Deutschland treffen sich unter dem Dachverband des Deutschen Roten Kreuzes 10.000 betroffene Individuen, um in Suchtselbsthilfegruppen teilzunehmen. Gegründet wurden diese 1990 und bieten Angebote für Personen mit Medikamenten- und Alkoholproblemen, Essstörungen, Drogenabhängigkeit und für Menschen, die wegen einer Suchterkrankung im Krankenhaus verweilen. Auch für Eltern und Angehörige gibt es genügend Angebote: Das Deutsche Rote Kreuz hat ein Sorgentelefon für diese eingerichtet, welches an Samstagen und Sonn- und Feiertagen besetzt ist. In Hessen existieren sieben Selbsthilfegruppen, die im Odenwaldkreis zu finden sind. (vgl. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2008, S. 14)

#### **4.1.6 Alkohol – und Suchtselbsthilfe e.V.**

1984 wurde die Selbsthilfeorganisation Alkohol- und Suchtselbsthilfe e.V. (kurz ASS) gegründet und ist in Darmstadt und Umgebung tätig. Sie ist eine Gemeinschaft, bei der betroffene Menschen, Angehörige, aber auch Suchtkrankenhelfer tätig sind. Diese Suchtselbsthilfegruppierung setzt sich für Personen mit einer Medikamenten-, Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit ein. Geschulte Berater, die beim ASS tätig sind, bieten abhängigkeitserkrankten Personen die Möglichkeit, den eigenen Drogenkonsum und einen evtl. Zusammenhang weiterer Probleme zu reflektieren. Die Beratungsgespräche, aber auch eine Teilnahme an den Selbsthilfegruppen sollen

ermutigen, sich mit der Thematik Abhängigkeit und Sucht auseinanderzusetzen um somit langfristige Veränderungen zu veranlassen. (vgl. Alkohol- und Suchtselbsthilfe e.V. 2017)

Um einen bildlichen Überblick über die oben benannten Gremien und ihre Anordnung zu bekommen, werden diese hier in einem Organigramm dargestellt, welches sich vom Dachverband über Landesverband, regionaler Verband zum örtlichen Verband in Hessen untergliedert. In der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen sammeln sich alle Gremien:



<sup>1</sup>LKSH = Landeskonferenz der Suchtselbsthilfe in Hessen

<sup>2</sup>ELAS = Evangelische Landesarbeitsgemeinschaft für Suchthilfe

<sup>3</sup>CLAGS = Caritas Landesarbeitsgemeinschaft Sucht

<sup>4</sup>KV = Kreisverband

Darstellung Nr. 3

(vgl. Stadler 2015, S. Anlage 1)

## **4.2 Selbsthilfefzusammenschlüsse**

Selbsthilfefzusammenschlüsse, die nicht den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege unterliegen, sondern sich selbst organisieren und als Gäste an der HLS – LKSH teilnehmen, sind u.a. die „Anonymen Alkoholiker“, die „AI – Anon Familiengruppen“, die „Narcotic Anonymous“, die „Elternkreise“, die „Overeaters Anonymous“ und die „Anonymen Spieler“. (vgl. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2008, S. 15f.)

Die Anonymen Alkoholiker (AA) sind die größten, selbstorganisierten Suchtselbsthilfegruppen, die sich über Spendengelder finanzieren. Eine weitere Gruppierung sind die Narcotic Anonymous (NA), welche ihren Ursprung aus den AA's beziehen. Auch sie leben von Spenden. Manche der betroffenen Menschen einer Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit, aber auch andere Abhängigkeitsarten möchten anonym bleiben und ziehen Gruppen wie diese vor, u.a. aus Angst, dass jemand aus dem Bekanntenkreis oder der näheren Umgebung etwas von ihrer Erkrankung mitbekommen könnten. Sie ergänzen somit einen wichtigen Teil des Suchthilfesystems.

Um auch hier einen näheren Einblick in die Arbeit der spendenfinanzierten Suchtselbsthilfegruppen zu bekommen, werden die Anonymen Alkoholiker und die Narcotic Anonymous ausführlicher beschrieben. Auch die Elternkreise, eine Selbsthilfegruppe für Eltern mit abhängigkeitserkrankten Kindern, wird ausführlicher dargestellt. (vgl. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2008, S. 15f.; NAWorld Services 2016, S. 1; Zschiesche 2013, S. 21):

### **4.2.1 Anonyme Alkoholiker**

1935 im Bundesstaat Ohio, genauer im Ort Akron, entstand die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker. Bob S., 55 Jahre alt und ein damals bekannter Chirurg sowie der 39 – jährige Börsenmakler Bill W. aus New York litten schwer an zu hohem Alkoholkonsum. Bei Gesprächen über ihren Alkoholkonsum stellten sie fest, dass das

Verlangen nach Alkohol schwand. Sie erkannten ein Genesungsprinzip und machten sich auf die Suche nach weiteren Alkoholikern, um dieses Prinzip anzuwenden und neue Erkenntnisse sammeln zu können. Drei Jahre später existierten in drei Städten der Vereinigten Staaten drei Gruppen mit ca. 40 trockenen Alkoholkranken. 1939 wuchs die Vereinigung weiter und es wurde das Buch „Alcoholics Anonymous“ („Anonyme Alkoholiker“) veröffentlicht, von diesem die Gemeinschaft ihren Namen bekam. Das Buch ist bis heute hin die Grundlage der Selbsthilfegruppe und beschreibt u.a. das geistige Gedankengut der Anonymen Alkoholiker, welche in zwölf Schritten (siehe Anhang 1) zusammengefasst ist und zur Genesung des Erkrankten beitragen soll. Auch wird in dieser Schrift Lebensgeschichten von alkoholkranken Menschen als Beweis zur möglichen Genesung erbracht.

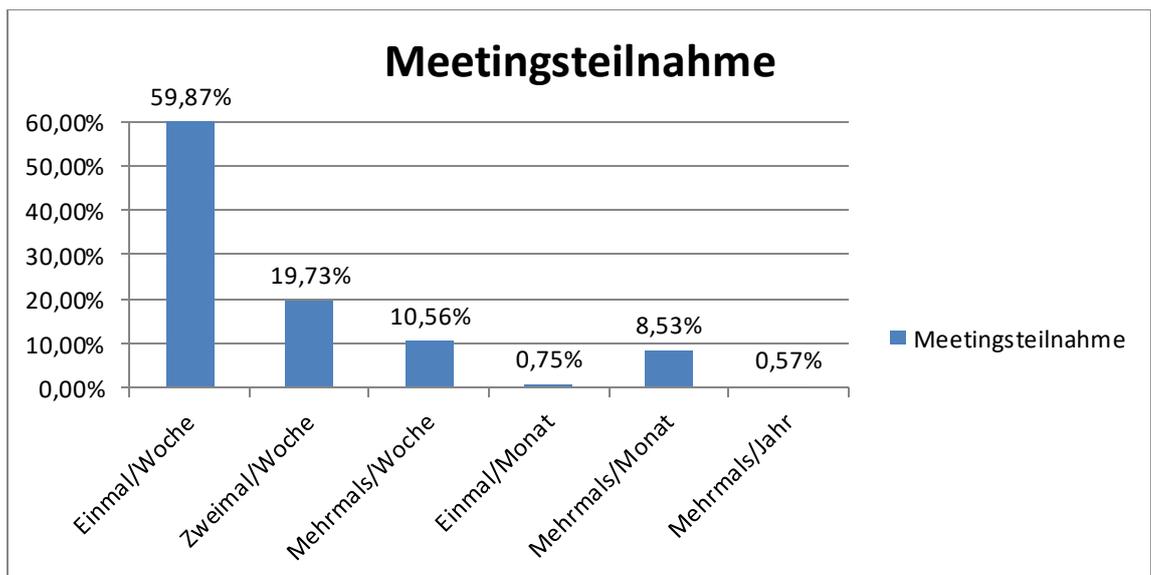
In den nächsten Jahren stieg die Teilnahme an der Selbsthilfegemeinschaft stetig. Durch diesen ständigen Wachstum an Teilnehmer/innen entwickelten sich Schwierigkeiten, wie z.B. die Finanzierung und das Verhältnis zur Öffentlichkeit von beteiligten Personen. Somit wurden 1946 die zwölf Traditionen (siehe Anhang 2) zur Lösung der besagten Spannungen eingeführt. Diese sollen sowohl das Innenleben der Organisation sowie die Beziehung zur Umwelt regeln.

1953 entstand die erste Gruppierung der Anonymen Alkoholiker in Deutschland. Ein amerikanischer Soldat lud in München zu einer ersten Versammlung ein, um die Genesungsbotschaft der AA an deutsche Alkoholkranken weiterzugeben. Durch diesen Anlass entwickelte sich das erste Treffen mit drei Deutschen und einem amerikanischen Staatsbürger. In den 60er Jahren gab es den ersten größeren Aufschwung und bis 2007 existierten um die 2.500 Meetings deutschlandweit. In Hessen allein sind es um die 125 Gruppen. (vgl. Anonyme Alkoholiker, S. 23f.; Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2008, S. 15; Anonyme Alkoholiker 2007, S. 27)

Zusammenfassend ist die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker eine Ansammlung von Frauen und Männer, die Hoffnung, Erfahrung und Kraft miteinander teilen, um zur Genesung und zur Problemlösung der Alkoholkrankung jedes/r Einzelne/n beizutragen. Als einzige Voraussetzung zur Teilnahme an den Meetings ist der Wunsch, das Trinken einzustellen. Es werden keine Gebühren oder

Mitgliedsbeiträge verlangt, sondern sie finanzieren sich ausschließlich durch Spenden. Auch sind die Anonymen Alkoholiker mit keiner Organisation, Institution, Partei, Konfession, oder Sekte verbunden und möchten sich auch nicht an öffentlichen Debatten beteiligen oder zu Streitfragen Stellung nehmen. Der Hauptzweck ist ausschließlich, zur Nüchternheit anderer zu verhelfen und selbst nüchtern zu bleiben. (vgl. Anonyme Alkoholiker, S. 3)

Was 1935 aus einem simplen Gespräch von zwei alkoholerkrankten Menschen entwickelt wurde, ist heute eine internationale Organisation, welche inzwischen 100.000 Gruppen weltweit zählt. Sogar in Deutschland stieg der Bedarf. 2007 wurde im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Schweiz und Österreich) eine Umfrage gestartet, um die Struktur der Teilnehmenden erfassen zu können und somit effektiver mit Menschen, die noch an einer Alkoholerkrankung leiden, arbeiten zu können. Außerdem kann es den gewonnenen Zahlen eine Nützlichkeit entwickelt werden, um die Arbeit der Anonymen Alkoholiker für Außenstehende transparenter zu machen und noch unüberzeugte Menschen zu dieser Selbsthilfegruppe zu überzeugen. Um einen Einblick in diese Umfrage zu gewähren, wird nun die Meetingteilnahme im deutschsprachigen Bereich bildlich dargestellt (vgl. Anonyme Alkoholiker 2007, S. 27):



Darstellung Nr. 4

(vgl. Anonyme Alkoholiker 2007, S. 28)

In diesem Diagramm ist erkennbar, dass über die Hälfte der Teilnehmer/innen bei den Anonymen Alkoholikern im deutschsprachigen Raum einmal pro Woche ein Treffen bevorzugen, um somit außerhalb der Vor – und Nachsorge des Suchthilfesystems an ihrer Erkrankung zu arbeiten. Auch wird aufgezeigt, dass weitere Meetings in einer Woche zur Mehrheit der erkrankten Personen gehören. Zum kleineren Teil gehören diejenigen, die sich nur einmal oder mehrmals im Monat an einem Meeting involvieren. Wie viele Personen insgesamt an der Umfrage teilgenommen haben, ist aus der Umfrage nicht zu erkennen. Doch was deutlich wird, ist dass ein Erfolg an einem konsumfreien Leben durch regelmäßige Teilnahme an den Treffen der Selbsthilfegruppe zu einer positiven Lebensführung und -gestaltung führen kann. Wenn Mitglieder der Anonymen Alkoholiker dies nicht feststellenwürden, wäre eine regelmäßige Teilnahme von über der Hälfte der Beteiligten nicht so hoch. (vgl. Anonyme Alkoholiker 2007, S. 1)

#### **4.2.2 Narcotic Anonymous**

Die Narcotic Anonymous entsprangen in den späten 1940er Jahren aus dem Programm der Anonymen Alkoholiker. In den frühen 50er Jahren fand das erste NA-Meeting in Los Angeles, Kalifornien, USA statt. Mit ihrem Programm starteten sie als ein kleine amerikanische Organisation, die sich bis heute hin zu eine der ältesten und größten internationalen Suchtselbsthilfegruppierung entwickelt hat. Narcotic Anonymous wuchs sehr langsam und verbreitete sich von Los Angeles in andere amerikanische Städte sowie in Australien in den frühen 1970er Jahren. Nach ein paar Jahren hatten sich Gruppen in Neuseeland, Japan, Großbritannien, Irland, Indien und auch in Deutschland gebildet. 1983 trug zu einem weiteren Wachstum der Gruppierung das Buch „Narcotic Anonymous“ bei, was unter den Angehörigen der Gemeinschaft als „Das Blaue Buch“ bekannt ist. Ende 1983 gab es 2.966 Meetings weltweit und hat sich bis heute hin zu einer bilingualen Organisation in 139 Ländern mit insgesamt 67.000 wöchentlichen Meetings entwickelt. In Hessen befinden sich 20 Gruppen. Die Literatur wurde in derzeit 49 Sprachen übersetzt und weitere 16 Übersetzungen sind

in Bearbeitung. Die Narcotic Anonymous sind aus der Suchthilfe nicht mehr weg zu denken. (vgl. NA World Services 2016, S. 1)

In der ersten, selbstbetitelten Broschüre der NA (bei Mitgliedern bekannt unter „Die weiße Broschüre“), wird das Programm wie folgt beschrieben:

*“NA is a nonprofit fellowship or society of men and women for whom drugs had become a major problem. We ... meet regularly to help each other stay clean. ... We are not interested in what or how much you used ... but only in what you want to do about your problem and how we can help.”* (NA World Services 2016, S. 1)

Eine Mitgliedschaft der NA steht allen drogenerkrankten Menschen offen, egal ob Mann oder Frau. Welche Droge jeweils konsumiert wurde oder in welcher Kombination spielt keine Rolle. Da das Programm von den Anonymen Alkoholikern stammt und dieses versucht wurde auf NA anzupassen, wurde das Wort „Alkohol“ in „Sucht“ umgeschrieben. Somit spielt es keine Rolle, was konsumiert wurde, sondern die Sucht allgemein liegt im Vordergrund.

Einer der Schlüssel zum Erfolg der Narcotic Anonymous ist, dass suchterkrankte Menschen mit Personen dergleichen Erkrankung arbeiten. Die Mitglieder teilen ihre Herausforderungen und Erfolge bei der Überwindung der eigenen Sucht in den Meetings. Die zwölf Schritte und Traditionen (siehe Anhang 3 und 4) sollen wie bei den Anonymen Alkoholikern zum Erfolg helfen. Diese Prinzipien sind der Mittelpunkt der Selbsthilfegruppe.

Narcotic Anonymous ist ein nicht-religiöses Erholungsprogramm. Jedes Mitglied wird ermutigt, ein individuelles Verständnis seiner/ihrer Suchterkrankung zu entwickeln, sei es religiös oder nicht. Dieses wird in der Literatur der Narcotics Anonymous als „Spiritualität“ niedergeschrieben. Die spirituellen Grundsätze, die in den zwölf Schritten und Traditionen niedergeschrieben sind, sollen auf den Alltag angewendet werden. Trotz der benannten Übersinnlichkeit gibt es keine geschlechtsspezifischen, nationalen, ethnischen, wirtschaftlichen, religiösen und sozialen Einschränkungen. Gebühren für eine Mitgliedschaft werden nicht verlangt, sondern die meisten Mitglieder tragen regelmäßig bei den Meetings zur Deckung der Kosten für die Miete ihres Treffpunk-

tes bei. Dieses wird mit der Durchgabe eines Spendenkorbs am Ende eines jeweiligen Meetings gehandhabt. (vgl. NA World Services 2016, S. 1)

Ein Programmpunkt der Narcotic Anonymous heißt: „*Nur für heute*“ (Narcotics Anonymous 1999, S. 114). Man nennt dies unter Mitgliedern: „*Das Programm Leben*“ (Narcotics Anonymous 1999, S. 114). Die Teilnehmer/innen versuchen in dem heutigen Tag zu leben, befreit von der Last der Vergangenheit sowie die Angst vor dem was morgen kommt. Die Bilanz aus dem heutigen Tag sollen in die Hände einer höheren Macht nach ihrem eigenen Verständnis gelegt werden. Diese wird von jedem frei und mit seinem/ihrer eigenen Konzept entwickelt. Manche haben tiefgehende, spirituelle Erfahrungen in ihrem Leben gemacht, für manch andere ist es komplizierter, eine höhere Macht zu finden. Die Genesung soll in einer Atmosphäre von Respekt und Annahme vor dem Glauben der anderen (religiös oder nicht religiös, das ist jeder Person selbst überlassen) stattfinden. Es wird versucht, Selbstbetrug durch Selbstgerechtigkeit und Hochmut zu vermeiden. Die Ansicht der Narcotic Anonymous ist, wenn sich der spirituelle Glaube bei jedem Individuum im alltäglichen Leben entwickelt, so versorgt die höhere Macht die Menschen mit Führung und Kraft. (vgl. Narcotics Anonymous 1999, S. 115)

Jedes Mitglied der Narcotic Anonymous soll sich diese Worte einprägen und immer wieder verbalisieren sowie bestmöglich danach leben:

*„NUR FÜR HEUTE werden meine Gedanken bei der Genesung sein, beim Leben und bei der Freude am Leben ohne Drogen.*

*NUR FÜR HEUTE werde ich einem Mitglied von NA vertrauen, das an mich glaubt und mir in meiner Genesung helfen will.*

*NUR FÜR HEUTE werde ich ein Programm haben. Ich werde versuchen, ihm so gut wie möglich zu folgen.*

*NUR FÜR HEUTE werde ich durch NA versuchen, ein besseres Verhältnis zu meinem Leben zu gewinnen.*

*NUR FÜR HEUTE werde ich nicht ängstlich sein, bei Leuten, die keine Drogen nehmen und die einen neuen Lebensweg gefunden haben. Solange ich diesem Weg folge, brauche ich nichts zu befürchten.“* (Narcotics Anonymous 1999, S. 114)

### 4.2.3 Elternkreise

Die Elternkreise, auch BVEK e.V. genannt, ist eine Gemeinschaft, bei dieser Eltern von Abhängigkeitserkrankten und suchtgefährdeten Töchtern und Söhnen sich zusammengeschlossen haben, um regelmäßig ihre Erfahrungen austauschen zu können oder um sich weiterzubilden. Oftmals sind Eltern mit Abhängigkeitserkrankten Kindern in ihren eigenen sozialen Beziehungen und ihrem Selbstwertgefühl stark gestört. Der Grund hierbei liegt darin, dass die Stigmatisierung und menschenunwürdige sowie gedankenlose Vorurteile gegenüber suchterkrankten Menschen im Vordergrund liegen. Eltern machen sich selbst schwere Vorwürfe, da die Erkrankung ihrer Kinder evtl. in ihrer Erziehung niedergelegt ist. Sie selbst fühlen sich ratlos, wie sie sich nun gegenüber ihrer eigenen Kinder verhalten sollen und oftmals sind Beschuldigungen des engen Familienkreises, der Freunde und Nachbarn sowie der Kollegen/innen ein weiterer Punkt ihrer Hilflosigkeit.

Der gegenseitige Austausch betroffener Eltern mit verständnisvollen Gesprächspartnern ist eine Hilfe, die eigenen Hemmungen zu überwinden sowie eine anerkennende Grundhaltung des Lebens zu finden, die es lebenswert macht.

Kooperationen finden mit anderen Gruppierungen der Elternkreise statt sowie mit Fachkräften, Behörden und Fachinstitutionen. Die Öffentlichkeitsarbeit dieser Selbsthilfegruppe möchte der allgemeinen Gleichgültigkeit der Gesellschaft entgegenwirken. Den Elternkreisen ist eigenen Angaben zufolge zu verdanken, dass Familien, Eltern und Alleinerziehende in den letzten Jahren nicht an der Erkrankung ihrer Kinder zerbrochen sind. Zahlreiche Ex-Drogenkonsumenten/innen, die nun seit Jahren abstinent leben, hegen guten Kontakt zu ihren Erziehungsberechtigten. (vgl. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2008, S. 15f.)

Allein in Hessen existieren zwölf Gruppen der Elternkreise. Auch in Darmstadt sind sie vertreten. Seit 1990 gibt es die Gruppierung in Darmstadt und die Treffen finden alle zwei Wochen statt. Sie arbeiten überkonfessionell, überparteilich und unabhängig sowie multikulturell. Es findet eine enge Zusammenarbeit mit professionellen Fachkräften der Suchthilfe in Darmstadt statt und die Kooperationspartner sehen sich in keiner Hinsicht als Konkurrenz, sondern als ein zusätzliches Hilfsangebot. 2012 wurde

der Elternkreis in Darmstadt als gemeinnütziger Verein eingetragen und wird durch ehrenamtliche Mitarbeiter/innen geführt. Eine Teilnahme an der Selbsthilfegruppe ist kostenlos und bringt keinerlei Verpflichtungen mit sich. (vgl. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2008, S. 15; Elternkreis suchtgefährdeter und suchtkranker Jugendlicher und Erwachsener 2017)

### **4.3 Zwischenfazit**

In Deutschland existieren viele verschiedene Suchtselbsthilfegruppen. Auf der einen Seite gibt es Institutionen, die Hilfe für Suchterkrankte anbieten und miteinander durch bestimmte Gremien im Bundesland kooperieren. Auf der anderen Seite gibt es Gemeinschaften, die unabhängig bleiben wollen. Doch trotzdem bringen diese als Gast in der Landeskonferenz der Suchtselbsthilfe in Hessen ihre positiven, aber auch schwierigen Erfahrungen, die innerhalb einer Selbsthilfegruppe gemacht werden, mit ein. Somit bildet sich ein Kreislauf, an dem jede Organisation einen Teil dazu beiträgt, um sich weiter entwickeln zu können. Neuigkeiten oder Veränderungen im Suchthilfesystem können somit auch an alle weitergetragen werden. Doch ist das nur ein positiver Punkt für die Kooperation der einzelnen Organisationen? Was passiert mit dem eigentlichen suchterkrankten Menschen, welcher sich auf der Suche nach Hilfe befindet? Könnte er durch die vielen Angebote der Suchtselbsthilfe überfordert sein? Jede einzelne Suchtselbsthilfegruppierung setzt das Angebot einer individuellen Unterstützung in einem individuellen Konzept um. Jede Gemeinschaft hat das Ziel, dass sich die teilnehmenden Akteure gegenseitig helfen, um zukünftig ein konsumfreies Leben führen zu können. Doch wie findet ein/e Betroffene/r heraus, welche Gruppe für ihn/sie am besten geeignet ist? Einige Organisationen verlangen bestimmte Kriterien, wie Mitgliedsbeiträge oder eine Unterschrift gegen das Konsumieren während der Mitgliedschaft. Möchte das denn jeder? Der Meinung der Autorin nach benötigen diejenigen, die auf der Suche nach einer Selbsthilfegruppe sind, Hilfe von außen. Jedes Individuum hat andere Interessen, glaubt an eine höhere Macht oder auch nicht, möchte lieber anonym bleiben oder aber sich engagieren und durch Mitgliedsbeiträge seinen/ihren Teil dazu beitragen.

Die Autorin findet, dass es viele verschiedene Suchtselbsthilfegruppen gibt, um somit der/dem Betroffenen die Möglichkeit zu geben, seine/ihre eigene individuelle Unterstützungsmöglichkeit aus der Sucht zu finden, damit diese/r aus dem Vollen schöpfen kann und dadurch kontinuierlich die Gemeinschaft weiterhin besucht und sich beteiligt. Doch andererseits ist das Angebot riesig und könnte evtl. einen suchterkrankten Menschen überfordern und ihm/ihr nicht die Hilfe zukommen lassen, die er/sie sich eigentlich erwünscht.

Im folgenden Kapitel „Soziale Arbeit und Selbsthilfe im Suchtbereich“ wird näher auf die Kooperation zwischen der Sozialen Arbeit und der Selbsthilfe eingegangen. Ist die Soziale Arbeit ein Übermittler zwischen professioneller Suchthilfe und der nachsorgenden Suchtselbsthilfe? Desweiteren soll die Zusammenarbeit zwischen professionellen Hilfeeinrichtungen wie Therapieinstitutionen, Krankenhäuser, vor- und nachsorgende Maßnahmen, etc. mit den verschiedensten Professionen in diesem Arbeitsfeld und der Selbsthilfe näher betrachtet werden.

## **5 Soziale Arbeit und Selbsthilfe im Gesundheitssystem**

### **5.1 Kooperation zwischen professionellen Hilfeeinrichtungen und der Selbsthilfe**

Eine regelmäßige Kooperation zwischen professionellen Hilfeeinrichtungen (Krankenhäuser, Therapieeinrichtungen, niedrigschwellige Angebote für suchterkrankte Menschen, etc.) und der Selbsthilfe stieg in den letzten Jahren stetig an. Die rechtlichen Rahmenbedingungen einer Zusammenarbeit sind allerdings nicht übereinstimmend, trotzdem wurden Qualitätsmerkmale entwickelt, da diese als ein Teil im Qualitätsmanagement verankert werden soll. Gerade das Qualitätsmanagement verbreitete sich in den letzten Jahren zunehmend im sozialen Bereich. Das Gesundheitswesen hat sich immer mehr zu einem Markt entwickelt, um die Gesundheit jedes Individuums zu stärken. Um im Gesundheitssystem diverse Angebote und Maßnahmen für Be-

troffene bieten zu können, benötigt dieses die Nachfrage der Patienten. Daraus verpflichten sich Anbieter von Maßnahmen im Gesundheitssystem (z.B. Krankenkassen) Angebote bereitzustellen und diese regelmäßig zu verbessern und nach außen hin transparenter zu gestalten. Selbsthilfeszusammenschlüsse repräsentieren somit die Arbeit des Gesundheitswesens und sind somit stärker als früher gefragt. Diese Entwicklung, welche mit den Worten Kommerzialisierung, Ökonomisierung und Privatisierung als negative Schlagworte im Gesundheitswesen angesehen werden, bringen aber auch positive Rahmenbedingungen mit sich. Im Sozialgesetzbuch V (SGB V) §§ 135a bis 137b wird für viele Institutionen im Gesundheitssystem ein individuelles, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement festgeschrieben. Beispielsweise kann dies die Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in den einzelnen Häusern sein. Die Selbsthilfefreundlichkeit ist ein wichtiger Bestandteil, welche in medizinischen Versorgungseinrichtungen unter Beteiligung der betroffenen Menschen eingebaut werden soll. Somit ist die Beteiligung und Mitsprache von ehrenamtlichen Bürgerinnen und Bürger sowie die Mitwirkung in Gremien, wie z.B. in der HLS-LKSH, von hoher Bedeutung geworden.

Dieses bildet die Grundlage für eine steigende Eingliederung der organisierten Selbsthilfe im Gesundheitssystem. In den letzten fünf Jahren hat sich das Schlagwort „Selbsthilfefreundlichkeit“ in den Institutionen entwickelt. Aus der fachlichen Sicht ist eine auf Dauer angelegte Zusammenarbeit von Institutionen des Gesundheitswesens mit Selbsthilfegruppierungen gemeint. Unter Integration von Selbsthilfefreundlichkeit versteht man eine selbsthilfefreundliche Kooperations-, Kommunikations- und Begegnungskultur. Diese soll in sämtlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung nachhaltig festgeschrieben werden. Daraus resultierend ist diese ein wichtiger Bestandteil und Aufgabe des Qualitätsmanagements in allen Bereichen des Gesundheitswesens. (vgl. Hill und Richter 2013, S. 113f.)

Im Jahr 2009 entstand ein Netzwerk mit dem Namen „Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen – gemeinsam für Selbsthilfe- und Patientenorientierung“. Verschiedene Personen und Einrichtungen haben sich hierbei zusammengeschlossen. Mit zur Gründung dieses Netzwerks haben der „Landesverband der Betriebskrankenkassen

in Nordrhein-Westfalen“ (kurz: BKK LV NRW), der „Bundesverband der Betriebskrankenkassen“ (kurz: BKK), die „Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen“ (kurz: NAKOS), die „Projektgesellschaft der Paritätischen in Nordrhein-Westfalen“ (kurz: GSP) und die „Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH“ beigetragen. Auch das „Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf“ mit der Arbeitsgruppe „Patientenorientierung und Selbsthilfe“ waren ein Teil dieses Netzwerks. Die unterschiedlichen Organisationen wollten mit dieser Gründung die Koordination und Kooperation systematisieren und sich transparent im Gesundheitssystem positionieren. Auch wurden Ziele innerhalb des Netzwerkes formuliert. Diese sind:

- *„gemeinsam das Thema Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens zu befördern,*
- *Selbsthilfe- und Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal in Gesundheitseinrichtungen zu verankern,*
- *neue Impulse für eine nachhaltige Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen zu setzen sowie einen Beitrag zu den demographischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen zu leisten.“* (Hill und Richter 2013, S. 121)

Unterstützt wird das Netzwerk durch einen Fachbeirat aus verschiedenen Professionen des Gesundheitssystems, welcher das Projekt begleitet und das Konzept der Selbsthilfefreundlichkeit in die Institutionen des Gesundheitswesens trägt. Auch eine Internetseite ([www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)) wurde erstellt und zur Verfügung gestellt.

Im Herbst 2011 entwickelte sich der Beschluss, die Arbeit im Bereich des „Deutschen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ (kurz: DNGFK) weiterzuführen. Es entstand ein neuer, verkürzter Titel des Netzwerkes: „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“. Durch diesen Zusammenschluss entstand eine enge Verknüpfung beider Konzepte. (vgl. Hill und Richter 2013, S. 121f.)

In der Praxis der beiden Zusammenschlüsse kooperierten Therapeuten, Ärzte, Sozialdienste und Pflegekräfte erfolgreich in sogenannten „Selbsthilfefreundlichen Krankenhäuser“. Selbsthilfe wird als eine ergänzende Hilfe beim Prozess der Genesung und Behandlung angesehen und gefördert. Soziale und persönliche Genesungsei-

genschaften kräftigen und fördern die persönliche Gesundheit. Im Hinblick auf eine Bewältigung psychosozialer Probleme trifft der benannte Aspekt besonders zu. Der Bundesverband der Betriebskassen entwickelte ein Qualitätssiegel, welches Krankenhäuser mit einem Qualitätsmerkmal einer Organisation, die patientenorientiert arbeiten sowie Versorgungs- und Behandlungsprozesse gestalten, auszeichnet. Das Konzept der Selbsthilfefreundlichkeit zeigt Patientenorientierung und Partizipation in Einrichtungen des Gesundheitswesens und ist in deren Institutionen etabliert. Sie tragen zur Verbesserung der Versorgung von Patienten bei. Des Weiteren wurde ein Leitfaden mit Qualitätskriterien erstellt, um mehr selbsthilfefreundliche Krankenhäuser auszeichnen zu können. Qualitätskriterien sind u.a. Patienten über Selbsthilfe zu informieren sowie Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen, aber auch Angehörige persönlich und regelmäßig über Möglichkeiten an einer Teilnahme von Selbsthilfegruppen aufzuklären, die Benennung eines Selbsthilfebeauftragten innerhalb eines Krankenhauses, etc. Im Weiteren soll der vorhandene Sozialdienst in ambulanten, aber auch stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens als konstruktiver Partner in der Umsetzung der Selbsthilfefreundlichkeit gesehen werden. Die Soziale Arbeit und die Selbsthilfe können dementsprechende Konzeptionen gemeinsam ausarbeiten und diese in einer Institution etablieren. (vgl. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. 2013, S. 80f.)

Ein weiterer, wichtiger Punkt einer Zusammenarbeit zwischen professioneller Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe ist die demografische Entwicklung, welche uns in den letzten Jahren in Deutschland prägt. Menschen werden heutzutage immer älter und haben deshalb oftmals einen hohen Unterstützungs- und Hilfebedarf. Krankheiten, wie eine Abhängigkeit sowie evtl. daraus resultierende Verletzungen oder Versagen der Organe können aufgrund des technischen Fortschritts in der Medizin, aber auch aus den heutigen therapeutischen Möglichkeiten behandelt werden. Doch oftmals sind sie nicht heilbar. Behinderungen oder gesundheitliche Einschränkungen können u.a. die Folge sein. Es sollte professionellen Hilfeeinrichtungen bewusst werden, dass nicht eine Heilung, sondern psychosoziale Unterstützung und Beratung, Teilhabe und Rehabilitation sowie auch alltagsnahe Hilfen die geeigneten Antworten auf die individuellen Bedarfslagen der erkrankten Menschen sind. In naher Zukunft soll nicht nur die

endgültige Genesung einer Krankheit im Vordergrund stehen, jedoch vielmehr das Bewältigen eines Erkrankungsverlaufs, wie z.B. Behinderung, Arbeitsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit. Klassische Hilfsnetzwerke, wie Familie oder Nachbarschaft, funktionieren heutzutage oftmals nicht mehr. Deshalb soll das betroffene Individuum in seiner alltäglichen Lebenswelt im Idealfall der Ausgangspunkt jeder Überlegung und Aktivität im Hilfesystem sein. Partizipation, Selbstbestimmung, Lebensqualität und Chancengleichheit sind nicht nur Begrifflichkeiten laut der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V.“, sondern zeigen die Richtung an, die im Gesundheitswesen eingeleitet werden muss. Diesen politischen und rechtlichen Paradigmenwechsel müssen nun Einrichtungen des Gesundheitssystems mit entsprechenden Konzeptionen in die praktische Arbeit umsetzen. Hierbei ist die Kooperation aller Beteiligten in diesen Institutionen gefragt, seien es Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, Sozialarbeiter/innen oder ehrenamtliche Mitarbeiter/innen. Gerade die Soziale Arbeit kann dementsprechende Vorgänge fachlich und professionell begleiten. Soziale Gerechtigkeit, die Würde des Menschen und das Selbstbestimmungsrecht sind selbstverständliche Handlungsfelder des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit. (vgl. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. 2013, S. 82f.)

Die in den vergangenen Jahren gewonnenen Entwicklungen zeigen Fortschritte in der Partizipation von Patienten. Auch die Qualitätsentwicklung war voranschreitend. Trotz allem zeigt die Integration der Selbsthilfe in das Sozial-, und Gesundheitssystem auch unerwünschte Nebenwirkungen: Mitglieder von Selbsthilfeorganisationen können möglicherweise bei Beteiligungsprozessen der qualitativen und quantitativen Sicherung überfordert werden. In den letzten Jahren machte sich auch die Schwierigkeit bemerkbar, dass der größere Einfluss von Selbsthilfezusammenschlüssen durch Dritte, wie z.B. die Pharmaindustrie, beeinflusst werden kann. Bisher existiert für diese Gefahr noch keine Lösung. Man kann aber davon ausgehen, dass die Selbsthilfe an ihren neuen Aufgaben wächst und dass diese positive und intensive Zusammenarbeit zwischen professionellen Hilfeeinrichtungen und der Selbsthilfe überwiegen wird. (vgl. Hill und Richter 2013, S. 122)

## 5.2 Selbsthilfe und ihre Positionierung in der Sozialen Arbeit

Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen sind heutzutage ein Bestandteil des Sozial- und Gesundheitswesens. Ehrenamtliche Arbeit von Seiten der Bürger und Bürgerinnen wird von der Politik gefördert und gefordert. Die Selbsthilfe wird als ein anerkannter und integrierter Bestandteil zur Optimierung und Ergänzung des Gesundheitssystems bewertet. In den vergangenen Jahren wurde immer wieder die Frage gestellt, ob Leistungen, welche die Soziale Arbeit als Experte im System der sozialen Sicherung betreffen, nicht mehr als hilfreich und notwendig angesehen werden. Auch gibt es aus finanziellen Gründen immer öfter die Erwägung, auf Beratungsangebote durch Fachkräfte zu verzichten und diese Aufgabe auf ehrenamtliche Arbeiter/innen zu übertragen. Die Befürchtung, dass die Selbsthilfe ein Ersatz für relevante Aufgaben und Leistungen des professionellen Hilfesystems für akzeptiert werden könne, wurde geboren. Indessen hat sich geklärt, dass allein eine ergänzende Zusammenarbeit zielführend und sinnvoll sein kann. Die Kooperation und Vernetzung zwischen Sozialer Arbeit und der Selbsthilfe ist bereits gegründet und in der heutigen Zeit zumeist eine Selbstverständlichkeit. In Konzeptionen des Gesundheitswesens für die Soziale Arbeit ist die Bedeutsamkeit der Selbsthilfe ein fester Bestandteil. Gerade in den Bereichen der Teilhabe und Rehabilitation ist die Vermittlung an Selbsthilfegruppen und Überlieferung von Angeboten sowie Informationen der Selbsthilfe in der praxisbezogenen Arbeit alltäglich. Der Fachverband „Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ (kurz: DVSG) diskutierte in einer Arbeitsgruppe Perspektiven und Möglichkeiten einer zusätzlich engeren Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfeorganisationen und Fachverbänden. Es fanden Gegenüberstellungen zwischen Angeboten und Zielen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe sowie ihre Leistungen und Aufgaben der Sozialen Arbeit im Gesundheitssystem statt. Dies führte zum Ergebnis, dass sich beide Seiten gut ergänzen können, wenn eine enge Zusammenarbeit stattfindet und sie sich gegenseitig aufeinander verweisen. Ebenso zeigt der Vergleich, dass die beiden Bereiche eine enge Beziehung aufweisen und nicht gegenseitig ersetzbar sind. Gerade bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus (z.B. nach einer Entgiftung), nach einer Rehabilitation oder Therapie, ist die Selbsthilfe ein bedeutsamer Kooperationspartner einer weiterversorgenden Struktur. Insbesondere in der

Nachsorge spielt die Selbsthilfe eine unterstützende und entlastende Rolle. Es ist somit von großer Bedeutung, eine Vernetzung von professionellen Fachkräften der Sozialen Arbeit und Selbsthilfeorganisationen zu veranlassen, damit eine umfassende Sozialdienstleistung im Sinne des erkrankten Individuums geleistet werden kann. Um eine Kooperation in der Praxis entstehen lassen zu können, sollten Personen beider Seiten voneinander wissen, zusammenarbeiten und individuell für den Klienten passend an die betreffenden Stellen weitervermitteln. Doch besteht die Gefahr, dass Selbsthilfeverbände Arbeitsbereiche von Fachkräften übernehmen und somit die Professionalisierung im Gesundheitssystem untergraben wird. Bevor dies passiert, sollte der Fachverband DVSG und die Selbsthilfeverbände Kriterien einer Abgrenzung dieser Aufgabenbereiche schaffen. (vgl. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. 2013, S. 75ff.)

In den aktuellen Veränderungen der Reformen für die Soziale Arbeit setzt diese auf eine gezielte Förderung von Projekten, Initiativen und Gruppen. Die gemeinschaftliche Selbsthilfe und Selbstorganisation gehört mit zur Aktivierung dieser Reformansätze. Dabei spielt Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen oder Gemeinschaften eine besondere Rolle. Der zentrale Begriff hierbei nennt sich „Empowerment“. Da Menschen, die die Selbsthilfe unterstützen, oftmals nicht einer bestimmten Fachrichtung angehören wie, z.B. der Sozialpädagogik oder Sozialen Arbeit, wird dies als problematisch angesehen, da die Vermittlung und Aneignung von fachlichen Grundlagen fehlt. Vor einiger Zeit hat die NAKOS festgestellt, dass gerade im Feld der Selbsthilfe und die dazugehörige Unterstützung von Fachkräften, verschiedene Professionen tätig sind: Zum einen sind es Pädagogen und Pädagoginnen sowie Psychologen und Psychologinnen, auf der anderen Seite aber auch Fachkräfte des Gesundheitswesens wie Krankenpfleger- oder schwestern, Sozialwissenschaftler/innen, Journalisten und Journalistinnen oder Personen, die völlig fachfremd sind. Eine genaue und aktuelle Auswertung der unterschiedlichen Qualifizierung der Selbsthilfeunterstützenden gibt es nicht. Ein Institutionalisierungs- und Profilierungsbedarf ist in der Sozialen Arbeit zu erkennen, da die Selbsthilfeunterstützung sich zu einem neuartigen Feld der Sozialen Arbeit entwickelt hat. Ein Perspektivenwechsel vom Fall zum Feld hat ein neues Augenmerk im Bereich der Selbsthilfe geweckt.

Nicht nur Hilfe für primäre Netzwerke sind entstanden, sondern auch Hilfen, um die gemeinschaftliche Selbsthilfe mit ihren Netzwerken zu entwickeln sowie Nachbarschaftshilfen und Gemeinwesenarbeiten eine Bedeutung zu geben. (vgl. Hill und Richter 2013, S. 75f.)

In einer Studie zu den „Ökonomischen Wirkungen und zur sozialpolitischen Bewertung der Selbsthilfe“ in München wurde festgestellt, dass viele der Selbsthilfeorganisationen *„mit Profis ihres Vertrauens in ihrem Arbeits- und Problemfeld kooperieren, weil sie zur Bearbeitung ihrer Probleme auf Fachwissen angewiesen sind.“* (Hill und Richter 2013, S. 131)

Trotz dieser Feststellung stehen noch viele Medizin- und Sozialfachkräfte den Selbsthilfeorganisationen mit Skepsis und Distanz gegenüber. Aus diesem Grund wurde eine Verbesserung und Erweiterung der Integration beider Systeme gefordert. Aktuell kann man feststellen, dass beide Gefüge sich immer weiter zueinander öffnen, so dass bei den verschiedenen Einrichtungen der Selbsthilfe, aber auch Institutionen des Gesundheitswesens Leitbilder und Konzeptionen und das somit dazugehörige Qualitätsmanagement entwickelt werden kann. In einigen Konzeptionen ist schon die Rede von einem „Freiwilligen-Management“ oder einer „Freiwilligen-Kultur“. Hierbei sollen Angebote der gesundheitsbezogenen, sozialen und kulturellen Infrastruktur im sozialen Umfeld stabilisiert und somit Bürgerinnen und Bürger im Stadtteil stärker einbezogen werden. (vgl. Hill und Richter 2013, S. 131f.)

In Deutschland gibt es bundesweit drei Modelle (Selbsthilfekontaktstellen, Mehrgenerationenhäuser, Freiwilligenzentren und Freiwilligenagenturen) zur Beförderung von Selbsthilfe. Diese zeigen Schnittstellen zwischen der Selbsthilfe und der Sozialen Arbeit auf, da dort u.a. Sozialarbeiter/innen hauptamtlich tätig sind. Ein Modell sind die sogenannten Selbsthilfekontaktstellen:

Die NAKOS ist ein Modell, um Selbsthilfegruppierungen in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter/innen zu stärken. Auf ihrer Internetseite ist ein Angebotsprofil von Selbsthilfekontaktstellen veröffentlicht, welches hier z.T. aufgeführt wird:

- *„Sie informieren und klären über Selbsthilfe auf.*
- *Sie stellen Kontakt zu bestehenden Selbsthilfegruppen her.*
- *Sie helfen in Beratungsgesprächen, die Ziele und Vorhergehensweisen zu klären.*
- *Sie stellen Räume und Bürotechniken für Selbsthilfegruppen zur Verfügung.*
- *Sie unterstützen bei der Gruppengründung und bei der Durchführung von Veranstaltungen. [...]“ (Hill und Richter 2013, S. 43)*

In dieser verkürzten Aufzählung wird erkennbar, dass nicht nur die Sicherung der Infrastruktur, der Wissensvermittlung und der Kontinuität der Selbsthilfegruppen von Wichtigkeit ist, sondern auch formulierte Angebote, die eine Schnittstelle zwischen der Arbeit von unabhängigen Selbsthilfegruppen und der professionellen Selbsthilfeunterstützung aufzeigt. Die NAKOS ist der Meinung, trotz einer professionellen Unterstützung in der Selbsthilfe, eine eigenständige Arbeit der Selbsthilfeorganisationen nicht zu gefährden:

*„Trotz des freiwilligen Charakters der Selbsthilfe benötigt diese kontinuierliche Unterstützung von außen, um ihre volle Kraft dauerhaft entfalten zu können. Selbsthilfefördernde Rahmenbedingungen tragen ganz wesentlich dazu bei, dass Selbsthilfe sich entfaltet, dass Interessierte Zugangswege zu Selbsthilfegruppen finden und auch, dass Selbsthilfegruppen ihre selbstgesteckten Ziele erreichen können.“ (Hill und Richter 2013, S. 44)*

Funktionen und Aufgaben einer Selbsthilfekontaktstelle zeigen auf, dass sie die Schnittstellen zwischen Selbsthilfe und Sozialer Arbeit sein können. (vgl. Hill und Richter 2013, S. 43f.)

Handlungskompetenzen der Sozialen Arbeit und der Selbsthilfe sind qualifiziert für abgestimmtes und gemeinsames Handeln im Bereich des Gesundheitswesens. Hinsichtlich der sozial- und gesellschaftspolitischen Entwicklungen sollten Zusammenschlüsse zwischen der Sozialen Arbeit und der Selbsthilfe gebildet werden. So können gemeinsame, relevante Maßnahmen und Entwicklungen primär für betroffene Individuen vorangetrieben werden. Soziale Arbeit und Selbsthilfe bilden keinen Widerspruch, sondern bilden eine ergänzende und sinnvolle fachübergreifende Zusammen-

arbeit in der Begleitung und Behandlung betroffener Menschen. (vgl. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. 2013, S. 83)

## 6 Fazit

Nicht ohne Grund entwickelte sich im 18. Jahrhundert die Selbsthilfe. Unterstützungen, wie sie im heutigen Suchthilfesystem existieren, gab es zu dieser Zeit nicht. Viele Menschen waren von anderen Personen abhängig und halfen sich gegenseitig aus. Die damalige Selbsthilfe war zwar noch von der Fremdhilfe geprägt, dieses wandelte sich aber mit der Zeit. Einige Suchtselbsthilfeverbände fanden damals schon ihren Ursprung, wie der Guttemplerorden und das Blaue Kreuz, die bis heute hin bestehen. Seit den 1950er Jahren entwickelten sich rasant immer neue Selbsthilfegruppierungen und man sprach von der neuen Selbsthilfebewegung, bei welcher die eigene Emanzipation und eine eigenverantwortliche und selbstorganisierte Mitgestaltung in der Gesellschaft im Vordergrund stand. Heute sind Menschen, die an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen und sich engagieren, Experten in eigener Sache. Was professionelle Fachkräfte im Hilfesystem, meiner Hypothese nach, bei dieser Erkrankung nicht ganz so gut nachvollziehen können, da sie in den meisten Fällen nie an einer Abhängigkeit erkrankt sind, verstehen die Teilnehmer/innen in einer Suchtselbsthilfegruppe, die evtl. schon dieselben und/oder vergleichbare Situationen mit ihrer Krankheit oder mit Menschen in der Gesellschaft erlebt haben. Außerdem erreichten, wie die Zahlen belegen, viele suchterkrankte Individuen oftmals den Absprung aus ihrer Abhängigkeit lediglich durch einen regelmäßigen Besuch einer Selbsthilfegruppe. Relevant hierbei ist, dass sich die erkrankte Person auf die Gruppe und das Gesagte einlassen kann und möchte, ansonsten ist eine Selbsthilfegruppe keine entsprechende Art und Weise, sich aus seiner/ihrer Sucht zu lösen.

Die Selbsthilfe ist meiner Meinung nach ein elementarer Bestandteil der Hilfen für Menschen, die eine Suchtproblematik aufweisen. In meiner Bachelorarbeit mit dem Titel „Selbsthilfe als ein Baustein des Suchthilfesystems und ihre Positionierung in der Sozialen Arbeit“ geht es um Menschen, die an einer Abhängigkeit von legalen und

illegalen Drogen erkrankt sind. Personen mit dieser Erkrankung erhalten professionelle Hilfe vom deutschen Suchthilfesystem. Dieses ist komplex und bietet von der Vor- bis zu Nachsorge wie Beratungsgespräche, Entgiftungen, Therapien, niedrigschwellige Angebote, etc. eine Reihe von Hilfen an. Doch trotz des komplexen, aber auch individuell angelegten Suchthilfesystems des Gesundheitswesens fallen viele Menschen wieder zurück in ihr altes Leben und schaffen den Sprung aus der Abhängigkeit nicht. Suchtselbsthilfegruppierungen wollen hierbei ihre Hilfe anbieten, dem/der Betroffenen aus seiner/ihrer Suchtproblematik zu helfen.

Ich bin der Meinung, dass die vielen verschiedenen Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen in der Suchthilfe ein wichtiger Bestandteil des Suchthilfesystems ist. Wir Menschen sind alle sehr individuell: Wir glauben an Gott oder sind überzeugt, dass eine höhere Macht existiert, möchten durch hohes Engagement einen Teil der Hilfe beitragen oder einfach anderen zuhören, um durch das Gehörte die Sucht zu überwinden. Ohne diese verschiedenen Gruppierungen haben viele Menschen es schwerer, ihre Erkrankung zu besiegen, da sie evtl. bei einer geringeren Anzahl von Selbsthilfegruppen nicht das passende finden würden und somit sich zwingen müssten, eine dieser Gruppierungen zu besuchen. Daraus resultiert, dass diese nicht in der Lage sind, lange eine Selbsthilfegruppe zu besuchen und sich zu beteiligen. Schnell würden sie wieder in ihr altes Leben zurück fallen und alten Mustern nachgehen.

Auf der anderen Seite kann diese Anzahl an Selbsthilfegruppen für eine erkrankte Person überfordernd wirken. Hierbei sind wir professionelle Fachkräfte gefragt. In einer Therapie oder anderen Hilfemaßnahmen im Suchthilfesystem lernen wir unsere Klienten näher kennen. Somit lernen wir auch einschätzen, was zu dem einzelnen Individuum passen könnte. Einige Therapieeinrichtungen kooperieren eng mit Selbsthilfegruppen und laden diese einmal pro Woche in ihre Institution ein. Somit kann eine erkrankte Person im vorab feststellen, ob eine solche Selbsthilfegruppe für ihn/sie in seinem/ihrer zukünftigen Alltag in Frage kommen könnte. Aus diesem Grund ist es meiner Meinung nach von hoher Bedeutsamkeit, dass Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, Sozialarbeiter/innen, Suchtkrankenhelfer/innen und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen regelmäßig miteinander kooperieren und vor allem mit ihren verschiedenen Maßnahmen voneinander wissen. Unser Ziel als Sozialarbei-

ter/innen in der Suchthilfe ist es, Menschen bewusst und so gut wie es geht und vor allem gesund in ihren neuen Alltag zu entlassen. Dazu braucht es Hilfe und Rückhalt in Zusammenarbeit mit professionellen Hilfskräften und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen von Selbsthilfegruppierungen.

Doch inwieweit ist die Selbsthilfe nun ein Baustein des Suchthilfesystems? Suchtselbsthilfegruppen finden immer mehr Bedeutung bei betroffenen Menschen einer Suchterkrankung. Meiner Meinung nach stärken menschliche Begegnungen mit Gleichgesinnten eine individuelle Behandlung des einzelnen Erkrankten. Sie fühlen sich besser verstanden und selbstbestimmter, als in Maßnahmen des Suchthilfesystems. Durch das Erzählen ihrer eigenen Suchterkrankung der einzelnen Teilnehmer/innen in einer Selbsthilfegruppe wächst das Vertrauen und die Hemmschwelle, von der eigenen Problematik zu erzählen, sinkt. Das Ziel des Suchthilfesystems und die der Selbsthilfe ist es, betroffene Menschen durch Selbstbestimmung und Eigenverantwortung einen konsumfreien Alltag leben und bestimmen zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, muss die Selbsthilfe in das Suchthilfesystem eingebaut werden und eine feste Zusammenarbeit stattfinden lassen. Ohne den Baustein Selbsthilfe fehlt es dem Suchthilfesystem an Offenheit, Verständnis und Akzeptanz.

Sowie die Selbsthilfe als ein Baustein des Suchthilfesystems gesehen werden soll, findet diese auch eine bedeutsame Positionierung im Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit. Die Soziale Arbeit stellt das Bindeglied zwischen professionellen Hilfeeinrichtungen und der Selbsthilfe dar und wird als anerkannter und integrierter Bestandteil zur Optimierung und Ergänzung des Gesundheitssystems bewertet. Eine enge Zusammenarbeit kann zielführend und ergänzend sein. Die Positionierung der Selbsthilfe in der Sozialen Arbeit bedeutet, ein Netzwerk zwischen den beiden Gliedern (professionelles Hilfesystem und Selbsthilfegruppen) zu erstellen, um somit eine umfassende Sozialdienstleistung im Sinne des abhängigkeiterkrankten Menschen leisten zu können.

Sozialarbeiter/innen im Arbeitsfeld Sucht vermitteln und unterstützen zwischen professionellen Suchthilfeeinrichtungen und den verschiedenen Selbsthilfeorganisationen. Somit kann eine Brücke gebaut werden und Klienten/innen individuell, unterstützend sowie beratend zur Seite stehen. Die Selbsthilfe benötigt diese Unterstützung, um

## Fazit

ihre Ziel erreichen zu können. Betroffene, Angehörige sowie Interessierte finden somit einen leichteren Zugang zur Suchtselbsthilfe. Die einzelnen Gruppen der verschiedenen Organisationen können dann nach ihren individuellen Konzepten vorgehen, um ihre Ziele somit erreichen zu können.

Wie oben aufgeführt, ist es gerade im Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit wichtig, mit umgreifenden Organisationen, wie die der Suchtselbsthilfe, offen und kooperativ umzugehen und vor allem eine Zusammenarbeit und ein Netzwerk zwischen den einzelnen Institutionen zu gestalten. Aber diese sollten wir auch mit einem kritischen Auge betrachten. Gerade in unserem Berufsfeld ist es von großer Bedeutung, nicht alles so hinzunehmen, wie ein Hilfesystem zu sein scheint, sondern auch zu hinterfragen, wie sinnvoll eine Maßnahme oder ein Angebot für unsere Klienten/innen ist. Wir Sozialarbeiter/innen handeln für unser Klientel und diese wollen wir bestmöglichst unterstützen, damit seine/ihre individuellen Ziele erreicht werden können.

## 7 Literaturverzeichnis

### 7.1 Literatur

**Basdekis-Jozsa, Raphaela; Krausz, Michael;** 2006: Gruppentherapie in der Suchtbehandlung - Konzepte und praktisches Vorgehen; Stuttgart; Klett-Cotta-Verlag

**Bödege-Wolf, Johanna; Schellberg, Klaus;** 2005: Organisationen der Sozialwirtschaft; 1. Auflage; Baden-Baden; Nomos-Verlag

**Ehlert, Gudrun; Funk, Heide; Stecklina, Gerd;** 2011: Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht; 1. Auflage; Weinheim; Juventa-Verlag

**Hill, Burkhard; Richter, Stefanie;** 2013: Selbsthilfe und Soziale Arbeit - Das Feld neu vermessen; Weinheim; Beltz Juventa-Verlag

**Matzat, Juergen;** 2012: Ansprechpartner Selbsthilfe. Was Betroffene für Betroffene leisten können; Forum 4; Springer-Verlag; DOI: 10.1007/s12312-012-0804-x

**Narcotics Anonymous;** 1993: Narcotics Anonymous - Übersetzung der 5. Ausgabe; Van Nuys, CA, USA; Narcotics Anonymous World Services

**Penka, Simone;** 2004: Migration und Sucht - Notwendigkeit einer "interkulturellen Suchthilfe"?; Leipzig; Leipziger Universitäts-Verlag

**Zschesche, Bernd;** 2013: Die ideale Selbsthilfegruppe für Alkoholranke – Eine wirksame Hilfe; Unterhaching, Selbstverlag

## 7.2 Internetdokumente

**Alkohol- und Suchtselbsthilfe e.V.;** 2017: Alkohol - und Suchtselbsthilfe e.V.;Hrsg. von Agaplesion Elisabethenstift

Online verfügbar unter <http://www.ass-darmstadt.de/index.html>, zuletzt geprüft am 15.04.2017 um 16:11 Uhr

**Anonyme Alkoholiker:** Die Geschichte der Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker

Online verfügbar unter <https://www.anonyme-alkoholiker.de/wp-content/uploads/2015/12/08gesch.pdf>, zuletzt geprüft am 04.04.2017 um 15:57 Uhr

**Anonyme Alkoholiker:** Die Präambel der Anonymen Alkoholiker

Online verfügbar unter <https://www.anonyme-alkoholiker.de/wp-content/uploads/2015/12/01prae.pdf>, zuletzt geprüft am 04.04.2017 um 17:23 Uhr

**Anonyme Alkoholiker:** Die Zwölf Schritte der Anonymen Alkoholiker

Online verfügbar unter <https://www.anonyme-alkoholiker.de/wp-content/uploads/2015/12/01schri.pdf>, zuletzt geprüft am 08.04.2017 um 22:36 Uhr

**Anonyme Alkoholiker:** Die Zwölf Traditionen der Anonymen Alkoholiker

Online verfügbar unter <https://www.anonyme-alkoholiker.de/wp-content/uploads/2015/12/01trad.pdf>, zuletzt geprüft am 08.04.2017 um 22:37 Uhr

**Anonyme Alkoholiker;** 2007: Zahlen und Fakten - Die Gemeinschaft der AA in Zahlen

Online verfügbar unter <https://www.anonyme-alkoholiker.de/wp-content/uploads/2015/12/08zahl.pdf>, zuletzt geprüft am 04.04.2017 um 17:10 Uhr

**Balke, Klaus**; 2014: Geschichte der Selbsthilfe - Grundlegende Informationen ueber Selbsthilfegruppen und ihre Unterstuetzung - gesundheitspolitische Bedeutung fuer die gesetzliche Krankenversicherung

Online verfügbar unter <https://www.nakos.de/data/Autorenbeitraege/2014/Balke-Geschichte-der-Selbsthilfe.pdf>, zuletzt geprüft am 06.03.2017 um 09:55 Uhr

**Blaues Kreuz in Deutschland e.V.**; 2016: Bundessatzung

Online verfügbar unter [http://www.blaues-kreuz.de/fileadmin/bkd/redakteur/Vereinsunterlagen/BKD-Hauptsatzung\\_Stand-Mai-2016.pdf](http://www.blaues-kreuz.de/fileadmin/bkd/redakteur/Vereinsunterlagen/BKD-Hauptsatzung_Stand-Mai-2016.pdf), zuletzt geprüft am 31.03.2017 um 15:37 Uhr

**Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung**; 2005: Drogen und Sucht - Ein Plan in Aktion

Online verfügbar unter [https://www.akzept.org/pdf/aktuel\\_pdf/nr14/bmgsa600.pdf](https://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/nr14/bmgsa600.pdf), zuletzt geprüft am 13.03.2017 um 14:36 Uhr

**Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.**; 2013: Selbsthilfe und professionelle Soziale Arbeit

Online verfügbar unter <https://www.dag-shg.de/data/Fachpublikationen/2013/DAGSHG-Jahrbuch-13-Kurlemann-ua.pdf>, zuletzt geprüft am 09.04.2017 um 11:02 Uhr

**Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung - Bundesministerium für Gesundheit**; 2012: Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik

Online verfügbar unter [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2\\_Themen/1\\_Drogenpolitik/Nationale\\_Strategie\\_Druckfassung-Dt.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf), zuletzt geprüft am 13.03.2017 um 14:41 Uhr

**Elternkreis suchtgefährdeter und suchtkranker Jugendlicher und Erwachsener**; 2017: Wer wir sind; Hrsg. von Caritas Zentrum St. Ludwig

Online verfügbar unter <http://www.elternkreis-darmstadt.de/>, zuletzt geprüft am 16.04.2017 um 11:36 Uhr

**Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe**; 2012: Leitbild

Online verfügbar unter [http://www.freundeskreise-sucht.de/fileadmin/img/material/broschueren/pdf/Leitbild\\_2012.pdf](http://www.freundeskreise-sucht.de/fileadmin/img/material/broschueren/pdf/Leitbild_2012.pdf), zuletzt geprüft am 31.03.2017 um 09:54 Uhr

**GKV-Spitzenverband**; 2013: Leitfaden zur Selbsthilfeförderung

Online verfügbar unter <http://www.gkv-selbsthilfefoerderung-he.de/de-DE/M%C3%B6glichkeitenundGrunds%C3%A4tze/tabid/113/language/de-DE/Default.aspx>, zuletzt geprüft am 03.04.2017 um 09:42 Uhr

**Guttempler in Deutschland e.V.**; 2003 - 2017: Programm der Guttempler; Hrsg. von Axel Herdejürgen, Johann Tjaden, Jörg Paulick, Frank Lindemann, Christian Bölckow und Andreas Hußmann

Online verfügbar unter <http://guttempler.de/index.php/home/programm>, zuletzt geprüft am 30.03.2017 um 18:58 Uhr

**Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V.**; 2008: Sucht-Selbsthilfe der freien Wohlfahrtspflege in Hessen - Erhebung 2008

Online verfügbar unter [http://www.hls-online.org/service/materialien/downloads/?tx\\_hlsmaterial\\_material%5B%40widget\\_0%5D%5BcurrentPage%5D=12&cHash=91822931fb68c314b0736f7d4d4b1f45](http://www.hls-online.org/service/materialien/downloads/?tx_hlsmaterial_material%5B%40widget_0%5D%5BcurrentPage%5D=12&cHash=91822931fb68c314b0736f7d4d4b1f45), zuletzt geprüft am 30.03.2017 um 13:48 Uhr

**Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V.**; 2016: Jahresbericht 2016

Online verfügbar unter <http://www.hls-online.org/aktuelle-meldungen/hls-jahresbericht-2016-veroeffentlicht/>, zuletzt geprüft am 03.04.2017 um 09:33 Uhr

**HLS e.V.**; 2017: Welche Unterstützung bieten Suchthilfeeinrichtungen?

Online verfügbar unter <http://www.hls-online.org/arbeitsbereiche/suchthilfe/>, zuletzt geprüft am 15.04.2017 um 10:50 Uhr

**IOGT Schweiz:** Ideale, Ziele und Wege dazu - WER und WAS ist IOGT? Hrsg. von IOGT Schweiz, Zürich

Online verfügbar unter <http://www.iogt.ch/ueber-iogt/wer-und-was-ist-iogt/grundsaeetze-von-iogt-international/>, zuletzt geprüft am 30.03.2017 um 19:26 Uhr

**Kreuzbund e.V.;** 2008: Leitbild

Online verfügbar unter <https://www.kreuzbund.de/de/leitbild-und-satzung-kreuzbund.html>, zuletzt geprüft am 30.03.2017 um 16:56 Uhr

**Lahme, Reinhard; Grimm, Heinz-Günter; Schmidt, Rolf; Schneider, Wiebke; Janßen, Heinz-Josef;** 2010: Erhebung der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände

Online verfügbar unter [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Selbsthilfe/Statistik\\_der\\_\\_5\\_SH-Verbaende.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Selbsthilfe/Statistik_der__5_SH-Verbaende.pdf), zuletzt geprüft am 20.03.2017 um 12:19

**NA World Services Inc.;** 2016: Information about Narcotic Anonymous

Online verfügbar unter [http://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/pr/Info\\_about\\_NA\\_2016.pdf](http://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/pr/Info_about_NA_2016.pdf), zuletzt geprüft am 01.04.2017 um 16:31 Uhr

**NAKOS:** Was ist Selbsthilfe? Unter Mitarbeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der NAKOS; Hrsg. von NAKOS

Online verfügbar unter <https://www.nakos.de/informationen/basiswissen/was-ist-selbsthilfe/>, zuletzt geprüft am 05.03.2017 um 20:32 Uhr

**Pro Psychotherapie e.V.:** ICD - 10 Klassifikation

Online verfügbar unter <https://www.therapie.de/psyche/info/der/verein/impressum/>, zuletzt geprüft am 27.03.2017 um 21:09 Uhr

**Stadler, Rudi;** 2015: HLS-LKSH Erhebung 2015 - Verbände gesamt Hessen

Online verfügbar unter [www.hls-online.org/uploads/media/LKSH-Erhebung\\_2015.pdf](http://www.hls-online.org/uploads/media/LKSH-Erhebung_2015.pdf), zuletzt geprüft am 30.03.2017 um 13:44 Uhr

**Thiel, Wolfgang:** Psychosoziale und soziale Selbsthilfe in Deutschland - Plädoyer für eine stärkere Anerkennung und Förderung; Selbsthilfezeitung für die Wetterau - 31. Ausgabe

Online verfügbar unter <https://www.nakos.de/data/Autorenbeitraege/2015/Thiel-Psychosoziale-Selbsthilfe.pdf>, zuletzt geprüft am 05.03.2017 um 20:47 Uhr

## **8 Erklärung zur selbstständigen Arbeit**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig erstellt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Soweit ich auf fremde Materialien, Texte oder Gedankengänge zurückgegriffen habe, enthalten meine Ausführungen vollständige und eindeutige Verweise auf die Urheber und Quellen. Alle weiteren Inhalte der vorgelegten Arbeit stammen von mir im urheberrechtlichen Sinn, soweit keine Verweise und Zitate erfolgen.

Mir ist bekannt, dass ein Täuschungsversuch vorliegt, wenn die vorstehende Erklärung sich als unrichtig erweist.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

## **Anhang 1**

### **Die Zwölf Schritte der Anonymen Alkoholiker**

#### **1. Schritt**

Wir gaben zu, dass wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind – und unser Leben nicht mehr meistern konnten.

#### **2. Schritt**

Wir kamen zu dem Glauben, dass eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.

#### **3. Schritt**

Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes – wie wir Ihn verstanden – anzuvertrauen.

#### **4. Schritt**

Wir machten eine gründliche und furchtlose Inventur in unserem Inneren.

#### **5. Schritt**

Wir gaben Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber unverhüllt unsere Fehler zu.

#### **6. Schritt**

Wir waren völlig bereit, all diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen.

#### **7. Schritt**

Demütig baten wir Ihn, unsere Mängel von uns zu nehmen.

### **8. Schritt**

Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugefügt hatten und wurden willig, ihn bei allen wieder gutzumachen.

### **9. Schritt**

Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut – wo immer es möglich war –, es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt.

### **10. Schritt**

Wir setzten die Inventur bei uns fort, und wenn wir Unrecht hatten, gaben wir es sofort zu.

### **11. Schritt**

Wir suchten durch Gebet und Besinnung die bewusste Verbindung zu Gott – wie wir Ihn verstanden – zu vertiefen.

Wir baten Ihn nur, uns Seinen Willen erkennbar werden zu lassen und uns die Kraft zu geben, ihn auszuführen.

### **12. Schritt**

Nachdem wir durch diese Schritte ein spirituelles Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an Alkoholiker weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Grundsätzen auszurichten.

(zitiert aus: Anonyme Alkoholiker, Die Zwölf Schritte der Anonymen Alkoholiker)

## **Anhang 2**

### **Die Zwölf Traditionen der Anonymen Alkoholiker**

#### **1. Tradition**

Unser gemeinsames Wohlergehen sollte an erster Stelle stehen; die Genesung des Einzelnen beruht auf der Einigkeit der Anonymen Alkoholiker.

#### **2. Tradition**

Für den Sinn und Zweck unserer Gruppe gibt es nur eine höchste Autorität – einen liebenden Gott, wie Er sich in dem Gewissen unserer Gruppe zu erkennen gibt. Unsere Vertrauensleute sind nur betraute Diener; sie herrschen nicht.

#### **3. Tradition**

Die einzige Voraussetzung für die AA-Zugehörigkeit ist der Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören.

#### **4. Tradition**

Jede Gruppe sollte selbständig sein, außer in Dingen, die andere Gruppen oder die Gemeinschaft der AA als Ganzes angehen.

#### **5. Tradition**

Die Hauptaufgabe jeder Gruppe ist, unsere AA-Botschaft zu Alkoholikern zu bringen, die noch leiden.

#### **6. Tradition**

Eine AA-Gruppe sollte niemals irgendein außen stehendes Unternehmen unterstützen, finanzieren oder mit dem AA-Namen decken, damit uns nicht Geld-, Besitz- und Prestigeprobleme von unserem eigentlichen Zweck ablenken.

### **7. Tradition**

Jede AA-Gruppe sollte sich selbst erhalten und von außen kommende Unterstützungen ablehnen.

### **8. Tradition**

Die Tätigkeit bei den Anonymen Alkoholikern sollte immer ehrenamtlich bleiben, jedoch dürfen unsere zentralen Dienststellen Angestellte beschäftigen.

### **9. Tradition**

Anonyme Alkoholiker sollten niemals organisiert werden. Jedoch dürfen wir Dienst-Ausschüsse und -Komitees bilden, die denjenigen verantwortlich sind, welchen sie dienen.

### **10. Tradition**

Anonyme Alkoholiker nehmen niemals Stellung zu Fragen außerhalb ihrer Gemeinschaft; deshalb sollte auch der AA-Name niemals in öffentliche Streitfragen verwickelt werden.

### **11. Tradition**

Unsere Beziehungen zur Öffentlichkeit stützen sich mehr auf Anziehung als auf Werbung. Gegenüber Presse, Rundfunk, Film und Fernsehen ist stets unsere persönliche Anonymität zu wahren.

### **12. Tradition**

Anonymität ist die spirituelle Grundlage aller unserer Traditionen, die uns immer daran erinnern soll, Prinzipien über Personen zu stellen.

(zitiert aus: Anonyme Alkoholiker, Die Zwölf Traditionen der Anonymen Alkoholiker)

## Anhang 3

### **Die Zwölf Schritte der Narcotic Anonymous – Wie es funktioniert**

1. Wir gaben zu, daß wir unserer Sucht gegenüber machtlos waren und unser Leben nicht mehr meistern konnten.
2. Wir kamen zu dem Glauben, daß eine Macht, größer als wir selbst, unsere geistige Gesundheit wiederherstellen kann.
3. Wir trafen eine Entscheidung, unseren Willen und unser Leben der Fürsorge Gottes, so wie wir ihn verstanden, anzuvertrauen.
4. Wir machten eine erforschende und furchtlose moralische Inventur von uns selbst.
5. Wir gestanden Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber die genaue Art unserer Fehler ein.
6. Wir waren vorbehaltlos bereit, alle diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen.
7. Demütig baten wir Ihn, uns von diesen Mängeln zu befreien.
8. Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugefügt hatten, und wurden bereit, ihn bei allen wiedergutzumachen.
9. Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut, wo immer es möglich war, es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt.
10. Wir setzten die persönliche Inventur fort, und wenn wir Fehler machten, gaben wir sie sofort zu.

11. Wir suchten durch Gebet und Meditation die bewußte Verbindung zu Gott, wie wir ihn verstanden, zu vertiefen. Wir baten ihn nur, uns seinen Willen erkennbar werden zu lassen und uns die Kraft zu geben, ihn auszuführen.

12. Nachdem wir als Ergebnis dieser Schritte ein spirituelles Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an andere Süchtige weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Prinzipien auszurichten.

(zitiert aus: Narcotics Anonymous 1993, S. 21ff.)

## **Anhang 4**

### **Die zwölf Traditionen von Narcotic Anonymous**

1. Unser gemeinsames Wohlergehen sollte an erster Stelle stehen; die Genesung der einzelnen beruht auf der Einigkeit NAs.
2. Für den Sinn und Zweck unserer Gemeinschaft gibt es nur eine höchste Autorität – einen liebenden Gott, wie er sich in unserem Gruppengewissen zu erkennen gibt. Unsere Vertrauensleute sind nur betraute Dienerinnen und Diener, sie herrschen nicht.
3. Die einzige Voraussetzung für die NA-Zugehörigkeit ist das Verlangen, mit Drogen aufzuhören.
4. Jede Gruppe sollte autonom sein, außer in Angelegenheiten, die andere Gruppen oder die NA-Gemeinschaft als Ganzes angehen.
5. Die Hauptaufgabe jeder Gruppe ist es, die Botschaft zu den Süchtigen zu bringen, die noch leiden.
6. Eine NA-Gruppe sollte niemals eine verwandte Einrichtung oder ein außenstehendes Unternehmen unterstützen, finanzieren oder den NA-Namen zur Verfügung stellen, damit uns nicht Geld-, Besitz- oder Prestigeprobleme von unserer Hauptaufgabe ablenken.
7. Jede NA-Gruppe sollte sich vollständig selbst erhalten und Zuwendungen von außen ablehnen.
8. Narcotic Anonymous sollte immer nichtprofessionell bleiben, jedoch können unsere Dienstzentralen Angestellte beschäftigen.

9. NA als solches sollte niemals organisiert werden. Jedoch können wir Dienst-Ausschüsse oder –Komitees bilden, die denjenigen direkt verantwortlich sind, welchen sie dienen.
  
10. Narcotic Anonymous hat keine Meinung zu Fragen außerhalb der Gemeinschaft. Daher sollte der NA-Name niemals in die öffentliche Auseinandersetzung verwickelt werden.
  
11. Unsere Beziehung zur Öffentlichkeit stützt sich auf Anziehung anstatt auf Werbung. Wir müssen stets persönliche Anonymität gegenüber Presse, Rundfunk und Film bewahren.
  
12. Anonymität ist die spirituelle Grundlage aller unserer Traditionen und soll uns ständig daran erinnern, Prinzipien über Personen zu stellen.

(zitiert aus: Narcotics Anonymous 1993, S. 73ff.)

## Erklärung zur Einsichtnahme der Bachelorarbeit in der Bibliothek

**StudentIn**

**HauptreferentIn**

Ich stimme der Aufnahme dieser Bachelorarbeit in die Bibliothek des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit zu.

zu  
 nicht zu

(bitte ankreuzen)

zu  
 nicht zu

(bitte ankreuzen)

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist  
(3 Jahre) soll diese Bachelorarbeit ausleihbar  
in die Bibliothek eingestellt  
werden.

Ja  
 Nein

(bitte ankreuzen)

---

Unterschrift StudentIn

---

Unterschrift HauptreferentIn

