

C. Selbsthilfegruppen

GISELA HUSE-KLEINSTOLL

1. Einleitung

Die Bedeutung sozialer Unterstützung für das Wohlergehen der Menschen ist in den letzten 15 Jahren zunehmend in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Überlegungen gerückt. Zum einen haben chronische Krankheiten durch die höhere Lebenserwartung und neue medizinische Behandlungsformen zugenommen, so daß neue Unterstützungsanforderungen an die Gesellschaft gestellt werden, zum anderen haben die Lebensbedingungen der Menschen in Kleinfamilien oder Single-Haushalten zu einer Reduzierung der natürlichen familiären Netzwerke geführt. Selbsthilfegruppen können diese natürlichen Netzwerke nicht ersetzen, sie bilden aber eine Zwischenstellung zwischen den offiziellen, gesundheitspolitischen und den natürlichen Netzwerken. Sie können damit Teilaufgaben wahrnehmen, die durch Lücken in beiderlei Netzwerken entstehen. Selbsthilfegruppen werden immer aus der persönlichen Not geboren. Sie versuchen die Mängel der lokalen natürlichen und offiziellen Versorgungssysteme auszugleichen. Es handelt sich um den Zusammenschluß von Menschen, die sich aufgrund eigener Betroffenheit in einem umschriebenen Bereich zu einer Gruppe zusammenschließen zwecks gegenseitiger Information und Unterstützung. Diese Gruppen sind nicht professionell geleitet, sie gehen aber in der Regel aus Einzelinitiativen hervor. Etwa 2 bis 3 Prozent der Bevölkerung sind Mitglieder von Gesundheitsselfhilfe-

gruppen oder -vereinigungen (GRUNOW et al., 1983).

1.1 Geschichte

Im Gesundheitsbereich beginnt die Geschichte der Selbsthilfegruppen mit der Gründung der Anonymen Alkoholiker (AA-Gruppen) im Mai 1935 in den Vereinigten Staaten von Amerika. Viele der heutigen Selbsthilfegruppen, in denen sich Suchtpatienten zusammengeschlossen haben, beziehen sich in ihren selbstgewählten Regeln auf die in Form von zwölf Schritten abgefaßten Leitsätze der Anonymen Alkoholiker. 1965 spaltete sich in den USA eine Untergruppe ab und bildete die Gruppe der Anonymen Neurotiker «Emotions Anonymous», die heutigen EA-Gruppen. Sie haben sich in Deutschland ebenfalls unter diesem Namen zusammengeschlossen. Mitte der siebziger Jahre gab es in den USA etwa eine halbe Million Selbsthilfegruppen (KATZ u. BENDER, 1976, zit. n. MÖLLER, 1978). Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen im psychosozialen, psychotherapeutischen und im psychiatrischen Bereich wird nach MÖLLER (1978) als gewichtiger eingeschätzt als die der professionellen Beratung und Therapie. In der Bundesrepublik haben sich ab Mitte der siebziger Jahre Selbsthilfegruppen von den Zentren Gießen, Berlin und Hamburg flächendeckend ausgebreitet. Heute gibt es zahlreiche überregionale Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen, die nicht nur einen

guten Überblick über die Gruppen der Region haben, sondern auch helfen, neue Gruppen zu initiieren, und die Gruppenarbeit beraten und unterstützen (NARKOS 1991, 1992). Nationale Kontaktstellen sind die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG-SHG) in Gießen und die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen e. V. (NARKOS) in Berlin.

1.2 Art der Selbsthilfegruppen

MÖLLER (1978) unterscheidet inhaltlich sieben Bereiche, in denen sich Selbsthilfegruppen etabliert haben:

1. Psychologisch-therapeutische Gruppen
2. Medizinische Gruppen
3. Bewußtseinsverändernde Gruppen
4. Lebensgestaltende Gruppen
5. Arbeitsorientierte Gruppen
6. Lern- bzw. Ausbildungsorientierte Gruppen
7. Bürgerinitiativen

Besonders wichtig für die Psychosomatik im engeren Sinn sind die beiden erstgenannten Gruppen, im weiteren Sinn auch die unter 3. und 4. genannten Gruppen.

Zu den *psychologisch-therapeutischen Selbsthilfegruppen* zählt MÖLLER (1978) Selbsthilfegruppen für seelische Gesundheit, Suchtgruppen, Gruppen, die Unterstützung bei der Genesung von schwerer Krankheit oder Operationen geben wollen, wie die Frauen-Selbsthilfe nach Krebs e. V., oder Gruppen, die Menschen zusammenführen, die, durch Trennung oder Tod, schwere Krisen in ihrem Leben erlitten haben.

Als *medizinische Selbsthilfegruppen* im engeren Sinne bezeichnet werden Selbsthilfe-Vereinigungen von Kranken und Behinderten, die bundesweit organisiert sind, z. B. die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V., in der wiederum mehrere Untergruppen zusammenarbeiten, wie z. B. der Allergiker- und Asthmatiker-Bund und die Deutsche Rheuma-Liga oder der Deutsche Psoriasis-Bund. Zu diesen Selbsthilfe-Vereinigungen gehören aber auch der Interessensverband der Dialysepatienten Deutschland, die Liga gegen

Epilepsie, die Deutsche Multiple-Sklerose-Gesellschaft, der Deutsche Blindenverband, der Bund zur Förderung Sehbehinderter, die Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Hör- und Sprachgeschädigten, die Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung, die Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa-Vereinigung, der Bundesverband für die Kehlkopfloren und viele andere mehr.

Zu den *bewußtseinsverändernden Selbsthilfegruppen* gehören insbesondere gesellschaftliche Gruppenbildungen wie Frauen- oder Männergruppen oder Homosexuellen-Gruppen, die eher sozialpolitische Ziele verfolgen und gesellschaftlicher Benachteiligung entgegenwirken.

Die *lebensgestaltenden Selbsthilfegruppen* sind solche Selbsthilfegruppen, die in alternativen Lebensgemeinschaften versuchen, ihren Erfahrungs- und Lebenshintergrund zu erweitern oder bewußt einzuschränken. Hierher gehören auch Selbsthilfegruppen für Rauschgiftabhängige oder (ehemals) Kriminelle, aber auch Wohnprojekte für Aids-Kranke u. ä.

2. Gesundheitsselfhilfe

2.1 Gesundheitselfhilfegruppen

Nach der Definition von WINKELVOSS et al. (1981) zeichnet sich eine Selbsthilfegruppe durch die folgenden Kriterien aus:

- Betroffenheit durch ein gemeinsames Problem
- Keine oder geringe Mitwirkung professioneller Helfer
- Keine Gewinnorientierung
- Gemeinsames Ziel der Selbst- und/oder Sozialveränderung
- Betonung gleichberechtigter Zusammenarbeit und gegenseitiger Hilfe

In der zweiten Hälfte der achtziger Jahre gab es z. B. in Hamburg 65 Selbsthilfenezusammenschlüsse im Gesundheitsbereich, die in der Mehrheit wiederum zahlreiche Kleingruppen als Untergruppen hatten. Die stärkste Gruppierung der 225 AA-Kleingruppen, die in vier verschiedenen Abstinenzverbänden organisiert sind, blieben dabei unberücksichtigt (BEHRENDT et al., 1987). Der Grad der Organisation von Kleingruppen in Verbänden ist

sehr unterschiedlich. DENEKE et al. (1981) unterteilen die Gesundheits-selbsthilfegruppen anhand ihrer zugrundeliegenden Probleme in fünf Untergruppen:

1. psychische Erkrankung der Beteiligten
2. körperliche Erkrankung der Beteiligten
3. Behinderung der Beteiligten
4. Erkrankung von Angehörigen
5. Behinderung von Angehörigen

Bei *Zusammenschlüssen von Angehörigen* sind – abgesehen von den AA-Angehörigen-Gruppen – häufig die Kinder erkrankt oder behindert. Der Anteil der Mittelschicht ist bei den körperlich Kranken und den Angehörigenkörperlich Kranker mit 73 und 74 Prozent hoch. Er ist in den Gruppen psychisch Erkrankter, Behinderter und der Angehörigen von Behinderten deutlich niedriger (29 %, 27 % und 27 %) (DENEKE et al., 1981).

2.2 Motivation zum Selbsthilfegruppen-zusammenschluß

Ähnlich, wie in den politischen Parteien nur ein geringer Prozentsatz der altersentsprechenden Bevölkerung vertreten ist, sind auch in den Selbsthilfegruppen nur etwa 5 bis 7 Prozent der Betroffenen vertreten. Ein relativ hoher Anteil ist nicht über Selbsthilfeorganisationen und -gruppen informiert. Unter Stomaträgern fand KÜNSEBECK (1994) bei 60 Prozent der Nichtmitglieder fehlende Kenntnisse über die Deutsche ILCO e. V. (Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung). Dennoch liegt auch unter Informierten, die einer Einladung von Selbsthilfegruppen folgen, der Anteil der späteren Mitglieder prozentual im bekannten Rahmen. MOODY et al. (1993), die in einer englischen Studie der Frage nachgegangen sind, warum nur 7 Prozent aller informierten Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sich einer Selbsthilfegruppe angeschlossen haben, bekamen von den Nichtmitgliedern folgende Gründe (Mehrfachnennungen) genannt: Zu beschäftigt (40 %), kein Bedarf von weiterer Unterstützung (28 %), zu weiter Weg (23 %), Widerwillen, die eigene Krankheit publik zu machen (20 %). Darüber hinaus fanden sie, daß mehr Frauen als Männer und mehr

Morbus-Crohn- als Colitis-ulcerosa-Patienten in die Selbsthilfegruppen gingen. Die Teilnahme war auch – trotz Berücksichtigung von Sprachbarrieren – abhängig von ethnischer Gruppenzugehörigkeit. Europäer waren z. B. aufgeschlossener als Asiaten.

Die *Beitrittsmotive* zu Gesundheits-selbsthilfegruppen sind vielfältig. Sie umfassen als wesentliche Komponenten das Gefühl des Kontrollverlustes, Belastungen, die in Zusammenhang mit der Krankheit und ihren psychosozialen Folgen stehen, Versorgungsmängel, Erschütterung des Glaubens in die Möglichkeiten des medizinischen Systems und den Wunsch nach Kompetenzerwerb.

Mitglieder und Nichtmitglieder hielten gleichermaßen Hinweise, «wie ich mir selbst helfen kann», für die wichtigsten, was bei der Mehrheit der Betroffenen einen starken Wunsch nach mehr Autonomie deutlich macht. Bezogen auf alle Informationsbereiche von Krankheit, medizinischer Behandlung und psychosozialen Folgen hatte für Selbstgruppenteilnehmer Wissen einen höheren Stellenwert. Letztere bezogen ihre Informationen auch in erster Linie durch die Selbsthilfegruppe, Nicht-Mitglieder dagegen durch Ärzte (KÜNSEBECK, 1994).

Beim Vergleich mit dem von MÖLLER (1978) veröffentlichten Vorstellungen über Selbsthilfegruppen vom psychologisch-therapeutischen Gruppentyp fällt in anderen Untersuchungen auf, daß dieser Typ im Krankheits- und Problembereich eher eine Minderheit darstellt. Nur 14 Prozent aller Gruppen gehören z. B. in Hamburg zum psychologisch-therapeutischen Typ (zit. nach VON FERBER, 1987). Dies erklärt zum einen, warum Selbsterfahrungsaspekte als Beitrittsmotiv eher nachrangig von den Mitgliedern genannt werden, und zum anderen, warum Selbsthilfegruppenmitglieder u. a. Psychotherapie oder psychotherapeutische Beratung im Vergleich zu Nichtmitgliedern verstärkt in Anspruch nehmen.

2.3 Information über Gesundheits-selbsthilfe

Die Information über Gesundheits-selbsthilfegruppen und die Motivation zur Teilnahme an

Gruppensitzungen erfolgt am häufigsten durch die Kranken und Behinderten selbst, ihre Angehörigen oder Gruppenmitglieder. Die Bereitschaft von Professionellen, auf die Gruppen hinzuweisen, ist abhängig von der Bekanntheit und der Akzeptation der Organisationen, aber insgesamt sehr gering. Eine Ausnahme bilden die AA-Gruppen, auf die am häufigsten professionelle Vertreter des Gesundheitssystems hinweisen (BEHRENDT et al., 1987). Massenmedien und besonders lokale Medien spielen eine wichtige Rolle bei der Suche nach Gleichgesinnten und bei der Information über die vorhandenen oder neugegründeten Gruppen.

In den letzten zehn Jahren wurden verstärkt Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS) gegründet, die als gemeinnützige Einrichtungen staatlich gefördert und unterstützt werden. Sie informieren nicht nur über das lokale Angebot, sondern organisieren Weiterbildungsveranstaltungen für die Gruppenmitglieder und geben eigene Zeitschriften heraus. Die Mitarbeiter der Kontaktstellen helfen, Gruppen zu initiieren, beraten Gruppen, sorgen für Räumlichkeiten und vermitteln finanzielle Unterstützung der Gruppen sowie Kontaktadressen in allen Teilen Deutschlands (ESTORFF, 1992). Diese Kontaktstellen verstehen sich auch als Vermittler zwischen den Selbsthilfegruppen und den Mitarbeitern und Einrichtungen des professionellen Gesundheitssystems. Je nach lokalen Gegebenheiten werden regelmäßig in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsbehörde oder anderen gemeinnützigen Trägern Listen über die wichtigsten lokalen Selbsthilfegruppen und die alten und neuen Kontaktstellen in den Bundesländern herausgegeben. Diese Unterlagen können bei den lokalen und überregionalen Kontaktstellen angefordert werden.

2.4 Gruppenziele und -erfolge

Gruppenziele sind die gegenseitige Unterstützung, die Förderung von Wissen über die Krankheit oder Behinderung, ihre Behandlung und Nachsorge und die Veränderung der Einstellungen des Umfeldes (Familie, medi-

zinisches Personal, Institutionen) gegenüber den Betroffenen.

Ein wichtiges Motiv für die Gruppenteilnahme ist die Aufhebung der mit den Krankheitssymptomen oder der Behinderung verbundenen Stigmatisierung. BEHRENDT et al. (1987) fanden heraus, daß sich die Mitgliedschaft in Selbsthilfegruppen dahingehend auswirkt, daß viele der Gruppenteilnehmer eine Reduktion ihrer Belastungen durch die Krankheit erfahren; prozentual geben mehr Betroffene eine Abnahme psychischer (70 %) und sozialer (62 %) Belastungen an im Vergleich zur Häufigkeit der Verminderung körperlicher Belastungen (41 %). 47 Prozent psychisch Kranker, Behinderter und Angehöriger von Behinderten berichten über einen Rückgang der Angst, anderen zur Last zu fallen. Die Belastung durch Umweltreaktionen auf die Krankheit nimmt ebenfalls bei der Hälfte der Befragten ab. 39 Prozent erleben das Leben wieder als sinnvoll, was ein deutlicher Hinweis auf eine frühere tiefe Verunsicherung der Betroffenen ist.

Die soziale Unterstützung durch die Gruppe spiegelt sich auch in zusätzlichen Treffen und Telefonkontakten mit Gruppenmitgliedern wider. Zahlreiche Selbsthilfegruppen bieten Besucherdienste für Betroffene an, die sich in einer kritischen Phase der Erkrankung und Behandlung befinden. Die Mehrheit der Betroffenen hätte sich z.B. vor einer Anuspraeter-Operation diese Art der Unterstützung gewünscht (BEIER, 1993).

Nahezu bei allen Gruppenmitgliedern (98 %) wird ein besserer Umgang mit der Krankheit erreicht (BEHRENDT et al., 1987). Die meisten lernen ein neues Verhalten in Bezug auf die körperliche Symptomatik, die sozialen Kontakte und eine gezielte Nutzung des medizinischen und sozialen Versorgungssystems. Am häufigsten werden Fachärzte (69 %) kontaktiert. Die Inanspruchnahme der professionellen Dienste steigt eher im Vergleich zu Zeiten vor der Gruppenteilnahme. Dies betrifft besonders Psychologen, Psychotherapeuten und die sozialen ambulanten Dienste (BEHRENDT et al., 1987).

Der Informationsgewinn der Befragten über Art, Wesen und Behandlungsmöglichkeiten der Krankheiten sowie die gesetzlichen

Vorschriften ist besonders groß und verändert den Umgang mit den Versorgungseinrichtungen. Selbsthilfegruppenmitglieder aktivieren auch stärker die Unterstützung von Nachbarn, Freunden, Bekannten und Arbeitskollegen im Vergleich zu Nichtmitgliedern, besonders von Freunden und Bekannten, die im Gesundheitsbereich tätig sind. Die Inanspruchnahme familiärer Ressourcen ist genauso groß wie bei Nichtmitgliedern (GRUNOW et al., 1983). Hier wird deutlich, daß die Selbsthilfegruppen eine Ergänzung der Ressourcen bewirken, ohne die vorhandenen ersetzbar zu machen.

Fragt man die Mitglieder, inwieweit sie die gesteckten Ziele erreicht haben, so wird verständlicherweise die Einstellungsänderung des Umfeldes seltener erreicht (Familie 58 Prozent, Einstellungsänderung bei Professionellen 47 Prozent, bei Institutionen 43 Prozent) als die Veränderung eigener Einstellungen. Behinderte oder chronisch Kranke mit psychischen Symptomen äußern sich seltener optimistisch im Vergleich zu den körperlich Kranken (BEHRENDT et al., 1987).

2.5 Gruppenbelastungen

Den Erfolgen der Selbsthilfegruppenarbeit stehen Belastungen materieller und nichtmaterieller Art gegenüber. Die Sachkosten für die Benutzung von Räumen, Informationsmaterialien und Telefonate für die Öffentlichkeitsarbeit können insbesondere für die Kontaktpersonen der Gruppen erheblich sein, wobei heute an vielen Orten öffentliche Gelder zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen bereitgestellt werden. Weit aufwendiger aber sind Aufwendungen an Zeit und Energie für die aktiveren Gruppenmitglieder. Aus diesem Grund ist es wichtig, daß möglichst alle Teilnehmer sich aktiv an der Organisation beteiligen. Offene Gruppen leiden häufig an der Fluktuation. Immer wieder darauf gestoßen zu werden, daß sie krank sind, macht 28 Prozent der befragten Mitglieder zu schaffen. Über die Menge der Verpflichtungen aufgrund der Gruppenarbeit klagen 43 Prozent. Die Probleme der anderen Teilnehmer mitzubekommen, wird am häufigsten als Belastung erlebt (52 %). In den Gruppen mit Kranken,

die an bösartigen Tumoren in fortgeschrittenen Stadien leiden, führen Rezidive und Todesfälle zu starken Ängsten aller anderen Mitglieder (BEHRENDT et al., 1987).

Dadurch, daß Selbsthilfegruppen keine weiteren Eingangskriterien haben als die der eigenen Betroffenheit, werden sie leicht zur «letzten» Versorgungsinstanz. Dies kann die Gruppen, besonders bei schwer depressiv Kranken, leicht überfordern. Ist das Verhältnis von unterstützenden und belastenden Faktoren über einen längeren Zeitraum unausgewogen, führt dies zum Gruppenaustritt oder unter Umständen sogar zur Auflösung der Gruppe.

2.6 Beziehung zwischen Selbsthilfe und Psychotherapie

Selbsthilfe setzt nach MOELLER (1978) voraus, daß die Betroffenen bereit sind, sich helfen zu lassen. Das heißt, daß eine besondere Auswahl Menschen sich in Selbsthilfegruppen zusammenfinden. Selbsthilfegruppen haben eine stark verhaltensändernde Wirkung bei den Teilnehmern. Über eine Zunahme psychischer und sozialer Kompetenzen als Erfolg der Selbsthilfegruppenteilnahme wird von fast allen befragten Mitgliedern berichtet. Gespräche über Gefühle und eigene Probleme sind ein wichtiger Teil der Gruppenerfahrung. Auch seelische Unterstützung außerhalb der Gruppe kann in Krisenzeiten überlebenswichtig sein. Geselligkeiten und gemeinsame Aktivitäten verhindern die soziale Isolation und regen zu neuen Erfahrungen in ungewohnten Tätigkeiten an.

Die Tatsache, daß Mitglieder aus Selbsthilfegruppen verstärkt auch psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, weist darauf hin, daß Selbsthilfe nicht gleich Therapie ist. So werden eine Reihe von Mitgliedern durch die Selbsthilfegruppe in die Lage versetzt, sich auf eine Psychotherapie einzulassen. Der Grad der Gruppenselbsterfahrung ist in den Gruppen sehr unterschiedlich und wird selten explizit als Ziel genannt.

Nach eigenen Erfahrungen in der Psychotherapie psychosomatischer und chronisch kranker Patienten schließt die Psychotherapie die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe

nicht aus. Es gibt aber unzweifelhaft eine Untergruppe von Betroffenen und Ärzten, die ausschließlich für Selbsthilfe oder ausschließlich für Gruppenpsychotherapie votieren. In einer Umfrage steht etwa die Hälfte der Bevölkerung der Zusammenarbeit mit Gesundheitsselbsthilfegruppen ablehnend gegenüber, davon auffällig viele Menschen, die in Singlehaushalten leben (GRUNOW et al., 1983). Es ist nicht klar, welche Gründe dabei ausschlaggebend sind, ob Unkenntnis, Mißtrauen, schlechte Erfahrungen oder fachliche Gründe? Eine mögliche Erklärung könnte in dem Single-Dasein selbst liegen, da viele Singles allzu große Nähe zu anderen Menschen eher scheuen.

Es gibt dagegen inhaltliche Gründe für die ärztliche Entscheidung, ob Psychotherapie oder Selbsthilfe oder beides anzuraten ist. Die psychisch schwer Kranken brauchen häufig mehr Hilfe und Verständnis, als die Gruppenmitglieder geben können. Auch diejenigen, die starke Abhängigkeitswünsche haben, werden aus Sicherheitsbedürfnis eine professionell geleitete Therapiegruppe vorziehen.

Die Heterogenität der Gruppen läßt für den außenstehenden Arzt keine verlässliche Prognose zu, welche Erwartungen der Patienten erfüllt werden können. Sie können die Patienten lediglich über das Angebot informieren, und diese müssen selbst prüfen, inwieweit sie in einer vorhandenen Gruppe das finden oder einbringen können, was ihnen hilfreich erscheint. Das gilt besonders für die lokalen Kleingruppen und weniger für die größeren bundesweit wirkenden Organisationen wie z. B. den Diabetikerbund, von deren Informations- und Weiterbildungsangeboten alle Patienten profitieren könnten.

3. Förderung von Gesundheitsselbsthilfe

3.1 Unterstützungswünsche seitens der Selbsthilfegruppen

Die Umfrage unter Selbsthilfegruppen zeigt, daß es Wünsche nach Unterstützung ihrer Arbeit gibt (BEHRENDT et al., 1987). Hier steht zahlenmäßig an erster Stelle die Unterstüt-

zung durch die Medien. Darüberhinaus wünschen sich die Gruppen Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Die Verbesserung der Kontakte zu den Behörden und professionellen Helfern steht ebenso auf der Wunschliste wie die Unterstützung durch Kontaktstellen und die unbürokratische Bereitstellung materieller Hilfen.

3.2 Kooperation mit Ärzten

«Wir wollen schon mit Ärzten sprechen, aber nicht auf die alte Art, daß der Arzt vorne am Rednerpult steht. Wir wollen einen gleichberechtigten Dialog. Wir betrachten uns selbst als unsere eigenen Experten und als mündige Patienten» (zit. aus BORGMANN et al., 1987). Die Patienten wollen einen gleichberechtigten Umgang mit den Ärzten. Sie wünschen sich eine echte Kooperation. Trotz intensiver Bemühungen von seiten der wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Förderer der Gesundheitsselbsthilfe in Deutschland ist die Kenntnis und Resonanz der Gesundheitsselbsthilfegruppen bei den Ärzten auffallend gering geblieben. Ein erstes, im Oktober 1992 von der Ärztekammer Hamburg organisiertes Forum zu Kooperationsmöglichkeiten von Selbsthilfegruppen und Ärzten zeigte dennoch, daß es unter den Ärzten eine wachsende Anzahl gibt, die bereit ist, aktiv mit den Selbsthilfegruppen zusammenzuarbeiten und gegenseitig voneinander zu lernen.

Nach OESINGMANN (1992) schätzen kooperationserfahrene Ärzte die persönliche Entlastung, die wechselseitige Ergänzung der Hilfeleistungen und die sozial integrierende und gesundheitsfördernde Wirkung von Selbsthilfegruppen. Bei Patienten, die an Gruppen teilnehmen, wachsen die Medikamenten-Compliance und die Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat deshalb im Anschluß an das Bielefelder Pilotprojekt eine Diplompädagogin als Kooperationsberaterin eingesetzt (MEYE u. SLESINA, 1990).

Es gibt erste Kooperationen zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen im Medizinstudium, in denen über Gesundheitsselbst-

hilfe informiert wird. In der orientierenden Einführungsveranstaltung zum Medizinstudium in Hamburg haben sich Patienten aus Selbsthilfegruppen bereiterklärt, über ihre Erfahrungen mit der Erkrankung oder Behinderung im medizinischen System zu sprechen und mit den Studenten zu diskutieren.

Literatur

- BEHRENDT J-U, DENEKE C, ESTORFF A, GUDERIAN H, HALVES E, ITZWERTH R, SCHORSCH E-M, TROJAN A: Arbeitsweise von Gesundheitsselbsthilfegruppen und Anregungen zu ihrer sozialpolitischen Unterstützung. In VON FERBER C, BANDURA B (Hrsg) Laienpotential, Patientenaktivierung und Selbsthilfe, S. 9, Oldenbourg, München 1983
- BEHRENDT J-U, DENEKE C, GUDERIAN H, HALVES E, ITZWERTH R, SCHORSCH E-M, TROJAN A: Gesundheitsselbsthilfegruppen. In VON FERBER – Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (Hrsg) Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen, S. 79, Springer, Heidelberg 1987
- BEIER U: Die Lebensqualität von Anus-praeter-Trägern zwei Jahre nach der Operation in einem Hamburger Klinik. Medizinische Dissertation, Hamburg 1993
- BORGMANN I, FLOTO C, HETTWER: Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen. Z Allg Med 63, 1017–1021, 1987
- DENEKE C, KEGLER R, SLOTTY A: Selbsthilfegruppen aus Sicht der Betroffenen. In KICKBUSCH I, TROJAN A (Hrsg) Gemeinsam sind wir stärker!, S. 139, Fischer aktuell, Frankfurt a. M. 1981
- ESTORFF A: Was ist KISS? Selbsthilfezeitung (SHZ) 42, 2, 1992
- GRUNOW D, BREITKOPF H, DAHME HJ, ENGFER R, GRUNOW-LUTTER V, PAULUS W: Gesundheitsselbsthilfe im Alltag: Ergebnisse einer repräsentativen Haushaltsbefragung über gesundheitsbezogene Selbsthilfeeferfahrungen und -potentiale. Enke, Stuttgart 1983
- KÜNSEBECK HW: Die Lebenssituation von Stomaträgern – Ergebnisse einer ILCO-Untersuchung. In ENGLERT G, WINKLER R (Hrsg) Die Versorgung von Stomapatienten – Fortschritte und Defizite. Deutsche ILCO, Freising 1994
- MEYE MR, SLESINA W (Hrsg): Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen. Erprobung von Kooperationsformen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Dt Ärzte Verlag, Köln 1990
- MOELLER ML: Selbsthilfegruppen, 1. Aufl., Rowohlt, Reinbek 1978
- MOODY GA, BHAKTA P, MAYBERRY JF: Disinterest in lokal self-help groups amongst patients with inflammatory bowel disease in Leicester. Int J Colorect Dis 8, 181, 1993
- NARKOS: «Rote Liste» – Lokale/Regionale Selbsthilfegruppen – Unterstützungsstellen in den alten und neuen Bundesländern. Berlin 1991/1992
- OESINGMANN U: Kooperation mit Selbsthilfegruppen. Dt Ärzteblatt 89, 775 f., 1992
- WINKELVOSS H, TROJAN A, ITZWERTH R: Zur Definition und Verbreitung von Gesundheitsselbsthilfegruppen. In KICKBUSCH I, TROJAN A (Hrsg) Gemeinsam sind wir stärker!, S. 139, Fischer aktuell, Frankfurt a. M. 1981