Selbsthilfe und Professionalität in der sozialen Arbeit

TAGUNGSAKTEN

Bozen, 4.10.2005

Dienststelle für Selbsthilfegruppen
Servizio per gruppi di auto mutuo aiuto
Dachverband der Sozialverbände Südtirols
Fed. Provinciale delle Associazioni Sociali

Abteilung
Sozialwesen
Ripartizione
Politiche Sociali

Selbsthilfe und Professionalität in der sozialen Arbeit

TAGUNGSAKTEN

Bozen, 4.10.2005

Herausgeber:
Autonome Provinz Bozen, Abt. Sozialwesen - Dienststelle für Personalentwicklung, Bozen, April 2006

Wissenschaftliche Beratung und Koordination:
Dr. Reinhard Gunsch, Abt. Sozialwesen

Dank:
Ein besonderes Dankeschön an den Moderator der Kongrersses Dr. Karl Tragust, an Fachfrau für die Öffentlichkeitsarbeit Dr. Margoni Monica, an das Tagungssegretariat mit Frau Veruska Stampfer, an die Bozner Oberschule LEWIT “ R. Gasteiner”, an das Berufstrainingszentrum Salten- Schlern.

Kopien sind erhältlich bei:
Abteilung Sozialwesen - Dienststelle für Personalentwicklung
Tel. 0471/411527 - Fax 0471/411515
e-mail: veruska.stampfer@provinz.bz.it

Kommentare und Vorschläge
sind jederzeit willkommen. Bitte richten Sie diese an:
e-mail: reinhard.gunsch@provinz.bz.it
oder Tel. 0471/411525 oder Fax 0471/411515

Nachdruck, Entnahme von Texten und Grafik, fotomechanische Wiedergabe nur unter Angabe der Quelle.

Inhaltsverzeichniss

>Einführung in die Präventionstagung 2005 ____ 5
Dr. ***Reinhard Gunsch***

>Grußwort des Landesrates für Gesundheit und Sozialwesen ____ 9
Dr. ***Richard Theiner***

>Grußwort der Präsidentin des Dachverbandes der Sozialverbände Südtirols ____ 12
Ida Lardschneider

>Von der Kultur der Armenhilfe zum aktivierenden Sozialstaat:
ein Paradigmenwechsel für das Klientel und die Dienste ____ 13
Prof. ***Dr. Walter Lorenz***

>Beziehungen zwischen den Selbsthilfegruppen, den professionellen Fachkräften und den Institutionen: Konflikt und Integration ____ 21
Dr. ***Massimo Cecchi***

>Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsselbsthilfe und professioneller Gesundheitsversorgung stärken: ein Erfahrungsbericht ____ 28
Dipl.-Psych. ***Monika Bobzien***

>Selbsthilfgruppen begegnen Fachleute und Diensten in Südtirol:
Standortbestimmung und Ergebnisse einer Umfrage ____ 38
Dipl. Soz. Ass. ***Irene Gibitz***
Dr. ***Julia Kaufmann***

Resultate der Arbeitsgruppen

>Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Professionalität im Bereich CHRONISCHE ERKRANKUNGEN ____ *66*

>Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Professionalität im Berich PSYCHISCHE GESUNDHEIT ____ *67*

>Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Professionalität im Berich TRAUER ____ *68*

>Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Professionalität im Berich BEHINDERUNG ____ *69*

>Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Professionalität im Berich SUCHT ____ *70*

>Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Professionalität im Berich FAMILIE ____ *71*

Einführung in die Präventionstagung 2005

>Dr. ***Reinhard Gunsch***

Diese Tagung ist nun die 5. Präventionstagung des Sozialwesens. In den vergangenen vier Jahren wurden im Sinne des gültigen Sozialplanes weitere durchgeführt, bei denen es immer wieder um die primäre Prävention in der lokalen Gemeinschaft ging. Den verschiedensten Fragestellungen haben wir uns bisher zugewandt:

- Subsidiarität und privates Engagement im Südtiroler Sozialwesen
- (Aus)Wirkungen präventiver Sozialarbeit auf unsere örtlichen Gemeinschaften
- Soziale Verantwortung von Unternehmen
- Sozialräumliches Arbeiten

Mit der diesjährigen Tagung versuchten wir, die Beziehung zwischen dem Selbsthilfeansatz und dem hauptamtlichen Berufsanspruch von professionellen HelferInnen zu beleuchten. Das lokale Sozial- und Gesundheitswesen unterliegt in dieser Fragestellung einem ähnlichen Transformationsprozess, wie die übrigen westlichen Länder auch: das Zusammenspiel zwischen dem Expertentum aus Betroffenheit und dem Expertentum aus Fachlichkeit ist wie eine Bootsfahrt auf hoher See[1].

In Südtirol gibt es z. Z. über 200 Selbsthilfegruppen zu den verschiedensten Themen: Depression und Angststörungen, chronische Krankheiten, Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma, Kinderlähmung, Alkohol, Trauer, Trennung und Scheidung, Behinderung…

Das öffentliche Interesse rund um die Wirksamkeit der Selbsthilfearbeit, die Formen des Zusammenspiels zwischen Selbsthilfegruppen und Profis nimmt sowohl in unserer Bürgergesellschaft, als auch in Fachkreisen immer mehr Raum ein, und somit lag es auf der Hand, sich im Rahmen einer Tagung auf die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen/initiativen und Fachleuten/Diensten zu konzentrieren.

Diese Veranstaltung wurde vom Assessorat für Gesundheits- und Sozialwesen in Zusammenarbeit mit der Dienststelle für Selbsthilfgruppen des Dachverbandes der Sozialverbände organisiert. Ohne die Mitarbeit von Irene Gibitz und Julia Kaufmann

---

[1] Siehe Bild der Tagung. Es handelt sich um ein Auftragsbild, das von Herrn Markus Trocker, BTZ Bozen, Bezirksgemeinschaft Salten Schlern ausgeführt wurde.

(Dienststelle für Selbsthilfegruppen), Karl Tragust (Direktor der Abteilung Sozialwesen) Monica Margoni und Veruska Stampfer (Dienststelle für Personalentwicklung) wäre die Vorbereitung und Durchführung der Veranstaltung nicht so reibungslos über die Bühne gegangen und die Wirkungen dieser Tagung wären spärlicher ausgefallen.
Für jene LeserInnen, die nicht am Kongress teilnehmen konnten, wird nochmals das Programm abgebildet, damit sie sich einen ganzheitlichen Überblick zur Tagung verschaffen können:

8.30 Uhr	Einschreibung	
9.00 - 9.15 Uhr	Theateranimation	Theaterpädagogisches. Zentrum Brixen,
9.15 - 9.30	Präsentation der Tagung und Grußworte	Landesrat Dr. Richard Theiner; Präsidentin Ida Lardschneider, Dachverband der Sozialverbände Südtirols
9.30 - 10.00	Von der Kultur der Armenhilfe zum aktivierenden Sozialstaat: ein Paradigmenwechsel für das Klientel und die Dienste.	Prof. Dr. Walter Lorenz Freie Universität Bozen
10.00 - 10.15	Diskussion	
10.15 - 10.45	*Kaffeepause*	
10.45 - 11.15	Beziehungen zwischen den Selbsthilfegruppen, den professionellen Fachkräften und den Institutionen: Konflikt und Integration.	Dott. Massimo Cecchi, Sanitätsbetrieb Florenz - Dienst für Alkoholerkrankungen
11.15 - 11.30	Diskussion	
11.30 - 12.00	Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsselbsthilfe und professioneller Gesundheitsversorgung stärken - ein Erfahrungsbericht.	Dipl. Psych. Monika Bobzien Dialog München - KISS Hamburg (Deutschland)
12.00 - 12.15	Diskussion	
12.15 - 13.30	*Mittagsbuffet*	
13.30 - 14.00	Selbsthilfegruppen begegnen Fachleuten und Diensten in Südtirol: Standortbestimmung und Ergebnisse einer Umfrage.	D.S.A. Irene Gibitz und Dr. Julia Kaufmann, Dienstelle für Selbsthilgruppen/ Dachverband der Sozialverbände Südtirols

14.00 - 15.45	**Arbeitsgruppen:** **Impulsreferate und Diskussion**		
	Fachleute	Selbsthilfevertreter/In	Diskussionsleitung
Chronische Erkrankungen	Dr. Michele Comberlato	Stefan Bertagnolli	Emanuela Pattis
Psychische Gesundheit	Dott.ssa Elda Toffol	Monika Kob	Dr.Mara Stenico
Trauer	Dr. Antonio Gualtirolo	Wanda Farina	Renate Torggler
Behinderung	Dr. Sabine Abram	Gertrud Calenzani	Dr. Simonetta Terzariol
Sucht	Dr. Michele Fanolla, Rosa Innerebner Reider	Johann Handgruber, Dr. Valentina Inderst	Dr. Ute Gebert
Familie	Soz. Ass. Susanne Höller	Frau Manuela	Dr. Evi Mittersteiner
15.45 - 17.00	Präsentation der Ergebnisse und Diskussion		
	Abschluss der Tagung		

Zudem nenne ich dem/der LeserIn auch eine Internetseite **www.social.bz.it/tagung/convegno**, durch die er/sie sich weitere Eindrücke zum genannten Kongress verschaffen kann.

Nun, was heißt eigentlich Selbsthilfe? Selbsthilfe bedeutet, die eigenen Probleme und deren Lösung selbst in die Hand zu nehmen und im Rahmen der eigenen Möglichkeiten aktiv zu werden. Selbsthilfe basiert auf der Verantwortung des Menschen für sich selbst.
In Selbsthilfegruppen treffen sich Menschen, die ihre psychosozialen Probleme und Krankheiten mit anderen Betroffenen teilen und lösen wollen und beabsichtigen, sich gegenseitig bei der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten zu unterstützen.

Sowohl die Personen, die sich in der Selbsthilfe engagieren, als auch die Fachleute sind Experten, die jeweils einen eigenen Zugang zur Bewältigung eines Problems bzw. einer Krankheit haben. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den beiden besteht dort, wo versucht wird, sich gegenseitig zu ergänzen und zu integrieren. Betroffene können professionelle Hilfsangebote von den Fachleuten bekommen, während die Fachkräfte durch die Betroffenen Einblick in die jeweiligen Erfahrungen erhalten können.

Je mehr das Gesundheits- und Sozialwesen sich am Patienten/ Klienten orientieren möchte, desto mehr muss es den Betroffenen aktiv mit einbeziehen. Der Bürger wird dann nicht mehr allein vom Gesundheits- und Sozialwesen versorgt, sondern setzt sich zusätzlich aktiv und selbstverantwortlich für seine Gesundheit ein.
Für die soziale Arbeit sind die Selbsthilfegruppen von höchster Bedeutung.
Grundlegend für den Gruppenverlauf ist das demokratische, gleichgestellte Arbeitsbündnis zwischen den Gruppenmitgliedern. Empirische Untersuchungen haben zwar gezeigt, dass die Ergebnisse der Arbeit in Selbsthilfegruppen, denen der professionellen Gruppenbehandlung gleichen; und trotzdem sind gerade im Verbund von Selbsthilfegruppen und von Fachleuten der Sozialberufe sehr günstige Entwicklungschancen erkennbar. Die Zusammenarbeit zwischen den ExpertInnen und den Laien lässt eine neue Qualität der Gruppenarbeit entstehen, es bedarf dazu allerdings eines geänderten Rollenverständnisses. Im Kontrast zur traditionellen, ungleichgewichtigen Beziehung zwischen Fachleuten und KlientInnen berät der Experte nicht die Gruppen, sondern er berät mit den Gruppen. Einerseits sind die Hauptbarrieren bei den KlientInnen die Angst vor dem Fremden und Unbekannten, vor dem Arbeiten ohne LeiterIn, vor der Erörterung persönlicher Probleme in einer Gruppe, andererseits sind die Hauptbarrieren bei den SozialarbeiterInnen die Angst vor der Konkurrenz, vor dem Entbehrlichwerden, vor dem Verlust der Versorgerrolle.
Die brisante Entwicklung der Selbsthilfe und der ExpertInnenolle laufen nicht auf eine Selbstaufgabe des beruflichen Helfers hinaus, sondern auf die Realisierung derselben Aufgabe in einer neuen, gleichgestellten Beziehung. „Die Hilfe zur Selbsthilfe entwickelt sich konsequent zu einer Hilfe zur Gruppenselbsthilfe“[2]

Dr. ***Reinhard Gunsch***
Abteilung Sozialwesen-
Dienststelle für Personalentwicklung
reinhard.gunsch@provinz.bz.it
Tel. +39 0471 411525

[2] Moeller, M.L.: Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen, Reinbek, 1996

Grußwort des Landesrates für Gesundheit und Sozialwesen

>Dr. ***Richard Theiner***

Allen KongressteilnehmerInnen, ReferentInnen und OrganisatorInnen dieser Veranstaltung wünsche ich im Namen der Landesregierung einen schönen guten Morgen.

- Selbstständigkeit und Eigenverantwortung,
- Selbsthilfe und Laienhilfe,
- Mitsprache und Mitgestaltung,
- Expertentum aus Betroffenheit oder Expertentum in eigener Sache,
- Expertentum aufgrund erlernter Fachlichkeit,
- Professionalität in der Sozialarbeit,
- Vernetzung verschiedener Expertenwissen,

das alles sind Begriffe die heute in der Sozialpolitik und Sozialarbeit aber auch im Gesundheitswesen, große Aktualität besitzen und nicht nur in Südtirol in Diskussion sind. Wir sind von der Bedeutung des Selbsthilfeansatzes überzeugt und wir haben die Anregung des Dachverbandes der Sozialverbände Südtirols, das Thema der Selbsthilfe in der Öffentlichkeit und in einer Fachdiskussion aufzugreifen gerne angenommen. So haben wir die diesjährige Präventionstagung diesem Thema gewidmet und die Beziehung von „ Selbsthilfe und Professionalität in der Sozialen Arbeit “ zur Diskussion gestellt.

Selbsthilfe bedeutet demnach im Rahmen der eigenen Sphäre Möglichkeiten zu ergreifen, seine eigenen Ressourcen zu finden, die Verantwortung für sein Leben zu übernehmen. Wann immer möglich sollten passive Leistungsempfänger zu aktiven Gestaltern des eigenen Lebens werden.

Selbsthilfe bedeutet demnach im Rahmen der eigenen Möglichkeiten aktiv zu werden, Verantwortung für sich selbst und für die Gemeinschaft zu übernehmen.

Sozialpolitik muss vor allem Hilfe zur Selbsthilfe leisten. Diese Leitlinie ist auch im Sozialplan festgeschrieben. Das oberste Ziel sozialpolitischer Unterstützungsleis-

tungen ist also die Wiederherstellung der Autonomie des Individuums und des Gemeinwesens. Wenn immer möglich soll die Entstehung von sozialen Notlagen vermieden werden und dies gelingt insbesondere durch die Förderung von selbstverantwortlichen Handeln und durch die Bereitschaft, Lösungsstrategien die der einzelne Bürger und die örtliche Gemeinschaft für sich und sein/ihr Wohlbefinden entwickelt haben, als Ausgangspunkt der Maßnahmen zu nehmen.

Sich in Freiwilligen- und Selbsthilfegruppen zu organisieren ist ein Versuch sich aus eigener Betroffenheit heraus auf den Weg zu machen und zwar nicht alleine, sondern mit anderen gemeinsam die Probleme anzugehen: so ist die Auseinandersetzung mit Gleichbetroffenen ein Weg zur Hilfe. Dies ist ein Weg heraus aus der persönlichen Einsamkeit und hin zur Entwicklung von sozialer Kompetenz. Selbsthilfe ist in diesem Sinne als eine nichtprofessionelle soziosanitäre Hilfestellung und Möglichkeit zu verstehen, die wir bewusst als wichtigen Teil des Sozial- und Gesundheitswesens unterstützen.

Selbsthilfe ergänzt sich mit der Arbeit der professionellen MitarbeiterInnen in den Sozial- und Gesundheitsdiensten. Es bedarf daher einer guten Integration dieser beiden Wirklichkeiten, die unterschiedliche Aufgaben und Funktionen wahrnehmen. Konflikte entstehen insbesondere dort, wo sie die selben Dinge verrichten und sich geringe Achtung und Wertschätzung entgegenbringen. Die heutigen Referate werden uns einen tieferen Einblick in dieses Zusammenspiel geben.

Die Zusammenarbeit zwischen Freiwilligenorganisationen, Selbsthilfegruppen und professionellen SozialarbeiterInnen verstehe ich als Netzwerkarbeit, auf der Suche nach möglichen Lösungen der Bedürfnisse von aktiven Bürgerinnen und Bürgern. Die Professionellen bringen dabei ihre technische Kompetenz ins Spiel, die Mitglieder der Selbsthilfegruppe ihre Betroffenen- und Erfahrungskompetenz und den persönlichen Einsatz für die eigene Gesundheit und das gemeinschaftliche Wohlbefinden.

Betroffene können sich von Professionellen in fachlichen Fragen beraten lassen, während Fachleute durch Betroffene Einblick in den Alltag und den Umgang mit einer Erkrankung bekommen.

In Südtirol gibt es heute über 200 Selbsthilfegruppen zu den verschiedensten Themen und mit Überzeugung unterstützen wir die Dienststelle für Selbsthilfegruppen, die beim Dachverband angesiedelt ist.
Sie übt die Rolle einer zentralen Informationsstelle für alle am Thema Selbsthilfe interessierten Personen aus und unterstützt und koordiniert die Selbsthilfetätigkeit in der Provinz Bozen. In diesem Sinne erfasst sie auch den Bedarf an Selbsthilfegruppen und kann u.a. Lücken im lokalen Versorgungssystem aufzeigen.

Von Kritikern wird die Selbsthilfetätigkeit oft als eine neuzeitliche Erfindung definiert, die erst im Zuge der Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitswesens an Aktualität erlangt hat. Persönlich bin ich der Meinung und dies entspricht dem Menschenbild, das mich in meinem sozialpolitischen Handeln leitet, dass wir alles unternehmen müssen, dass - wenn immer möglich- die BürgerInnen und Bürger

Südtirols in die Lage versetzt werden, ihren Krankheiten und Problemen mit eigenen Kräften zu begegnen. „Experte in eigener Sache“ zu sein, bedeutet einen soliden Grundstein zu legen, der zu mehr „Mündigkeit als Patient“ und zu mehr „Solidarität in der Bürgerschaft“ führt.

In diesem Sinne wünsche ich der Tagung einen guten Verlauf.

Landesrat Dr. ***Richard Theiner***
Richard.Theiner@Provinz.Bz.it
Tel +39 0471 411555

Grußwort der Präsidentin des Dachverbandes der Sozialverbände Südtirols

>*Ida Lardschneider*

Allen KongressteilnehmerInnen, ReferentInnen und Organisator-Innen dieser Veranstaltung wünsche ich im Namen des Dachverbandes der Sozialverbände einen schönen guten Morgen.

In den letzten Jahrhunderten wurden in jeder Hinsicht enorme Fortschritte erzielt – so auch im Bereich der Medizin, der Psychiatrie und der Technik (die so manchen Menschen zu ersetzen scheint).

Diese Entwicklung ist ein Segen für die Menschheit, haben wir doch hervorragend ausgebildete Spezialisten auf jedem Gebiet – Ärzte, Therapeuten, Psychologen; wir haben Hilfsmittel, welche Gliedmaßen und Sinnesorgane ersetzen oder zumindest ergänzen können und sicher ist die Wissenschaft noch nicht am Ende – wer möchte darauf verzichten?
Aber schon im Jahre 1935 haben betroffene Menschen in Amerika die ersten Selbsthilfegruppen gegründet, da man sich dessen bewusst wurde, dass man Hilfe und Heilung nicht nur den Experten überlassen darf.
Es hat sich mittlerweile erwiesen, dass Selbsthilfe die „beste Hilfe“ ist. Der Kontakt zu Menschen, welche die gleiche Krankheit oder das gleiche Problem haben oder hatten, ist schon heilsam; mit jemandem sprechen zu können, dessen Blick nicht Ungläubigkeit oder Mitleid ausdrückt, der versteht, wovon man spricht; Erfahrungen austauschen oder auch nur zuhören, sind Erlebnisse, welche durch Fachwissen nicht ersetzt werden können, aber wenn beide Bereiche sich zusammentun, kann es zu einer optimalen Ergänzung führen. In manchen Bereichen ist eine solche Zusammenarbeit bereits existent und erzielt hervorragende Ergebnisse.
Ziel dieser Tagung sollte sein, dass in Zukunft das Miteinander von professionellen Kräften und Selbsthilfe zur Selbstverständlichkeit wird.

Ida Lardschneider
info@social-bz.net
Tel. +39 0471 324667

Von der Kultur der Armenhilfe zum aktivierenden Sozialstaat: ein Paradigmenwechsel für das Klientel und die Dienste

>Prof. Dr. ***Walter Lorenz***

Die Besinnung auf die Beziehung von Professionalität und zivilgesellschaftlichen Eigeninitiativen in sozialen Diensten ist enorm zeitgemäß. Man könnte prognostisch sagen, am Verhältnis der Sozialarbeit zur Selbsthilfe wird sich die Zukunft dieser Profession entscheiden. Damit meine ich nicht, dass die Zukunft der Professionalität in der Sozialarbeit durch Bewegungen der Selbsthilfe bedroht wäre, im Gegenteil: Meine Hypothese ist, dass im Dialog mit Selbsthilfebewegungen und anderen Initiativen der Zivilgesellschaft sich die Tragfähigkeit der besonderen Art der Professionalität der Sozialarbeit bewähren wird, die diese im Verlauf ihrer Geschichte entwickelt hat oder zumindest zu entwickeln versucht hat. Das bedeutet aber zugleich, dass die Aktualität dieses Themas gerade aus dem historischen Rückblick erschlossen werden muss. Nur, indem wir uns an die Anfänge der Sozialarbeit erinnern, können wir diese besondere Art der Professionalität erfassen, auf deren präzisere Fassung ich abziele. Die Dynamik, die im Aufeinandertreffen von Professionalität und Selbsthilfe entsteht, ist der Sozialarbeit sozusagen in die Wiege gelegt worden. Dabei war diese Dynamik immer kontrovers und von Spannungen geprägt. Einige Teile der Disziplin wollten sich immer wieder von dieser Dynamik befreien, sich aus vormodernen Verhältnissen emanzipieren, wie sie es sahen. Sie erachteten es als ein Hindernis auf dem Weg zur Entwicklung einer autonomen Professionalität, als die Eierschalen einer Frühzeit, die es endlich Zeit wäre, abzuschütteln, damit die Profession im Olymp der anderen, etablierten Professionen ernst genommen würde.

Gegen diese, meiner Ansicht nach fehlgeleitete Position, hilft vor allem die gründliche historische Reflexion, und zwar nicht nur die Reflexion über die Geschichte der Sozialarbeit selbst, sondern über die fundamentale Transformation der Gesellschaft, die im Übergang von traditionellen Gemeinschaften zu modernen Gesellschaften stattgefunden hat. Diese Transformation, die durch die industriellen und die politischen Revolutionen gekennzeichnet ist, erforderte eine grundsätzliche Neufassung der sozialen Solidarität. In der Moderne wurde es problematisch, wer nun als „mein Nächster" zu gelten habe, wessen Probleme für mich überhaupt Relevanz haben, und wo die Grenzen der Solidarität zu finden wären. Im Grunde bedeutete das, dass Solidarität organisiert werden musste, nichts Selbstverständliches mehr war und einer Vielzahl von Organisationen auch de facto überantwortet wurde. Neben die „traditionellen" der Familie, der Gemeinde, der Kirche und der Zünfte etwa traten nun neue explizite Hilfeorganisationen der sich entwickelnden Zivilgesellschaft, und zwar säkulare philanthropische Organisationen, kommerzielle Institutionen wie Versicherungen, gemeinnützige Banken wie die Raiffeisenkasse, Lebensversicherungen, Bausparkassen, politische Organisationen wie Gewerkschaften und andere Selbstschutzorganisationen, Feuerwehren, politische Parteien bis hin zum Staat selbst, der sich allmählich immer mehr in das Soziale „einmischte" durch die Entwicklung der Instrumente der Sozialpolitik. Das Problem der modernen Sozialver-

sorgung war nicht so sehr das Fehlen von Einrichtungen, sondern deren Organisation und Koordination. Und um diese gesellschaftliche Frage der Organisation neuer Solidaritätsstrukturen entstand eigentlich Sozialarbeit in ihrer Doppelfunktion: als Anbieterin von direkter Hilfe, wo diese bisher nicht angeboten wurde aus mangelndem Verständnis veränderter sozialer Verhältnisse, aber viel mehr noch als Vermittlerin von Hilfeangeboten anderer Organisationen, so dass diese dem Gesamtkonzept einer gut funktionierenden Gesellschaft dienen konnten. Dies bedeutete natürlich unmittelbar, dass Sozialarbeit eine politische Funktion hatte und nicht nur Sozialpolitik praktisch umsetzte, sondern Sozialpolitik aktiv machte im dichten Gewebe ihrer Entscheidungen und Empfehlungen. Darin bestand ihre eigentliche Professionalität, in der systematischen Erarbeitung und Anwendung wissenschaftlicher Kriterien für die „beste“ organisatorische Koordination von Hilfen für Menschen in bestimmten Notsituationen. Denn es musste von Anfang an klar sein, dass keine einzelne Einrichtung in der Lage wäre, die Komplexität sozialer Probleme zu lösen, sondern dass nur im Zusammenspiel von verschiedenen Leistungen selbsttragende, sustainable Hilfe entstehen könnte. Dies erforderte einerseits eine methodologische Verpflichtung auf Zweckrationalität, andererseits ein Verständnis für die Eigendynamik informeller, traditioneller Hilfestrukturen wie der Familie, der Kirchen und der Philanthropie, die auch in der Moderne ihre Bedeutung behielten.

Daran wird aber auch ersichtlich, dass sich der Charakter der Selbsthilfe im Übergang zur Moderne grundsätzlich wandelte, und zwar indem sie unausweichlich politisiert wurde. Dieser neu sich zeigende Doppelcharakter der sozialen Selbsthilfe gab immer wieder zu Missverständnissen Anlass. Einerseits ist sie ein traditionelles Phänomen, das in Gemeinschaften ihre Wurzeln hat und auch immer darauf abzielt, Gemeinschaft zu stiften als die Grundlage der Hilfe und der Solidarität. Andererseits ist Selbsthilfe selbst zu einem politischen Faktor geworden, da sie sich nicht gegen die Prozesse der Moderne isolieren kann und damit ein eigenes Bild einer modernen Gesellschaft beinhaltet, über die jeweils gegründeten Gemeinschaften hinaus. Der Staat erkannte sofort diese politische Bedeutung der Selbsthilfe als Herausforderung und sogar mögliche Bedrohung, die er in den Griff bekommen musste. Er sagte Selbsthilfeorganisationen zunächst einmal sogar den Kampf an, vor allem in Ländern der ersten Welle der Industrialisierung wie Großbritannien. Die dortigen Industrialisierungsgewinner, die großen Unternehmer, überzeugten den Staat, dass Einrichtungen wie etwa die mutuellen Versicherungen, die sich aus den Zünften entwickelt hatten, und vor allem die Gewerkschaften, die ja eine umfassende soziale Selbsthilfefunktion hatten mit ihren Nothilfekassen für Krankheitszeiten, aber auch für Streiks, eine Gefahr für den industriellen Fortschritt bedeuteten, und dieser versuchte sie dann auch systematisch zu unterbinden bzw. sie unter staatlicher Kontrolle neu und angepasst zu gründen. Man vermutete nicht nur hinter den Initiativen der Arbeiterbewegung eine Bedrohung der politischen Ordnung, sondern auch etwa hinter der Frauenbewegung oder den neu entstehenden Kirchen wie die Methodisten und die Heilsarmee, die unter der sozial verunsicherten Bevölkerung einen enormen Anklang fanden. Andere Sozialsysteme, die sich später entwickelten, vor allem das konservative deutsche nach der Konzeption Bismarcks, lernte schon aus der Unmöglichkeit und Torheit, Selbsthilfe unterdrücken zu wollen und versuchte daher, Selbsthilfe in die Gestaltung des Sozialen einzubeziehen. Das deutsche Rezept lautete Subsidiarität, also die hierarchische Ordnung

verschiedener Kompetenzebenen für soziale Hilfe, wo der jeweils unteren Ebene Priorität eingeräumt wird, allerdings um den Preis staatlicher Anerkennung und Kontrolle durch Finanzierung. Selbsthilfe und Ehrenamtlichkeit spielen im Korporatismus dieser Art eine große Rolle, wie z.B. auch Versicherungen, aber ihr Platz in der Gesellschaft ist genau festgelegt und auf die Festigung des Nationalstaats verpflichtet.

Es wäre also naiv, zu postulieren, dass Selbsthilfe und öffentlich „von außen organisierte Hilfe“ in dieser Vorzeit einmal harmonisch Seite bei Seite gestanden hätten. Das Verhältnis war immer politisch geladen und gespannt. Die Bedeutung der professionellen Entwicklung der Sozialarbeit besteht nun darin, dass sie sich gegen diese Dynamik nicht abschloss, sondern ihre professionelle Rolle gerade in der Behandlung dieser Spannung und der Vermittlung zwischen den Polen entwickelte. Dabei geriet sie unweigerlich ins Kreuzfeuer politischer Kritik und galt oft als subversiv, wenn sie sich zu verständig für das Potential der Selbsthilfe zeigte. Andererseits entwickelte sie auch ihrerseits Anpassungsstrategien an die dominanten politischen Machtverhältnisse, wenn sie sich instrumentalisieren ließ für die Kontrolle der Selbsthilfeanstrengungen der Betroffenen. Hier spielte vor allem die notorische Unterscheidung von „unterstützungswürdigen“ und „unterstützungsunwürdigen“ Klienten eine Rolle, mit der nicht nur die Aufnahme „reformunwilliger“ Armer in die Armen- und Zuchthäuser legitimiert, sondern auch die Individualisierung der Problembewältigung vorangetrieben wurde, die wiederum einem bestimmten Marktverhalten Vorschub leistete: würdig war, wer sich selbst versorgte, sich nicht auf andere angewiesen zeigte, und damit sich der vorherrschenden Arbeitsmoral angepasst verhielt, gleichzeitig aber auch wie ein Spieler im kommerziellen Markt von Angebot und Nachfrage.

In der Urstunde der Entwicklung moderner Sozialstrukturen sind also sowohl Selbsthilfe als auch sozialarbeiterische Professionalität von einer grundsätzlichen Ambivalenz geprägt: Beide stehen mit einem Fuß in der Moderne, mit dem anderen aber noch in der Vormoderne; beide enthalten das Potential der eigendynamischen Emanzipation, um Hilfe zur Selbsthilfe zu entfalten, aber auch die Gefahr, Verantwortung abzuladen, den Staat und die Gesellschaft zu entlasten, den Bessergestellten die Last der Verantwortung für die schlechter Gestellten vom Hals zu schaffen und ihre Gewissen zu erleichtern.
Diese Ambivalenz hat somit sowohl eine sozialpolitische Dimension, die sich in der Entwicklung der verschiedenen Sozialsysteme in Europa entfaltet, als auch eine entsprechende professionell-methodische. Die grundsätzlichen europäischen sozialpolitischen Grundmodelle des Liberalismus, der Sozialdemokratie und des Konservatismus weisen der Selbsthilfe jeweils ganz andere Rollen und Funktionen zu, ohne je auf diese ganz verzichten oder sich ganz auf sie verlassen zu können.

Was die professionelle Entwicklung der Sozialarbeit betrifft, trat im Zuge der Durchprofessionalisierung der sozialen Berufe wiederum eine Spaltung auf. Sozialarbeit als community work respektierte den organisatorischen Aspekt der Selbsthilfe und entwickelte Methoden, vor allem in der politisch bewussten Version der community action, die das Selbsthilfepotential von Opfern sozialer Missstände zu fördern suchten, indem sie diese zu kollektiven Handlungsweisen anregten. Diese Methode besagt, dass Selbsthilfe nicht zur Vereinzelung führen darf, zum Verlassensein von gemeinschaftlicher Solidarität, sondern muss gerade zu deren Schaffung beitragen, mit allem, was das bedeutet, also Wissen, Ressourcen, Netzwerke. Selbsthilfe ist ein ständiger Lernprozess, der Strukturen schafft, um die Selbsthilfe auch tragfähig zu machen. Die Rolle der Professionellen in diesem Methodenkontext besteht darin, sich letztlich überflüssig zu machen, was professionspolitisch gesehen natürlich ein Paradox darstellt.

Die anderen Auswirkungen der Selbsthilfe zeichnen sich parallel dazu auf der psychologischen Ebene ab. Die ursprüngliche Begegnung in der Moderne zwischen organisierten Helfern und Hilfebedürftigen führte nämlich zu einer Grundeinsicht, die für die Entwicklung professioneller Sozialarbeitmethoden prägend blieb: Die gut situierten Helfer, die anfänglich ihre Hilfe zumeist auf der Basis der Ehrenamtlichkeit anboten, mussten schmerzlich erfahren, dass ihre Hilfe nicht so ohne weiteres angenommen wurde. Sie mussten sich damit auseinandersetzen, dass ihre guten Ideen, ihre Lösungsangebote gerade nicht dankbar angenommen wurden, oder oft nur unter Druck und mit Manipulationen, obwohl, oder gerade weil sich die Empfänger in für sie selbst unlösbaren Notsituationen befanden. Sozialarbeiterinnen mussten sich von Anfang an Gedanken darüber machen, wie sich diese Widerstände erklären und dann auch bewältigen liessen. Einen entscheidenden Beitrag dazu leistete die Psychoanalyse, die die Abwehrmechanismen des Ichs grundsätzlich nicht als pathologische Fehlentwicklungen erklärte, sondern als lebensnotwendige Selbstbehauptung, die sich schon in früher Kindheit entwickelt und dann das Erwachsensein prinzipiell prägt. Aus dieser wissenschaftlichen Perspektive konnte nicht nur der auftretende Widerstand aus seiner moralischen Missdeutung als „Undankbarkeit“ oder „Verstocktheit“ herausgelöst und psychologisch erklärt werden, es konnte auch auf diese Widerstände des Ichs positiv eingegangen werden. Der Erfolg der casework Methode beruht auf dieser Leistung und ermöglichte, Formen der Hilfestellung anzubieten, die die Entwicklung des Ichs förderten, statt dieses Ich durch Hilfe noch stärker zu kränken und zu schwächen. Casework bedeutet grundsätzlich Befähigung zur Selbsthilfe.

Allerdings leitete diese Spaltung der Methoden zwischen Gemeinwesenarbeit und Einzelhilfe wiederum eine neue Spannung ein, indem das Bewusstsein der politischen Bedeutung aller Interventionen hauptsächlich auf Aktivitäten im Bereich der community work abgeleitet wurde, wobei casework entsprechend weiter entpolitisiert wurde. Je stärker das professionelle Bewusstsein der in die Wohlfahrtsstaaten integrierten Sozialarbeiterinnen sich entwickelte, dass sie auf der richtigen methodischen Spur waren, die ihnen auch entsprechende Akzeptanz bei Klientinnen und Erfolge bei der Bewältigung von Problemen brachte, desto mehr interpretierten sie den Prozess der Selbsthilfe auf das Psychologische um und beanspruchten wiede-

rum, dadurch Klientinnen besser verstehen zu können, als diese sich selbst verstanden. Das Element der Machtunterschiede in allen Problemdefinitionen spaltete sich also ab, wurde selbständig und gerade dadurch nicht mehr problematisierbar, außer im offenen Konflikt mit Klientinnen. So konnte es zu den grotesken Situationen kommen, dass Sozialarbeiter etwa Familien, die von Armut betroffen waren, nicht unmittelbar zu finanziellen Unterstützungen verhalfen, sondern tiefenpsychologisch aufarbeiteten, da deren Ich sich nicht entsprechend „erwachsen" schon früher vor Armut geschützt hatte. Sozialarbeiter gerieten im Prozess der Konsolidierung ihrer Professionalisierung in den Verruf, die eigentlichen, unmittelbaren Anliegen ihrer Klienten zu ignorieren und diese erst über Umwegen zur Erfüllung ihrer Bedürfnisse zu bringen.

Das Selbstbewusstsein, man könnte auch sagen die Hochmut dieser professionellen Entwicklung ging einher mit und konsolidierte sich während der Blütezeit der europäischen Wohlfahrtsstaaten nach Ende des 2. Weltkriegs. Der Ausbau der Sozialsysteme repräsentierte den Versuch, die durch Faschismus und Krieg in ihren Fundamenten erschütterten europäischen Gesellschaften vor internen sozialen Spannungen zu bewahren und gleichzeitig dem Kommunismus und seinen sozialen Versprechungen eine attraktive Alternative zu setzen. Der ökonomische Aufschwung des westlichen Kapitalismus ermöglichte den raschen Ausbau der sozialen Sicherheitsnetze nach umfassenden Mustern, von Wissenschaftlern im Verbund mit Politikern entwickelt, die dann mit unterschiedlicher Geschwindigkeit implementiert wurden. Die Grundideen gingen wohl auf Forderungen der Arbeiterbewegung aus dem 19. Jahrhundert zurück, versäumten aber allgemein, die aktuell Betroffenen nach ihren Vorstellungen und Bedürfnissen zu befragen. In diesem Klima verlor also der Selbsthilfeansatz an sozialpolitischer Bedeutung, und dieser Bedeutungsverlust wurde zudem auf der professionellen Ebene der Methodik vorangetrieben durch die oben beschriebenen Mechanismen. So konnte etwa der Eindruck entstehen, dass diese Wohlfahrtstaaten Armut eliminiert hätten bzw. dass diejenigen, die sich trotz umfassender sozialer Sicherheitsnetze noch in Armut befanden, Ausnahmen darstellten, denen man mit individualisierten sozialarbeiterischen Methoden zur Integration verhelfen könnte.

Die sogenannte „Wiederentdeckung der Armut" in den 70-er Jahren war daher ein Schock für die Wohlfahrtsgesellschaften und verbreitete zudem Verwirrung unter den sozialen Professionen. Waren sie gescheitert in ihrer Methodik, in ihrer Professionalität, in ihrem Glauben, einen entscheidenden Beitrag zur Transformation der Gesellschaft leisten zu können? Diese Verunsicherung wurde weiter gefördert durch das Wiedererwachen sozialer Bewegungen in den 70er und 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts. Sie konnten sich nicht mit den Errungenschaften der Wohlfahrtsstaaten identifizieren, sondern klagten an, dass auch in den Bereichen, in denen die sozialpolitischen Maßnahmen gut entwickelt waren, elementare Bedürfnisse der Betroffenen völlig außer Acht gelassen worden waren. So mahnte etwa die Emanzipationsbewegung der schwarzen Bevölkerung in Ländern mit kolonialer Vergangenheit, dass die materielle Beseitigung der Armut allein nicht genüge, sondern dass es ihnen um die Verwirklichung von Zivilrechten ginge, dass in allen Hilfeprogrammen „von oben" eine zusätzliche Entmächtigung enthalten wäre, eine Bestätigung ihrer

Abhängigkeit von Experten, die die Ungleichheit in der Gesellschaften verkörperten. Eine Bürgerrechtsperspektive bedeutete für sie vor allem, dass sie selbst an der Lösung ihrer Probleme beteiligt sein wollten, dass ihre Probleme ihre Sache waren, nicht Sache der Experten. Ähnlich argumentierte die Frauenbewegung, die den Politikern und Bürokraten, die den Ausbau des Sozialstaats betrieben, Paternalismus vorwarfen.
Diese Bewegungen bewirkten allmählich ein radikales Umdenken in der Sozialarbeit, und zwar nicht nur eine Rückbesinnung auf die Methoden von community work, sondern auch eine Überprüfung der personenbezogenen Methoden. Hier musste man entdecken, dass die Aneignung von wissenschaftlichen Erkenntnissen für die Professionalisierung der Sozialarbeit nicht ausreichte, sondern dass andere oder zumindest zusätzliche Qualitäten gefragt waren. In manchen Ländern, vor allem Großbritannien, wurde persönliche Identität methodisch aufgearbeitet in dem Sinne, dass Versuche in Richtung einer „schwarzen" oder „feministischen" Sozialarbeit unternommen wurden, d.h. Sozialarbeit die sich explizit auf Identitäten bezog und Solidarität unter Frauen und ethnischen Gruppen förderte über die Lösung konkreter Probleme hinaus. Wenn auch überall mehr Frauen als Männer in den sozialen Professionen tätig waren, hatten sie im Verlauf der Professionalisierung ihre weibliche Identität fast vergessen und diese auf der Basis einer Identitätsneutralität aufgebaut. Es wäre aber absurd gewesen, etwa im Bereich der Arbeit in Frauenhäusern nicht auf die Gender Identität der Mitarbeiterinnen zu achten, und die Identitätsfrage stellte sich in vielen Bereichen mit starker Aktualität. In anderer Hinsicht, vor allem bei der Einstellung schwarzer Sozialarbeiterinnen, waren dann zusätzliche Aufholbestrebungen sichtbar, um größeres Vertrauen bei schwarzen Klientengruppen zu erzeugen. Wenn aber die Identität der Person, die die Profession ausübt, nun neuerlich ins Gewicht fällt, holt die Professionalisierung ein zentrales Element der Selbsthilfe wieder ein, nämlich die persönliche Betroffenheit, die persönliche Erfahrung, die Unmöglichkeit, sich eine absolute Distanz von Person und Problem durch Ausbildung und Wissenschaftlichkeit anzueignen. Dies beinhaltet die Suche nach einem neuen Professionsverständnis, das nicht auf Abgrenzung von Betroffenen und Selbsthilfegruppen abzielt, sondern die Grenzen bewusst offen und fließend gestaltet.

In dieser Phase war plötzlich wieder der Rückgriff auf die Anfänge möglich und relevant, und die Sozialarbeit begann auch, sich intensiv mit ihrer Geschichte zu beschäftigen. Die Tatsache, dass so viele Frauen an der Gründung der Profession beteiligt waren, wurde nicht mehr als eine Peinlichkeit angesehen, sondern wurde mit Stolz aufgearbeitet und die von jenen Pionierinnen benutzte Sprache wurde erneut ernst genommen. Da ging es erstaunlicherweise um „Mütterlichkeit", um eigenes Betroffensein, um Alltägliches – Elemente, die den Selbsthilfegruppen nur allzu gut bekannt sind. An diesem Punkt und mittels dieses historischen Bewusstseins wurde ein neues Verständnis von Professionalität in Umrissen sichtbar, ein Verständnis das Professionalität nicht aus der Unterscheidung von Ehrenamtlichkeit und bezahlter Arbeit definiert, sondern eine Zusammenarbeit und einen Austausch vorsieht.

Gerade an diesem Punkt aber geschah eine neuerliche Komplikation in der Form der Krise des Sozialstaates. Die Expansion der sozialen Leistungen und vor allem

der sozialen Dienste stagnierte und wurde in Zweifel gezogen unter dem Einfluss grundlegender ökonomischer und demographischer Veränderungen und Kosteneinsparungen wurden allenthalben in Erwägung gezogen oder umgesetzt. Wo zuvor noch allgemein erwartet worden war, dass ehrenamtliche Dienste Stück um Stück in formale, staatliche oder vom Staat zumindest mit finanzierte Dienste umgewandelt werden würden, sobald es die wirtschaftliche Lage erlaubte, wurde nun auf sozialpolitischer Ebene plötzlich das Lob der Ehrenamtlichkeit, der informellen Hilfe, der Familien- und Nachbarschaftssolidarität ausgerufen. Das stürzte die sozialen Professionen erneut in Verwirrung: Sie hatten sich gerade angeschickt, ihr Verhältnis zu Selbsthilfegruppen und Ehrenamtlichen neu zu definieren, als diese Intentionen und die ganze Terminologie der Klientennähe, der Partizipation, der Aktivierung und des empowerment eine völlig andere politische Bedeutung annahmen. Jetzt sahen die Professionellen in der Vermischung der Grenze der Professionalität wieder eine Bedrohung ihrer hart erkämpften Positionen, eine Bedrohung ihrer Existenz, da im Rahmen von Einsparungen bezahlte, professionelle Stellen bedroht waren durch den Ersatz mittels Ehrenamtlichen.
Diese sozialpolitischen Veränderungen gingen einher mit weltweiten Veränderungen des Marktes im Rahmen der Globalisierung, und dies zunehmend auch im Dienstleistungsbereich. Abkommen zum Abbau von Handelsbarrieren wie das berüchtigte GATS (General Agreement on Trade in Services), das von der Welthandelsorganisation verhandelt wird und sich auch auf EU Richtlinien schon auswirkt, sehen vor, Dienstleistungsanbietern Freizügigkeit zwischen Ländern anzubieten und somit auch den Zugang zu Professionen stärker dem Druck des Marktes auszusetzen. Geplant ist ein fließender Übergang zwischen unbezahlten, unregulierten und spezialisierten Dienstleistungen, gerade auch im sozialen Bereich, wo die Zuordnung bestimmter Kompetenzbereiche von fachlichen Expertenkriterien losgelöst wird und zunehmend eine Frage des Marktes, des Zusammenspiels von Angebot und Nachfrage wird. Damit wird nicht nur die Grenze zwischen professioneller und ehrenamtlicher Tätigkeit fraglich, sondern auch die zwischen ehrenamtlicher und kommerzieller, wie es sich vor allem im Haushaltsbereich und in einigen Pflegebereichen zeigt.

Welches wären nun die Wege, die wieder heraus aus der Verwirrung führen könnten? Sicher gibt es keinen Weg zurück in die alten Zuordnungen bestimmter Kompetenzbereiche und professioneller Privilegien, noch wird die Gesellschaft insgesamt auf den Beitrag der Professionellen und Experten zur sozialen Integration verzichten können. Der Ruf nach mehr Expertise wird sehr schnell laut, wenn die Gesellschaft etwa erfährt, dass ein Kind von sozialen Diensten zu wenig geschützt und zu Schaden gekommen ist. Hier und im Bereich der Einschätzung von Arbeitsfähigkeit bei Langzeitarbeitslosigkeit oder Invalidität verschärft sich sogar noch die politische Bedeutung der Professionalität im Sinne der sozialen Kontrolle. Dies zeigt aber den politischen Charakter der Zusammenarbeit mit Selbsthilfebewegungen umso deutlicher und konfrontiert die Soziale Arbeit unausweichlich mit der Aufgabe der Neufassung dieses Verhältnisses.

Es wird kein Weg an der gemeinsamen Erarbeitung von Kompetenzbereichen herumführen, und zwar mittels einer viel engeren Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten, einschließlich der Betroffenen. Das beinhaltet Konflikt und Verunsicherung,

ist aber unvermeidlich, um eine zeitgemäße Form der sozialen Solidarität zu finden. Diese Arbeit erfordert Foren der Begegnung und Möglichkeiten der längerfristigen Beobachtung und Auswertung dieses Transformationsprozesses, und die neuen sozialpolitischen Initiativen in Südtirol im Rahmen des Sozialplans setzen hier ein wichtiges Beispiel, das es nun in die Praxis umzusetzen gilt.

Prof. Dr.***Walter Lorenz***
Freie Universität Bozen, Fakultät für
Bildungswissenschaften
walter.lorenz@unibz.it
Tel. +39 0472 014 000

Beziehungen zwischen den Selbsthilfegruppen, den professionellen Fachkräften und den Institutionen: Konflikt und Integration

>Dr. ***Massimo Cecchi***

Die Methodik der Selbsthilfe und die ihr zugrunde liegende Philosophie haben bei den ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern des Gesundheits- und Sozialwesens seit Jahren Verbreitung und Anerkennung gefunden. Dabei hat sich herausgestellt, dass es sich um wesentliche Instrumente handelt, mit denen die meisten soziosanitären Probleme der Menschen (vor allem die Suchtkrankheiten) angegangen werden können.
Dabei ist allerdings auch anzumerken, dass immer noch zu viele Hauptamtliche im Gesundheitsbereich diese außerordentlich wichtige Ressource nicht kennen und sie daher nicht nutzen.

Viele Hauptamtliche denken: “Wozu sollen wir uns mit Selbsthilfegruppen befassen? Wir haben ohnehin schon alle Hände voll zu tun, warum sollen wir uns auch das noch aufbürden? Die Selbsthilfegruppen sind schließlich und endlich eine Alternative zur Betreuung durch Hauptamtliche, die sich von unserer Arbeit unterscheidet. Unsere Leistungen sind die Hauptquelle in der Betreuung unserer Patienten. Wir haben es nicht nötig, uns mit diesen Dingen zu befassen, die vielmehr ein Thema für Ehrenamtliche sind“. Dennoch kommt es durchaus vor, dass ein Hauptamtlicher zur Überzeugung gelangt, dass sein Klient/Patient Bedürfnisse hat, auf die er nicht eingehen kann und die mit der Art seines Unbehagens verknüpft sind. So kommt er womöglich auf die Idee, nach anderen verfügbaren Hilfsquellen, die ihm nützlich sein könnten, zu suchen. Er sieht ein, dass sein Klient – wie alle Menschen – das Bedürfnis hat, von anderen, die dasselbe Problem haben wie er, zu lernen: Was man tun kann, wie man sich verhalten kann, usw. Umso wichtiger wird diese Ressource, wenn der Betroffene eine Veränderung anstrebt. In diesen Kontext fügt sich die Pflege der Beziehungen zu den Selbsthilfegruppen ein. Die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen ist für hauptamtlich tätige Personen eine Möglichkeit, um den eigenen Klienten einen zusätzlichen Dienst anzubieten und dadurch auch die Wirksamkeit der eigenen Betreuungsarbeit zu erhöhen. So kann sich der Hauptamtliche in seiner Tätigkeit helfen lassen und verringert dadurch zusätzlich den Druck auf die eigenen Ressourcen und/oder auf den Dienst, in dem er tätig ist. Die grundlegende Funktion der Selbsthilfegruppen besteht im Ausgleich von fehlenden oder unzureichenden Diensten von öffentlichen oder privaten hauptamtlichen Betreuungseinrichtungen und in der Überwindung ihrer Grenzen: Durch die Interaktion innerhalb der Selbsthilfegruppe gelingt es den Mitgliedern, die sich in derselben Situation befinden und dasselbe (körperliche und/oder geistige) Problem haben, ihre individuellen und familiären Schwierigkeiten selbst anzugehen, ohne sie ausschließlich den hauptamtlichen Betreuungspersonen zu delegieren. Selbsthilfe ist daher eine „nicht hauptamtliche Ressource im Gesundheitsbereich“, die innerhalb einer Gemeinschaft bewusst aktiviert werden kann, um gesundheitliche oder soziale Probleme anzugehen (Noventa A., 1990).

Die Selbsthilfe hat gegenüber den Maßnahmen der Hauptamtlichen und ihren Einrichtungen einen integrierenden und ergänzenden Charakter. Von wesentlicher Bedeutung hierbei ist, dass diese beiden Kategorien unterschiedliche Aufgaben und Funktionen haben müssen: Unter Integration versteht man in diesem Sinne die Vervollständigung eines Dienstes durch unterschiedliche Beiträge. Selbsthilfeinitiative entsteht da, wo die Reaktion der zuständigen Einrichtungen auf ein Problem ausbleibt oder zu kurz greift. Die Selbsthilfegruppen haben jedoch eine andere Rolle wahrzunehmen, als die hauptamtlichen Akteure und deren Einrichtungen. Konfliktpotentiale ergeben sich in jenen Bereichen, in denen sich Zweigleisigkeiten entwickeln, d.h., wo die Tätigkeiten der beiden Kategorien einander überlappen und sich gegenseitig behindern (Cecchi M., 2005). Entstanden sind die Selbsthilfegruppen in Italien als Ergänzung zu den hauptamtlichen Diensten (oft wurden sie direkt von den Hauptamtlichen gefördert). Anlass für die Gründung dieser Gruppen war häufig das Fehlen oder die Unzulänglichkeit von hauptamtlichen Diensten in einigen wichtigen Bedürfnisbereichen.

Die Beziehung zwischen Selbsthilfegruppen und hauptamtlichen Mitarbeitern setzt eine Netzwerkarbeit voraus. Dabei stehen die Bedürfnisse von Nutzern im Vordergrund, die ein gemeinsames Problem haben, das sie nicht ausschließlich den Hauptamtlichen delegieren wollen. Sie wollen Mitverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen und wollen zu diesem Zweck auch einschlägige Kenntnisse erwerben. Den Hauptamtlichen und ihren Einrichtungen fällt dann die Aufgabe zu, diese Maßnahme unter Einsatz ihrer Fachkompetenz weiterzuführen.

Der traditionelle Ansatz der Hauptamtlichen kann, grob vereinfachend, wie folgt beschrieben werden: professionell, auf Fachkompetenz und theoretischem Wissen beruhend, es besteht keine Gleichrangigkeit mit dem Nutzer, der sich als „Patient“ gegenüber dem Hauptamtlichen in einer hierarchisch untergeordneten Position befindet: er ist vom hauptamtlichen Experten und von seinem Wissen abhängig. Bei diesem Ansatz besteht eine gewisse Tendenz, den Patienten nicht als Hauptakteur seiner eigenen Gesundheit, sondern vielmehr als passives Subjekt zu betrachten, der die durchzuführenden Maßnahmen ohne Eigenteilnahme delegiert (Silvermann Ph., 1980).

Die Selbsthilfegruppen arbeiten hingegen auf einer partnerschaftlichen Basis und verfolgen einen aktivierenden Ansatz: Die Mitglieder der Gruppe übernehmen Eigenverantwortung für ihre Situation, sie delegieren die Lösung ihrer Probleme nicht an Dritte und sie verpflichten sich – allein und in der Gruppe – für ihre Gesundheit. Die traditionelle Arzt-Patient-Beziehung ist derzeit aufgrund der immer stärkeren Technisierung und Spezialisierung der Medizin in Krise geraten und wird allmählich distanzierter. Jeder Mensch ist für seine Gesundheit mitverantwortlich, was allerdings die wichtige Aufgabe der hauptamtlichen Dienste keinesfalls schmälert, sondern im Gegenteil durch die Integration der beiden Ansätze erweitert. Der Selbstschutz der Gesundheit, der in Selbsthilfegruppen gefördert wird, führt auch bei den hauptamtlichen Diensten zu mehr Aufmerksamkeit für die Probleme des Bürgers im gesamten Bereich der sozialen und gesundheitlichen Betreuung.

Selbsthilfegruppen stehen für:

- aktive Miteinbeziehung der Betroffenen in alle Aspekte ihrer Gesundheit
- Ergänzung und/oder Ersatz der Tätigkeit der hauptamtlichen Bezugspersonen (keine Delegierung)
- Übernahme kollektiver und persönlicher Verantwortung hinsichtlich der Nutzung der für die eigene Gesundheit zur Verfügung stehenden Ressourcen.

In den Beziehungen zwischen Hauptamtlichen und Selbsthilfegruppen stößt man häufig auf gegenseitige Vorurteile:

1. Gegensatz zwischen professioneller Fachkompetenz und Erfahrungskompetenz: Hauptamtliche besitzen einen Studientitel, haben einen Wettbewerb gewonnen und sind davon überzeugt, dass eine auf diese Weise erworbene Berufskompetenz grundlegend ist. Diese ist zweifelsohne wichtig. Sie vergleichen ihre Berufskompetenz mit der Erfahrungskompetenz der Selbsthilfegruppen, in denen nicht so sehr der Studientitel, sondern vielmehr die eigene Erfahrung zählt. Hauptamtliche sind der Ansicht: „Erfahrung allein genügt nicht". Der Moderator oder das Mitglied einer Selbsthilfegruppe sehen das anders: „Der Studientitel ist zu nichts zu gebrauchen, wenn man keine persönlichen Erfahrungen mit einem Problem gesammelt hat." Allerdings kommt es kaum vor, dass ein Hauptamtlicher nicht das Bedürfnis verspürt, Erfahrungen zu sammeln; ebenso wenig ist es vorstellbar, dass jemand, der in einer Selbsthilfegruppe tätig ist, nicht auch die kulturellen und theoretischen Grundlagen seiner Tätigkeit hinterfragen möchte. Daher kann behauptet werden, dass dieser vermeintliche Gegensatz in Wirklichkeit nicht vorhanden ist, zumal die beiden Aspekte einander ergänzen.

2. Gegensatz zwischen Kontrolle und Autonomie der Personen: In Selbsthilfegruppen ist keine externe Kontrolle vorgesehen. Bei den Hauptamtlichen stößt man hingegen mitunter auf die Tendenz, Kontrolle auszuüben, sich als Bezugsperson behaupten zu wollen und die Autonomie des Einzelnen nicht zu akzeptieren. Hauptamtliche neigen eher zur Einstellung, dass Menschen mit Problemen diese allein nicht lösen können und dass sie zu diesem Zweck auf professionelles Wissen und Fachkompetenz angewiesen sind. Hauptamtliche fühlen sich oft vor den Kopf gestoßen, wenn man ohne ihr Wissen Initiativen ergreift. Wenn sie in einer Gruppe arbeiten, besteht die Gefahr, dass sie die Gruppe „beherrschen" wollen.

3. Gegensatz zwischen persönlicher Betroffenheit / Einbindung: oft kommt von den hauptamtlichen Kollegen der Einwand, dass man in Selbsthilfegruppen zu stark mit einbezogen wird. Von außen betrachtet wirke der Moderator einer Selbsthilfegruppe manchmal schon fast wie ein „Mystiker/Fanatiker", der das Äußerste gibt, ohne etwas dafür zu bekommen. Persönliche Betroffenheit und Objektivität sind jedoch nur scheinbare Gegensätze. Hauptamtliche betrachten sich selbst als objektiv, sie haben ein neutrales, distanziertes Verhaltensmodell, sie wollen die Dinge von außen sehen und beurteilen, ohne sich zu stark involvieren zu lassen. In meiner Eigenschaft als Moderator von Selbsthilfegruppen werde ich häufig gefragt: „Was

machst du, wenn dich ein Alkoholiker oder ein Suchtkranker am Abend zu Hause anruft?“ Meine Antwort dazu: „In der Regel nehme ich sein Bedürfnis zur Kenntnis und verweise auf die Gruppe.“ Sicherlich besteht eine emotionale Einbindung meinerseits, aber sie hat auch ihre Grenzen, in dem Sinne, dass sie Wachstum und Selbständigkeit der Mitglieder und der Gruppe nicht behindern und nicht in mein Privatleben eindringen darf: wenn ich um drei Uhr nachts angerufen werde, bin ich wie jeder Mensch verärgert. Wenn ein reales Bedürfnis vorliegt, so kann man dieses aufnehmen, aber es ist wichtig, dass dann wieder auf die Gruppe verwiesen wird. Andererseits kenne ich keinen Arzt, keinen Sozialassistenten, keinen Psychologen, keinen Pädagogen und keinen Sozialarbeiter, der in den Diensten tätig ist und von seinen Patienten/Klienten manchmal nicht auch zu Hause angerufen wird, weil in diesem Tätigkeitsbereich eine gewisse persönliche Beziehung einfach unvermeidbar ist. Wenn man in einem Bereich mit Interesse und Engagement arbeitet, ist eine gewisse emotionale Einbindung immer da. Vielmehr stellt sich die Frage, wie diese Gefühle verarbeitet werden: wie kann man damit fertig werden? Einfach ignorieren kann man sie nicht. Wenn ich – egal, ob Haupt- oder Ehrenamtlicher – mich zu stark einbeziehen lasse, so bedeutet das, dass ich meine Emotionen nicht unter Kontrolle habe. Also ist auch dieser Gegensatz zwischen persönlicher Miteinbeziehung und Objektivität zum Teil fiktiv. Mit dieser Thematik ist jedoch auch eine andere, nicht nur in den Selbsthilfegruppen heftig disskutierte Frage verknüpft, nämlich, ob die Moderatoren dieser Gruppen selbst ehemalige Betroffene sein müssen oder nicht, d.h., welche Art von Bezug sie zum jeweiligen Problem haben sollen. Muss man eine bestimmte Erfahrung persönlich gemacht haben, um innerhalb einer Gruppe anderen helfen zu können? Meiner Ansicht nach ist das sicherlich wichtig und hat unleugbare Vorteile. Allerdings ist dieser persönliche Bezug zum Problem auch mit Nachteilen verknüpft, z.B. wenn man sich zu stark einbringt, wenn man zu stark auf einen Zweck ausgerichtet ist. Auch in diesem Fall glaube ich, dass dieser Gegensatz in Wirklichkeit eingeschränkt werden kann. Der ergänzende Charakter der Erfahrungen ist immer wichtig.

4. Gegensatz zwischen oberflächlicher Veränderung und realer Veränderung:

Einige Hauptamtliche meinen: “In Selbsthilfegruppen, z.B. bei Alkoholkranken, hören die Mitglieder zwar mit dem Trinken auf, aber in Wirklichkeit haben sie sich nicht stark verändert“. Vor allem Psychologen sind diesbezüglich ziemlich skeptisch. Viele hauptamtlich Tätige sind der Ansicht, dass es sich nicht um eine grundlegende, sondern vielmehr um eine oberflächliche Veränderung handelt, zumal eine existentielle Veränderung nur durch eine spezifische professionelle Arbeit herbeigeführt werden kann. Wir wissen, dass dies manchmal zutreffen kann: es kann vorkommen, dass die Veränderung, die in Selbsthilfegruppen herbeigeführt wird, nur das Verhalten betrifft. Andere Male ist sie hingegen tiefgehender und betrifft den ganzen Men-

schen. Das ist aber nicht in erster Linie davon abhängig, ob diese Veränderung von haupt- oder ehrenamtlichen Mitarbeitern eingeleitet wird, sondern vielmehr von der Motivation und vom Wachstum der Personen innerhalb der Gruppe. Dies gilt gleichermaßen für psychotherapeutische Gruppen, die von hauptamtlichen Personen geleitet werden, und für individuelle Psychotherapie-Sitzungen. Auch in diesem Fall löst sich dieser Gegensatz auf, wenn man die Bedürfnisse des Menschen in den Mittelpunkt der eigenen Arbeit stellt.

Haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter der privaten oder öffentlichen Dienste können auf unterschiedliche Art und Weise mit den Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten, und zwar:

1. Indem sie die betroffenen Personen oder Familien auf die Selbsthilfegruppen verweisen: das setzt allerdings voraus, dass der Betreffende die Philosophie der Selbsthilfe, die Arbeitsweise innerhalb der Gruppen, die bestehenden Unterschiede, die jeweiligen Zugangskanäle, die Modalitäten der Kontaktaufnahme sowie Ort und Uhrzeiten der Zusammenkünfte der Gruppen, usw., kennt;

2. Indem sie an Beratungsausschüssen teilnehmen, die z.B. die Beziehungen zwischen Gruppen, Verbänden und Einrichtungen erleichtern;

3. Indem sie auf Anfrage der Gruppen Beratungstätigkeiten zu einschlägigen Themenbereichen, die in ihre Berufskompetenz fallen, durchführen;

4. Indem sie die Arbeit der Selbsthilfegruppen fördern; nicht nur durch das “Sammeln” von Mitgliedern, sondern auch durch die allgemeine Unterstützung der Tätigkeit der Gruppen z.B. bei der Suche nach einem Raum, für die Einrichtung einer Telefonleitung, für den Druck von Faltblättern usw;

5. Indem sie – falls vorgesehen – an den Gruppen als Moderatoren teilnehmen.

Die Beziehungen zwischen Selbsthilfegruppen und Einrichtungen können folgende Form annehmen:

a) Die Tätigkeit der Selbsthilfegruppentätigkeit ersetzt die der Einrichtungen (wenn die Einrichtung entweder nicht vorhanden ist, oder wenn sich die Gruppen aufgrund von Konflikten mit den Hauptamtlichen selbständig machen).

b) Die Tätigkeit der Selbsthilfegruppentätigkeit unterstützt die der Einrichtungen (Ergänzung, Integration, Parallelismus). In Italien und im Großteil der westlichen Welt existiert dieses zweite Modell.

Die Selbsthilfegruppen und die öffentlichen Dienste - Einrichtungen sollten nicht in Konkurrenz zueinander stehen, da es sich um unterschiedliche und einander ergänzende Akteure innerhalb ein und desselben Netzwerks handelt. Jede Gemeinschaft

bedarf einer breiten Palette an Dienstleistungen, da der zunehmenden Komplexität der Bedürfnisse und Probleme der Menschen häufig nur durch entsprechend differenzierte und abgestimmte Serviceangebote beizukommen ist.
Selbsthilfegruppen können eines der besten Instrumente für die Realisierung wirksamer Programme zur Förderung des Wohlbefindens in der Gemeinschaft darstellen.

Sowohl die Hauptamtlichen als auch die Selbsthilfegruppen müssen ihre eigene Identität beibehalten, aber die traditionelle Rolle der hauptamtlichen Mitarbeiter muss sich verändern, wenn sie an Selbsthilfegruppen teilnehmen.
Die Zusammenarbeit von Hauptamtlichen mit Selbsthilfegruppen ist eine Möglichkeit, um dem Klienten einen umfassenderen Dienst zu bieten und in der eigenen Tätigkeit unterstützt zu werden. Selbsthilfegruppen sind ergänzende Mosaiksteine, die der Hauptamtliche in seine Tätigkeit einsetzen kann. Allerdings muss er zu diesem Zweck die Gruppen und ihre Eigenschaften kennen, genauso wie ein Arzt die Medikamente, die er verschreibt, kennen muss, weil ihre Wirkung ansonsten ausbleibt.

Erlauben Sie mir, nun kurz die wichtigsten Funktionen der Selbsthilfegruppen zusammenzufassen:

- Entwicklung spezifischer Selbsthilfeangebote, auch im Hinblick auf die „Lösung“ alter und/oder neuer Krankheiten oder Probleme
- Selbstschutz der eigenen Gesundheit
- Eigenrealisierung: Die Probleme werden autonom angegangen, unabhängig von traditionellen Hilfeangeboten
- Humanisierung der gesundheitlichen Betreuung und Verbesserung des Gesundheitszustands
- Erwerb von wissenschaftlichen und professionellen Kenntnissen
- Betonung der Ansätze der Primär- oder Sekundärprävention zusätzlich zu Pflege und Rehabilitation
- Entwicklung eines Gemeinschaftssinnes
- Überwindung der mit dem „diagnostischen Etikett“ verbundenen Stigmatisierung
- Beweis der Beteiligung
- Dezentralisierung der Dienste, wobei die Nutzer an der Führung derselben beteiligt werden
- Integration der Sozial- und Gesundheitsdienste
- Koordinierung der öffentlichen und privaten Maßnahmen
- usw.

Hinsichtlich der Beziehungen zwischen den Selbsthilfegruppen, den hauptamtlichen Mitarbeitern der öffentlichen und privaten Dienste und deren Institutionen ist abschließend darauf hinzuweisen, dass ein tiefgehender kultureller Wandel unseres Gesundheits- und Sozialsystems erforderlich ist, um die Mitbeteiligung der Bürger am Schutz und an der Förderung ihrer Gesundheit innerhalb der Gemeinschaft zu ermöglichen. Ohne diesen Wandel wird die Selbsthilfe immer getrennt vom Tätigkeitsbereich der Hauptamtlichen verlaufen, was die Wirksamkeit und Tragweite aller Maßnahmen im Sozial- und Gesundheitsbereich erheblich einschränkt.

Bibliographie

- Cecchi M., *La Metodica dell'Auto-Aiuto nelle Dipendenze e nella Muldimension alità del Disagio*, (von), ASL Firenze, Stabilimento Tipografico dei Comuni (Fo), Florenz 2005.

- Noventa A., Nava R., Oliva F.: *"Self-help"*, Edizioni Gruppo Abele, Turin, 1990.

- Silverman Ph.: *"Mutual help group"*, Sage Pubblications Inc., U.S.A., 1980, italienische Übersetzung *"I gruppi di mutuo aiuto"*, Hrsg. Centro Studi Erickson, Trient, 1989.

Dr. ***Massimo Cecchi***,
Leiter des territorialen Dienstes
für Alkoholkranke UFMSERT/A des lokalen Sanitätsbetriebs von Florenz;
regionale Koordinierungsstelle der Selbsthilfegruppen der Toskana
massimo.cecchi@asf.toscana.it
Tel. +39 0556264065

Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsselbsthilfe und professioneller Gesundheitsversorgung stärken: ein Erfahrungsbericht

>Dipl.-Psych. ***Monika Bobzien***

Die unterschiedlichen Akteure des Gesundheitssystems miteinander zu vernetzen und zur Zusammenarbeit zu befähigen ist Teil der programmatischen Aussagen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die besonders den Aspekt der Selbsthilfe betont – nämlich dass Menschen ermuntert werden, möglichst selbstbestimmt und selbstverantwortlich mit ihrer Lage fertig zu werden.

Während sich in den letzten 20 Jahren immer mehr Menschen in Selbsthilfegruppen organisieren und damit zeigen, dass sie in der Lage sind, ihre Belange dort in die Hand zu nehmen, wo sie leben und arbeiten, kann bisher nur punktuell davon gesprochen werden, dass es zwischen Gesundheits-Selbsthilfegruppen und dem professionellen Versorgungssystem zu einem gemeinsamen und koordinierten Handeln kommt (Stark, 2001), wie es für eine gesundheitsfördernde und soziale Gesamtpolitik gefordert wird. Vielmehr scheitert die Zusammenarbeit immer wieder an Interessensunterschieden und einer fehlenden Beziehungsarbeit zwischen den beiden Kulturen, die qualifiziert unterstützt werden müsste (Findeiß u.a., 2001).

Die Bedeutung der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen als Partner im Gesundheitswesen wird in den letzten Jahren vom professionellen medizinischen Gesundheitssystem immer mehr erkannt und als komplementäre Unterstützung beim Prozess der Behandlung und Gesundung gesehen. In der sektorenübergreifenden Versorgung (integrierte Versorgung), die das Zusammenwirken von ambulanten und stationären Maßnahmen vorsieht, ist Selbsthilfe ein wichtiges Glied in der Versorgungskette. Sie hat vor allem in der Nachsorge eine entlastende und unterstützende Funktion. Der Aktivierung von Selbsthilfekräften bei den Patienten und Patientinnen wird eine salutogene Wirkung zugeschrieben: persönliche und soziale Gesundheitsressourcen werden gestärkt und damit Gesundheit gefördert. Dieser Aspekt trifft vor allem dann zu, wenn es um die Bewältigung psychosozialer Probleme geht, beispielsweise infolge einer chronischen Erkrankung oder bei der gegenseitigen Unterstützung der Angehörigen.

Legt man die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen zugrunde, so kommt man in bezug auf Einstellungen, Beziehungen und Kontakte zu folgenden Erwartungen:

- „Selbsthilfegruppen erwarteten von der Kooperation mit Ärzten in erster Linie fachmedizinische Informationen und Aufklärung, aber auch die Bekanntmachung und Empfehlung ihrer Gruppe bei Patientinnen sowie ggf. organisatorische Unterstützung.

- Ärzte sahen die Vorteile einer Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen primär in der arbeitsteiligen Entlastung und Ergänzung im Bereich der krankheitsbedingten psychosozialen Probleme der Patienten, in der Förderung der krankheitsbezogenen Patientenkompetenz und der Problembewältigung“ (Kretschmar / Slesina, 2005, S. 121).

Kooperationsförderung als Aufgabe der Selbsthilfe-Unterstützung

In der praktischen Unterstützung von Kooperationen stellt sich jedoch immer wieder heraus, dass die Selbsthilfegruppen, wie auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der professionellen Gesundheitsversorgung, eine Zusammenarbeit zwar begrüßen, jedoch oft eine unklare Vorstellung darüber besteht, wie diese praktisch umgesetzt werden kann. Zwar können sich mancherorts Ärzte und ärztliche Psychotherapeuten von Beratungsstellen (KOSA) der Kassenärztlichen Vereinigung – eine starke Interessensvertretung, deren Mitglieder ihre Leistungen im wesentlichen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen - über Selbsthilfe informieren und in der praktischen Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen unterstützen lassen (Röhrig, 1989), doch hat das seit fast 20 Jahren bestehende Service-Angebot bisher weder die Ausbildungsgänge noch die professionelle Praxis auf breiter Ebene nachhaltig beeinflussen können.

Eine zukunftsweisende Aufgabenstellungen für die professionelle Selbsthilfe-Unterstützung ist es daher, das übergreifende Ziel des Zusammenwirkens von Laienkompetenz und Expertenkompetenz in der Gesundheits- und psychosozialen Versorgung voranzubringen und damit die allseits geforderte Patientenorientierung zu befördern. Insbesondere können Selbsthilfe-Unterstützungsstellen als Mittler (facilitator) solche Kooperationen in ihrer Region stärken, weil sie häufig das Vertrauen beider Seiten genießen und dennoch parteilich arbeiten.

Dennoch verhält sich ein Großteil der Selbsthilfe-Kontaktstellen (insgesamt über 250 bundesweit) zu diesem Thema zurückhaltend, denn die Anforderungen an eine solche Mittlerfunktion sind nicht zu unterschätzen. Eine der Gründe, warum bisher nur wenige Selbsthilfe-Unterstützer diese Aufgabe wahrnehmen, ist, dass es sich dabei nicht um ein einmaliges zeitlich überschaubares Projekt handeln kann. Vielmehr muss man von einem andauernden und zeitaufwendigen Engagement ausgehen, das notwendig ist, damit es trotz häufig wechselnder und individueller Konstellationen und fragiler Bedingungen auf Seiten der Selbsthilfegruppen wie auf Seiten der professionellen Versorgung langfristig gelingt, eine kontinuierliche Zusammenarbeit zu etablieren.

Zu den wichtigsten Voraussetzungen - neben den notwendigen personellen, infrastrukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen – gehört eine professionelle empowermentorientierte Haltung auf Seiten der Selbsthilfe-Unterstützung, denn die Ausgangslage ist heterogen: mit zwei gleichwertigen aber dennoch ungleichen Partnern eine übergreifende Zielsetzung zu verfolgen.

Erfahrungsgemäß gelingen Kooperationsprojekte dann am besten, wenn sich von Anfang an die interessierten Beteiligten in ihrer Expertenkompetenz bzw. Betroffenenkompetenz auf gleicher Augenhöhe begegnen können. Dies zu gewährleisten bedeutet für die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle zu erkennen, dass die Arbeit weit über die Rolle als Koordinator und Moderator hinausgeht. Sie muss sich einerseits als Befähiger verstehen, d.h. Wege finden, die helfen wechselseitige Vorurteile abzubauen, wie auch Multiplikator sein für professionelle Arbeitsweisen, die es erleichtern die Kommunikation zwischen Selbsthilfegruppen und Professionelle im Medizinbetrieb und in der Pflege zu verbessern. (Stichworte: Projektmanagement, Trainings).

Gesetzgeber schafft günstige Voraussetzungen

In der Bundesrepublik eröffnen seit dem Jahr 2000 mehrere gesetzliche Novellierungen in der Gesundheitspolitik (SGB V) neue Chancen für eine Zusammenarbeit - insbesondere zwischen Gesundheitsselbsthilfe und dem professionellen Versorgungssystem. Neue Rollen und Partnerschaften entstehen, die letztlich den Patientinnen und Patienten zugute kommen sollen.

Erfreulicherweise haben aufgrund der Impulse durch den Gesetzgeber vielfach Selbsthilfegruppen ohne Hilfestellung durch ihre „Unterstützer“ Schritte der Zusammenarbeit unternommen und diese zum Teil mit nachahmenswerten Einzelmaßnahmen erfolgreich etablieren können. So hat die Frauenselbsthilfe nach Krebs eine schriftliche Kooperationsvereinbarung entworfen, mit der die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppe und Krankenhaus vor Ort geregelt wird. Die Selbsthilfe der Psychiatrie-Erfahrenen hat bundesweit erreicht, dass über eine Behandlungsvereinbarung Absprachen und Vereinbarungen für den Fall einer stationären Behandlung, insbesondere bei Krisen- und Notfallaufnahmen oder Einweisungen getroffen werden. Solche Behandlungsabsprachen sollen der gegenseitigen Vertrauensbildung und der Verbesserung der Zusammenarbeit dienen.

Viele Umfragen zwischen den Jahren 1986 bis 2004 zeigen jedoch immer wieder, dass die meisten Kontakte zwischen Selbsthilfegruppen und Experten bisher eher „indirekter“ Art waren (schriftliche Informationen, Auslegen von Informationsmaterial) und oft nur punktuell gelingen, da sie stark vom persönlichen Engagement beider Seiten abhängen (Slesina, 2005). Das heißt, wechselt die Kontaktperson in einer Selbsthilfegruppe oder der Arzt auf Station, müssen bis dahin gute Beziehungen oft wieder neu aufgebaut werden.

Angeregt durch die Selbsthilfeförderung der gesetzlichen Krankenkassen haben nun auch einige Selbsthilfe-Unterstützungsstellen begonnen, den „Brückenschlag“ zwischen Selbsthilfe und professioneller Versorgung auf verschiedene Weise zu befördern. Wie eine praktische Unterstützung zur Förderung der Kooperation aussehen kann, wird aus Platzgründen hier nur ansatzweise an zwei Modellprojekten beschrieben. Die gewählten Beispiele geben jedoch einen Einblick in die Komplexität und Handlungsmöglichkeiten für dieses Arbeitsfeld der Selbsthilfeunterstützung.

Erfahrungen aus zwei Modellprojekten

A) „dialog - Münchner Ärzte und Selbsthilfegruppen“

Das Modellprojekt wurde im Selbsthilfezentrum München von 2000 bis 2002 entwickelt und hat sich an niedergelassene Ärzte und Ärztinnen ebenso gewandt wie an solche, die in der stationären Versorgung tätig sind (Bobzien, 2003). Ziel des Projektes war es, wechselseitige Vorurteile abzubauen und die regionale Zusammenarbeit zwischen interessierten Gesundheitsselbsthilfegruppen und interessierten Ärzten anzubahnen und zu stabilisieren.

Schon in den ersten Informations- und Beratungsgesprächen, die mit Selbsthilfegruppen wie auch mit der ärztlichen Seite geführt wurden, um den Unterstützungsbedarf zu eruieren und die Zielsetzung der Zusammenarbeit herauszuarbeiten (Monitoring), hat sich herausgestellt, dass es aus folgenden Gründen notwenig ist, mit gezielten Maßnahmen

1. die Seite der Selbsthilfegruppen zu stützen

- Eine bessere Zusammenarbeit mit den Professionellen wurde von den Selbsthilfegruppen zwar gewünscht, jedoch bestand häufig Unklarheit darüber, mit welcher konkreten Zielsetzung und wie das gewünschte Ergebnis sein soll.

- Auch scheuten einige Mitglieder von Selbsthilfegruppen davor zurück, sich aufgrund ihres Betroffenseins kontinuierlich in der Arztpraxis oder in der Klinik zu engagieren, was auf professioneller Seite wiederum schnell als Unzuverlässigkeit ausgelegt werden kann.

- Der Problematik der Betroffenheit auf Seiten der Selbsthilfegruppen, die aufgrund akuter Erkrankungen immer wieder zu Terminverschiebungen führte, stand die enge Zeitplanung der Ärzte und Ärztinnen gegenüber: Nicht selten mussten Gesprächstermine weit im Voraus vereinbart werden, die - nicht zuletzt aufgrund eines Notfalleinsatzes, dann doch noch kurzfristig abgesagt wurden.

Die Zeitperspektive ist daher eine bedeutsame Dimension in der Umsetzung von Kooperationsprojekten zwischen Selbsthilfegruppen und professioneller Gesundheitsversorgung. Die Selbsthilfe-Unterstützung kann diesen Unsicherheitsfaktor in der

Zusammenarbeit erkennen und benennen und mit beiden Seiten daran arbeiten, wie Vereinbarungen eingehalten werden können, damit sie trotz guten Willens nicht im Sand verlaufen. So wurde interessierten Selbsthilfegruppen beispielsweise geraten, unbedingt mit mehreren Gruppenmitgliedern das Kooperationsanliegen in Angriff zu nehmen, um sich im akuten Krankheitsfall gegenseitig vertreten zu können.

Einen größeren Teil der Beratungsarbeit im Kooperationsprojekt „dialog“ machte aus, Mitglieder von Selbsthilfegruppen darin zu schulen, ihren Auftritt professionell zu gestalten (Briefings). Es wurde dabei insbesondere auf den Informationsgehalt der Selbstdarstellung und auf positive Formulierung in der Zielsetzung des Anliegens geachtet. In einem weiteren Schritt wurden die Gruppenmitglieder in Präsentations- und Verhandlungstechnik eingeführt. Schließlich geht es bei den (Erst-)Kontakten mit dem professionellen Versorgungssystem ja darum, die Aufmerksamkeit der Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen, gemeinsam Vorschläge für eine weiterführende und nachhaltige Kooperation zu verhandeln und Vereinbarungen herbeizuführen, die von beiden Seiten realistisch eingehalten werden können.

2. Ärztinnen und Ärzte über Informationen aktivieren

Völlig anders verlief die Vorbereitung für die ärztliche Seite, um dort Kooperationen mit Selbsthilfegruppen anzubahnen:

- Im Gegensatz zu Selbsthilfegruppen, die über das ärztliche Tun, über Therapien und Medikamente meistens bestens informiert sind, haben Ärztinnen und Ärzte nach wie vor wenig bis keine Informationen zur Wirkweise von Selbsthilfe und zu Selbsthilfegruppen in ihrem Fachgebiet.

- Nach wie vor wird dem Thema Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen im Besonderen mit Vorbehalten begegnet, was häufig aus Unkenntnis heraus geschieht. Eingeräumt werden muss allerdings, dass Selbsthilfe-Unterstützungsstellen die Ärzteschaft lange Zeit nicht als relevante Zielgruppe erkannt hatten und diese deshalb selten in Maßnahmen zur Kundenpflege angesprochen wurden.

- Das Anliegen vieler Selbsthilfegruppen, Ärztinnen und Ärzte für eine kontinuierliche Information in die Gruppentreffen zu gewinnen, kam – wie sich herausstellte – nur teilweise den Wünschen der Ärztinnen und Ärzte entgegen:
  - Einige Ärzte befürworten dies, weil sie damit einen persönlichen Eindruck von der Arbeitsweise der Gruppe erhalten konnten, in die sie dann Patientinnen und Patienten vermitteln wollten.
  - Einige erhofften, über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen eine bessere Patienten-Compliance zu erreichen, eine Patientenbindung bzw. zusätzliche Patientinnen und Patienten zu gewinnen.
  - Wiederum andere befürchteten, dass der Zustrom von Patientinnen und Patienten über Selbsthilfegruppen ihr Budget belasten könnte (da sie arbeitsaufwendige, jedoch nicht gut honorierte Risiken darstellten).

Es galt hier in erster Linie ein Informationsdefizit zu beheben.
So wurden Veranstaltungen mit Vertreter/innen der Fach- und Hausarzt-Kreise organisiert, die erfreulicherweise dazu führten, dass anschließend immer wieder Selbsthilfegruppen zu vielfältigen Krankheitsbildern nachgefragt wurden. Insbesondere die Vermittlung von Patientinnen und Patienten an Selbsthilfegruppen über die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle wurde als Entlastung empfunden und entsprach damit auch einer der Zielsetzungen des Projekts „dialog".

Hilfreich in der Kooperationsförderung erwies sich schließlich auch ein Vorschlag, für die Arztpraxis einen Vordruck – ähnlich einem Rezeptblock – zu entwickeln, auf dem der Arzt die Empfehlung für eine Selbsthilfegruppe „verschreibt". Der Vordruck enthält die Anschrift und Telefonnummer der nächstliegenden Selbsthilfe-Unterstützungsstelle, an die sich die Patientin und der Patient anschließend wenden können.

B) Modellprojekt „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus"

Die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS) Hamburg entwickelt derzeit zusammen mit mehreren Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen vor Ort ein Vergabeverfahren für ein Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus". Damit soll einerseits der gesetzlichen Verpflichtung (SGB V) Rechnung getragen werden, die eine stärkere Einbindung der Selbsthilfe in die professionelle Gesundheitsversorgung vorsieht, wie auch die Akzeptanz der Selbsthilfe verbessert werden.

Mit der Überlegung, ein Qualitätssiegel für ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus" zu vergeben, wird das geforderte Zusammenwirken von Expertenwissen und Laienkompetenz positiv aufgegriffen und vor allem systematisch etabliert, so dass alle Beteiligten – das Krankenhaus, die Selbsthilfegruppe und vor allem die Patientinnen und Patienten - davon profitieren. Interessierte Krankenhäuser sehen in der Bewerbung für das Qualitätssiegel einen aktiven Beitrag zur Patientenorientierung - eine Forderung, die auch die eingeführten Qualitätssicherungsverfahren für Krankenhäuser durchzieht.

Im Rahmen des Modellprojekts, das auf zwei Jahre angelegt ist und vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen inhaltlich und finanziell gefördert wird, können sich Krankenhäuser durch den Nachweis einer breiten und systematischen Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen für ein imagewirksames Zertifikat qualifizieren – ein Qualitätsmerkmal in der Patientenorientierung, das im Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt künftig immer wichtiger werden könnte.

Ein „selbsthilfefreundliches Krankenhaus" zeichnet sich darüber aus, dass es sein ärztliches und pflegerisches Handeln durch das Erfahrungswissen der Selbsthilfe erweitert, den Kontakt zwischen Patienten, Patientinnen und Selbsthilfegruppen befördert und kooperationsbereite Selbsthilfegruppen aktiv unterstützt. Von dieser Zusammenarbeit sollen alle Beteiligten einen Gewinn haben – das Krankenhaus, die Selbsthilfe wie auch die Patienten und Patientinnen. So kann diesen und ihren Angehörigen mit dem Qualitätssiegel signalisiert werden, dass in dem von ihnen

gewählten Krankenhaus die Zusammenarbeit der Professionellen mit Selbsthilfe nachhaltig praktiziert wird und beispielsweise sie selbst wie auch Angehörige die Gelegenheit haben, schon während der stationären Behandlung Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe aufzunehmen.

1. Qualitätskriterien für „Selbsthilfefreundlichkeit“ entwickeln

Ein wesentliche Aufgabe im Vorfeld der Vergabe des Qualitätssiegels ist es, Kriterien zu entwickeln, an denen sich ein Krankenhaus messen lassen kann. Grundlage für die Vergabe des Qualitätssiegels wird daher ein Katalog von Qualitätskriterien sein, der in enger Kooperation zwischen KISS Hamburg, den Qualitätsbeauftragten der in Hamburg beteiligten Krankenhäusern sowie Vertretern und Vertreterinnen von Gesundheits-Selbsthilfegruppen erarbeitet wurde.

Über eine bundesweite Bestandsaufnahme hat das Modellprojekt zu Beginn Erfahrungen gesammelt, die andernorts zur Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfezusammenschlüssen bzw. Selbsthilfe Unterstützungsstellen gemacht werden.

Übereinstimmend ist das wichtigste Anliegen aus Sicht der Selbsthilfegruppen wie auch der Selbsthilfe-Unterstützungsstellen, dass „Patientinnen und Patienten und Angehörige von den Ärzten und Ärztinnen und Pflegekräften über die Möglichkeit informiert werden, eine Selbsthilfegruppe zu kontaktieren“. Dies kann in unterschiedlichen Phasen der Behandlung sinnvoll sein, spätestens jedoch bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, wenn es darauf ankommt, dass Patienten, Patientinnen und Angehörige die Folgen einer Erkrankung möglichst gut bewältigen.

Dieses Qualitätskriterium wird ergänzt durch weitere Kriterien, auch solchen, die sich auf die Rahmenbedingungen beziehen und erkennen lassen, dass ein Krankenhaus die Kooperation aktiv befördert. So ist es ein „Muss“, dass ein selbsthilfefreundliches Krankenhaus einen Selbsthilfebeauftragten hat, der verantwortlich dafür sorgt, dass beispielsweise ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf Station und Selbsthilfegruppe organisiert wird, dass Selbsthilfegruppen an Veranstaltungen und Fortbildungen beteiligt werden, Informationsmaterial ausliegt oder einen Raum zur Verfügung gestellt wird, in dem Selbsthilfegruppen Sprechzeiten für Patienten und Patienten oder ihre Angehörigen anbieten können.

2. Den Selbsthilfegedanken in der professionellen Gesundheitsversorgung verankern

Derzeit wird in Hamburg mit drei Krankenhäusern das Vergabeverfahren vorbereitet. Es wird in Anlehnung an bereits bestehende Qualitätssicherungsverfahren entwickelt , mit Beteiligung von Mitarbeitern, die für Qualität zuständig sind wie auch in mit Vertreterinnen und Vertretern von Selbsthilfegruppen. Die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle hat auch hier eine moderierende und koordinierende Funk-

tion übernommen und sorgt darüber hinaus für die Weitergabe von spezifischem Fachwissen zum Thema Qualitätsmanagement und Auditverfahren. Nach erfolgreichem Durchlaufen des Bewertungsverfahrens - die angesprochenen Abteilungen in den Krankenhäusern unterziehen sich einer Selbstbewertung und einem Audit (Fremdbewertung) – wird das Qualitätssiegel im Sommer kommenden Jahres in einer öffentlichkeitswirksamen Aktion vergeben.

Nach Abschluss der regional begrenzten Pilotphase in Hamburg ist geplant, dass sich weitere Krankenhäuser – und viele haben bereits ihr Interesse angemeldet - für das Qualitätssiegel bewerben können. Um den Transfer zu erleichtern, werden aus den Ergebnissen und Erfahrungen des Modellprojekts ein Leitfaden und Fortbildungen entwickelt. Die Handreichungen und Veröffentlichungen sollen dazu anregen, die Idee des Qualitätssiegels „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ bundesweit zu verbreiten.

Fazit aus den bisherigen Erfahrungen für die Selbsthilfeunterstützung

Mit der Zielsetzung und Arbeitsweise, eine systematische Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und professioneller Gesundheitsversorgung beteiligungsorientiert zu fördern, betreten Selbsthilfe-Unterstützungsstellen oft Neuland.
Die hier beispielhaft vorgestellten Modellprojekte haben gemeinsam, dass eine partnerschaftliche und systematische Zusammenarbeit auch bedeutet, über die vorhandenen Unterschiede hinaus nach guten Ideen und gemeinsam getragenen Lösungen zu suchen. Dies gelingt jedoch nur, wenn die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle den Prozess so begleitet, dass sie die Akteure von Anfang an in die Planung und Durchführung von Kooperationsprojekten und Maßnahmen mit einbezieht.

Im Fortschreiten der Projektarbeit ist es dann immer wieder ermutigend zu sehen, dass es sich lohnt, Expertenkompetenz und Laienkompetenz für eine übergreifende Zielsetzung zu verknüpfen. Gerade am Beispiel der zusammen entwickelten Qualitätskriterien gab es immer wieder Anlass, voneinander zu lernen und die Erwartungen aneinander wie auch an sich selbst auf den Prüfstand zu stellen.

Selbsthilfe-Unterstützungsstellen vor Ort haben im allgemeinen einen guten Überblick über die regionalen Besonderheiten der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Sie können sich zu einem kommunikativen Knoten und Impulsgeber im regionalen Versorgungsnetz entwickeln und Kontakte zu den jeweiligen Entscheidungsträgern auf kurzem Wege herstellen. Von daher sind sie die geeigneten Partner, die sich für diese herausfordernde Aufgabe und Rolle als „Brückenbauer“ umfassend qualifizieren sollten, um diese Besonderheiten zu nutzen und maßgeschneiderte Konzepte der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller Versorgung zu entwickeln.

So finden sich im allgemeinen in jedem Krankenhaus Ansprechpartner, die der Selbsthilfe aufgeschlossen gegenüber stehen. Abteilungen im Krankenhaus haben einen unterschiedlichen Kooperationsbedarf, der berücksichtigt werden muss. Auch

ergibt sich für manche Abteilungen nur eine periphere Notwendigkeit, mit Selbsthilfegruppen zu kooperieren, da Patientinnen und Patienten zur Bewältigung ihrer Problemlage stärker auf eine gute Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und Fach- und Hausärzten vor Ort angewiesen wären.
Erfahrungsgemäß kennen Kontaktstellen „ihre“ Selbsthilfegruppen. So ist es auch möglich, deren Kooperationsbedarf zu erheben, ihre individuellen Ressourcen sensibel einzuschätzen und ausgewählte Selbsthilfegruppen zu ermuntern, am Aufbau einer etablierten Zusammenarbeit mit dem professionellen Versorgungssystem aktiv mitzuwirken.
Eine besondere Chance für gelingende Kooperationen liegt also darin, aus regionalen Gegebenheiten zu wachsen und von einer „Entwicklungsgemeinschaft“ getragen zu werden.

Bibliographie

- Bobzien, M. (2003): *Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen mit dem professionellen Versorgungssystem – den Wandel mit den Akteuren initiieren. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen* e.V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2003. Gießen.

- Bobzien, M. (2005): *Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen* e.V. (Hrsg.): impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung, Nr. 48. Hannover.

- Findeiß, P., Schachl, T., Stark, W. (2001): *Modelle der Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem. Unveröffentl. Abschlussbericht zum Projekt C2 des Bayerischen Forschungsverbunds Public Health* – Öffentliche Gesundheit. München.

- *Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe nach §20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000*. In: *Borgetto, B., v. Troschke*, J. (Hrsg.): Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Freiburg.

- Kretschmar, C., Slesina, W. (2005): *Selbsthilfegruppen und Ärzte – Kontakte, Erwartungen, Kooperationsnutzen*. In : *Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen* e.V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2005. Gießen.

- Röhrig, P. (1989): *Kooperation von Ärzten mit Selbsthilfegruppen. Zwischenergebnisse eines Forschungsprojektes zur Effektivitätsverbesserung der ambulanten Versorgung*. Köln.

- Slesina, W., Kretschmar, C. (2004): *Formen und Häufigkeit der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Selbsthilfegruppen – Ergebnisse einer Ärztebefragung und Längsschnittbetrachtung*. In: Borgetto, B. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsselbsthilfe*. Freiburg.

- Stark, W. (2001): *Selbsthilfe und PatientInnenorientierung im Gesundheitswesen – Abschied von der Spaltung zwischen Professionellen und Selbsthilfe*. In: Borgetto, B., v. Troschke, J. (Hrsg.): *Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen*. Freiburg.

- Trojan, A., Estorff-Klee, A. (2003): *Mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten! Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Hamburger Modell*. In: *Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen* e.V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2003. Gießen.

Dipl.-Psych. ***Monika Bobzien,***
München/Hamburg
monika.bobzien@arcormail.de
Tel. +49 040 41 52 01 72

Selbsthilfegruppen begegnen Fachleuten und Diensten in Südtirol: Standortbestimmung und Ergebnisse einer Umfrage

>Dipl. Soz. Ass. ***Irene Gibitz*** und Dr. ***Julia Kaufmann***

Guten Nachmittag. Wir möchten Sie ganz herzlich begrüßen. Als Mitveranstalter dieser Tagung freut es uns ganz besonders, dass heute so viele Leute anwesend sind.
Wir haben lange überlegt, was für uns als Mitarbeiterinnen der Dienststelle für

Selbsthilfegruppen wichtig wäre, heute auf dieser Tagung zum Thema Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Fachlichkeit zu sagen. Und wir sind zu dem Schluss gekommen, dass es das Wichtigste ist, dass wir heute auf dieser Tagung für die Selbsthilfegruppen sprechen. Daher haben wir den ganzen Sommer über Ansprechpersonen von Selbsthilfegruppen zu ihrer bereits existierenden und zu ihrer gewünschten Zusammenarbeit mit Fachleuten und Diensten befragt. Die Ergebnisse dieser Befragung möchten wir Ihnen heute vorstellen.

Grafik 1: Zielgruppen und Aufgabenbereiche der Dienststelle für Selbsthilfegruppen

Zuerst möchten wir Ihnen im ersten Teil zur Orientierung einen kleinen Einblick in die Selbsthilferealität in Südtirol geben - welche Gruppen gibt es zu welchen Themen und wie verteilen sie sich auf die einzelnen Bezirksgemeinschaften.
Danach kommen wir im zweiten Teil zur eigentlichen Darstellung der Ergebnisse unserer Befragung. Und zwar, mit welchen Fachleuten und Diensten Selbsthilfegruppen bereits zusammenarbeiten, wie zufrieden sie mit dieser Zusammenarbeit sind und mit welchen Fachleuten und Diensten die Selbsthilfegruppen in Zukunft zusammenarbeiten möchten. Anschließend werden wir Ihnen noch die bereits existierenden und die zukünftig gewünschten Formen der Zusammenarbeit darstellen.

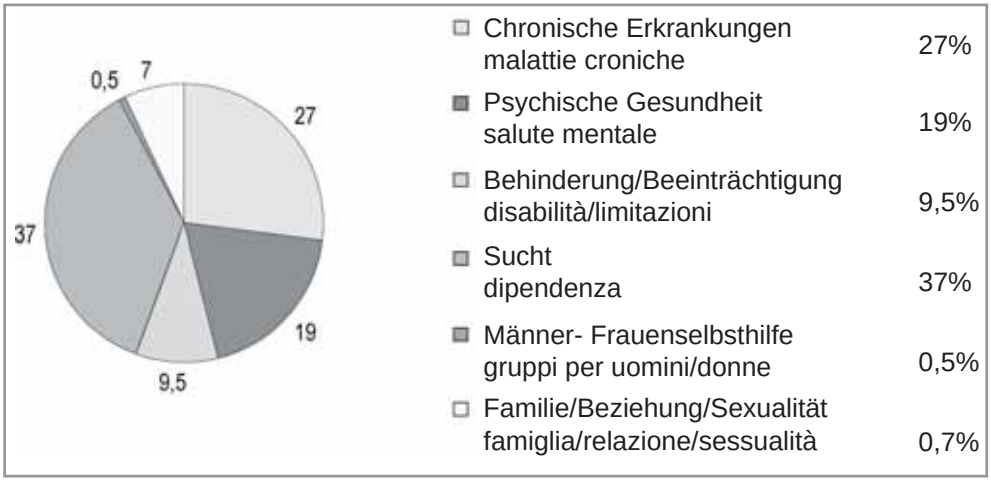
Wie Sie sich sicherlich vorstellen können, sind dies eine Menge Daten, die uns aber alle so wichtig und interessant erschienen sind, dass wir beschlossen haben, nur einige wenige bei der Darstellung wegzulassen.

1. Darstellung der Selbsthilferealität in Südtirol

Jetzt aber wie versprochen zum ersten Teil - der Darstellung der Selbsthilferealität in Südtirol:

1.1 Verteilung der Selbsthilfegruppen auf Bereiche

In Südtirol gib es zur Zeit genau 200 Selbsthilfegruppen, die sich auf folgende Bereiche aufteilen:



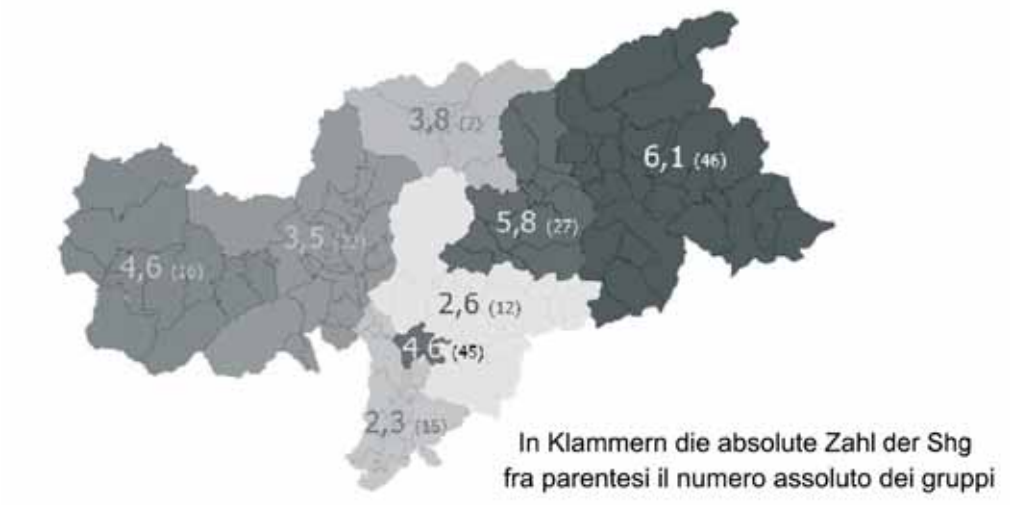
Grafik 2: Verteilung der Selbsthilfegruppen auf Bereiche (04.10.2005)

Der größte Bereich ist der Suchtbereich, wo sich 37% aller Selbsthilfegruppen finden (z.B. Alkohol, Essstörungen und Angehörigengruppen).
Dann folgt mit mehr als einem Viertel der Bereich der chronischen Erkrankungen, wie z.B. Parkinson, Krebs und Gruppen für pflegende Angehörige.

Fast ein Fünftel aller Selbsthilfegruppen finden sich im Bereich psychische Gesundheit. Sie arbeiten zu den Themen Angst, Depression und Trauer und auch hier finden wir wieder viele Angehörigengruppen.
Fast 10% umfasst der Bereich der Behinderung und Beeinträchtigung mit Gruppen zu den Themen Körperbehinderung und z.B. Stottern und Angehörigengruppen für Eltern behinderter Kinder.
Der Bereich Familie/Beziehung umfasst 7% aller Selbsthilfegruppen, die sich z.B. zu den Themen Trennung, Scheidung, Adoption oder Erziehungsfragen treffen.

1.2 Verteilung der Selbsthilfegruppen auf die einzelnen Bezirksgemeinschaften

Jetzt zur Verteilung der Selbsthilfegruppen auf die einzelnen Bezirksgemeinschaften:
Dargestellt sind jeweils die Anzahl der Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner und in Klammern die absolute Zahl der Selbsthilfegruppen.

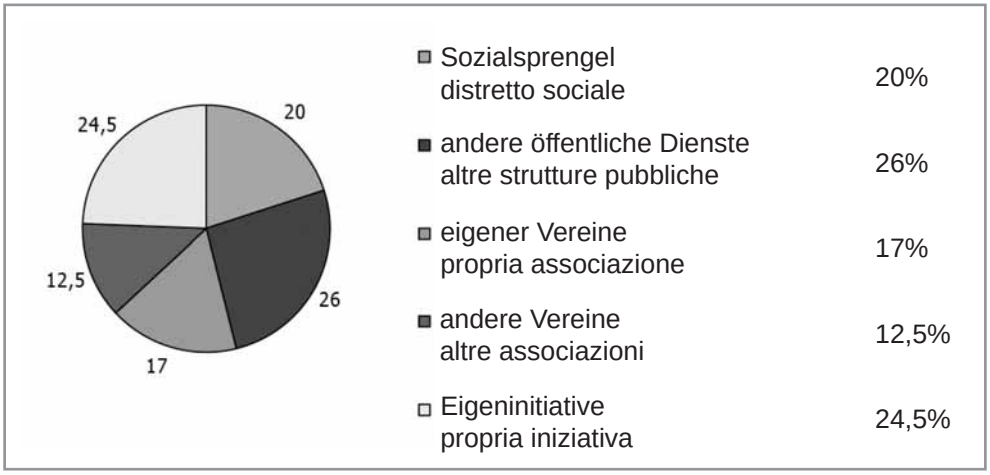


Grafik 3: Anzahl der Selbsthilfegruppen nach Bezirksgemeinschaften pro 10.000 Einwohner (04.10.2005)

Pustertal: 6,1 Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner
Eisacktal: 5,8 Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner
Bozen und Vinschgau: jeweils 4,6 Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner
Wipptal: 3,8 Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner
Burggrafenamt: 3,5 Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner
Salten-Schlern: 2,6 Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner
Überetsch-Unterland: 2,3 Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner

(Salten-Schlern und Überetsch-Unterland verlieren beide an Bozen, da die Stadt für viele zentral gelegen ist)

1.3 Ort der Treffen der Selbsthilfegruppen



Grafik 4: Ort der Treffen der Selbsthilfegruppen (04.10.2005)

Wie Sie der Grafik entnehmen können, treffen sich fast die Hälfte aller Selbsthilfegruppen in öffentlichen Diensten und Einrichtungen. Fast ein Drittel trifft sich in Vereinslokalen und ein Viertel der Selbsthilfegruppen trifft sich in anderen Räumlichkeiten (zum Teil gegen Bezahlung).

2. Umfrage zur Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit Fachleuten und Diensten in Südtirol

Wir haben insgesamt 74 Selbsthilfegruppen befragt. Durchgeführt wurden persönliche oder telefonische Interviews mit Ansprechpersonen der Selbsthilfegruppen. Die Umfrage erstreckte sich über den Zeitraum von Juni bis September 2005.

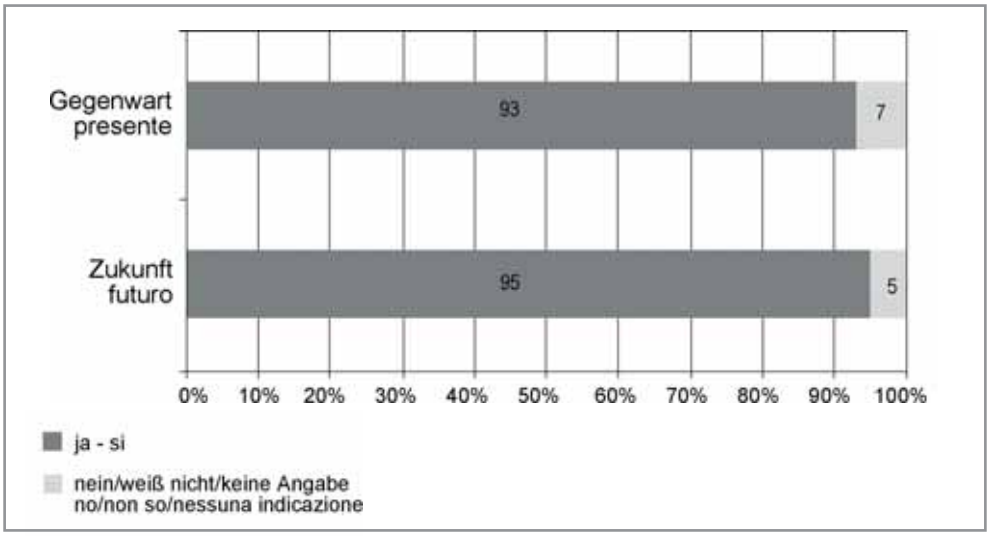
Wir möchten betonen, dass die Ergebnisse der Umfrage nicht repräsentativ sind, da wir nicht alle, sondern insgesamt 37% aller uns bekannten Selbsthilfegruppen in Südtirol befragt haben. Die Ergebnisse haben aber dennoch eine hohe Aussagekraft und können sicher als gute Orientierung dienen.

2.1. Stichprobenbeschreibung

- Bestehen der Selbsthilfegruppe in Jahren
  0 - 1: 12%
  1 - 5: 22%
  5 – 10: 24%
  >10: 42%
- Anzahl der Teilnehmer
  0 – 5: 15%
  6 – 10: 50%
  11 – 15: 23%
  >15: 12%
- Leitung
  Betroffene – interessati 63%
  Fachkraft/Ehrenamtlicher 37%
- Finanzielle Unterstützung
  ja: 59%
  nein: 41%
- Anschluss der Shg
  niemand: 23%
  Verein: 66%
  Öffentl. Dienst : 11%
- Teilnehmer
  Betroffene: 57%
  Angehörige: 26%
  gemischt: 17%

2.2 Wichtigkeit der Zusammenarbeit für Selbsthilfegruppen mit Fachleuten und Diensten.

Nun aber zur ersten Frage - nämlich der Wichtigkeit der Zusammenarbeit für Selbsthilfegruppen mit Fachleuten und Diensten.
Wir haben die Selbsthilfegruppen gefragt, wie wichtig ihnen die Zusammenarbeit mit Fachleuten und Diensten gegenwärtig ist und wie wichtig sie ihnen in Zukunft ist. Auf den Grafiken wird immer zwischen Gegenwart und Zukunft unterschieden und eine Bejahung der Frage ist immer in blau dargestellt, während eine Verneinung bzw. ein “weiß nicht” oder “keine Angabe” in gelb dargestellt sind.



Grafik 5: Wichtigkeit der Zusammenarbeit für Selbsthilfegruppen

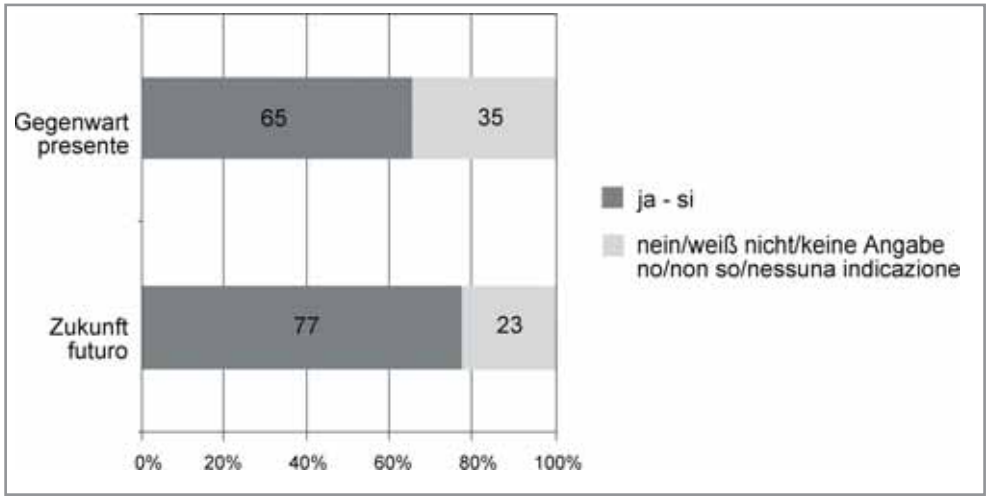
Wie Sie der Grafik entnehmen können, sind derzeit 93% der 74 befragten Selbsthilfegruppen der Meinung, dass die Zusammenarbeit wichtig ist und für die Zukunft erachten 95% der Gruppen sie als wichtig.
Dieses hohe Interesse an der Zusammenarbeit - sowohl in der Gegenwart als auch in Zukunftdient sicherlich als Basis für alle nachfolgenden Fragen und zeigt auf, wie enorm wichtig Zusammenarbeit für fast alle Selbsthilfegruppen ist.

2.3 Darstellung der Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen mit verschiedenen Fachleuten und Diensten.

Jetzt kommen wir zur Darstellung der Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen mit verschiedenen Fachleuten und Diensten.
Dargestellt ist jeweils wieder die bereits vorhandene Zusammenarbeit und die zukünftig gewünschte Zusammenarbeit und bei den Selbsthilfegruppen, die bereits zusammenarbeiten, haben wir auch noch die Zufriedenheit mit der gegenwärtig stattfindenden Zusammenarbeit erhoben.

2.3.1 Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Krankenhäusern

Bei der Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Krankenhäusern zeigt sich folgendes Bild:

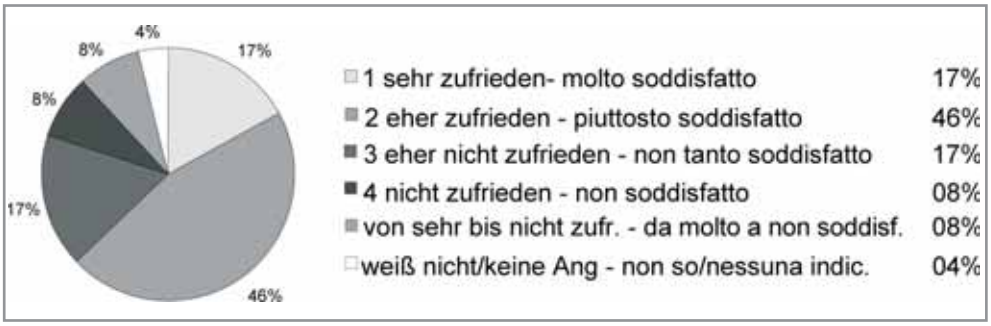


Grafik 6: Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Krankenhäusern

Fast 2/3 der 74 befragten Selbsthilfegruppen arbeiten bereits jetzt mit Krankenhäusern zusammen und in Zukunft möchten dies mehr als 3/4 der Selbsthilfegruppen tun.

Diese hohen Zahlen erklären sich sicherlich daraus, dass ein Krankenhaus viele Abteilungen umfasst und daher auch viele Bereiche abdeckt - angefangen von den chronischen Erkrankungen bis hin zum Suchtbereich. Dies sind auch sicherlich die beiden Bereiche, die bereits sehr lange arbeiten und daher hat sich im Laufe der Jahre wahrscheinlich auch schon eine gewisse Zusammenarbeit etabliert.

Erhoben haben wir auch - wie bereits erwähnt, wie zufrieden die Selbsthilfegruppen, die bereits zusammenarbeiten, mit der gegenwärtig stattfindenden Zusammenarbeit sind.

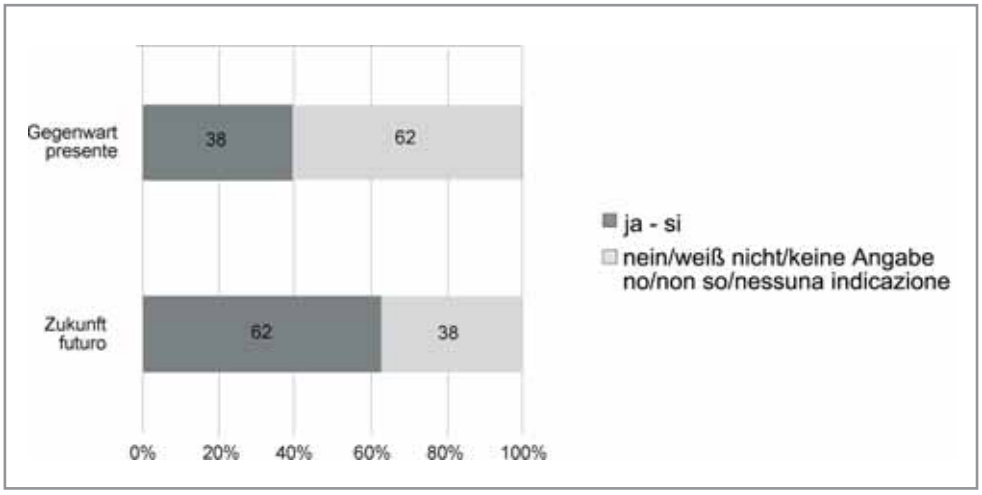


Grafik 7: Zufriedenheit der Selbsthilfegruppen mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern

Dabei gab es als Antwortmöglichkeit die Wahl zwischen sehr, eher, eher nicht und nicht zufrieden, die auch immer jeweils getrennt voneinander in verschiedenen Blau-Schattierungen von hell bis dunkel dargestellt sind. Je heller das Blau, desto zufriedener sind die Selbsthilfegruppen mit der Zusammenarbeit.
In einigen Fällen war es den Selbsthilfegruppen nicht möglich, sich festzulegen, weil sie meinten, es hänge ganz von den einzelnen Personen, den Orten bzw. im Falle der Krankenhäuser auch von den einzelnen Abteilungen ab, wie zufrieden sie mit der Zusammenarbeit sind - diese Ergebnisse sind jeweils grau dargestellt und umfassen eben Angaben von “sehr bis nicht zufrieden”.
Weiß dargestellt ist, wenn die Selbsthilfegruppen mit „weiß nicht“ antworteten oder keine Angabe zur Zufriedenheit machten.
Wenn wir uns jetzt die gegenwärtige Zufriedenheit der Selbsthilfegruppen mit der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern anschauen, sieht man, dass von den 48 Selbsthilfegruppen, die bereits mit den Krankenhäusern zusammenarbeiten, fast 2/3 zwischen sehr und eher zufrieden sind; fast 1/5 ist eher nicht zufrieden, 8% sind nicht zufrieden und 8% sind von sehr bis nicht zufrieden.

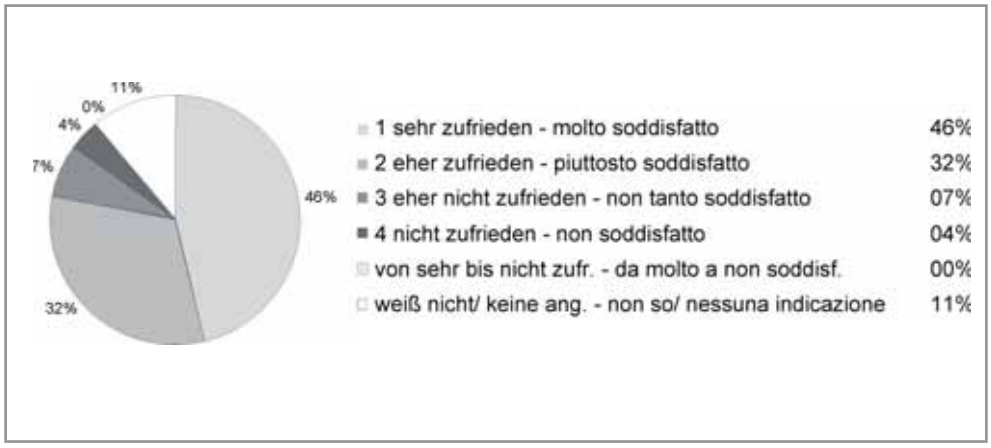
2.3.2 Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Gesundheitssprengeln

Bei der Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Gesundheitssprengeln zeigt sich ein etwas anderes Bild:



Grafik 8: Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Gesundheitssprengeln

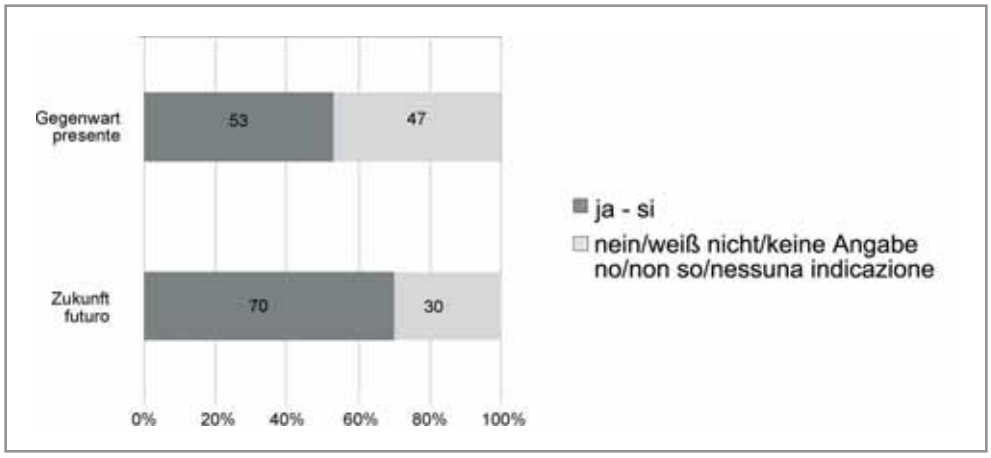
38% der 74 befragten Selbsthilfegruppen arbeiten bereits mit Gesundheitssprengeln zusammen und in Zukunft möchten das 62% tun.



Grafik 9: Zufriedenheit der Selbsthilfegruppen mit der Zusammenarbeit mit den Gesundheitssprengeln

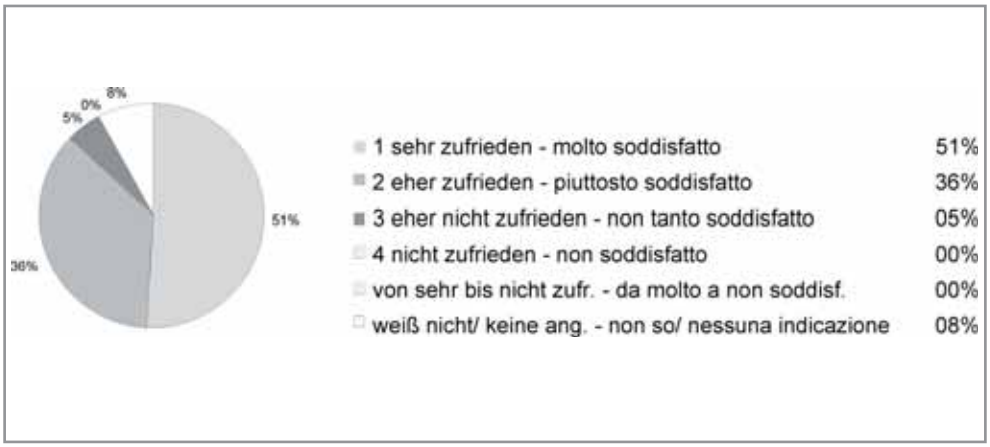
Dafür sind von den 28 Selbsthilfegruppen, die bereits mit Gesundheitssprengeln zusammenarbeiten, über 3/4 zwischen sehr und eher zufrieden mit der Zusammenarbeit. Nur 7% sind eher nicht zufrieden und 4% sind zwischen sehr und nicht zufrieden.

2.3.3 Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit Sozialsprengeln



Grafik 10: Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Sozialsprengeln

Bei der Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Sozialsprengeln sieht man, dass gegenwärtig über die Hälfte der 74 befragten Selbsthilfegruppen bereits mit Sozialsprengeln zusammenarbeiten und in Zukunft möchten dies fast 3/4 der Selbsthilfegruppen tun.



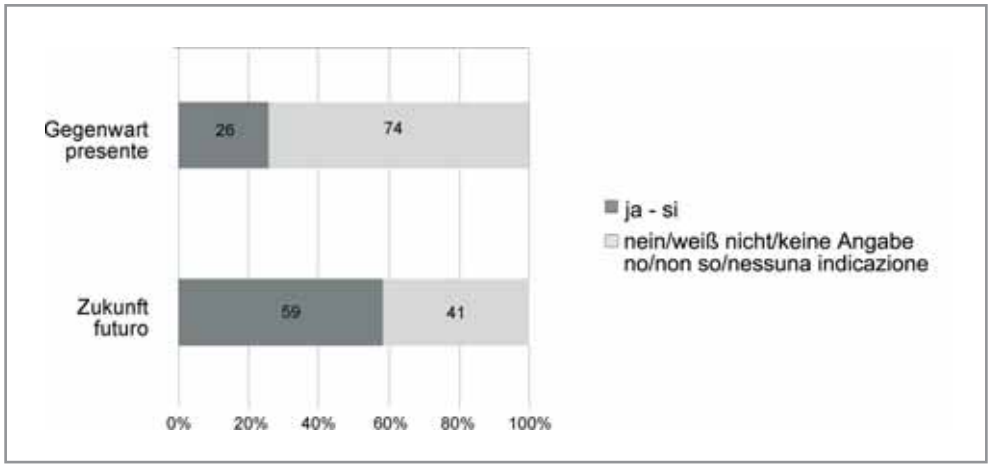
Grafik 11: Zufriedenheit der Selbsthilfegruppen mit der Zusammenarbeit mit den Sozialsprengeln

Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ist überwältigend: über die Hälfte der 39 Selbsthilfegruppen, die bereits mit Sozialsprengeln zusammenarbeiten, sind sehr zufrieden und mehr als ein Drittel sind eher zufrieden. Insgesamt sind also 7/8 zwischen sehr und eher zufrieden und nur 5% sind eher nicht zufrieden.

Diese hohe Zufriedenheit, sowohl bei den Gesundheitssprengeln, als auch v.a. bei den Sozialsprengeln, könnte einmal damit zusammenhängen, dass die Sprengel aufgrund des Landesbeschlusses 465 vom 21.02.2000 den Selbsthilfegruppen kostenlos Räume für die Treffen zu Verfügung stellen, was für eine Selbsthilfegruppe sicherlich eine sehr große Hilfe ist.
Oft sind die Sprengel auch direkte Ansprechpartner für die Selbsthilfegruppen vor Ort und stehen den Selbsthilfegruppen unterstützend zur Seite: diese Unterstützung reicht von organisatorischen Hilfen, wie z.B. dass Selbsthilfegruppen kostenlos kopieren können, bis hin zur Begleitung der Selbsthilfegruppen in der Startphase durch das Sprengelpersonal.
Hier haben sich in einigen Sprengeln in Südtirol sicherlich im Laufe der Jahre bemerkenswerte Formen der Zusammenarbeit entwickelt, die die Selbsthilfegruppen auch entsprechend zu würdigen wissen, indem sie z.B. wie heute in diesem Fall besonders hohe Zufriedenheitswerte angeben.

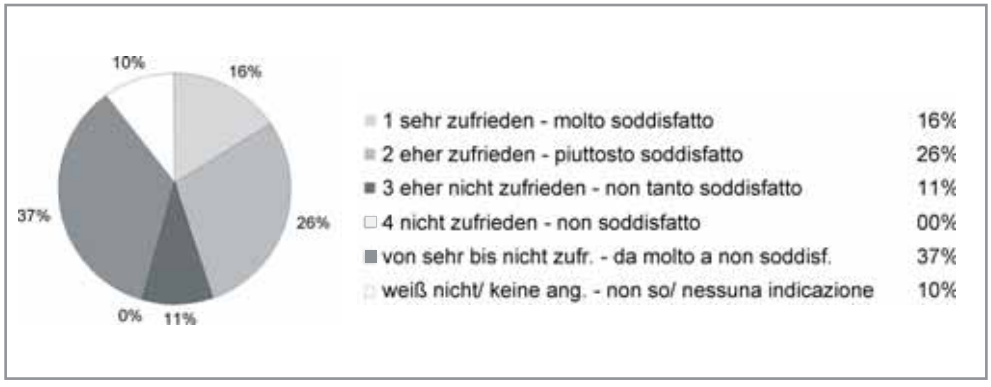
2.3.4 Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Psychologischen Diensten

Bei der Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit Psychologischen Diensten zeigt sich ein etwas anderes Bild:



Grafik 12: Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Psychologischen Diensten

Nur 1/4 der 74 befragten Selbsthilfegruppen arbeiten bereits mit Psychologischen Diensten zusammen, während das in Zukunft fast 60% machen möchten.

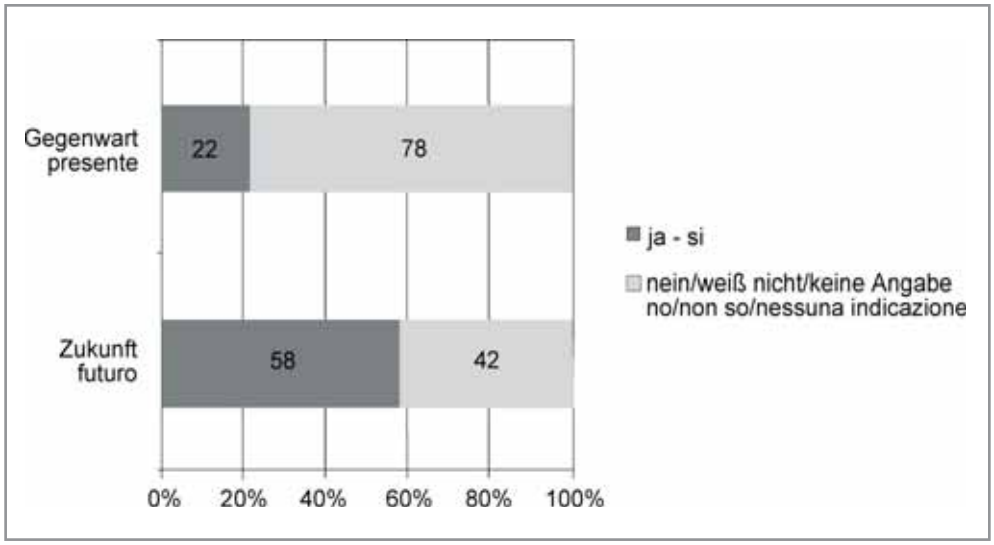


Grafik 13: Zufriedenheit der Selbsthilfegruppen mit der Zusammenarbeit mit den Psychologischen Diensten

42% der 19 Selbsthilfegruppen, die bereits mit den Psychologischen Diensten zusammenarbeiten, sind mit der bereits existierenden Zusammenarbeit zwischen sehr und eher zufrieden und 11% sind eher nicht zufrieden. 37% der Selbsthilfegruppen geben an, dass die Zufriedenheit stark variiert und von den jeweiligen Orten bzw. einzelnen Psychologen abhängt.

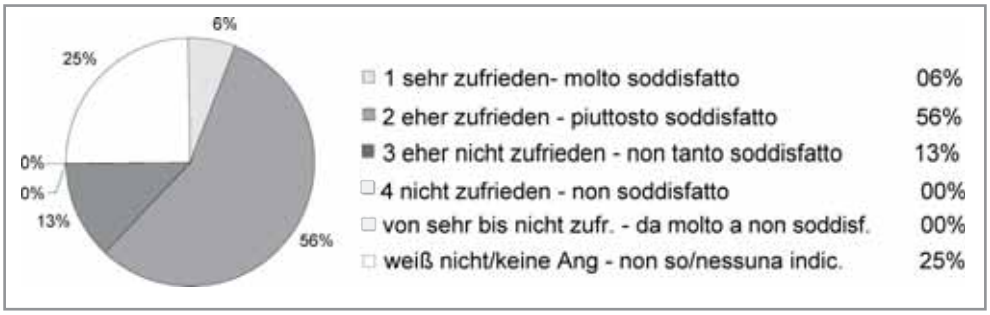
2.3.5 Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Zentren für Psychische Gesundheit (ZPG)

Bei den Zentren für Psychische Gesundheit zeigt sich ein ähnliches Bild bezüglich der Häufigkeit der Zusammenarbeit:



Grafik 14: Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Zentren für Psychische Gesundheit

Knapp 1/4 der 74 befragten Selbsthilfegruppen arbeiten bereits mit den Zentren für Psychische Gesundheit zusammen und auch hier möchten dies in Zukunft fast 60% tun.

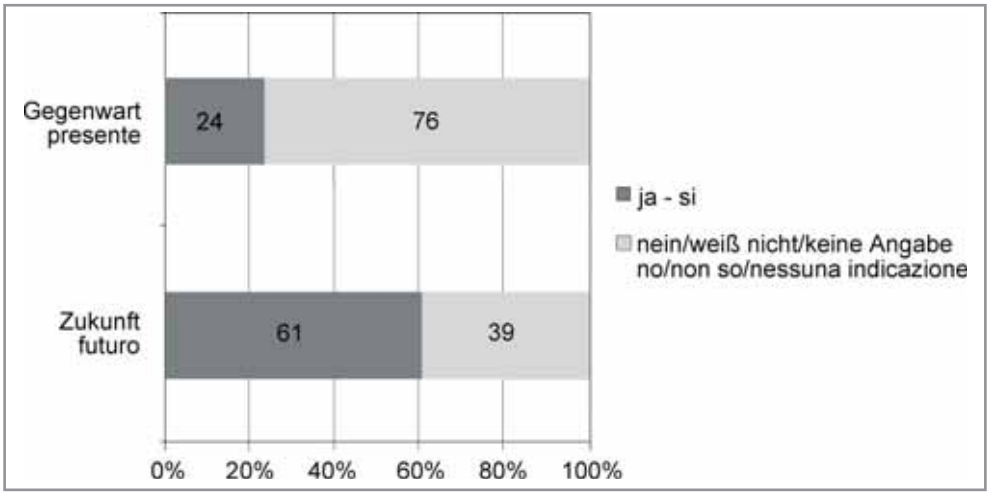


Grafik 15: Zufriedenheit der Selbsthilfegruppen mit der Zusammenarbeit mit den Zentren für Psychische Gesundheit

Bezüglich der Zufriedenheit sieht man, dass insgesamt 62% der 16 Selbsthilfegruppen, die bereits zusammenarbeiten, sind mit der bereits stattfindenden Zusammenarbeit mit den Zentren für Psychische Gesundheit zwischen sehr und eher zufrieden und 13% sind eher nicht zufrieden.

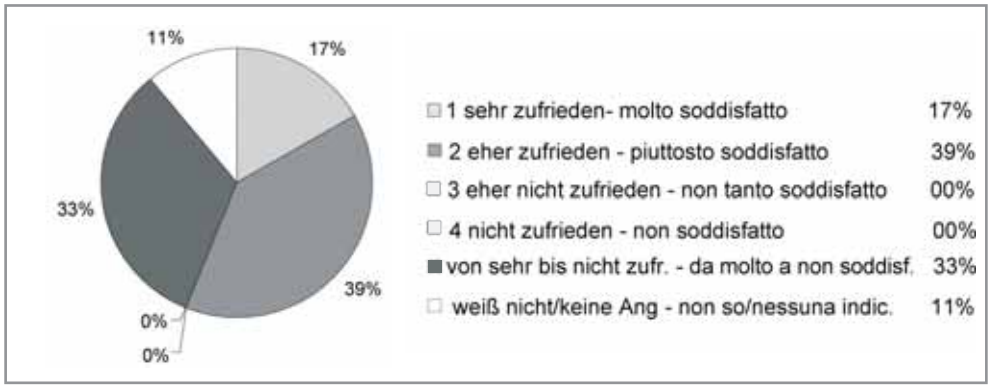
2.3.6 Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Familienberatungsstellen

Auch bei den Familienberatungsstellen ist das Bild bezüglich der Häufigkeit der Zusammenarbeit fast identisch:
Knapp 1/4 der 74 befragten Selbsthilfegruppen arbeiten bereits mit Familienberatungsstellen zusammen und auch hier möchten dies in Zukunft über 60% tun.



Grafik 16: Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Familienberatungsstellen

Diese enorme Steigerung an gewünschter Zusammenarbeit mit Psychologischen Diensten, Zentren für Psychische Gesundheit und Familienberatungsstellen könnte vielleicht damit zusammenhängen, dass in den letzten Jahren immer mehr Selbsthilfegruppen im Bereich der psychischen Gesundheit entstanden sind und in diesem Bereich noch viel Zusammenarbeit aufgebaut werden kann.
Auch sehen die Gruppen, die zu anderen Themenbereichen, wie z.B. chronische Erkrankungen arbeiten, immer mehr, wie wichtig es ist, auch psychosoziale Aspekte, das Umfeld und die Familie eines Betroffenen bzw. der Angehörigen mit zu berücksichtigen. In diesem Sinne erkennen die Selbsthilfegruppen die Wichtigkeit, für dieses Thema kompetente Fachleute als Partner zu gewinnen.

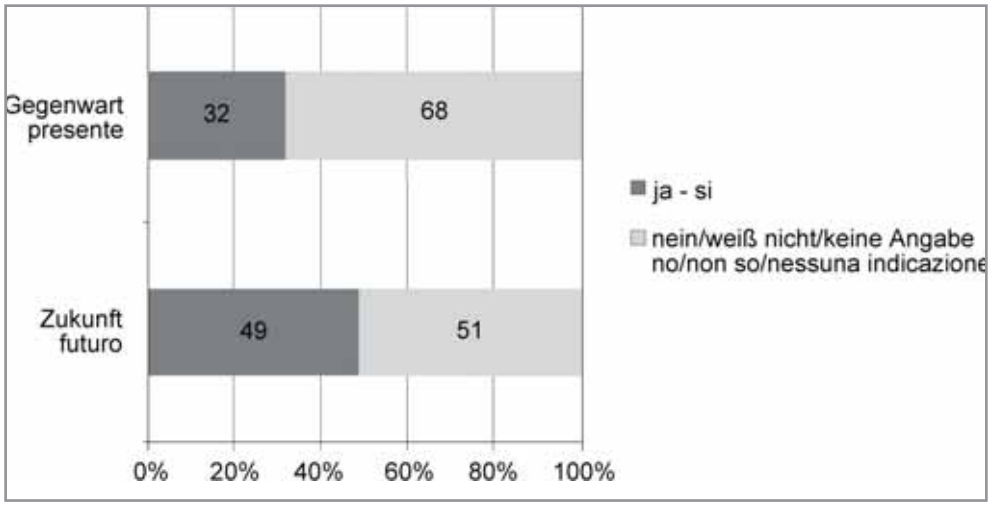


Grafik 17: Zufriedenheit der Selbsthilfegruppen mit der Zusammenarbeit mit den Familienberatungsstellen

Zur Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Zusammenarbeit mit den Familienberatungsstellen zeigt sich, dass insgesamt 56% der 18 Selbsthilfegruppen, die bereits zusammenarbeiten, zwischen sehr und eher zufrieden sind. Genau 1/3 der Selbsthilfegruppen kann sich nicht festlegen und meint, dass die Zufriedenheit stark von den einzelnen Personen und Orten abhängt.

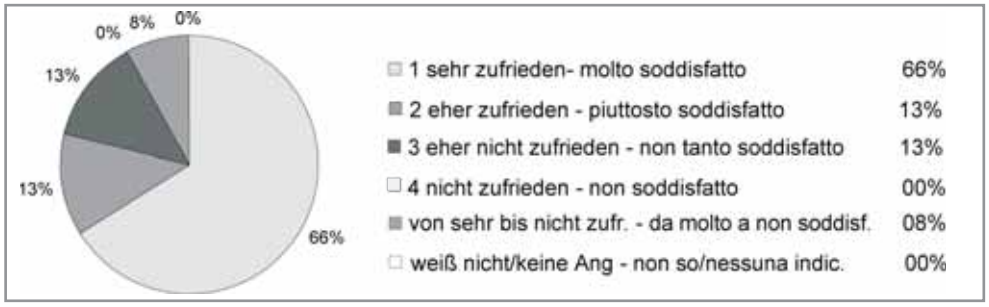
2.3.7 Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen

Bei den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen zeigt sich, dass derzeit 1/3 der befragten 74 Selbsthilfegruppen mit diesen zusammenarbeiten und in Zukunft möchten dies fast die Hälfte tun.



Grafik 18: Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen

Die Zufriedenheit der 24 Selbsthilfegruppen, die bereits jetzt mit den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen zusammenarbeiten, ist, wie bei den Sprengeln auch sehr hoch: 2/3 der Selbsthilfegruppen sind sehr zufrieden mit der Zusammenarbeit und weitere 13% sind eher zufrieden. Insgesamt sind also über 3/4 der Selbsthilfegruppen zwischen sehr und eher zufrieden. 13% der Selbsthilfegruppen sind eher nicht zufrieden und bei 8% der Selbsthilfegruppen variieren die Angaben personen- bzw. ortsabhängig zwischen sehr und nicht zufrieden.

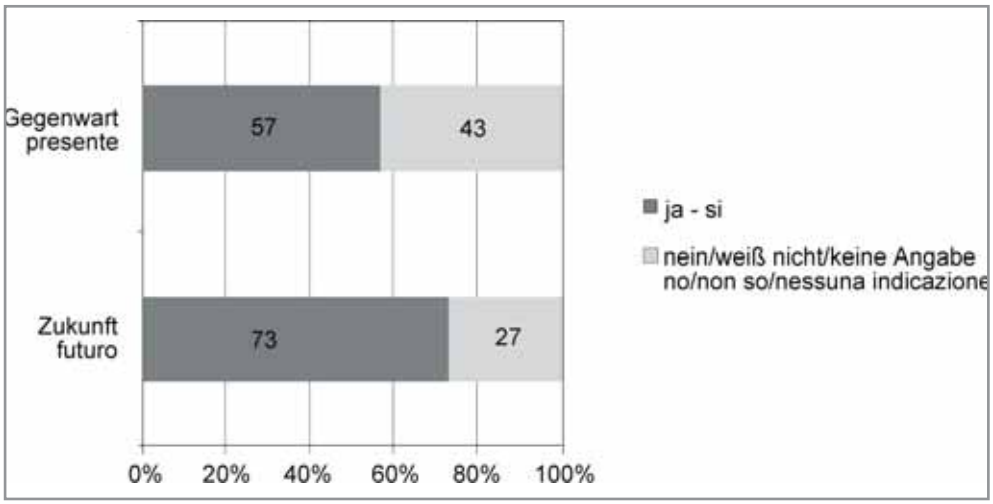


Grafik 19: Zufriedenheit der Selbsthilfegruppen mit der Zusammenarbeit mit den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen

Diese hohe Zufriedenheit könnte auf die langjährige Zusammenarbeit zurückzuführen zu sein, im Laufe derer man einen Weg gefunden hat, konstruktiv miteinander zu arbeiten.

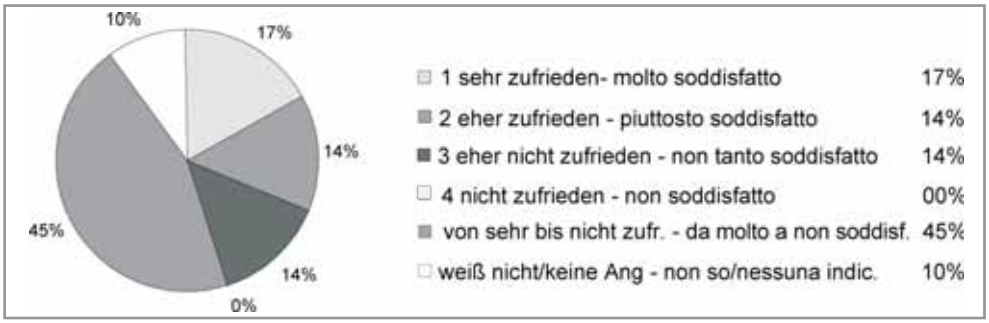
2.3.8 Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Hausärzten

Bei der Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Hausärzten zeigt sich, dass derzeit 57% der 74 befragten Selbsthilfegruppen mit den Hausärzten zusammenarbeiten und in Zukunft möchten dies knapp 3/4 der Selbsthilfegruppen tun.



Grafik 20: Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit den Hausärzten

Diese hohen Zahlen erklären sich daraus, dass Hausärzte oft die erste Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige sind. Hausärzte nehmen in diesem Sinne nach Angabe der Selbsthilfegruppen eine Schlüsselposition ein.
Die entsprechende Zufriedenheit der Selbsthilfegruppen mit der bereits stattgefundenen Zusammenarbeit ist nicht besonders hoch:



Grafik 21: Zufriedenheit der Selbsthilfegruppen mit der Zusammenarbeit mit den Hausärzten

Knapp 1/3 der 42 Selbsthilfegruppen, die bereits mit Hausärzten zusammenarbeiten, sind zwischen sehr und eher zufrieden, 14% sind eher nicht zufrieden und fast die Hälfte der Selbsthilfegruppen gibt an, dass die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit zwischen sehr und nicht zufrieden variiert und stark von der einzelnen Person/vom einzelnen Hausarzt abhängt.
Gerade durch die Schlüsselposition, die Hausärzte als Erstanlaufstelle für Betroffene einnehmen, wäre es wichtig, die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und Hausärzten in Zukunft zu verbessern.

Nach dieser sicher sehr ausführlichen, aber wie wir meinen dennoch sehr interessanten Darstellung der bereits stattgefundenen und zukünftig gewünschten Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachleuten und Diensten werden wir jetzt auf die bereits existierenden und zukünftig gewünschten Formen der Zusammenarbeit eingehen.

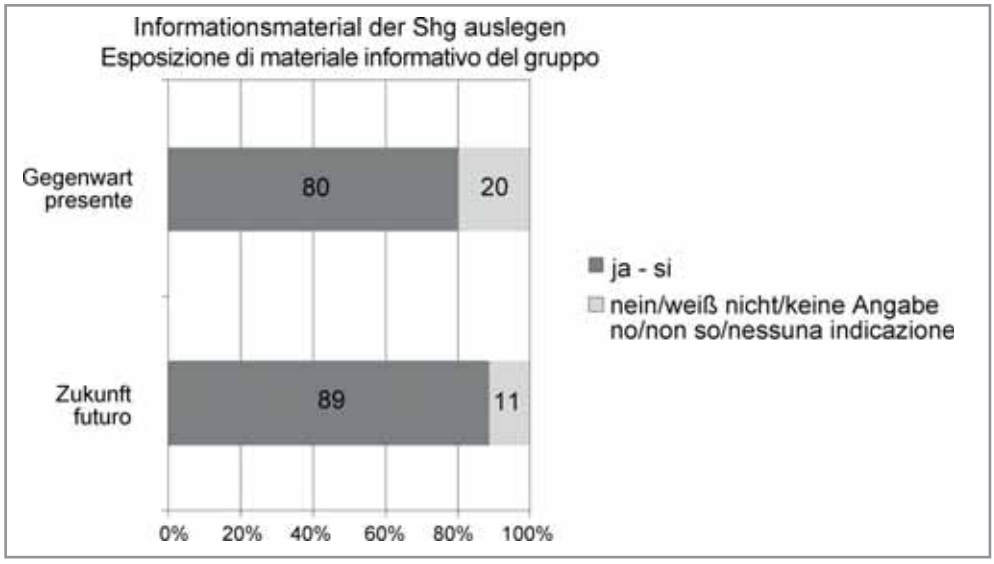
2.4 Darstellung der bereits existierenden und zukünftig gewünschten Formen der Zusammenarbeit

Wie wir schon gesehen haben, ist das aus der Befragung resultierende Bild ein sehr ermutigendes.

Die befragten Selbsthilfegruppen haben bereits viele Formen der Zusammenarbeit mit soziosanitären Fachkräften und Diensten entwickelt.
93% arbeiten bereits zusammen und 95% der befragten 74 Gruppen geben diesbezüglich auch für die Zukunft durchwegs eine hohe Bereitschaft zur Kooperation an.
Wir haben die Selbsthilfegruppen in der Folge auch noch zu den gegenwärtigen Formen ihrer Zusammenarbeit mit den Fachkräften befragt und welche Formen und Inhalte sie in Zukunft anstreben möchten.

2.4.1 Informationsmaterial über Selbsthilfegruppen auslegen

Gegenwärtig haben 80% der befragten 74 Selbsthilfegruppen Informationsmaterial zu ihrer Gruppe erstellt und können es auch in den verschiedenen sozio-sanitären Diensten aufliegen lassen.
Die Wichtigkeit dieser Art von Informationstätigkeit soll lt. Selbsthilfegruppen noch vermehrt werden (ca. 90%).

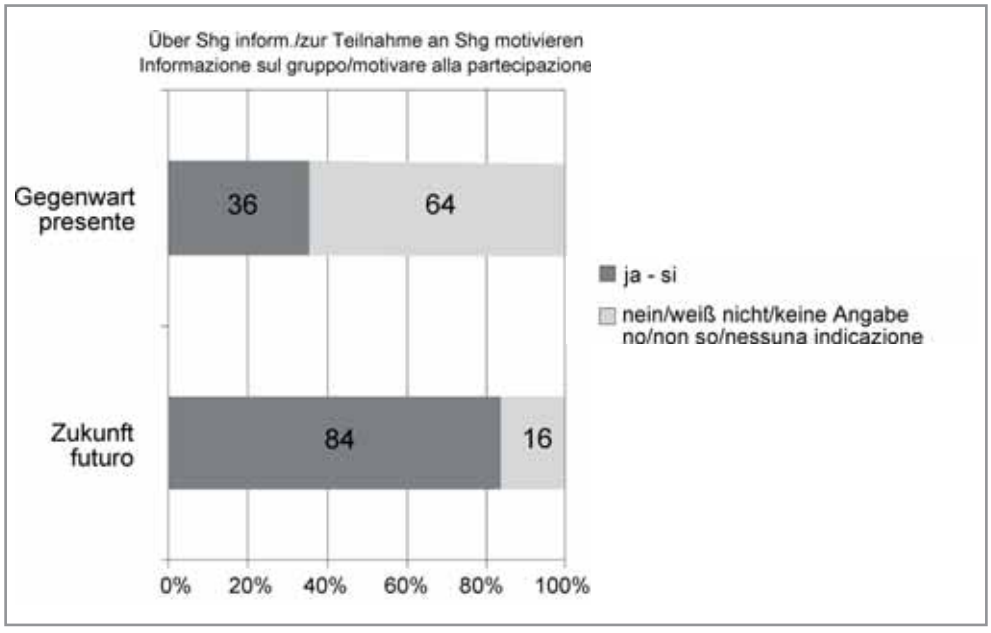


Grafik 22: Informationsmaterial der Selbsthilfegruppe auslegen

Die von der Dienststelle für Selbsthilfegruppen erstellte, regelmäßig auf den letzten Stand gebrachte und auch regelmäßig an die Dienste versandte Broschüre mit Auflistung aller in Südtirol tätigen Selbsthilfegruppen und ihrer Kontaktadressen wird als wertvolle Unterstützung zur Informationsarbeit geschätzt.

2.4.2 Über Selbsthilfegruppen informieren - Patienten bzw. Klienten zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe motivieren

Zur Zeit sind 36% der 74 befragten Selbsthilfegruppen überzeugt, dass Fachleute ihre Klienten und Patienten über die Selbsthilfetätigkeit informieren, das Informationsmaterial der Gruppen gezielt an Klienten weitergeben und sie auch zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppen motivieren.
Mehr als 80% der Selbsthilfegruppen wünschen sich für die Zukunft, dass Fachleute ihre Klienten gezielt über die Selbsthilfegruppentätigkeit informieren und zur Teilnahme motivieren.



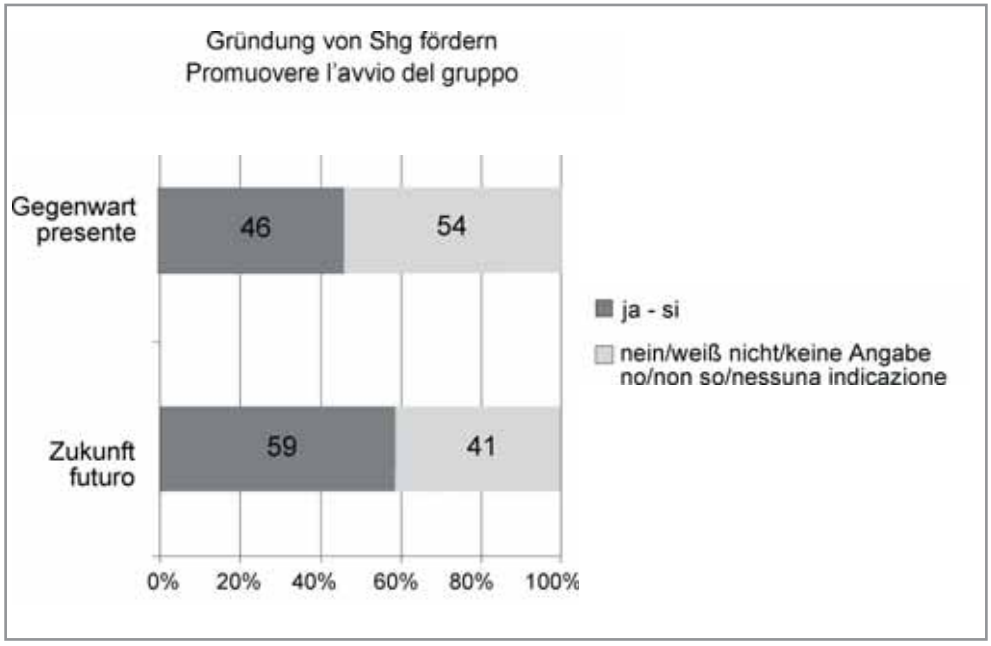
Grafik 23: Über Selbsthilfegruppen informieren/zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen motivieren

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Mehrheit der Betroffenen Unterstützung und Ermutigung braucht, um sich einer bestehenden Selbsthilfegruppe anzuschließen. Das setzt natürlich auch voraus, dass Fachleute über die spezifische Selbsthilfe gruppentätigkeit, ihre Arbeitsweise und ihre Wirkungen informiert sind und dafür sensibilisiert werden. Für eine Mitarbeit der Fachleute in diesem Bereich wollen die Selbsthilfegruppen sich in Zukunft noch mehr engagieren und zwar durch vermehrte Informations-, Sensibilisierungs– und Öffentlichkeitsarbeit, wobei die Gruppen in

hohem Maße auf die Unterstützung und Drehscheibenfunktion einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen zurückgreifen möchten (60 Nennungen diesbezüglich).

2.4.3 Förderung der Gründung von Selbsthilfegruppen

46% der 74 befragten Gruppen geben an, von Fachleuten bei der Gründung der Selbsthilfegruppen gefördert worden zu sein. Ca. 60% erachten Fördermaßnahmen in diese Richtung auch für die Zukunft als sinnvoll.

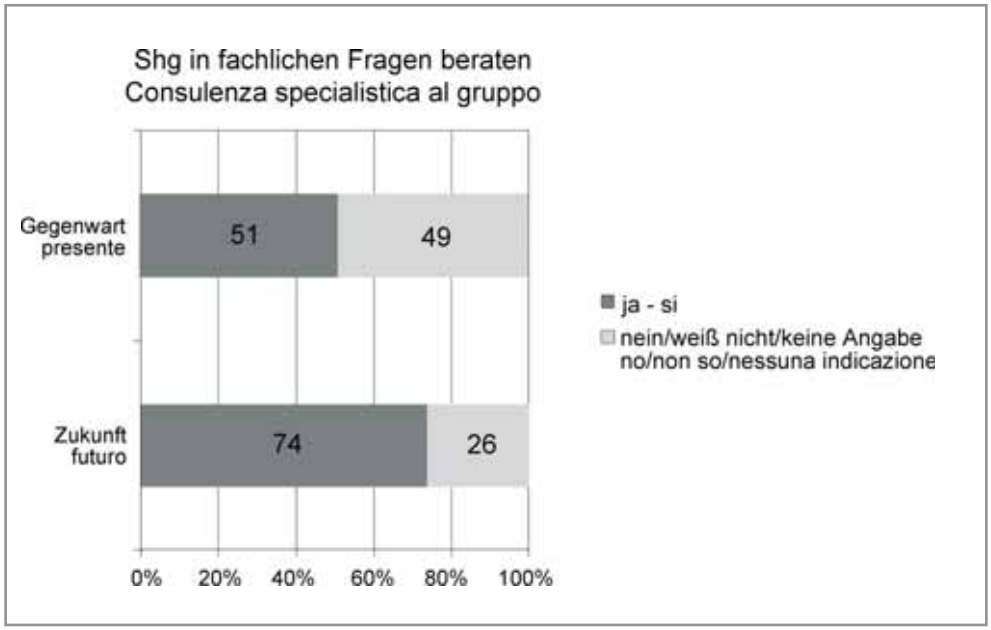


Grafik 24: Gründung von Selbsthilfegruppen fördern

In der Aufbau- bzw. Gründungsphase kann die Unterstützung und Förderung vielfältige Formen annehmen. Sie kann die kostenlose Bereitstellung eines Raumes für die Gruppentreffen, die Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit und Teilnehmersuche, das Organisieren und Strukturieren des 1. Gruppentreffens oder Hilfestellung beim Finden einer geeigneten Begleitung für die Startphase der Gruppe beinhalten. Unterstrichen wird dabei mehrheitlich, dass die fachliche Begleitung einer Selbsthilfegruppe in der Startphase zeitlich begrenzt sein sollte, bis die Gruppe selbst oder ein Gruppenteilnehmer die Aufgabe des „Begleitens“ im Sinne des Moderierens übernehmen kann und möchte.

2.4.4 Selbsthilfegruppen in fachlichen Fragen beraten

Gegenwärtig werden ca. die Hälfte der 74 befragten Selbsthilfegruppen von Fachleuten beraten. Die Beratungen erstrecken sich auf medizinisch-fachliche Fragen, wie auch auf spezifische Situationen in der Gruppe.

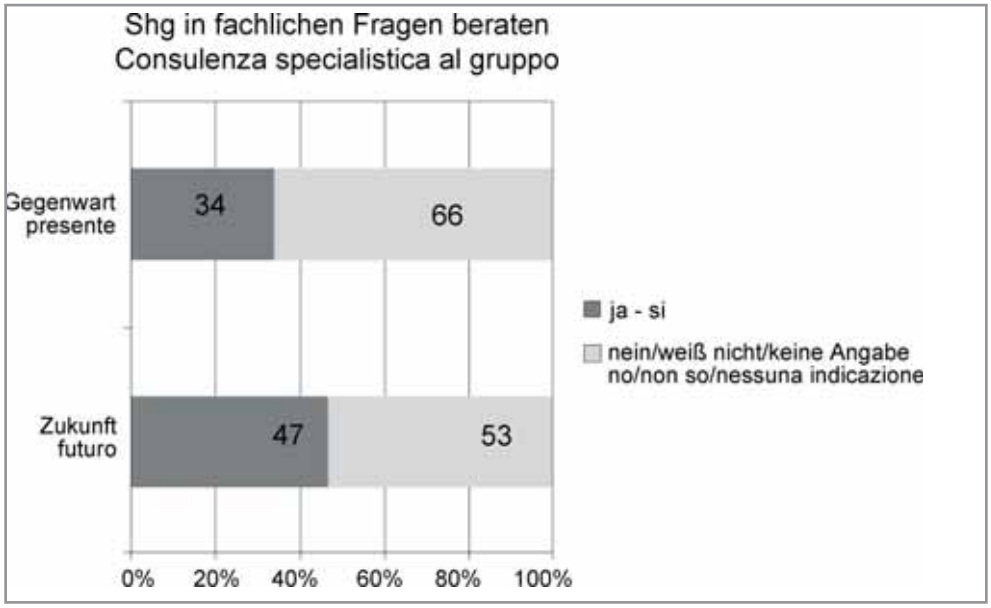


Grafik 25: Selbsthilfegruppen in fachlichen Fragen beraten

Vermehrt gewünscht wird diese fachliche Beratung für die Zukunft und zwar wünschen sich 3/4 der befragten Selbsthilfegruppen eine Beratung für die Zukunft. Vielfach unterstrichen wurde dabei „bei Bedarf“ - aber nicht immer. Auch soll die Beratung das Eigenverantwortlichkeitsprinzip der Gruppe nicht gefährden. Dafür ist ein neues Arbeitsbündnis nötig, das nichts mehr mit einer therapeutischen, erzieherischen oder „fürsorgenden“ Abhängigkeitsbeziehung zu tun hat. Der Austausch unter Betroffenen muss dabei vorrangig bleiben. Michael Lukas Moeller drückte es treffend aus: „nicht Beratung von“ sondern „ Beratung mit“. Hier sind auch die von der Dienststelle für Selbsthilfegruppen (oder anderen ähnlichen Diensten) angebotenen Beratungen einzuordnen, wie z.B. die „Praxisbegleitungen - bzw. Intervisionen“, wobei sich Selbsthilfegruppen mit anderen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfegruppenberatern und Fachleuten über bestimmte auftauchende Probleme beraten und austauschen.

2.4.5 Hilfestellung bei der Suche nach spezialisierten Referenten

34% der 74 befragten Selbsthilfegruppen holen sich zur Zeit Unterstützung von Fachleuten bei der Suche nach spezialisierten und geeigneten Referenten. Für die Zukunft möchten fast die Hälfte der befragten Selbsthilfegruppen diese Unterstützung.

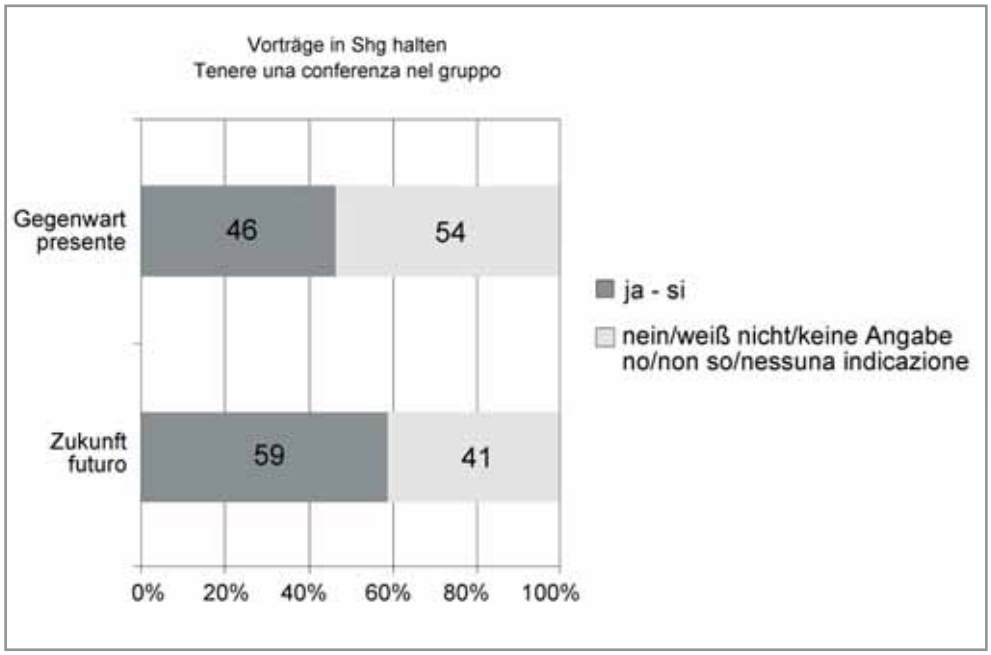


Grafik 26: Selbsthilfegruppen bei der Suche nach Referenten unterstützen

Das alles sind Unterstützungs- und Fördermaßnahmen, die die Selbsthilfegruppen auch von der Dienststelle für Selbsthilfegruppen in Anspruch nehmen können und es auch vermehrt möchten (Förderung, Unterstützung bei der Gründung, in der Aufbauphase, Beratung zu den verschiedenen Gruppensituationen, Referentensuche).

2.4.6 Halten Fachleute Vorträge in den Selbsthilfegruppen?

46% der 74 befragten Selbsthilfegruppen laden Referenten zu fachlichen Vorträgen in ihre Selbsthilfegruppen ein, ca. 60% möchten in Zukunft über Vorträge von Fachleuten Informationen und Fachwissen in die Gruppe einbringen.

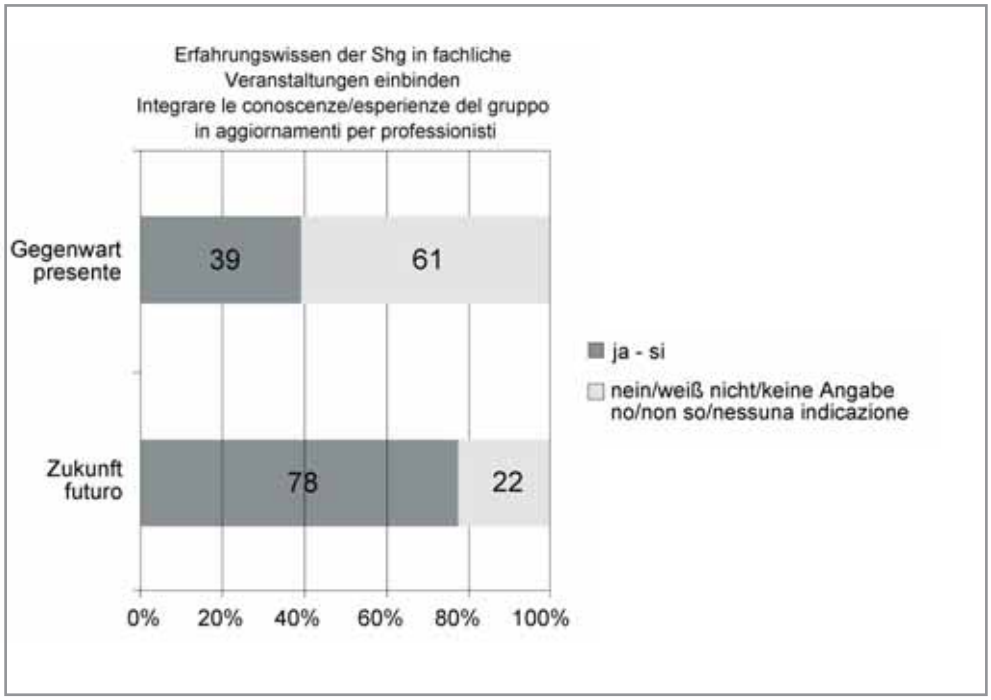


Grafik 27: Vorträge in Selbsthilfegruppen halten

Vielfach unterstrichen wurde dabei wieder, dass der Bedarf danach von der Gruppe abgeklärt wird. Bei einem Zuviel an Vorträgen wird von einem Großteil eine Umwandlung in eine regelmäßige Informationsveranstaltung, eine Reduzierung der Selbstverantwortung und Autonomie der Teilnehmer und eine Einschränkung des gegenseitigen Austausches unter Betroffenen befürchtet.

2.4.7 Miteinbeziehung des Erfahrungswissens der Selbsthilfegruppen in Fortbildungsveranstaltungen für sozio-sanitäre Fachkräfte und Dienste, Mitarbeit an Präventionsveranstaltungen (z.B. Gesundheitswochen)

39% der Selbsthilfegruppen werden oder wurden mit ihrem Erfahrungswissen als Betroffene in fachliche Fortbildungsveranstaltungen miteinbezogen und möchten es in Zukunft vermehrt tun (80%).



Grafik 28: Erfahrungswissen der Selbsthilfegruppen in fachliche Veranstaltungen einbinden

Diese Miteinbeziehung erleben die Selbsthilfegruppen als sehr wertvolle Form der Zusammenarbeit, hier erleben sie sich als gleichwertige Partner, in dieser Form der Zusammenarbeit kommt die Anerkennung des „Expertentums aus Betroffenheit“ sehr stark zum Ausdruck.

2.5 Zusammenfassung und Ausblick

Uns auf die Ergebnisse der Umfrage und die bisher erfolgte Tätigkeit in der Dienststelle stützend, möchten wir anschließend noch Folgendes hervorheben:

- Präventions-, Sensibilsierungs- und Öffentlichkeitsarbeit (ausgerichtet auf die Betroffenen, die soziosanitären Fachleute und die Schulen) wird als notwendig und förderungswürdig eingeschätzt, Selbsthilfeinitiativen zeigen diesbezüglich große Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Fachleuten, brauchen selbst für die Abwicklung ihrer Tätigkeit diese Maßnahmen und wünschen sich in diesem Bereich auch stark die Zusammenarbeit mit Fachleuten.

- Über die Miteinbeziehung des Selbsthilfegedankens in die Lehrpläne der auszubildenden soziosanitären Fachkräfte kann die Sensibilisierung der Fachleute für die Selbsthilfetätigkeit und ihre Wirksamkeit angestrebt werden und so die Basis für eine erfolgreiche Zusammenarbeit geschaffen werden.

- Selbsthilfegruppen und -initiativen wünschen sich die Anerkennung als Mitgestalter bei der Planung und Umsetzung von soziosanitären Diensten. Es gilt, sie als Experten des Betroffenseins wahrzunehmen, sie können den Bedarf an Dienstleistungen signalisieren, Mängel und Notwendigkeiten aufzeigen, Verbesserungsvorschläge einbringen.

- In diesem Sinne sind Selbsthilfegruppen auch Gesprächspartner für Politiker und als solche gilt es, sie anzuerkennen.

- Einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, wird auf Grund ihrer Informationstätigkeit/Öffentlichkeitsarbeit/Sensibilisierungsarbeit und beratenden Tätigkeit die wichtige Funktion als Drehscheibe zwischen den verschiedenen Ansprechpartnern zugesprochen. Für die aufgelisteten Tätigkeiten wird sie auch in wachsendem Ausmaß von den Selbsthilfegruppen und den Fachleuten in Anspruch genommen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die befragten Selbsthilfegruppen die Basis für das Gelingen einer Zusammenarbeit in der wirklich gleichgestellten Partnerschaft zwischen Helfenden und Betroffenen sehen; Selbsthilfegruppen streben eine Anerkennung als gleichwertige Partner an. Während Fachleute den Selbsthilfegruppen ihr Fachwissen zur Verfügung stellen sollen, stellen Selbsthilfegruppen ihrerseits ihr Erfahrungswissen aus Betroffenheit zur Verfügung. Aus den Interviews geht hervor, dass die Basis einer guten Zusammenarbeit auf der gegenseitigen Akzeptanz und Wertschätzung beruht. Voraussetzung für das „Gelingen der Zusammenarbeit“ ist die Anerkennung der Verschiedenheit der beiden Ansätze, des Respekts der jeweiligen Ansichten und Stärken, aber auch das Zulassen der jeweiligen Schwächen.

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfeinitiativen und Fachleuten besteht also dort, wo versucht wird, sich gegenseitig zu ergänzen und zu integrieren und wo sich Selbsthilfeinitiativen und Fachleute jeweils nicht als Konkurrenten und Kritiker wahrgenommen fühlen.

Beispiele gelungener Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und Fachleuten finden sich immer dort, wo Personen bereit sind, sich einzulassen, zuzuhören und die Zugangsweise des Anderen verstehen wollen.
Auf dieser Bereitschaft aufbauend, sind auch in Südtirol bemerkenswerte Formen von Zusammenarbeit entstanden. Das ist die Herausforderung, der wir uns als Personen, Gruppen, wie auch als Fachdienste in Zukunft stellen müssen und möchten.

Dipl. Soz. Ass. ***Irene Gibitz und***
Dr. ***Julia Kaufmann,***
Dienststelle für Selbsthilfegruppen,
Dachverband der Sozialverbände Südtirols
ma-sh@social-bz.net
Tel. +39 0471-312424

Arbeitsgruppen

Auf den folgenden Seiten sind die Ergebnisse der Diskussionen, die in den Arbeitsgruppen stattgefunden haben, zusammengefasst. Die Diskussion wurde in jedem Workshop von einer betroffenen Person als auch von einer/m Fachfrau/mann durch ein kurzes Impulsreferat angeregt. Rege wurde zwischen Betroffenen, professionellen SozialarbeiterInnen, Sanitätspersonal, Verbandsleuten, StudentInnen und DozentInnen diskutiert, eine eigene Moderatorin hatte die Aufgabe, die Gesprächsführung zu steuern und die Resultate zusammenzufassen. Es darf an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Mitgliedern der Arbeitsgruppen durchwegs „auf der selben Augenhöhe“ erfolgte. Mit Achtung und Wertschätzung ist man/frau aufeinander zugegangen und alle Beteiligten haben dadurch einen weiteren wertvollen Beitrag geleistet, dass der Selbsthilfeansatz und die Arbeit in/mit den Selbsthilfegruppen im Sozial- und Gesundheitswesen einen zeitgemäßen Stellenwert erhält.

Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Professionalität im Bereich CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Die Impulsreferate in dieser Arbeitsgruppe stammten von Stefan Bertignolli (Selbsthilfegruppe für Menschen mit Colitis Ulcerosa - Morbus Crohn) und von Dr. Michele Comberlato (Leiter der multidisziplinären Ambulanz für chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Sanitätsbetrieb Bozen). Die Pflegedienstleiterin Emanuela Pattis (Sanitätsbetrieb Brixen) hat diesen Workshop moderiert.

Ca. 30 Personen (Betroffene und Interessierte, Fachpersonal aus den sozialen und Gesundheitsdiensten) haben sich an der Diskussion in der Arbeitsgruppe beteiligt. Das Arbeitsklima im Workshop war angenehm, die 4 Untergruppen haben sich zielorientiert mit den vorgegebenen Themen befasst und folgende Resultate erzielt:

Erzielte Wirkungen

- Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient erleichtern
- Angst vor der Krankheit nehmen, indem eine bessere Kenntnis derselben vermittelt wird
- Erarbeitetes Leitbild für die Betreuung der Patienten in der interdisziplinären Ambulanz für chronische Krankheiten
- Soziale Akzeptanz der Krankheit

Chancen

- Informationsaustausch, bessere Vernetzung
- Mehr Kompetenz
- Abbau gegenseitiger Vorurteile und Überwindung der Hemmschwelle
- Ganzheitlicher Ansatz (Austausch zwischen menschlich und fachlich)
- Forderungen an politische Institutionen
- Offenheit gegenüber anderen Therapieansätzen
- Grenzen und Möglichkeiten
- Bessere Therapie => Spätschäden vermeiden

Gefahren

- Negative Abhängigkeit
- Trägheit der Gruppendynamik
- Überhöhte Erwartungen an den „Profi“
- Verlust der Autonomie
- Überschneidung im Aufgabenbereich des „Profis“
- Einseitige Gewichtung auf pathologische Gesichtspunkte/Ressourcen!
- Leitung => Selbsthilfe-Vertreter: Chemie!
- Ständiger Wechsel des Fachpersonals in den Gruppen

Erwartungen

- Informationsaustausch Facharzt/Patient
- Sensibilisierung des Fachpersonals des Krankenhauses für Bedürfnisse/Probleme außerhalb der medikamentösen Behandlung
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit => Selbsthilfegruppen und Fachleute
- Bezugsarzt für die Selbsthilfe in jedem Krankenhaus
- offene Kommunikation zwischen Arzt und Patient

Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Professionalität im Bereich PSYCHISCHE GESUNDHEIT

In dieser Arbeitsgruppe wurde die derzeitige Kooperation zwischen Betroffenheit und Fachlichkeit von der Psychiaterin Dr. Elda Toffol (Leiterin des Zentrums für psychische Gesundheit – Bozen) und den Selbsthilfeexpertinnen Monika Kob (Verein Lichtung) und Margit Morini (Verband Angehöriger und Freunde psychisch Kranker) unter die Lupe genommen. Die Diskussionsleitung oblag Frau Dr. Mara Stenico (Koordinatorin Forum Privates Sozialwesen).
Eine aktive Teilnahme an der Bearbeitung der Fragestellung war spürbar und ca. 25 Personen haben die Diskussion belebt. Der Großteil der Diskussionsteilnehm erInnen waren betroffene Personen und VertreterInnen aus Selbsthilfegruppen und Vereinen. Die anwesenden Fachleute sind durchwegs im Sanitätswesen beruflich tätig.

Die Tabuisierung der psychischen Krankheit in der Öffentlichkeit sowie die mangelnde Beziehungskontinuität zwischen den professionellen HelferInnen und den KundInnen/PatientInnen waren übergeordnete Diskussionsinhalte in dieser AG. Wertvolle Verbesserungsvorschläge wurden artikuliert:

Erzielte Wirkungen

- Gute Beziehung zum Arzt aufbauen (Problem: Wechsel des Arztes)
- Mehr Möglichkeiten/Hilfe für die NutzerInnen
- Integration Dienste - Selbsthilfe
- Anerkennung der Selbsthilfegruppen

Chancen	Gefahren
• Familien werden gestärkt • Jugendliche sensibilisieren/informieren • Psychologe könnte Selbsthilfe als „Modell“ nutzen • Ergänzung	• Missbrauch/Ausnutzung der Arbeit von Selbsthilfegruppen • Verlust an Autonomie

Erwartungen

- Austausch mit Schulen
- Neue ModeratorInnen von Selbsthilfegruppen finden/ausbilden
- Vermehrte Einbeziehung der Familienangehörigen
- Offizielle Anerkennung der Selbsthilfe
- Gleichberechtigte Partnerschaft

Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Professionalität im Bereich TRAUER

Die Impulsreferate für diesen Work-shop wurden von Wanda Farina (Selbsthilfegruppe für Trauernde) und von Dr. Antonio Gualtirolo (Präsident des Vereins A.M.A) vorgetragen. Die Krankenhausseelsorgerin Renate Torggler (Krankenhaus Bozen) moderierte die Arbeitsgruppe und hat die Arbeitsergebnisse zusammengefasst.

Erzielte Wirkungen

- Es gibt Orte, wo Trauer zugelassen werden darf
- Es wird über Trauer gesprochen

Chancen	Gefahren
• Hausärzte werden aufgefordert, sich zu informieren, indem sie an einer Gruppensitzung teilnehmen • Vertrauen in die Menschen • Zeit als Ressource der Gruppe	• Selbsthilfegruppe wird nicht als Ressource, sondern als „Mittel letzter Wahl“ betrachtet • Konkurrenz zwischen Gruppe und Therapie

Erwartungen

- Zusammenarbeit mit Hausärzten und Priestern (Überweisungen)
- Trauernde Kinder besser unterstützen von beiden Seiten
- Geben - Nehmen

Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Professionalität im Bereich BEHINDERUNG

Die Arbeitsgruppe, die sich mit dem Zusammenspiel zwischen Selbsthilfe und Professionalität in der Behindertenhilfe befasst hat, war in ihrer Zusammensetzung bunt gemischt und sehr aktiv. Ca. 30 TeilnehmerInnen unterschiedlichsten Alters (Betroffene, VertreterInnen aus dem Non Profitbereich, aus den Schulen, aus der Sanität und aus den öffentlichen Sozialdiensten, StudentInnen) haben im Workshop, der von Frau Dr. Simonetta Terzariol moderiert worden ist, lebhaft diskutiert. Frau Gertrud Calenzani (Präsidentin - Arbeitskreis Eltern Behinderter) und Frau Dr. Sabine Abram (Leiterin des Psychologischen Dienstes – Sanitätsbetrieb Bozen) führten auf der Grundlage ihrer langjährigen Koopertionserfahrungen in das Thema ein. Hier nun die Zusammenfassung der Arbeitsergebnisse des Workshops:

Erzielte Wirkungen

- Dezentralisierung
- Ausbildung
- Frühförderungbetreuung
- Arbeitseingliederung
- schulische Integration
- Strukturen
- Freizeitinitiativen
- Mitsprache bei Gremien
- Einbeziehung im Ausschuss
- Einbeziehung in der Programmierung
- Vernetzung mit Diensten
- Begleitung der Eltern
- Re/Aktion
- Fachberatungen
- Seminare
- Infogespräche
- Fachteams
- Neue Kontakte
- Erarbeitung von neuen Themen (Sexualität usw.)
- Neue Ausdrücke

Chancen

- Qualität => Dienste und Beziehungen
- Andere Sichtweisen
- Sich an einen Tisch setzen => Miteinbeziehung beim Planen
- Scham => Begleitung
- Vertretung und aktiv sein für andere
- Verantwortung => Freiheit/Autonomie

Gefahren

- Trends und zu hohe Erwartungen
- Interne Missverständnisse
- Einseitigkeit
- Therapien gezielt (zeitlich) planen
- Thema „Psychische Gesundheit“
- Fehlinformation/Tabus
- Hemmungen

Erwartungen

- Auf Beziehungsebene (innen und außen) beitragen
- Korrekte Informationen
- Ärzte „ausbilden“
- Selbsthilfe => Schnittpunkt zwischen Behörden und Diensten
- Psychische Begleitung für Kinder/Eltern/Senioren Sensibilität im Dorf
- Alltäglicher Umgang mit Thema+Personen => Akzeptanz
- Jugendliche mit Jugendlichen und für Jugendliche (gegenseitige Unterstützung und Beratung)
- Andere Dienste und Ressourcen (z.B. Jugenddienste) nutzen
- Phantasie in der Freizeit - Selbstbestimmung

Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Professionalität im Bereich SUCHT

Auf das Zusammenspiel im Bereich der Suchtarbeit fokussierten der Leiter einer Selbsthilfegruppe Johann Handgruber (Sarntal), Dr. Valentina Inderst (Verein Hands), die ehem. Sozialassessorin Rosa Innerbener Reider (Gemeinde Sarntal) und, der Sprengelleiter Dr. Michele Fanolla (Sprengelleiter Salten-Sarntal- Ritten). Die verschiedenen Blickwinkel kamen hierbei zum Ausdruck. Dr. Ute Gebert (Amt für Menschen mit Behinderung und Zivilinvaliden) war in dieser Arbeitsgruppe die Moderatorin. Das Thema Sucht und die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und fachlichem Expertentum zog die große Aufmerksamkeit auf sich; die meisten TeilnehmerInnen des Kongresses haben für diesen Workshop optiert und mussten räumlich mit der Aula Magna vorlieb nehmen. Dieser Raum war für die Gruppendiskussion nicht unbedingt förderlich. Die Zusammensetzung der Gruppe war auch in diesem Fall sehr heterogen, sowohl was die Betroffenheit, die institutionelle Herkunft und die berufliche Ausbildung betrifft.

Das von den OrganisatorInnen vorgegebene Diskussionsraster wurde von etlichen TeilnehmerInnen als einengend empfunden, die Arbeitergebnisse sind trotz dem wertvoll:

Erzielte Wirkungen

- Zusammenwirken => Stärke
- Förderung der Zusammenarbeit – persönliches Kennen => im Gesamten
- Organisierte Selbsthilfe => überzeugender
- Aufbau von neuen Diensten, Angeboten, Informationen

Chancen	Gefahren
• Erweiterung der Ressourcen • Gegenseitiges Kennenlernen => mehr Kompetenzen • Multidimensionalität	• Konkurrenz • Invasivität • Bei Personenwechsel

Erwartungen

- Gruppenförderung für die Nachbetreuung
- Erweiterung des Netzes (über Sanität/Soziales)
- Respekt der eigenen Identität der Gruppe
- Unabhängig von einzelnen Personen => Zusammenarbeit
- Sensibilisierungsarbeit
- Respektierung der Anonymität
- Aktive Einbeziehung der Basisärzte

Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Professionalität im Bereich FAMILIE

Dieser Workshop wurde durch die Einführungsreferate von Frau Manuela (erwachsene Adoptierte) und der Dipl. Sozialassistentin Susanne Höller (Bezirksgemeinschaft Burggrafenamt) belebt, durch die Diskussion führte Frau Dr. Evi Mittersteiner (Koordinatorin Young & Direct). Ca. 20 Personen waren in der Arbeitsgruppe präsent, vor allem Betroffene, VertreterInnen aus den soziosanitären Diensten und den Landesämtern nahmen an der Diskussion teil, in der es prioritär um das Thema der Adoption ging. Mit großem Interesse, mit viel Offenheit und gleichzeitiger Behutsamkeit gingen die Gruppenmitglieder diese Frage an. Leider war die Zeit zu knapp, um weitere für die Familie aktuelle Fragestellungen zu erörtern.
Hier die Arbeitsergebnisse:

Erzielte Wirkungen

- Aufbau einer Selbsthilfegruppe
- Wertschätzung => Thema und Person
- Schwachstellen für Dienst – Risiko für Dienst – Fachlichkeit der Betroffenen nutzen

Chancen	Gefahren
• Gespräche vorab anbieten • Offene Angebote (Kurse…) • Öffentlichkeitsarbeit • Begleitung – Erfahrung der Betroffenen nutzen • Miteinander – stützen - stärken	• Selbsthilfe kann nicht alles – akzeptieren, nicht hingehen zu wollen • Zu starke Involvierung der Betroffenen

Erwartungen

- Richtiger Zeitpunkt
- Supervision als Begleitung für Leiter/innen der Selbsthilfegruppe (Schutz-Begleitung)
- Rückendeckung durch Fachdienste und Dienststelle für Selbsthilfegruppen
- Finanzielle Unterstützung
- „nicht für jeden – jederzeit – für immer“