

Universität Basel, Ethnologisches Seminar
Seminar: Urbanisierung und Gesundheit in ethnologischer Perspektive
Dozentin: Prof. Dr. Brigitte Obrist
Sommersemester 2007

Selbsthilfegruppen zwischen Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung

(Referat vom 16. Juni 2007)



Dora Borer
Walkeweg 16
4053 Basel
dora.borer@stud.unibas.ch
Tel. 061 321 99 29

Fächer: Ethnologie, Vergleichende Religionswissenschaften, Medienwissenschaften

1. Einleitung

Mit Selbsthilfe habe ich mich über viele Jahre hin auseinandergesetzt. Zuerst als Mitarbeiterin einer regionalen Selbsthilfekontaktstelle und sieben Jahre bei der im Jahr 2000 gegründeten schweizerischen Dachorganisation KOSCH – Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen. In der Aufbauphase von KOSCH erarbeiteten wir Grundlagen, versuchten die Selbsthilfe-Bewegung zu etablieren als wichtige Komponente des Gesundheitswesens in der Schweiz. Trotz breiter Unterstützung scheiterten auf nationaler Ebene bisher die Versuche einer gesetzlichen Verankerung im Krankenversicherungsgesetz KVG stets knapp. Einzig im Invalidenbereich hat Selbsthilfe auf nationaler Ebene eine Finanzierungsgrundlage. Es scheint, man renne gegen unsichtbare Wände.

Im Seminar Medizinethnologie erschloss sich mir das Thema aus anderer Perspektive.

Auf dem Hintergrund der Medizingeschichte wird verständlich, warum die Selbsthilfebewegung auch heute noch auf Widerstand stösst. Wenn – wie dies Foucault postuliert (Foucault 2005) – im 19. Jahrhundert die Institutionalisierungen im medizinischen Bereich die Betroffenen entmächtigten, so muss eine Betroffenenbewegung wie die Selbsthilfe als Widerstandsbewegung aufgefasst werden. Sie stellt das etablierte System in Frage. Dieses Handicap der Selbsthilfebewegung kommt auch in den Arbeiten deutscher Sozialmediziner und Psychologen zum Ausdruck, die sich mit Selbsthilfe seit den 70er Jahren wissenschaftlich auseinandergesetzt haben (Moeller 1978, Trojan 1986, Kieckbusch 1981). Sie streichen die Bedeutung der Selbsthilfegruppen für das Gesundheitswesen heraus. In ihren Arbeiten fand ich einen weiteren Ansatz, der sich mit der kritischen Medizinethnologie verbinden lässt. Arthur Kleinman (Kleinman 1980) weist in seiner Arbeit nach, dass Wahrnehmung, Einordnung und Behandlung von Krankheit entgegen weit verbreiteter Meinung mehrheitlich nicht im professionellen Umfeld verankert sind, sondern sich vielmehr auf Entscheidungsfindungen zwischen Individuum, Familie, sozialem Umfeld und Gemeinschaft stützen (Individual-based, Family-based, Sozial Nexus-based, Community-based). Kleinman nennt diesen Bereich ‚popular sector‘. Auch Toni Faltermaier weist in seinem gesundheitspsychologischen Ansatz darauf hin, dass Laien einen Grossteil ihrer gesundheitlichen Probleme selbst bewältigen. Er spricht von einem „Laiengesundheitssystem“ (Faltermaier 1994).

Selbsthilfegruppen als nicht professionelle Zusammenschlüsse gehören in diesen Bereich, müssten demnach eigentlich besondere Wirkung in der Entscheidungsfindung und in den gewählten Handlungen haben, weil das gemeinsame Element die Krankheit oder Problematik ist. Tatsächlich haben Selbsthilfegruppen in den letzten 20 Jahren einen Aufschwung erlebt, der meines Erachtens mit der Bedeutsamkeit und den Verbindlichkeiten des populären Sektors beim Umgang mit Krankheit und Gesundheit zusammenhängt.

Mit der Fokussierung auf die Wahrnehmung und Wertung von gesundheitlichen Aspekten durch Betroffene scheint auch eine Verschiebung von einem pathogenetischen zu einem

salutogenetischen Ansatz verbunden. Selbsthilfegruppen werden traditionell eher als Teil der Bewältigungsstrategien bei Krankheit, Behinderung oder gravierenden psychosozialen Problemen gesehen. Ihre Wirkungen weisen jedoch grosse Aehnlichkeiten zu den von Faltermaier beschriebenen gesundheitspsychologischen auf. Ich meine, mit einem gesundheitsbezogenen Ansatz liesse sich die gesellschaftliche Relevanz von Selbsthilfegruppen besser erfassen und versuche dies darzustellen, indem ich den Bogen schlage von den Studien von Stremlow et al. und Trojan zu Faltermaier und Kleinman.

2. Hintergrund

Für meine Seminararbeit habe ich Publikationen zu Selbsthilfegruppen aus Deutschland beigezogen, die im psychotherapeutischen und medizinsoziologischen Umfeld entstanden sind. Die Schweizer Nationalfonds-Studie ist in der Sozialarbeit anzusiedeln, weitere Bezüge in der Soziologie und der kritischen Medizinethnologie.

2.1. Publikationen zu Selbsthilfegruppen

Erste wissenschaftliche Arbeiten zu Selbsthilfegruppen entstanden in den 70er Jahren in den USA. Bahnbrechend im deutschsprachigen Raum war das 1978 erschienene Werk „Selbsthilfegruppen“ von Michael Lukas Moeller, der in Giessen in Psychotherapie und psychosomatischer Medizin habilitierte. Als weitere Meilensteine können die Arbeiten des Hamburger Medizinsoziologen Alf Trojan (1981, 1986), gesehen werden, der heute als Koryphäe für Fragen zu Selbsthilfegruppen gilt.

Das Werk des Freiburger Medizin-Soziologen Bernhard Borgetto (2004), das im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium entstand, gibt einen vergleichenden Überblick zur Schweiz und zu Deutschland. Weitere Quellen sind die Publikationen von Jürgen Matzat (2004), der an der Universität Giessen den Selbsthilfegruppen-Bereich aufgebaut und massgebend an den heutigen Konzepten in der Bundesrepublik Deutschland mitgearbeitet hat.

Die erste Publikation zu Selbsthilfegruppen in der Schweiz datiert von 1998, „Selbsthilfegruppen brauchen ein Netz“ von Vreni Vogelsanger, Mitgründerin des Selbsthilfezentrums Hinterhuus in Basel und Mitinitiantin der nationalen Förderstelle KOSCH. Bis vor kurzem gab es allerdings keine wissenschaftlichen Forschungen und Publikationen. An der HSA Luzern, wo bereits das Konzept für die KOSCH erarbeitet worden war, führten Jürgen Stremlow et al. im Jahr 2003 erste Forschungen im Selbsthilfegruppenbereich durch. Das Nationalfondsprojekt lieferte empirische Daten basierend auf Befragungen und Interviews mit 16 Selbsthilfekontaktstellen und 1284 Selbsthilfegruppen mittels Fragebogen und persönlichen Gesprächen (Stremlow et al., 2004). Daneben enthält die Studie viele Zitate von Betroffenen und Vorschläge für Fördermöglichkeiten.

Die Studie StremLOW et al. wurde an einer Fachtagung, organisiert von der Hochschule für Soziale Arbeit HSA Luzern gemeinsam mit der Stiftung KOSCH im Jahr 2004 vorgestellt. Gemischte Workshops (Wissenschaftler, Fachleute des Gesundheitswesens, PolitikerInnen, Betroffene aus Selbsthilfegruppen) erarbeiteten Zukunftsperspektiven aufbauend auf den Empfehlungen der Studie. Eine Zusammenfassung der Workshop-Berichte und weitere Beiträge, u.a. die Rede der Sozialvorsteherin des Kantons Zürich, Monika Stocker, erschienen im Sonderheft 2/2006 der Stiftung KOSCH.

Im April 2007 erschien im Beobachter-Verlag schliesslich der Ratgeber "Selbsthilfe in Gruppen - Wie sich Betroffene erfolgreich unterstützen" von Ruth Herzog-Diem und Sylvia Huber, die beide seit vielen Jahren in der Weiterbildung von Selbsthilfegruppen und -organisationen tätig sind und Kontaktstellen leiten bzw. geleitet haben.

Im Anschluss an die Studie Borgetto beauftragte das Gesundheitsobservatorium Schweiz eine Forschergruppe an der Psychiatrischen Universitätsklinik. Die Studie "Groupes d'entraide et santé" von Maryvonne Gagnalons-Nicolet, Annee Bardet Blochet, Eric Zbinden, Jean-Luc Heeb und Bernhard Borgetto erschien 2006. Das Gesundheitsobservatoriums publizierte im weiteren eine Zusammenfassung der Studie StremLOW et al. auf Französisch.

2.2. Vorgehensweise

Die Definitionen von Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen entnehme ich den verschiedenen Publikationen zu Selbsthilfegruppen im deutschsprachigen Raum.

Die strukturellen Merkmale von Selbsthilfegruppen, ihre Arbeitsweise und die Wirkungen stelle ich anhand der statistischen Erhebungen der Studie StremLOW et al. dar. Vergleichende Aussagen beziehen sich auf die Forschungen von Trojan in Hamburg. Weitere Daten wie z.B. die Anzahl Selbsthilfegruppen in der Schweiz basieren auf Leistungsdaten, die von 14 Selbsthilfekontaktstellen der Stiftung KOSCH jährlich übermittelt werden und als Nachweis gegenüber dem Bundesamts für Sozialversicherung dienen (im Rahmen bestehender Leistungsverträge) .

Mit den Aussagen von Betroffenen in der Studie StremLOW et al., in zwei persönlich geführten Interviews (Anhang1) und Interviews, die in den Publikationen der 17 Selbsthilfekontaktstellen in der Schweiz erschienen sind versuche ich, die Bedeutung der Selbsthilfegruppen aus Sicht der Betroffenen zu verdeutlichen und die Wirkungsweisen in einen Zusammenhang zum ‚popular sector‘ Kleinmans und dem Gesundheitskonzept von Faltermaier zu setzen.

3. Definitionen rund um die Selbsthilfe

3.1. Selbsthilfe

Selbsthilfe ist zusammengesetzt aus den Wörtern *selbst* und *Hilfe* und impliziert die Kombination beider Bedeutungen: Die der *Hilfe* als Unterstützung, Stütze oder Beistand bei zu kompensierender Not, Einschränkungen oder Defiziten im Leben, die des *selbst* als auf sich bezogen, aus eigener Kraft, nicht von aussen oder Dritten geleistet, zum eigenen Vorteil. Eine erste Definition findet sich im im Grimm'schen Wörterbuch aus dem Jahr 1900 das „Selbsthilfe, -hülfe“ definiert als „hilfe, die man sich leistet, besonders eigenmächtige hilfe mit umgehung oder im widerspruch zur obrigkeit“ (Grimmsches Wörterbuch, 1900, S. 479).

Trojan definiert Selbsthilfe wie folgt:

„Unter „Selbsthilfe“ als allgemeinem Oberbegriff verstehen wir *alle individuellen und kollektiven Handlungsformen „Betroffener“*, die der Vorbeugung und besseren Bewältigung von Krankheiten, psychischen und sozialen Problemen *ohne Inanspruchnahme bezahlter professioneller Dienste* dienen.“ (Trojan et al., 1986, S. 38)

Borgetto unterscheidet Selbsthilfe von Fremdhilfe ähnlich:

„Unter Selbsthilfe werden alle individuellen und gemeinschaftlichen Handlungsformen verstanden, die sich auf die Bewältigung (Coping) eines gesundheitlichen oder sozialen Problems durch die jeweils Betroffenen beziehen. Selbsthilfe beruht vor allem auf Erfahrungswissen, kann aber auch Fachwissen einschliessen. Der Begriff der Fremdhilfe bezeichnet demgegenüber sowohl die bezahlte als auch die unbezahlte Hilfe durch nicht betroffene Laien oder Fachleute/Experten.“ (Borgetto, 2004, S. 14)

Im Zusammenhang mit *Selbsthilfe* bin ich in Artikeln und den Studien auf Begriffe wie Eigeninitiative, Eigenmacht, Empowerment, Salutogenese (Antonovsky 1997) und Selbstermächtigung gestossen. Die Vorstellung, ausserhalb des Systems etwas zum eigenen Nutzen zu tun, schien immer wieder durch. Als Schlagwort taucht *Selbsthilfe* nebst der oben definierten Formen in unterschiedlichen Kontexten auf. Ich beschränke mich im Folgenden auf die Selbsthilfegruppen und in Abgrenzung auf die Selbsthilfeorganisationen.

3.2. Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind eine spezielle Form der Selbsthilfe. Die Stiftung KOSCH definiert sie kurz wie folgt (Jahresbericht 2006 der Stiftung KOSCH, S. 40):

„Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse unter Menschen, die ein ähnliches, meist schweres Lebensproblem bewältigen müssen. Sie arbeiten in eigenem Auftrag und entscheiden selber über alle Belange ihrer Gruppe, wie zum Beispiel Zielsetzung und Arbeitsweise. Aufnahme von Mitglieder. Die Leitungsverantwortung wird durch die Mitglieder – oft im Rotationsprinzip – wahrgenommen.“

Matzat bezieht in seiner Definition auch die Arbeitsweisen und Wirkungsziele mit ein:

„Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen

Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmässigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die Gruppe ist dabei ein Mittel, die äussere (soziale, gesellschaftliche) und die innere (persönliche, seelische) Isolation aufzuheben. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder und nicht auf Aussenstehende; darin unterscheiden sie sich von andern Formen des Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern geleitet; manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu.“
(Matzat, 2004, S. 17)

Ich meine, man könnte sie bezeichnen als *autopoietische¹ Zusammenschlüsse von gleich oder ähnlich Betroffenen, die Selbsthilfe miteinander ausüben.*

Anonymous-Gruppen sind eine spezifische Form von Selbsthilfegruppen. Sie arbeiten mit einem 12-Schritte-Programm (Anhang 2) und orientieren sich an einer transzendenten göttlichen Kraft. Anonymous-Gruppen sind in den 30er Jahren in den USA entstanden und haben sich insbesondere im Suchtbereich in den USA und Europa durchgesetzt (Alkohol, Drogen, Essstörungen, Beziehungssucht, Spielsucht).

Von andern bürgerschaftlichen Bewegungen unterscheiden sich Selbsthilfegruppen darin, dass alle TeilnehmerInnen betroffen sind von einer ähnlichen Krankheit, Behinderung oder sozialen Problematik, entweder direkt oder indirekt als Angehörige.

3.3. Selbsthilfeorganisationen

Parallel zu und als Weiterentwicklung von Selbsthilfegruppen entstanden Selbsthilfe- und Fachorganisationen aufgrund von Betroffeneninitiativen oder von Dritten für Betroffene. Ihre Aktivitäten sind mehrheitlich aussenorientiert. Vogelsanger bezeichnet Selbsthilfe-Organisationen als

„freiwillige Zusammenschlüsse von – einer meist grösseren Zahl – Gleichbetroffener mit Schwerpunkt bei der Interessenvertretung nach aussen. Der Begriff impliziert einen grossen Anspruch auf Basisnähe.“ (Vogelsanger, 2001, S. 7)

Sie unterscheidet

- ◆ Organisationen, die ausschliesslich von Betroffenen betrieben und geleitet werden
- ◆ Organisationen die sich im Übergang zur Professionalisierung befinden und teilweise mit Fachpersonen arbeiten
- ◆ Organisationen, die ursprünglich als Selbsthilfeprojekte entstanden sind, sich aber professionalisiert haben, so dass die Handlungs- und teilweise auch die Entscheidungsebene in professioneller Hand liegen

¹ αὐτός: selbst, persönlich, von selbst, freiwillig, unmittelbar, sogar, eigen (u.a.)

ποιέω: machen, tun, schaffen, vollbringen, bewirken, für sich od. von sich aus etw. machen, erwählen (u.a.)

- ◆ Organisationen, die ihren Selbsthilfe-Anspruch bei hoher Professionalisierung mit speziellen Mitbestimmungs- und Mitwirkungsstrukturen legitimieren.

Selbsthilfe in einer Organisation kann sich in einer betroffenenzentrierten Verantwortungsstruktur widerspiegeln, genau so aber auch die Zielsetzung oder Image-Ambitionen (als betroffenenfreundliche Organisation) abbilden. Als reine Marketingmassnahme sind von Pharmafirmen gegründete, betriebene oder initiierte Selbsthilfeorganisationen zu verstehen.

Als erste Behinderten-Selbsthilfeorganisation in der Schweiz wurde 1911 der Schweizerische Blindenverband gegründet. Erst im Jahre 1930 folgten der Gehörlosen-Sportverband (SGSV) und der Schweizerische Invalidenverband (SIV), 1935 DAS BAND – Selbsthilfe der Asthmatiker. In der Folge bildeten sich Organisationen, insbesondere Elternvereinigungen kranker oder behinderter Kinder (Vogelsanger 1995).

3.4. Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfekontaktstellen, die als einzige themenübergreifend regional arbeiten, entstanden seit den 1980er Jahren, die ersten in Basel und Zürich. Sie spezialisierten sich für alle Fragen um Gruppengründungen, -prozesse, Fördermassnahmen und öffentliche Positionierung von Selbsthilfegruppen. Und sie boten den Selbsthilfegruppen eine neutrale Ansprechstelle, was speziell bei stigmatisierenden Themen elementar ist. Selbsthilfekontaktstellen haben eine regionale Zuständigkeit. Sie führen Übersichtslisten über die Selbsthilfegruppen in der Region, informieren Interessierte und vermitteln zu Selbsthilfegruppen und zu Fachangeboten – wo sich dies in der Abklärung als geeigneter erweist. Sie begleiten Gruppenneugründungen und Gruppen in Krisen, stellen den Selbsthilfegruppen Räume zur Verfügung und setzen sich in Öffentlichkeit und Politik für die Förderung von Selbsthilfegruppen ein. Sie sind politisch und religiös neutral und gewähren den Selbsthilfegruppen Anonymität. In der Schweiz gibt es heute 17 regionale Selbsthilfekontaktstellen, davon zwei französischsprachige und eine italienischsprachige im Tessin.

Die Stiftung KOSCH, die vom Bundesamt für Sozialversicherung als Dachorganisation für Selbsthilfekontaktstellen und -organisationen anerkannt ist, entstand im Jahr 2000 auf Initiative einer schweizerischen Arbeitsgruppe der Selbsthilfekontaktstellen.

„Ihre Geschäftsstelle hat hauptsächlich die Aufgabe, Kontaktstellen in ihrer Entwicklung zu unterstützen und das Netzwerk auf die ganze Schweiz auszudehnen. Sie übernimmt im Dienste einer schweizerischen Übersicht zentrale Aufgaben, ist Ansprechstelle für nationale und internationale Anliegen und vertritt das Netzwerk der Kontaktstellen nach aussen.“ (Jahresbericht der Stiftung KOSCH, S. 41)

Ein Netz, wie es die Selbsthilfekontaktstellen und eine nationale Koordinationsstelle bilden, wurde bereits im Jahr 1980 von der WHO für die Selbsthilfegruppen-Entwicklung gefordert:

„Auf lokaler Ebene sollten Ressourcenzentren aufgebaut werden, die finanzielle Mittel, technische Hilfe, Informationen und Dokumentationen über die Gruppen sowie andere wichtige Ressourcen bereitstellen. Auf regionaler und nationaler Ebene sollte die Bildung von Schnittstellen angeregt werden, d.h. Zentren, die Informationen und Dokumentationen über Selbsthilfegruppen sammeln und verbreiten, vor allem aber die Diskussion und Zusammenarbeit der

Gruppen untereinander sowie in der professionellen Gemeinschaft, Wissenschaft, Regierung und der breiten Bevölkerung organisieren. (ICP/HED.014 6484B, 1982)

3.5. Unschärfe bei der Abgrenzung

Die Abgrenzung der einzelnen Selbsthilfeformen ist meiner Ansicht nach schwierig und keineswegs klar machbar. Die Definitionen werden aufgrund von Strukturmerkmalen und Zielsetzungen vorgenommen, treffen oft nur teilweise zu oder in mehreren Aspekten gleichzeitig, so dass die Einschätzung von den Beurteilenden (Fachkräften, WissenschaftlerInnen) abhängt. Im KOSCH-Netz gelten als Hauptkriterien, wie eine Gruppe zusammengesetzt ist (Betroffene oder Angehörige) und ob sie ohne Fachleitung arbeitet.

Die oben definierten Kategorien stellen eine von Fachpersonen und WissenschaftlerInnen vorgenommene Aussensicht dar, die Selbstdefinition durch die Betroffenen kann davon erheblich abweichen. Überschneidungen bzw. unterschiedliche Definitionen ergeben sich insbesondere bei den Punkten Ausrichtung der Aktivitäten, Grösse bzw. Formalisierungsgrad, Leitungsformen und Einbezug von Fachpersonen. Gruppen können aufgrund von Verschiebungen der Schwerpunkte phasenweise der einen oder anderen Kategorie zugeordnet werden.

Fragen nach der Authentizität von Selbsthilfegruppen tauchen zudem auch auf, wenn Laien oder Gruppen aufgrund jahrelanger Auseinandersetzung mit dem Thema und breitem Wissen Beratungsfunktionen übernehmen und sich als fachliche Ansprechstelle positionieren.

4. Selbsthilfegruppen in der Schweiz

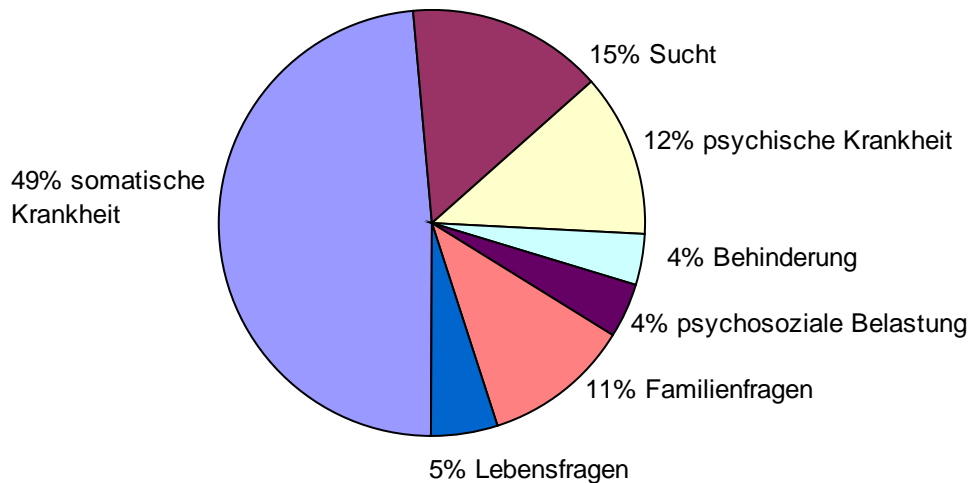
In der Schweiz gibt es schätzungsweise 2000 Selbsthilfegruppen zu über 300 verschiedenen Themen. Stremlow et al. (2004) untersuchten 1284 Selbsthilfegruppen in 12 Deutschschweizer Regionen (Kantone Aargau, Bern, Basel-Stadt, Baselland, Graubünden, Luzern, St. Gallen/Appenzell, Solothurn, Schwyz, Thurgau, Zug und Zürich sowie das Fürstentum Liechtenstein). Daneben zählt die Association AVEC 443 Selbsthilfegruppen in der Romandie und die Tessiner Regionalstelle Volontariato Sociale 30 Gruppen. Neben den 12 in der Studie erfassten Regionen gibt es auch eine unbekannt Anzahl Selbsthilfegruppen in den nicht untersuchten Kantonen ohne regionale Koordinationsstelle.

Die 1284 erreichten Selbsthilfegruppen teilten Stremlow et al. (2004) auf in die Themenbereiche somatische Krankheit, Sucht, psychische Krankheit, Behinderung, psychosoziale Belastung, Familienfragen, Lebensfragen. Aus Abbildung 1 ist ersichtlich, dass die somatischen Krankheiten rund die Hälfte ausmachen. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat im Leistungsvertrag mit der Stiftung KOSCH, dem 2007 14 Selbsthilfe-

kontaktstellen angeschlossen sind, eine IV Relevanz von 56% anerkannt. Dies beinhaltet den Anteil Behinderung aus der Abbildung 1 und einen Grossteil der unter somatischen und psychischen Krankheiten erfassten Gruppen. Der Nachweis gegenüber dem BSV wurde exemplarisch mit Nachweisen aus den Gruppen erbracht..

Abbildung 1:

Selbsthilfegruppen in der Schweiz: Verteilung nach Themen (Basis 1284 SHG)



Grafik: V. Vogelsanger, 2004, Quelle: Stremlow et al. 2004

4.1. Selbsthilfegruppen – wie sie entstehen und funktionieren

Die Definition der Selbsthilfegruppen impliziert, dass sie aus der Eigeninitiative von betroffenen Menschen entstehen, die ergänzend, neben, ausserhalb oder anstelle des professionellen Systems Wege zum Umgang mit ihrer Krankheit, Behinderung oder ihren Problemen suchen. Es bedeutet, die eigenen Kräfte als relevant einzuschätzen und eine Vorstellung davon zu haben, dass im Zusammenschluss und Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen eine positive Wirkung für einen selbst erzielt werden kann. Voraussetzung ist, dass der/die Betroffene sein/ihr Leiden bzw. Problem bewusst wahrnimmt und akzeptiert. Und es braucht den Wunsch, die Offenheit und die Bereitschaft, andern das Erlebte zu kommunizieren und im Gegenzug auf ihre Erfahrungen einzugehen. Die TeilnehmerInnen kommen in der Regel aus unterschiedlichen Milieus, das Verbindende ist die Problematik. Dies fordert eine hohe Toleranz im Umgang untereinander.

"Ich plangte also auf den Beginn des ersten Treffens, das von einer Mitarbeiterin des SelbsthilfeZentrums begleitet wurde. Viele völlig verschiedene Anliegen stiessen hier zusammen, aber das Verbindende, Entlastende und mir bis ins Innerste Wohltuende war: alle die sich hierher gewagt hatten, litten wie ich, hofften wie ich und waren bereit, von sich zu erzählen und gespannt von anderen zu hören, wie sie Dies und Das im Alltag erlebten." (Betroffene SHG Borderline, Jahresbericht SelbsthilfeZentrum Region Winterthur, 2006, S. 6)

„Marliese macht deutlich, dass ein Gruppenprozess anforderungsreich ist: die Menschen kommen aus unterschiedliche Umfeldern, ihre Lebensauffassungen unterscheiden sich und die Krankheit ist nicht gleich gravierend. Das einzige Verbindende sind die gemeinsame Thematik und das ähnliche Erleben. Konfliktpotential besteht, Toleranz und klare Regeln helfen damit umzugehen.“ (Anhang 1)

Neben der gleichen Betroffenheit setzen Trojan et al. (1986, S. 67) das Vorhandensein von Kompetenzen, insbesondere der sozialen Kompetenz für die Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe voraus. Kompetenzen definieren Trojan et al. nach Gert Sommer als

„die Verfügbarkeit und angemessene Anwendung von Verhaltensweisen (motorischen, kognitiven und emotionalen) zur effektiven Auseinandersetzung mit konkreten Lebenssituationen, die für das Individuum und/oder seine Umwelt relevant sind.“ (Trojan et al., 1986, S. 68)

Trojan unterteilt die Kompetenzen in fünf Kategorien:

- ♦ lebenspraktische Kompetenzen, d.h.: alltagsbewältigende Fertigkeiten wie Körperwäsche, Einkaufen, Benutzung der Verkehrsmittel, Umgang mit Behörden und Institutionen
- ♦ soziale Kompetenzen, d.h. Fähigkeiten, Kontakte zu Mitmenschen herzustellen und aufrechtzuerhalten, Wünsche, Erwartungen und Gefühle anderen gegenüber zu erkennen und mitzuteilen, Konflikte partnerschaftlich zu lösen etc.
- ♦ leistungsrelevante Kompetenzen, d.h. die Motivation, die eigenen Leistungen zu entwickeln und unter Berücksichtigung realistischer Anspruchssetzungen zu erproben sowie Fähigkeiten, Arbeitsaufgaben konzentriert, ausdauernd und regelmässig erfüllen zu können;
- ♦ kreative Kompetenzen, d.h. schöpferische Fähigkeiten wie Einfallsreichtum, Spontaneität, Flexibilität, Neugier, Risikobereitschaft etc. bei der Auseinandersetzung mit Situationen oder Materialien
- ♦ Kompetenzen zur Krisenbewältigung, also Fähigkeiten zur Wiederherstellung unseres psychischen Wohlbefindens bei Konfrontation mit Misserfolgen, Schicksalsschlägen wie Krankheit oder Tod naher Angehöriger.

Für die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe sieht Trojan die soziale Kompetenz als unerlässlich. Die übrigen Kompetenzen können sich als Folge der Teilnahme bilden. Mit der Notwendigkeit von Restkompetenzen ergeben sich nach Trojan auch die Grenzen der Ausdehnung von Selbsthilfegruppen (Trojan 1986). Trojan sieht darin einen Grund, warum sich nur etwa 10% der Betroffenen in Deutschland (mit einer viermal höheren Dichte als in der Schweiz (Brogetto 2002, S. 20, Stremow et al. 2004, S. 15) überhaupt in einer Selbsthilfegruppe engagieren und weshalb die Mittelschicht meistens überrepräsentiert ist (Trojan 1986, S. 68). Dies scheint mir eine etwas einseitige Beurteilungsweise und bedarf meines Erachtens einer breiteren Analyse unter Einbezug weiterer Faktoren, wie z.B. Zugang zu Informationen, Einfluss anderer Netzwerke, Sprache und kulturelle Vorstellungen. Erfahrungen in Selbsthilfekontaktstellen lassen eher auf ein hohes Integrationspotential schliessen, das sich nicht ausschliesslich an vorhandenen Ressourcen ausrichtet.

Fachleute sind sich einig, dass neben persönlichen Voraussetzungen wie Sozialkompetenz und thematische Übereinstimmung die gruppodynamischen Prozesse für das Gelingen zentral sind (Herzog 2007, Matzat 2004). Bereits bei der Gruppengründung stellen sich viele Fragen: Wie findet man andere Betroffene? Wo und wie oft kann man sich treffen? Wie sollen die Treffen gestaltet werden? Welche Zielsetzungen und welchen Gestaltungsrahmen

soll die Gruppe haben? Damit wird klar: Eine Gruppengründung erfordert Energie und Wissen, das entweder von den Betroffenen selber eingebracht wird oder in irgendeiner Form zugänglich sein sollte ausserhalb des professionellen Betreuungsumfelds. Neutralität, Wahrung von Anonymität gegenüber Dritten und Institutionen sind Voraussetzung, dass der Prozess der Selbsthilfe gelingt. Die Studie Stremlow et al. (2004) belegt, dass die Selbsthilfegruppen-Dichte und die Vielfalt der Themen grösser ist in Regionen, wo Selbsthilfegruppen in Kontaktstellen ein solches Angebot zur Verfügung haben. In den beiden von mir geführten Interviews (Anhang 1) hatten die InitiantInnen spezifisches Fachwissen zur Verfügung: Im ersten begleitete eine Spitalseelsorgerin 1990 die Gruppengründung und es konnten Unterlagen aus England beigezogen werden, im zweiten erfolgte die Gründung über die regionale Selbsthilfekontaktstelle, die auch als Ansprechstelle fungierte.

Der Gruppenprozess hat gute Erfolgsaussichten, wenn ein Rahmen für die gemeinsame Arbeit, wie Zielsetzungen und Gruppenregeln, festgelegt und eine gewisse Konstanz und Verbindlichkeit erreicht wird (Herzog 2007). Hilfreich sind Instrumente, um Leitungsformen zu entwickeln und mit schwierigen Situationen umzugehen (z.B. wenn Einzelne dominieren, zu viele Wechsel stattfinden, ungute Stimmungen aufkommen, Verantwortungen einseitig getragen werden etc.). Neben den Aufbaufragen kommt externes Fachwissen von neutralen Anlaufstellen somit auch beim Gruppengeschehen ins Spiel. Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfeorganisationen, Fachpersonen und/oder Leitfäden sind mögliche Quellen.

- ♦ „Herr Purnelis [Anm.: Mitarbeiter der Selbsthilfekontaktstelle] half uns in einer Gruppenberatung zu verstehen, dass die Probleme in unserer Gruppe gar nicht so ungewöhnlich sind, dieselbe negative Dynamik findet man in vielen Gruppen in und ausserhalb der Selbsthilfe. Und er zeigte uns Wege aus unserer Krise. So schöpften wir wieder Mut. Die nächsten drei Monate waren geprägt von der Umsetzung der neuen Ideen.“ (Jahresbericht Selbsthilfezentrum Zürcher Oberland, 2006, S. 8)

4.2. Strukturmerkmale von Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen lassen sich mit Strukturmerkmalen charakterisieren. Stremlow et al haben folgende Merkmale unterschieden (Stremlow et al. 2004): Grösse der Gruppe, die geschlechtsspezifischen Anteile, Formalisierungsgrad mit Statuten und Programmen, Verbindlichkeit in der Gruppe und Leitungsstrukturen.

Von den 1284 Selbsthilfegruppen die Stremlow et al. in den 12 Deutschschweizer Kantonen untersuchten, hatten 59% bis zu 12 TeilnehmerInnen, 29% zwischen 13 und 40 TeilnehmerInnen, 12% mit über 40 TeilnehmerInnen werden als grosse Gruppen bezeichnet. Im Vergleich mit denjenigen der Studie Trojan (Trojan 2004) im Raume Hamburg, die einen ähnlichen Ansatz hatte, fällt auf, dass im grossstädtischen Milieu weniger Kleingruppen (42%) und mehr mittelgrosse (30%) vorkommen.

Mehrheitlich (47%) zeichnet die von StremLOW et al. untersuchten Gruppen eine hohe Verbindlichkeit aus, bei 23% kann sie als mittlere bezeichnet werden und bei 30% als gering. Der rechtliche und inhaltliche Formalisierungsgrad (Statuten, Jahresprogramm) ist bei größeren Gruppen höher als bei kleineren. StremLOW et al. teilen die Gruppen bezüglich ihrer Struktur in Kategorien ein:

- ◆ *Geschlossene Kleingruppen* (bis max. 12 Personen, 92% treffen sich mindestens einmal monatlich, weisen einen tiefe Formalisierungsgrad auf)
- ◆ *Offene Kleingruppen* (bis max. 12 Personen, 87% treffen sich mindestens einmal monatlich, offener Teilnahmecharakter, mehr als die Hälfte mit Statuten)
- ◆ *Geschlossene Grossgruppen* (13-40 Mitglieder, 77% treffen sich mindestens einmal monatlich, 33% mit Statuten)
- ◆ *Offene Grossgruppen* (13-40 Mitglieder, 71% treffen sich mindestens einmal monatlich, offener Teilnahmecharakter)
- ◆ *Sehr grosse Gruppen* (über 40 Mitglieder, offener Teilnahmecharakter, fast die Hälfte (45%) trifft sich alle 2 Monate oder weniger, 82% haben Statuten)

Ein weiteres Merkmal zur Charakterisierung von Gruppen ist die Leitungsform. Kleingruppen zeichnen sich dadurch auch, dass die GruppenteilnehmerInnen zu einem überdurchschnittlichen Anteil die Gesprächsleitung gemeinsam (z.B. rotierend) wahrnehmen (StremLOW et al. 2004). Auffällig ist, dass bei allen Gruppenformen der Frauenanteil höher ist als derjenige der Männer. Durchschnittlich waren von den untersuchten Gruppen 72% weiblich. Trojan hat für den Raum Hamburg einen Frauenanteil von 69% ermittelt (Trojan 2004), wobei der Anteil bei somatischen Gruppen 73% ausmachte, bei psychischen Gruppen – als einzigem Themenbereich - jedoch der Männeranteil mit 54% überwog.

4.3. Aktivitäten von Selbsthilfegruppen

StremLOW et al. haben drei herausragende Aktivitäten von Selbsthilfegruppen festgestellt:

- ◆ Erfahrungsaustausch: 91% nannten ihn als sehr oder ziemlich häufig
- ◆ Austausch von Informationen und Tipps (Anlaufstellen, Behandlungsformen, Medikamente etc.): wird bei 72% mit sehr oder ziemlich häufig bezeichnet.
- ◆ Gruppengespräche über eigene Gefühle (Ängste, Traurigkeit, Freude etc.): kommt bei 68% sehr oder ziemlich häufig vor.

Als weitere, weniger häufige Aktivitäten (zwischen 6 und 29% vorkommend) nannten die Gruppenmitglieder: „lockere“ Austauschtreffen, Gegenseitige Unterstützung beim Einüben neuer Verhaltensweisen, Erweiterung des Fachwissens, Öffentlichkeitsarbeit, Gemeinsame Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Gruppenthema, Interessenvertretung gegenüber Fachleuten, Sport und Bewegung zur Erhaltung der Gesundheit und gemeinsame Freizeitgestaltung. Dies zeigt ein breites Aktivitätsspektrum, das zwar mehrheitlich auf die Gruppe

selber ausgerichtet ist, einzelne Aktivitäten sind aber durchaus auch gegen aussen gewandt. Die Aktivitätsformen haben eine Relevanz zum Thema, sind aber nie eindeutig einer Kategorie zuordenbar.

Trojan stellt fest, dass über die ganze Bandbreite der untersuchten Gruppen im Raum Hamburg der Erfahrungsaustausch über den praktischen Umgang mit dem Problem bzw. der Krankheit im Zentrum steht. Er fasst das Resultat wie folgt zusammen:

„Insgesamt bestätigen die Ergebnisse, dass der Kern der Selbsthilfegruppen die gegenseitige Hilfe ist, dass aber auch andere Handlungsfelder in unterschiedlicher Häufigkeit bei den Gruppen eine Rolle spielen, insbesondere Freizeitgestaltung, Hilfe für Andere und Interessenvertretung.“ (Trojan, 2004, S. 86)

Aehnlich formulieren StremLOW et al. ihre Schlussfolgerung:

„[...] lässt sich die Vielfalt der Antworten relativ gut durch vier "Faktoren" beschreiben, als deren wichtigster der in der Erfahrung gleicher Betroffenheit begründete Informationsaustausch gilt: In erster Linie geht es den Gruppen und ihren Mitgliedern nicht um "objektive" Fachinformation (durch Fachpersonen), sondern um das Einverständnis anderer, die dieselbe Erfahrung gemacht haben und immer wieder machen. Zentral ist demnach der Austausch und damit die Bestätigung gemeinsamer Erfahrungen und geteilter Praxis unter "Gleichbetroffenen". Aus diesem Einverständnis resultiert denn auch das Gefühl der Geborgenheit, das den zweiten Faktor bestimmt.“ (StremLOW et al., 2004, S. 56)

Die folgenden Aussagen von Betroffenen belegen beispielhaft einige der Aktivitäten:

„Die Gruppe hat mir vor allem auch bewusst gemacht, dass ich nicht alleine bin mit meiner Problematik. Wir können uns gegenseitig unterstützen und helfen, Informationen austauschen über Therapien, Medikamente und das Verhalten gegenüber Ärzten. Ich merke, dass ich heute viel offener über Angst reden kann.“ (Mitglied der Selbsthilfegruppe Angst/Panik, Anhang 1)

„In den Gesprächen kann ich unglaublich viel entdecken und für mich lernen, wenn ich den Andern wirklich zu höre.“ (Mitglied der Selbsthilfegruppe mansich-depressiv, Selbsthilfe-Magazin des Zentrums Selbsthilfe Basel, 2007, S. 11)

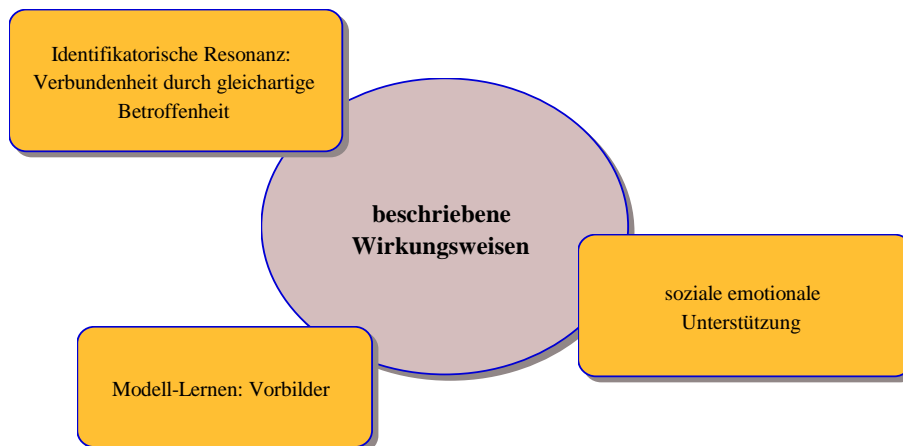
„Unterdessen finden auch Treffen bei anderen Gelegenheiten statt. So gehen wir zum Beispiel am 1. August gemeinsam Brunchen, oder man trifft sich an der Kilbi. So sind auch Freundschaften entstanden, die wir alle wohl nicht mehr missen möchten.“ (Isabell Martin, SHG Trennung/Scheidung Olten, im Jahresbericht 2006 der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Solothurn)

4.4. Wirkung von Selbsthilfegruppen

StremLOW et al. weisen darauf hin, dass sich Wirkungen und Ursachen nicht immer ganz trennen lassen. Sein Modell der Wirkungsweisen (Abbildung 2) lehnt an dasjenige von Matzat an (Matzat, 1999), die Wirkungsdimensionen unterscheidet er analog Trojan (Trojan 1987) in 1) Reduktion der krankheitsbedingten Belastungen, 2) Kompetenzsteigerung und soziale Aktivierung und 3) gezielter Umgang mit der professionellen Versorgung. Mit Aussagen von Selbsthilfegruppen-Mitgliedern bringt er die Sichtweise der Betroffenen hinein und verbindet sie mit seinem Modell.

Im Folgenden werde ich auf die Wirkungsweise (Abb. 2) eingehen und auf eine der Wirkungsdimensionen, die Reduktion der krankheitsbedingten Belastungen. In den zitierten Aussagen der Betroffenen kommen auch die andern Wirkungsdimensionen zum Ausdruck. Das deutet darauf hin, dass die theoretischen Zuordnungen in der Praxis kaum getrennt werden können und wechselseitig wirken.

Abbildung 2: Wirkungsweisen



Mit identifikatorischer Resonanz wird die Wirkung umschrieben, dass in der Selbsthilfegruppe ein neues Beziehungsnetz geschaffen wird, das über Solidarität und Kameradschaft hinausgeht. Über die Identität aus gleichartiger Betroffenheit wirkt die Selbsthilfegruppe als Raum konjunktiver Erfahrungen (Stremlow et al. 2004).

„Teilweise kommen Frauen in einer völlig kaputten psychischen Situation zu uns. Sie trauen sich nichts zu, haben eine grosse Angst vor dem Leben, vor allem vor dem Alltag. Sie kommen in die Gruppe, da sitzen fünf andere Frauen, die haben das auch erlebt und erzählen dasselbe. Ich bin keine Aussenseiterin, kein Freak, ich bin nicht blöd bis zum Umfallen gewesen, dass mir das als Kind passiert ist. Ich bin nicht alleine. Es gibt einem eine gewisse Geborgenheit, es gibt noch andere, da kann ich mich irgendwo anhalten, ich bin nicht am Rand vom Wahnsinn. Die Frauen sagen dasselbe wie ich...Der offene Umgang, das nicht erklären müssen, warum man sich nicht wohl fühlt...Die anderen kennen diese Angst auch. Das nicht alleine sein.“ (Stremlow et al., 2004, S. 67/8)

„Wie hat sich die Teilnahme in der Gruppe für Sie ausgewirkt?“

Hunkeler [Anm: Selbsthilfegruppe Depression]: Es hat mir unvorstellbar geholfen zu sehen, dass ich mit meinen Problemen nicht alleine bin. Das war ein Schlüsselerlebnis für mich. Zudem hat der Austausch über Fragen des Alltags und der Familie eine ausserordentlich positive Wirkung.

Müller [Anm: Selbsthilfegruppe Schleudertrauma]: Mir ging es auch so. Ich dachte immer, ich spinne. Bis ich sah, dass es noch andere Betroffene in einer ähnlichen Situation gibt. All die Schmerzen, die Depression, die Unfähigkeit zu arbeiten, haben mich zermürbt. Es hat meine ganze Persönlichkeit angegriffen. Ganz alleine hätte ich das nicht ertragen. Viele Schleudertraumabetroffene leiden zu Beginn besonders stark und haben oft Suizidgedanken. Da ist die Gemeinschaft ein ganz wichtiges Auffangnetz.

Hunkeler: Vor allem wird man in der Gruppe nicht als Simulant abgestempelt. man ist in der Gruppe niemandem Rechenschaft schuldig.

Walthert [Anm: Selbsthilfegruppe Fibromyalgie]: Besonders bei Leiden, die nicht sichtbar sind, fühlt man sich von der Gesellschaft oft nicht ernst genommen oder missverstanden. Auch die

Ärzte können sich ja nur teilweise in unsere Situation hineinversetzen. Da ist das Gespräch unter uns Betroffenen wichtig.“ (Jahresbericht 2006, Info Selbsthilfegruppen Luzern, S. 7)

Die soziale Unterstützung unterteilen Stremlow et al. in vier Formen: 1) die emotionale Unterstützung, die aus Wertschätzung, Zuneigung, Vertrauen, Interesse und Zuwendung entsteht, 2) Unterstützung durch Anerkennung, Bestätigung, Feedback und positive soziale Vergleichen. 3) Unterstützung mit Informationen, Rat und Vorschlägen und 4) instrumentelle Unterstützung die sich auf Präsenz, Kooperation und finanzielle Mittel gründet.

Modell-Lernen entsteht über Vorbildfunktionen für erfolgreiche Strategien zur Krankheitsbewältigung. Aussagen von Betroffenen, wie beispielsweise die folgenden, belegen diese Wirkungen:

„Es ist die Unterstützung, man steht nicht allein da. Sonst meint man immer man ist allein. Mit der normalen Umwelt kann man nicht über das Problem diskutieren, [...]“

„Man ist verzweifelt, traurig, dann braucht es jemand, der einem hilft, einen in den Arm nimmt. In der Selbsthilfegruppe merkt man, es gibt so viele, die damit fertig werden müssen, ihr schafft es auch.“

„[...]Wenn man depressiv ist, glaubt man nicht so recht an sich. In der Gruppe erfahre ich immer das Gegenteil. Ich habe immer wieder das Gefühl, du bist nichts und kannst nichts usw.... In der Gruppe sagen sie mir genau das Gegenteil, dann denke ich, so schlecht kannst du nicht sein. Die Gruppe tut mir gut.“ (Stremlow et al., 2004, S. 68)

„Ich betrachte die Selbsthilfe als einen sehr wichtigen Pfeiler und eine grosse Chance, um mit Krankheiten und Problemen besser umgehen zu können.“ (Thema 3, Stiftung KOSCH, 2007, S. 4)

Es zeigte sich, dass Menschen, die länger in einer Selbsthilfegruppe aktiv sind, eine Abnahme der krankheitsbedingten Belastungen feststellen, sie erweitern ihre Kompetenzen, sind sozial aktiver werden und nutzen die professionelle Versorgung gezielter (Stremlow et al. 2004). Die Abnahme der krankheitsbedingten Belastungen zeigt sich gemäss Stremlow et al. in der:

- ◆ *Steigerung des seelischen und körperlichen Wohlbefindens*
- ◆ *Akzeptanz der Situation / des Problems*
- ◆ *Abnahme von Schuldgefühlen*
- ◆ *Entlastung der Familie des sozialen Umfeldes*
- ◆ *Reduktion von Medikamenten*

Die Betroffenen fühlten sich kompetenter, weil ihr Wissen zur Problematik gestiegen war und sie besser in der Lage waren, den praktischen Alltag zu bewältigen.

„Wir haben in der Gruppe auch ganz viele Strategien erarbeiten können, wie man besser damit umgehen kann oder was man alles noch machen kann, auch bereits vorbeugend. Zum Beispiel Stressabbau, Atemübungen, Yoga, Baden oder Rennen – je nach Vorliebe der Leute. Es ist wichtig Strategien zu haben, um das etwas bremsen zu können. Dazu haben wir viel in der Gruppe erarbeitet. Es sind auch viele Ideen entstanden, die man übernehmen konnte im Sinne von ‚der macht das auch so, das kann ich nun auch probieren‘.“

„Wir mussten sehr viel selber zusammentragen, was es gibt: das was gut tut und auf was wir sehr reagieren. Unsere Gruppe ist eine wichtige Informationsstelle für Therapien.“ (Stremlow, 2004, S. 73)

Daraus resultierte ein besseres Selbstvertrauen und ein Anstieg des Aktivitätsniveaus. Die Gruppenarbeit führt dazu, dass die Kommunikationsfähigkeit gestärkt wird, was sich auch auf die Beziehungen im näheren und weiteren Umfeld auswirkt.

Die Resultate der Studie Stremlow et al. werden bestätigt von Trojans Forschung im Raum Hamburg, der ähnliche Effekte nachweist. Als Motive – neben dem unmittelbaren Ziel einer besseren Krankheitsbewältigung - nennen Trojan et al.

„mehr Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, grösseres Durchsetzungsvermögen, grössere Kontaktfähigkeit und Aktivität, Angstminderung, mehr Selbständigkeit, dem professionellen System weniger ausgeliefert zu sein, politisch bewusster zu werden, Lebensfreude intensivieren, mehr persönliche Freiheit gewinnen.“ (Trojan, 1986, S. 66)

Selbsthilfegruppen beeinflussen somit das persönliche Befinden, aber auch das der Menschen im näheren Umfeld und bieten Schritte aus der Isolation, die sich oft als Folge bei langandauernden Krankheiten einstellt und mit psychischen Problemen einhergeht. Dieser Effekt kam auch klar zum Ausdruck im Gespräch mit den beiden Frauen, die sich mir als Interviewpartnerinnen zur Verfügung gestellt hatten.

„Miteinander ist vieles möglich, was man vorher für unmöglich hielt, z.B. Kino oder auswärts Essen. So kann man langsam wieder ins normale Leben zurückfinden: zuerst nur mit Gleichbetroffenen. Und dann wird es auch in weiteren Kreisen wieder möglich.“ (Thema 3 der Stiftung KOSCH, 2007, S. 2)

Der festgestellte, gezieltere Umgang mit der professionellen Versorgung bedeutet auch ein Stück Emanzipation aus der totalen Abhängigkeit vom professionellen System, wie sie Kieckbusch und Trojan beschrieben haben (Kieckbusch 1981, Trojan 1986).

4.5. Selbsthilfegruppendichte und Entwicklungspotential

Die Zahl der Selbsthilfegruppen in der Schweiz nimmt laufend zu. Vogelsanger ging 1994 von 834 Selbsthilfegruppen und 8309 Mitgliedern in der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein aus (Vogelsanger, 1994). 2007 liegt die Schätzung der Stiftung KOSCH bei 2000 Gruppen und rund 22'000 Mitgliedern (zur Ermittlung der Zahl s. ersten Abs. Kapitel 4).

Stremlow et al. fanden vor 3 Jahren eine durchschnittliche Selbsthilfegruppendichte von 23 Selbsthilfegruppen pro 100'000 EinwohnerInnen in den untersuchten 14 Regionen. Die Dichte schwankte zwischen einem Minimum von 16 Gruppen (Luzern) und 42 Gruppen (Basel). Es liess sich kein Zusammenhang der Dichte mit der Urbanisierung feststellen, sie hing vielmehr mit der Existenz und Qualität (Ausstattung) von Selbsthilfekontaktstellen zusammen. Hingegen wiesen die Stadtregionen eine höhere Themenvielfalt auf als die Landregionen, wie Stremlow et al. anhand der Beispiele Basel und Zürich nachweisen (Stremlow et al., 2004, S. 20).

Grosse Unterschiede zwischen Stadt- und Landregion stellte hingegen Trojan in Deutschland fest. In den alten Bundesländern findet man 97 Selbsthilfegruppen pro 100'000 EinwohnerInnen in den städtischen Regionen, jedoch nur gut die Hälfte, nämlich 54, in den ländlichen Regionen. In den neuen deutschen Bundesländern, wo nach der Wiedervereinigung die Selbsthilfebewegung mit gezielten Projekten gefördert wurde, liess sich diese Diskrepanz hingegen nicht nachweisen, die Dichte bewegte sich zwischen 41 (ländlich) bis 47 (städtisch) Gruppen pro 100'000 EinwohnerInnen (Trojan 2004).

Die Zahlen aus Deutschland belegen, dass in der Schweiz ein Potential brach liegt. (Borgetto 2004, StremLOW et al. 2004) und in vielen Regionen grosser Entwicklungsbedarf besteht.

5. Von Krankheitbewältigung zur Gesundheitsförderung - Selbsthilfgruppen im Kontext

Wie in Kapitel 4 dargestellt, betonen die Studien StremLOW et al. und Trojan mehrheitlich die positiven Wirkungen der Selbsthilfgruppenarbeit: Betroffene finden zu einem besseren Umgang mit den Belastungen des Alltags, nutzen das medizinische System gezielter, können sich aus Isolation herauslösen, erweitern ihre Kompetenzen und ihr Wissen. Borgetto und Matzat stellen Vergleiche mit therapeutischen Gruppen an und kommen auch da - mindestens themenspezifisch - zu positiven Resultaten. Die Aussagen finden Parallelen im gesundheitspsychologischen Ansatz von Faltermaier, insbesondere wenn man die Auswirkungen der Gruppenteilnahme auf das Gesundheitshandeln betrachtet.

5.1. Vergleichbare Effekte

Die von StremLOW et al. festgestellten Wirkungen bestätigt Borgetto und zeigt anhand von Beispielen aus den USA, Deutschland und Grossbritannien, dass in Selbsthilfgruppen vergleichbare Resultate erzielt werden wie in teuren therapeutischen, so z.T. im Suchtbereich (Alkohol, Betäubungsmittel) und bei Essstörungen (Borgetto, 2004). Die Rückfallquote der Selbsthilfgruppen-TeilnehmerInnen war zudem geringer. Bei Diabetes wurden bessere Kenntnisse über die Krankheit und weniger Folgeerscheinungen (Stress, Depressionen) nachgewiesen. Die Teilnahme onkologischer Selbsthilfgruppen bewirke,

„mit zunehmender Dauer eine Erhöhung des Krankheitswissens, eine Verbesserung der Krankheitsbewältigung und der compliance, eine Stärkung der Kontakt- und Ausdrucksfähigkeit sowie eine verbesserte Qualität von Freundschaften und des Familienlebens.“
(Borgetto, 2004, S. 19)

Bei psychischen Erkrankungen konnte eine deutlich positive Wirkung auf die Dauer des Krankenhausaufenthalts sowie die Häufigkeit von Rehospitalisierung festgestellt werden. Ähnlich wie Borgetto äussert sich auch Matzat

„Therapeutische Effekte waren auch für Selbsthilfegruppen von Menschen mit neurotischen Erkrankungen und seelischen Problemen (Ängste, Depressionen usw.) nachweisbar. Unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. hinreichend lange Teilnahmedauer) konnten mit Hilfe psychologischer Testverfahren Besserungen gezeigt werden. Auch in diesem Bereich lässt sich beobachten, dass Fachleute in psychosomatischen Kliniken und in psychotherapeutischen Praxen ihre Patienten vermehrt dazu ermutigen, sich nach stationären oder ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen (oder auch parallel hierzu) einer Selbsthilfegruppe anzuschließen. Insbesondere in leichteren Fällen werden Selbsthilfegruppen gelegentlich sogar als Alternativen zu professioneller Behandlung in Erwägung gezogen.“ (Matzat, 2004, S. 40)

5.2. Selbsthilfegruppen unter dem gesundheitspsychologischen Ansatz

Die in Kapitel 4 beschriebenen Wirkungen von Selbsthilfegruppen können als Strategie zu Krankheitsbewältigung gesehen werden, die Resultate der Studien Stremlow et al. und Trojan weisen aber auch klare Parallelen zum gesundheitspsychologischen Ansatz von Faltermaier auf, der an das Konzept der Salutogenese von Anton Antonovsky anschliesst. Anstelle des Krankheitsbegriffs, stellt Antonovsky denjenigen der Gesundheit ins Zentrum. Die Frage lautet dann nicht mehr: "Was macht Menschen krank?", sondern vielmehr: "Was macht, dass sie gesund bleiben.". Antonovsky hat in seinen Forschungen festgestellt, dass die Erhaltung der Gesundheit beziehungsweise der erfolgreiche Umgang mit Krankheit von persönlichen Ressourcen abhängen. Dazu führt er den Begriff „sense of coherence (SOC)“, Kohärenzgefühl, ein, den er wie folgt definiert:

„Das Gefühl der Kohärenz ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchgehendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass (1) die Ereignisse der eigenen inneren und äusseren Umwelt im Lebenslauf strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; (2) die Ressourcen verfügbar sind, um den durch diese Ereignisse gestellten Anforderungen gerecht zu werden; und (3) diese Anforderungen als Herausforderung zu verstehen sind, die es wert sind, sich dafür einzusetzen und zu engagieren.“ (Antonovsky, 1987, S. 19)

Die Kompetenzen, die nach Trojan Voraussetzung sind für eine erfolgreiche Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, passen meines Erachtens ebenfalls in dieses Konzept.

Faltermaier geht in seiner Analyse weiter als Antonovsky und stellt fest, „dass für die Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit personale und soziale Ressourcen sowie das subjektive Handeln eine entscheidende Rolle spielen.“(Faltermaier, 1994, S. 157). Er betont die aktive Rolle des in seinem sozialen Umfeld eingebundenen Subjekts, das ein Gesundheitsbewusstsein hat und daraus ein Gesundheitshandeln entwickelt. Gesundheitshandeln umschreibt er wie folgt:

„Gesundheitshandeln bedeutet im Verlauf der Biographie ein sinnhaft auf den Leib und dessen Befindlichkeit ausgerichtetes Tun, Lassen oder Dulden, um durch eigenes oder fremdes Verhalten das Wohlbefinden zu sichern, zu fördern oder wiederherzustellen. (Faltermaier, 1994, S. 174, zitiert nach Ridder, 1985, S. 139)

Beim Begriff des „Gesundheitsbewusstseins“ geht er davon aus,

„dass sich Menschen wissend um die eigene Gesundheit zurechtfinden und ihr Gesundheitshandeln entsprechend diesem Wissen ausrichten.“ (Faltermaier, 1994, S. 163).

Die Wirkungen von Selbsthilfegruppen, die Stremlow et al. und Trojan (Stremlow et al. 2004, Trojan 2004) nachgewiesen haben, finden sich in gleicher Weise im Gesundheitsbewusstsein nach Faltermaier. Durch die bewusste Auseinandersetzung mit den Einschränkungen wird in der Gruppenarbeit das Gesundheitsbewusstsein beeinflusst, was Auswirkungen auf das Gesundheitshandeln hat. Somit lässt sich auch aus gesundheitspsychologischer Sicht den Selbsthilfegruppen Gesundheitsrelevanz zusprechen und ihre Arbeit sich als gesundheitsfördernd im Sinne der WHO einreihen. Die „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“, von der WHO 1986 verabschiedet, beginnt wie folgt:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (zitiert nach Faltermaier, 1994, S. 59)

Genau diese Ziele verfolgen Selbsthilfegruppen. Die Förderung von Selbsthilfegruppen müsste somit als Teil einer aktiven Gesundheitsförderung betrachtet werden.

5.3. Selbsthilfegruppen als Bestandteil des Gesundheitwesens

Faltermaier betont die hohe Relevanz des Laiengesundheitssystems im Umgang mit Krankheit und Gesundheit und verweist auf die Studie Grunow, die 1983 nachgewiesen hat, dass 92 Prozent der Bevölkerung bei gesundheitlichen Problemen individuelle oder soziale Selbsthilfe aktivieren (Faltermaier, 1994, S. 149)². Diese Ergebnisse lassen sich mit den Aussagen Kleinmanns verbinden, der gestützt auf Forschungen in Taiwan und USA feststellt:

„In the United States and Taiwan, roughly 70 to 90 percent of all illness episodes are managed within the popular sector“ (Kleinmann, 1980, S. 50)

Kritische Lebensereignisse nehmen aufgrund des sozialen Wandels mit grösserer Mobilität, Individualisierung und Pluralisierung der Lebensformen zu (Trennungen, neue Familienformen, beruflichen Wechsel etc.) tendenziell zu (Meyer 1998, S. 16). Die Menschen werden zunehmend älter und damit erhöht sich auch das Risiko an einer chronisch-degenerativen Erkrankung zu leiden während längeren Lebensphasen. Parallel dazu nehmen die traditionellen Bindungen und Verpflichtungen ab.

Aus dieser Konstellation von schwächeren primären (engste Bezugspersonen) und sekundären sozialen Netzen (näheres Umfeld wie Verwandte, Freundschaften, KollegInnen und Nachbarschaft) und erhöhtem Risiko kritischer Lebensereignisse erhalten Selbsthilfegruppen als Alternative mit Entwicklungspotential auch in der Gesundheitsplanung zunehmend Bedeutung. Dies zeigt sich in einer besseren öffentlichen Wahrnehmung, der aber die finanziellen öffentlichen Massnahmen für Förderstrukturen bis heute nicht entsprechen.

² Faltermaier zitiert aus der Studie Grunow, 1983

6. Schlusswort

Selbsthilfegruppen stehen an der Schnittstelle von Krankheit und Gesundheit. Forschungen haben nachgewiesen, dass sie zu einem besseren Umgang mit körperlichen und seelischen Einschränkungen und den sich daraus ergebenden Belastungen führen. Sind sie als Therapiemöglichkeit oder weitergehend als Gesundheitsförderung einzuschätzen? Dieser Frage habe ich versucht nachzugehen.

Auch heute noch werden Selbsthilfegruppen mehrheitlich als Reaktionsmöglichkeit auf Krankheit und Behinderung wahrgenommen. Dennoch gehören sie kaum in einen Behandlungskatalog. Ihre Erfahrungen und ihr Wissen kommen von den Betroffenen selber und sind nicht wissenschaftlich nachweisbar, so dass sie fachlich nicht anerkannt ausserhalb des etablierten medizinischen Systems stehen bleiben. Auch ihre Themenkreise lassen sich nur teilweise den Krankheiten zuordnen, ein grosser Teil ist im psychosozialen Bereich anzusiedeln. Erfahrungsgemäss überschneiden sich oft verschiedene Themenkreise, weil körperliche Einschränkungen psychosoziale Folgen haben und psychosoziale Belastungen zu körperlichen oder psychischen Erkrankungen führen können. Diese Schwierigkeit der Zuordnung widerspiegelt sich in der Finanzierung der Förderstrukturen.

Betrachtet man Selbsthilfegruppen nicht von ihrer Entstehung her, sondern von den Wirkungsweisen, fallen die Parallelen zum gesundheitspsychologischen Ansatz von Toni Faltermaier auf. *"[...]sich wissend um die eigene Gesundheit zurechtfinden und ihr Gesundheitshandeln entsprechend diesem Wissen ausrichten."* (Faltermaier, 1994, S. 163): das ist genau das was die Forschungen zu Selbsthilfegruppen als hauptsächliche Aktivität und Wirkung beschreiben: die Menschen, die sich an einer Selbsthilfegruppe beteiligen, tauschen Wissen aus, evaluieren und kumulieren es in der Gruppe. Die daraus resultierenden Verhaltensänderungen fördern die Gesundheit, wie sie auch die WHO definiert hat:

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (Präambel der WHO-Verfassung, gültig seit 1948)

Klassifiziert man die Selbsthilfegruppen nach Themen führt dies zu einer Aufspaltung des Bereichs und damit der Fördermassnahmen. Auch die in Kapitel 3 genannten Überschneidungen und Unschärfen bei der strukturellen Zuordnung zeigen die Schwierigkeit, Selbsthilfegruppen fachlich zu erfassen. Gründe können darin gesehen werden, dass Selbsthilfegruppen bei der Basis, den Betroffenen, entstanden sind, dass beabsichtigte Wirkungen im Vordergrund standen und nicht Definitionen oder strukturelle Merkmale. Ich meine man sollte deshalb beim Umgang mit Selbsthilfegruppen die Sicht der Betroffenen höher werten und

den Schwerpunkt vermehrt auf die Aktivitäten und Wirkungen legen. In diesen Aspekten passen Selbsthilfegruppen gut in Konzepte von Gesundheit, wie sie Faltermaier darstellt. Und Selbsthilfegruppen müssten aktiv in Gesundheitsförderprogrammen ihren Platz finden.

Anhang 1: Zwei Fallbeispiele

basierend auf zwei persönlichen Interviews³:

Fall 1

Ursula., Mutter von 4 Kindern, verlor 1990 ihren jugendlichen Sohn durch Suizid. Das führte zu persönlichen und familiären Krisen, die schliesslich in die Trennung mündeten. Ursula., die – seit sie Kinder hatte - ausschliesslich für die Familie tätig war, stieg schliesslich wieder in den Arbeitsprozess ein. Seit kurzem ist sie pensioniert.

In der Krisensituation nach dem Suizid suchte sie den Kontakt zu andern Gleichbetroffenen, Personen ausserhalb des schon belasteten Familienkreises. Sie verglich die Problemsituation in der Familie mit zwei vollen Gläsern, wo eines noch den überquellenden Inhalt des andern auffangen sollte. Die Familie war damals in der Romandie wohnhaft. Dort traf Ursula auf ein Ehepaar und eine Mutter, die mit Hilfe einer Spitalseelsorgerin eine Selbsthilfegruppe gründen wollten, und schloss sich ihnen an. „Niemand von uns hatte Erfahrung mit Selbsthilfegruppen. Wir haben uns Informationen aus England beschafft. Dort existierten schon seit 1969 The compassionate Friends TCF. Aus ihren Broschüren konnten wir Texte übersetzen und für uns nutzen.“, so beschreibt Ursula die Voraussetzungen. Heute gibt es zum Thema Trauer um ein Kind (Verlust durch Krankheit, Suizid, Opfer von Verbrechen) einen schweizerischen Zusammenschluss der Betroffenen, den Verein Regenbogen/Arc en ciel.

Ursula beschreibt im Interview, wie aus der Gruppe heraus nach ein paar Jahren gemeinsame Mittagessen und Einladungen, Kinobesuche zustanden kamen und es dank dieser Erfahrungen wieder möglich wurde, sich im weiteren Kreis zu bewegen. „Der wichtigste Moment ist der, wenn du erwachst und weisst: ‚Ich will weiterleben.‘ Dass dieser Moment kommt, das ist eine Erfahrung, die ich weitergeben will an andere, die dort stehen, wo ich vor 17 Jahren.“, stellt Ursula ihre konstantes Engagement bis heute in einen Rahmen, der über den Umgang mit der eigenen Problematik hinausgeht. In der Krisenzeit fand Ursula mit Erfahrungsaustausch, im Verstandenwerden von den andern in der Gruppe und im Aufbau von gemeinsamen Aktivitäten den Halt, den sie brauchte, um ihre sozialen Beziehungen wieder aufzubauen. Die Gruppengründung gemeinsam mit andern Betroffenen und das Gelingen des Gruppenprozesses zeigten ihr ihre Kompetenzen auf. Sie war in der Folge vier Jahre Präsidentin des Vereins Regenbogen. Heute leitet sie eine Suizid-Gruppe und berät Eltern, die neu betroffen sind, beim Gruppenbeitritt.

³ Interviews dazu mit Auszügen, die hier mitzitiert sind, sind erschienen im Themenheft 3 der Stiftung KOSCH, 2007

Fall 2

Marlise leidet seit vielen Jahren an Angst- und Panikattacken, die ohne ersichtlichen Grund auftreten. Sie hatte viele Therapien gemacht und schulmedizinisch einiges ausprobiert, fühlte sich aber oft unverstanden. Zufällig stiess sie auf ein kleines Inserat in der Zeitung, dass in der Region eine Selbsthilfegruppe zu Angsterkrankungen gegründet werden sollte. Sie meldete sich. Am liebsten hätte sie gleich angefangen mit den andern über die Erfahrungen zu sprechen, aber eine Gruppe erfordert erst gewisse Strukturen. Sie übernahm von Anfang an Mitverantwortung und Aufgaben. Heute trifft sich die Gruppe alle 14 Tage. Marlise macht deutlich, dass ein Gruppenprozess anforderungsreich ist: die Menschen kommen aus unterschiedliche Umfeldern, ihre Lebensauffassungen unterscheiden sich und die Krankheit ist nicht gleich gravierend. Das einzige Verbindende sind die gemeinsame Thematik und das ähnliche Erleben. Konfliktpotential besteht, Toleranz und klare Regeln helfen damit umzugehen. Marlise beschreibt den Effekt der Teilnahme wie folgt: „Die Gruppe hat mir vor allem auch bewusst gemacht, dass ich nicht alleine bin mit meiner Problematik. Wir können uns gegenseitig unterstützen und helfen, Informationen austauschen über Therapien, Medikamente und das Verhalten gegenüber Aerzten. Ich merke, dass ich heute viel offener über Angst reden kann.“ In der Gruppe bereiten sie sich bei Bedarf auch gemeinsam auf Gespräche mit Aerzten vor.

Marlise weiss, dass sie die Angstattacken nicht verhindern kann. Aber sie lässt sich nicht mehr von der Angst beherrschen. „Wenn ich heute eine Attacke bekomme, habe ich die Gewissheit: „Ich sterbe nicht.“ Viel verändert hat sich von dem Augenblick an, als ich öffentlich zu meiner Krankheit stehen konnte. Wenn man niemandem etwas davon erzählt und die Krankheit versteckt, braucht das unheimlich viel Energie. Und seit die anderen am Arbeitsplatz, im Chor oder im Nähkurs von meinen Panikattacken wissen und auch damit umgehen können, kann ich vieles mitmachen, was vorher nicht möglich war. Offenheit hilft auch hier.“

Beide Frauen beschreiben deutlich und exemplarisch den von Meyer et al. genannte Effekt, Stärkung des sozialen Netzes und Verminderung des sozialen Stresses. In beiden Interviews kamen wichtige Punkte für das Entstehen und Funktionieren von Selbsthilfegruppen explizit und implizit zur Sprache: Voraussetzungen für den Beitritt, Strukturen und Funktionen in der Gruppe, Umgang miteinander. Im nächsten Kapitel werde ich diesen Fragen nachgehen.

Anhang 2: 12-Schritte-Programm der Anonymous Gruppen

A.A. Traditions

During its first decade, A.A. as a fellowship accumulated substantial experience which indicated that certain group attitudes and principles were particularly valuable in assuring survival of the informal structure of the Fellowship. In 1946, in the Fellowship's international journal, the A.A. Grapevine, these principles were reduced to writing by the founders and early members as the Twelve Traditions of Alcoholics Anonymous. They were accepted and endorsed by the membership as a whole at the International Convention of A.A., at Cleveland, Ohio, in 1950.

- 1. Our common welfare should come first; personal recovery depends upon A.A. unity.*
- 2. For our group purpose there is but one ultimate authority — a loving God as He may express Himself in our group conscience. Our leaders are but trusted servants; they do not govern.*
- 3. The only requirement for A.A. membership is a desire to stop drinking.*
- 4. Each group should be autonomous except in matters affecting other groups or A.A. as a whole.*
- 5. Each group has but one primary purpose—to carry its message to the alcoholic who still suffers.*
- 6. An A.A. group ought never endorse, finance or lend the A.A. name to any related facility or outside enterprise, lest problems of money, property and prestige divert us from our primary purpose.*
- 7. Every A.A. group ought to be fully selfsupporting, declining outside contributions.*
- 8. Alcoholics Anonymous should remain forever nonprofessional, but our service centers may employ special workers.*
- 9. A.A., as such, ought never be organized; but we may create service boards or committees directly responsible to those they serve.*
- 10. Alcoholics Anonymous has no opinion on outside issues; hence the A.A. name ought never be drawn into public controversy.*
- 11. Our public relations policy is based on attraction rather than promotion; we need always maintain personal anonymity at the level of press, radio and films.*
- 12. Anonymity is the spiritual foundation of all our traditions, ever reminding us to place principles before personalities.*

While the Twelve Traditions are not specifically binding on any group or groups, an overwhelming majority of members have adopted them as the basis for A.A.'s expanding "internal" and public relationships.

Quellen

- ♦ Antonovsky, Anton: **Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit**, dvgt-Verlag, Tübingen, 1997
- ♦ Balke Klaus; Reis, Claus (Hrsg): **Selbsthilfegruppen – Unterstützung in Europa**, Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt a.M., 1993
- ♦ Borgetto, Bernhard: **Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven** (im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums), Verlag Hans Huber, Bern, 2004
- ♦ Faltermaier, Toni: **Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln**, Beltz - Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1994
- ♦ Faltrmaier, Toni: **Gesundheitspsychologie**, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2005
- ♦ Foucault, Michel: **Analytik der Macht**, hrsg. von Daniel Defert et al., Suhrkamp, Frankfurt a.M., 2005
- ♦ Günther, Peter; Rohrmann, Eckard (Hrsg.): **Soziale Selbsthilfe – Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit?**, Edition S, Universitätsverlag C. Winter, Heidelberg, 1999
- ♦ Herzog-Diem, Ruth; Huber, Sylvia: **Selbsthilfe in Gruppen**, Beobachter-Verlag, Zürich, 2007
- ♦ Kickbusch, Ilona; Trojan, Alf: **Gemeinsam sind wir stärker – Selbsthilfegruppen und Gesundheit**, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a.M., 1981
- ♦ Matzat, Jürgen: **Wegweiser Selbsthilfegruppen, Eine Einführung für Laien und Fachleute**, Psychosozial-Verlag, Giessen, 2004
- ♦ Meyer, Peter C. et al: **Soziale Unterstützung und Gesundheit in der Stadt**, Seismo Verlag, Zürich, 1998
- ♦ Moeller, Michael Lukas: **Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen**. Rowohlt Verlag, Reinbeck bei Hamburg, 1978
- ♦ StremLOW, Jürgen et al.: „**Es gibt Leute, die das Gleiche haben...**“. **Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der deutschen Schweiz** (Nationalfondstudie), Stiftung KOSCH, Basel, 2004
- ♦ Trojan, Alf (Hrsg.): **Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen**, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a.M., 1986
- ♦ Trojan, Alf; Estorff-Klee, Astrid (Hrsg.): **25 Jahre Selbsthilfeunterstützung. Unterstützungserfahrungen und –bedarf am Beispiel Hamburgs**, in der Reihe Soziologie, Forschung und Wissenschaft, Band 10, Lit Verlag, Münster, 2004
- ♦ Trojan Alf: **Empowerment und Selbsthilfe bei sozial benachteiligten Gruppen**, in: Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Band 12 der Schriftenreihe der "Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, Universität Freiburg, 2001
- ♦ Vogelsanger, Vreni: **Selbsthilfegruppen brauchen ein Netz. Selbsthilfegruppen und ihre Kontaktstellen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein**, Seismo Verlag, Zürich, 1995
- ♦ Vogelsanger, Vreni: **Was ist Selbsthilfe?**, Grundlagenpapier zur Zukunftswerkstatt von AGILE, 2001 (auf www.kosch.ch/Positionen)

Zitate aus den folgenden Publikationen:

Stremlow, Jürgen et al.: „Es gibt Leute, die das Gleiche haben...“. Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der deutschen Schweiz (Nationalfondstudie), Stiftung KOSCH, Basel, 2004

Jahresbericht 2006 von Info Selbsthilfegruppen Luzern, Luzern

Jahresbericht 2006 des SelbsthilfeZentrums Region Winterthur, Winterthur

Jahresbericht 2006 des Zentrums Selbsthilfe Basel, Basel

Jahresbericht 2006 des Selbsthilfezentrums Zürcher Oberland, Uster

Themenheft 3, Stiftung KOSCH, Basel, 2007

Selbsthilfe-Magazin 2007 des Zentrums Selbsthilfe Basel

Internet

12-Schritte-Programm (Anhang 2) : http://www.aa.org/en_pdfs/m-24_aafactfile.pdf, 12.9.07

WHO-Definition Gesundheit: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, 12.9.07

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	1
Hintergrund	2
Publikationen zu Selbsthilfegruppen	2
Vorgehensweise	3
Definitionen rund um die Selbsthilfe	4
Selbsthilfe	4
Selbsthilfegruppen	4
Selbsthilfeorganisationen	5
Selbsthilfekontaktstellen	6
Unschärfe bei der Abgrenzung	7
Selbsthilfegruppen in der Schweiz	7
Selbsthilfegruppen - wie sie entstehen und funktionieren	8
Strukturmerkmale von Selbsthilfegruppen	10
Aktivitäten von Selbsthilfegruppen	11
Wirkung von Selbsthilfegruppen	13
Selbsthilfegruppendichte und Entwicklungspotential	15
Von Krankheitsbewältigung zur Gesundheitsförderung - Selbsthilfegruppen im Kontext	16
Vergleichbare Effekte	16
Selbsthilfegruppen unter dem gesundheitspsychologischen Ansatz	17
Selbsthilfegruppen als Bestandteil des Gesundheitswesens	18
Schlusswort	19
 Abbildungen:	
Abb. 1: Selbsthilfegruppen in der Schweiz: Verteilung nach Themen	8
Abb. 2: Wirkungsweisen	13
 Anhänge:	
Anhang 1: Interviews mit Betroffenen	
Anhang 2: 12-Schritte-Programm der Anonymous Gruppen	
 Titelbild: Info Selbsthilfegruppen Luzern: Gründung der Selbsthilfegruppe 'locked-in', Luzern	