

Die Rolle der Selbsthilfegruppen im Netzwerk der gesundheitlichen Versorgung – aufgezeigt am Beispiel der Krebsnachsorge

Doris Schaeffer, Vjenka Garms-Homolová

Institut für Soziale Medizin, Berlin

The Role of Self-Groups in the Health Care Network

Coping with stigma, strengthening the ability to use available services, removing obstacles to care, and providing service and care to others: these are the most important functions of self-help groups of cancer patients. This article focuses on the analysis of these functions. It is shown that the self-help groups are no longer seen as competing with the professional system. Rather, efforts to establish them as a part of this system are increasing. However, the fixing of functions and incorporation of the self-help groups generates problems whose extent cannot yet be foreseen.

Key-Words: Self-help groups – Ability to utilize – Accessibility of services – Service delivery

Zusammenfassung

Wichtige Funktionen der Selbsthilfegruppen im Krebsnachsorgebereich liegen im Management des Stigma „Krebs“, in der Stärkung der Kompetenz der Selbsthilfgruppenmitglieder für die Nutzung der Versorgung, der Beseitigung von Barrieren im Zugang zur Versorgung und der Übernahme eigener Versorgungsaufgaben. Diese werden im vorliegenden Artikel näher untersucht. Es wird aufgezeigt, daß Selbsthilfegruppen mittlerweile nicht mehr als Konkurrenz des professionellen Systems angesehen werden. Vielmehr verstärken sich Bemühungen, sie zum festen Bestandteil des Versorgungssystems zu machen. Doch bringt diese Funktionsfestschreibung und Vereinnahmung der Selbsthilfegruppen Probleme mit sich, deren Reichweite noch nicht abgesehen werden kann.

Schlüsselwörter: Selbsthilfegruppen – Versorgungssysteme

In den siebziger Jahren, als die Diskussion über die Schwachstellen der Gesundheitsversorgung, der Psychiatrie und der Wohlfahrt einen ihrer Höhepunkte erreichte, wurde zugleich die Rolle des informellen Versorgungsnetzes wiederentdeckt. Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft und andere „natürliche Helfer“, vor allem aber die sich allerorts bildenden Bürgerinitiativen und Selbsthilfgruppen wurden als die „humaneren Alternativen“ zum professionellen Versorgungssystem gesehen. „Rückgewinnung

der Gesundheit“ (Illich, 1975), hierarchielose Gemeinschaft von Gleichbetroffenen (Behrendt, 1982), „Selbstbestimmung“ und neue Eigenverantwortlichkeit – das sind nur wenige der Schlagworte, die den Gegensatz zum professionellen System ausdrücken sollten. Zuweilen wurde dieser Gegensatz überzeichnet: Mehr als der Wirklichkeit entsprach der alternative Charakter der Selbsthilfgruppen dem Wunsch der Kritiker des bestehenden (Gesundheits-) Systems, über diese Bewegungen, Reformen und Reorganisationen des Gesundheitswesens einzuleiten. Es konnte jedoch nicht übersehen werden, daß eine Reihe von Selbsthilfgruppen in ihren Zielsetzungen und ihrer Wirkungsweise dem professionellen System ausgesprochen nahe stand, doch wurden diese Gruppen weniger positiv bewertet als jene, die man als „Gegenkraft“ (Gronemeyer, 1978) gegen das mangelhafte Versorgungssystem ansah.

Die Betrachtung der Selbsthilfegruppen als Teil der versorgenden Netze ist relativ neu. Erst seit dem Beginn der achtziger Jahre mehren sich die Bemühungen um eine Analyse der besonderen Funktionen von Selbsthilfgruppen im Kontext des Versorgungssystems (z. B. Biegel et al., 1984; Badura und v. Ferber, 1981 etc.). Ihnen ist es gelungen, plausibel zu belegen, wie sinnlos und ineffektiv es ist, will man – wie es Sozialpolitiker tagtäglich tun – die informellen sozialen Netze zum Ausgleich der beschnittenen öffentlichen Ausgaben für soziale und gesundheitliche Dienste heranziehen. Vielmehr wird deutlich, wo die Stärken der Selbsthilfgruppen liegen können, nämlich in der Verbesserung des Zugangs zu gesundheitlichen und sozialen Versorgungsdiensten und der Verteilung der Dienste entsprechend dem wirklichen Bedarf.

Psychosoziale Belastungen bei Krebs

Wie jede schwerwiegende und langdauernde Erkrankung ist auch die Krebserkrankung mit Schwierigkeiten und Problemen verbunden, die teilweise gleich nach der Eröffnung der Diagnose auf den Kranken niederprasseln oder aber erst allmählich sichtbar werden. Viele Bereiche des Alltags müssen neu geordnet werden, viele Vorkehrungen für die Zukunft – eine nunmehr angstbesetzte Zeit, von der man oft nichts wissen möchte – getroffen werden.

Auf der einen Seite ist der Kranke aufwendigen Behandlungsprozessen unterzogen, die ihn physisch und psychisch voll beanspruchen, auf der anderen Seite steht er vor Aufgaben, die mit der Krankheit einhergehen, aber außerhalb des Systems der gesundheitlichen Versorgung gelöst werden müssen. Das Krankengeld, Berentungsverfahren, Kuranträge – das sind nur die sichtbaren und verhältnismäßig harmlosen Hürden, die überwunden werden müssen. Das bringt zahlreiche Begegnungen mit schwerfälligen Bürokratien mit sich, Ablehnungen, Vertröstungen, Abweisungen, die wiederum mit Zweifeln an der eigenen Vollwertigkeit einhergehen. Das Bestreben, den Betroffenen durch Informationen, Erfahrungen und Aktivitäten seitens „erfahrenerer Betroffener“ zu helfen, gehört zu den programmatischen Vorhaben der meisten Selbsthilfgruppen. Wie diese Aufgabe angegangen wird, soll hier mit Ergebnissen des Projekts „Selbsthilfe im Krebsnachsorgebereich“* dargestellt werden, dessen Ziel in der Untersuchung der Aufgaben, des Selbstverständnisses und der Entwicklungsstrukturen der Selbsthilfgruppen in der Krebsnachsorge bestand. Das Projekt war regional auf Berlin begrenzt, was deshalb einer Erwähnung bedarf, weil die gesundheitliche Versorgung wie im übrigen auch die Selbsthilfgruppen sich durch einige regionale Besonderheiten auszeichnen, die wir in unseren Ausführungen berücksichtigen werden.

Die Aktivitäten der Selbsthilfgruppen im Krebsnachsorgebereich

Zur Zeit gibt es in Berlin 11 Selbsthilfgruppen von Krebskranken, neue sind im Entstehen begriffen, einige dagegen befinden sich in Auflösungsprozessen. Nur zwei der Berliner Gruppen haben Verbandscharakter und sind bundesweit organisiert: die Deutsche ILCO e. V. und der Landesverband Berlin der Kehlkopflösen e. V. Sie unterscheiden sich in ihrer Struktur von den übrigen Gruppen, die weitestgehend bezirklich organisiert sind und sich bewußt von überregionalen Zusammenschlüssen distanzieren. Auf diese Weise wollen die kleineren Gruppen ihre Unabhängigkeit und Ungebundenheit demonstrieren, die sie als wichtigen Bestandteil ihrer Arbeit begreifen. Acht dieser Selbsthilfgruppen sind Initiativen krebserkrankter Frauen, von denen sich bis auf eine alle als Interessengemeinschaften brustamputierter Frauen verstehen. Sie sind – in ihrer Entwicklung – eng miteinander verwoben und bestimmen in nicht unerheblichem Maße das Gesicht der „Selbsthilfeszene“ in diesem Bereich. In unseren Ausführungen werden wir daher bei ihnen den Schwerpunkt legen, aber besonders jene Charakteristika hervorheben, die typisch für alle Gruppen sind.

Fast alle verfügen mittlerweile über ein festes Programm (siehe dazu Schaeffer u. Kriescher-Fauchs, 1984), das zu meist den Charakter eines unentgeltlichen Serviceangebots hat. Dazu gehören

- die kommunikative Bewältigung des Krankheitsgeschehens,
- Einzelgespräche und Beratungen,
- Gruppennachmittage mit Geselligkeit,
- telefonische Anlaufstelle und Beratung,
- Krankenbetreuung in den umliegenden Krankenhäusern,
- Information über gesundheitliche Fragen und insbesondere Probleme der Nachsorge,
- Information über soziale Dienste und rehabilitative Maßnahmen,
- prothetische Beratung und Versorgung,
- gesundheitliche Begleitmaßnahmen wie Schwimmen, Gymnastik etc.,
- freizeittliche Aktivitäten: Wandern, Theaterbesuche, Ausflüge etc.

Hinter diesen Aktivitäten verbergen sich Bemühungen, den Krebskranken den Zugang zum Versorgungssystem und die Nutzung von einzelnen Maßnahmen zu erleichtern und an jenen Stellen, wo die professionelle Versorgung Lücken und Mängel aufweist, eigenständige Versorgungsaufgaben zu übernehmen. Kaum eine Selbsthilfgruppe vertritt dies explizit als Zielsetzung. Implizit folgen ihr jedoch die meisten Aktivitäten und Aufgaben, denn sie alle dienen letztlich der Stützung der Kranken in ihren sozialen Bezügen und der Ebnung des Zugangs zu versorgenden Institutionen. Dazu gehört in erster Linie das *Management des Stigmas*, ferner die *Vorbeuge und Bewältigung der* (krankheitsbezogenen) *Isolation*, sodann der *Umgang mit psychosozialen Problemen*, die das Krankheitsgeschehen und den Behandlungsprozeß begleiten.

Management des Stigmas

Die Auseinandersetzung mit dem *Stigma* ist das elementare Anliegen der meisten Selbsthilfgruppen in diesem Bereich. Es scheint sogar, daß das Stigma der Körperbehinderung auch für die Gründung der Selbsthilfgruppen ausschlaggebend ist, denn wie anders ließe sich erklären, daß im Bereich der Krebserkrankung nur da Selbsthilfeinitiativen existieren, wo die Erkrankung dauerhafte äußere Zeichen und chronische Beeinträchtigungen hinterläßt (so im Bereich der Brustkrebserkrankung, des Darm- und Kehlkopfkrebsses, des Hoden- und Prostatakrebses etc.). Bei äußerlich „unsichtbaren“ Erkrankungen (z. B. Krebserkrankungen innerer Organe wie der Lunge, des Gehirns, des Magens etc.) finden wir keine Selbsthilfgruppen von direkt Betroffenen. Ausnahmen bilden Gruppen von Angehörigen (z. B. Elterngruppen).

Das bedeutet jedoch nicht, daß die Auseinandersetzung mit dem Stigma immer direkt und problemlos erfolgt, vielfach wird dieser Problembereich weggeschoben: „Wir wollen zusammen fröhlich sein und nicht nur von unserer Krankheit reden“ – so formulierte es die Berliner Landesarbeitsgemeinschaft brustoperierter Frauen e. V. Diejenigen, die dieser Programmatik folgen – wie die Mehrzahl der Gruppen gerade mit älteren Teilnehmern es tut – kommen also vornehmlich zusammen, um unter gleichermäßen betroffenen Leidensgenossen zu sein, mit denen

* Dieser Beitrag ist Prof. Dr. Helmut A. Paul gewidmet, der uns stets – trotz seiner schweren Krankheit – mit Rat und Tat zur Seite stand. Er leitete u. a. auch das Projekt „Selbsthilfe im Krebsnachsorgebereich“, auf das hier Bezug genommen wird.

die Krankheit kommunizierbar ist, unterliegen jedoch zugleich Tabuisierungen, die die Kommunizierbarkeit nahezu unmöglich machen und als eine Folge des Stigmatisierungsprozesses zu verstehen sind.

Durch Geselligkeit und Gruppennachmittage, in denen Erzählungen über Alltags- und Krankheitsepisoden einen breiten Raum einnehmen, versuchen die Gruppen, diese Probleme zu bewältigen, was sie befähigt, empfundene und erlebte Zurückweisungen ihrer sozialen Umwelt durchzustehen. Hinter diesen Zurückweisungen verbergen sich oftmals Unsicherheiten, die die Mehrheit Nicht-Betroffener angesichts der Krebserkrankung empfindet, ebenso physische Zurückweisungen und der Rückzug von Freunden und Bekannten. Auch Partnerprobleme – emotionaler und vor allem auch sexueller Art, die bis zur Trennung führen – treten infolge des Stigmas auf. Diese Probleme werden vor allem in den Gruppen jüngerer Frauen aufgearbeitet. Sie leisten „therapeutische Arbeit an sich selbst“ – so das Programm einer dieser Gruppen. Hier nähern wir uns dem nächsten Aufgabenkomplex der Selbsthilfegruppen: der Herstellung einer *Kommunikationsbasis* für die Verarbeitung der die Krankheit begleitenden Probleme und die Milderung der *Isolation bei Krebs*. Diese Bemühungen greifen in sehr verschiedener Weise. Bei jenen Patienten, deren soziales Umfeld von vornherein Defizite aufweist, z. B. bei alleinstehenden älteren Krebskranken, bei Hausfrauen etc., wirken die Selbsthilfegruppen positiv durch die Substituierung nicht vorhandener oder ungeeigneter zwischenmenschlicher Beziehungen.

Die Vorbeuge und Überwindung der *krankheitsbedingten Isolation* gelingt im allgemeinen nur in begrenztem Maße und in Abhängigkeit von der Erkrankungsart und -entwicklung. Ähnlichen Begrenzungen ist die *kommunikative Verarbeitung* der Krankheit und des Krankheitsverlaufs unterzogen. Sie bestimmt vor allem in den Zusammenschlüssen jüngerer brustoperierter Frauen das Gruppengeschehen in zentraler Weise. Die immer populärer werdende Ansicht von der sozialen und psychosozialen Determiniertheit der Krebserkrankung, die in anderen Gruppen in Vorbeugung von Schuldgefühlen und Vorwürfen der Selbstverursachung der eigenen Krankheit abgewehrt wird, findet bei den jüngeren Frauen großes Interesse – speziell die Annahme, daß bedeutende Ereignisse im zwischenmenschlichen Beziehungsgeflecht einen wesentlichen Anteil an der Herausbildung von Krebs haben, sei es der Verlust einer nahestehenden Person durch Tod, Scheidung oder Erwachsenwerden, Konflikte und chronische Beziehungsstörungen etc.

Die Gruppen alleinstehender, älterer Frauen tendieren dagegen zur Tabuisierung krankheitsbezogener Themen und sehen die Schwerpunkte ihrer Arbeit einerseits in der Geselligkeit, andererseits in der Erschließung der Wege zu versorgenden Einrichtungen.

Insgesamt läßt sich sagen, daß das Stigma-Management und die Verarbeitung zwischenmenschlicher Probleme wie auch anderer durch die Krankheit hervorgerufener Schwierigkeiten nicht problemlos ablaufen. Ist jedoch eine Gruppe in der Lage, die dargestellten Schwierigkeiten zu thematisieren, schafft sie zumeist auch die Voraussetzungen und das Selbstbewußtsein für die Suche nach Hilfen.

Überwindung von Barrieren im Zugang zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung

Dieser Zielsetzung dient insbesondere die *Informationsarbeit* der Gruppen, d. h. die Beschaffung von Informationen über das Angebot an Diensten und über die Voraussetzungen für Inanspruchnahme, ferner auch Hilfen bezüglich der Auswahl akzeptabler Angebote und schließlich die Unterstützung beim Umgang mit dem organisierten Versorgungssystem.

Als „Versorgungsspezialisten“ betrachten sich insbesondere die Gruppen, deren Mitglieder durchwegs höheren Alters sind. Sie sehen ihren Arbeitsschwerpunkt in der *praktischen* Bewältigung des Krankheitsgeschehens und versuchen, mit Informationen, Ratschlägen und Begleitung bei einer Vielzahl auftauchender Fragen, den Krankheitsverlauf zu erleichtern und die Reorganisation des alltäglichen Lebens zu fördern. Fast alle Selbsthilfegruppen bemühen sich dabei nicht allein um den Zugang zu versorgenden Einrichtungen, die nicht unmittelbar zum Gesundheitswesen gehören, sondern auch um den Zugang zu rein „medizinischen Diensten“: so beispielsweise zu Allgemeinärzten und überhaupt zu solchen Ärzten, die sich in Fragen der Nachsorgebehandlung bei Krebs auskennen, was – so die Auskunft der Initiativen – nur bei wenigen der Fall ist. Gemeint ist hier auch der Zugang zu besonders ausgewiesenen Spezialisten, zu den neuesten therapeutischen Verfahren, zu gewöhnlichen und alternativen Behandlungsmethoden etc. Gerade diesem Bereich wird jüngst eine besondere Bedeutung beigemessen, denn fast alle im Rahmen der o. g. Studie befragten Krebskranken unterzogen sich neben einer schulmedizinisch orientierten Therapie zusätzlich einer naturheilkundlichen Behandlung: dieses auch trotz der Mißbilligung des behandelnden Arztes und unter einem großen Kostenaufwand, den sie selbst zu tragen hatten.

Viele Mitglieder der Selbsthilfegruppen sind mittlerweile genauestens über soziale und gesundheitliche Dienste und Nachsorgemaßnahmen informiert, über verschiedene Modalitäten der Inanspruchnahme usw. So führen einige Gruppen krebskranker Frauen umfangreiche „Kurakten“, in denen sie Informationen über Kurorte, Behandlungszentren etc. sammeln und Interessenten zur Verfügung stellen.

Allerdings können wir feststellen, daß die meisten, die sich ratsuchend an die Selbsthilfegruppen wenden, nicht prinzipiell motiviert werden müssen, Versorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Doch trotz der allgemeinen Bereitschaft, die verfügbaren Angebote zu nutzen, schrecken sie vielfach zurück vor der „Unberechenbarkeit“ der Anspruchsberechtigungen und der Zuweisungspraktiken. Die Selbsthilfegruppen bieten hier Hilfen an, sich im unüberschaubaren Dickicht der Versorgungsbürokratie, der unterschiedlichen Institutionen und Anlaufstellen zurechtzufinden. Sie entwickeln gemeinsame Strategien, informieren, begleiten, stellen erforderliche Kontakte her und helfen auf sonstige Weise. Die Inanspruchnahme gesundheitlicher und sozialer Versorgungsangebote verlangt dem Nutzer heutzutage eine Vielzahl verschiedener Fähigkeiten ab, ja, sogar ein gewisses Expertentum oder Qualifikation als kompetenter Nutzer (*Garms-Homolova* u. *Schaeffer*, 1983).

Zahlreiche Mitglieder von Selbsthilfegruppen besitzen mittlerweile dieses Expertentum (siehe dazu *Schaeffer, 1985; Fink, 1984*) und vermitteln entsprechende Qualifikationen an eigene Mitglieder oder andere Ratsuchende, die sich an sie wenden.

Doch bereits hier stoßen die Selbsthilfegruppen auf strukturelle Probleme des Versorgungssystems, die nicht durch die Übernahme einfacher Korrektivfunktionen gelöst werden können. So ist die Versorgung wie auch die einzelnen Dienste generell an den Interessen der Professionellen und der verschiedenen Einrichtungen orientiert und nicht an den Problemlagen und Bedürfnissen der Kranken bzw. der Nutzer. Deren Wünsche finden nur unzureichend Eingang in das Maßnahmenspektrum. Es zeigt sich beispielsweise am Programm einiger Einrichtungen der Krebsnachsorge, daß dort die gleichen Angebote zur Verfügung gestellt werden, die allenthalben in den Institutionen des Sozial- und Gesundheitsbereichs zu finden sind. Die Besonderheit dieser Maßnahmen bezieht sich allein auf die Ansprache der Zielgruppe „Krebskranke“. Abgesehen von der Tatsache, daß solcherlei Angebote oft nur schwerlich als bedürfnisgerecht zu bezeichnen sind und die mangelnde Inanspruchnahme bereits in der Struktur mit angelegt ist, können sie auch deshalb nicht auf Resonanz treffen, weil Krebskranke nur während bestimmter Phasen des Krankheitsverlaufs als solche angesprochen werden wollen. Während anderer Phasen suchen sie dem Stigma „Krebs“ zu entrinnen und meiden zielgruppenspezifische Maßnahmen dieser Art.

Unmittelbare Versorgungsaufgaben der Selbsthilfegruppen

Als Beispiel für die unmittelbaren Versorgungsaufgaben ist der Bereich der Prothetik und Prothetikberatung zu nennen, denn die Initiativen besitzen mittlerweile ein hervorragendes Expertentum auf diesem Gebiet und viele Selbsthilfegruppen sehen hier den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit. Die Professionellen, vor allem Ärzte, sind mit Problemen der Prothetik vielfach unvertraut, so beispielsweise bei Kolostomie, Ileostomie, künstlichem Kehlkopf, Brustamputationen und Prostataoperierten.

Zugleich aber gehört die prothetische Versorgung zum Bereich der sozialen Eingliederung, kann die geeignete Prothetik doch als Mittel angesehen werden, der Stigmatisierung durch die Umwelt zu entgehen und eine normale Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen. Für die Betroffenen scheinen beide Aspekte, technisch-medizinische wie soziale gleichermaßen wichtig zu sein, denn einerseits gelten ihre Bemühungen sowohl der medizinischen Optimierung der Prothetik (Paßform, Material etc.) als auch den sozialen Implikationen der Prothetik. So bieten die Gruppen der Kehlkopfloren Hilfen beim Sprechenlernen mit künstlichem Kehlkopf an, die ILCO stellt Hilfen beim Umgang mit der „Versorgung“ – wie sie es nennt – zur Verfügung und auch bei den brustamputierten Frauen spielt die Frage nach den prothetischen Hilfen im Zusammenhang mit der Bewältigung spezieller sozialer und Freizeit-Situationen, z. B. beim Schwimmengehen usw. eine wichtige Rolle. Sicher übernehmen die Selbsthilfegruppen hier eine nicht unbedeutende Funktion des professionellen Systems medizinischer Versorgung, was vor allem der Industrie nicht ver-

borgen bleibt, die sich das Expertentum der Initiativen längst zunutze macht.

Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen für das offizielle Versorgungssystem

Generell zeigt sich, daß die Selbsthilfegruppen auf die Mängel des organisierten Versorgungssystems weisen und versuchen, diese durch die freiwillige Übernahme von Aufgaben zu korrigieren. Insofern kommt der Selbsthilfebewegung immer eine kritische Funktion wie ebenso die Funktion eines Korrektivs unzureichender Verhältnisse zu. Betrachten wir die Existenz, Tätigkeit und Wirkung der Selbsthilfegruppen in diesem Kontext, so läßt sich sagen, daß sie mittelbar wie unmittelbar zur Veränderung des Versorgungsdienstes und auch zur Verbesserung der Erreichbarkeit beiträgt.

Häufig wurde die Befürchtung ausgesprochen, daß die Selbsthilfegruppen wie im übrigen auch andere Teile des Laiensystems eine gewisse Konkurrenz für die etablierten (medizinischen) Professionellen darstellen könnten und in den Diskussionen der Mediziner untereinander ist diese Vermutung noch immer ein heiß diskutiertes Thema. Neuerdings scheint sich eine Trendänderung anzubahnen. Das zeigen deutlich die Bemühungen, den Selbsthilfegruppen einen festen Platz im Maßnahmenspektrum der gesundheitlichen und sozialen Versorgung zuzuweisen und sie sogar fest zu etablieren (siehe beispielsweise die Bemühungen des Berliner Senats). Mittlerweile arbeiten zahlreiche Stellen des offiziellen Versorgungssystems mit Selbsthilfegruppen zusammen, mitunter wird den Selbsthilfegruppen gar ein fester Platz in der therapeutischen Kette zugewiesen. Professionelle Stellen lassen sich vom Serviceangebot der Selbsthilfegruppen inspirieren und bieten ihrerseits ähnliche oder gar gleiche Angebote für das gleiche Klientel an.*

Es ist nicht schwer, sich angesichts der Vielzahl von Selbsthilfegruppen, ihrer unterschiedlichen Funktionen und auch der Fluktuation von Gruppen und Teilnehmern vorzustellen, daß von seiten der Professionellen durchaus Orientierungsschwierigkeiten gegeben sind, die nicht unbedingt durch die neu errichteten Kontakt- und Vermittlungsstellen für Selbsthilfegruppen, wie beispielsweise SEKIS in Berlin, aufgefangen werden können.

Gefahren der Funktionalisierung von Selbsthilfe

Mit unseren Ausführungen haben wir aufgezeigt, daß die Selbsthilfegruppen Funktionen des offiziellen Gesundheitswesens übernehmen und darin inzwischen von Professionellen auch akzeptiert und sogar genutzt werden. Aber eine Festschreibung der Funktionen von Selbsthilfegruppen, die sich ohne Zweifel in einer „festen“ Kooperation mit dem

* Diese Tendenz zeigt sich insbesondere bei einigen Stellen, die sich um die psychosoziale Betreuung Krebskranker innerhalb des Gesundheitswesens bemühen (siehe dazu *Ortmann, 1984*), oder versuchen Selbsthilfegruppen unter professioneller Anleitung zu initiieren und durchzuführen.

offiziellen Versorgungssystem abzuzeichnen beginnt, trägt zur Erhöhung des Drucks zur Expertisierung und Institutionalisierung der Selbsthilfegruppen bei. Den Initiativen wird mit Funktionalisierungen dieser Art die Basis entzogen. Das wird deutlich, wenn man sich in Erinnerung ruft, daß ein wesentliches Moment bei der Entstehung der Selbsthilfebewegung gerade die Kritik jenes Expertentums gewesen ist, dem die Gruppen durch eine Festschreibung ihrer Funktionen erneut zu- und untergeordnet werden.

Die damit verbundene Etablierung – so kann heute bereits an den unterschiedlichen Stellen beobachtet werden – beraubt die Selbsthilfebewegung der ihr eigentümlichen Dynamik – ein Effekt, der die außerordentliche Chance untergräbt, gravierende Mängel und Lücken des Versorgungssystems erfahren und Hinweise für konzeptionelle Überlegungen erhalten zu können, so beispielsweise im Bereich der Nachsorge und allgemein der Rehabilitation. Zudem eröffnet die Selbsthilfebewegung den Vertretern des professionellen Gesundheits- und Sozialwesens eine andere Lernchance: Sie ermöglicht ihnen, einen Perspektivwechsel vorzunehmen und die Schwachstellen der Versorgung einmal aus der Sicht „der Betroffenen“, wie die Gruppen selbst es nennen, bzw. ihrer Nutzer und Klienten, zu betrachten – einer Perspektive, in der die Kranken sich ihres objekthaften Status entledigt haben.

Doris Schaeffer, Institut für Soziale Medizin, Thielallee 47, D-1000 Berlin 33

BUCHBESPRECHUNGEN

Behrends, Gerdemann: Krankenhaus-Rechtsprechung (KRS). Ergänzbare Sammlung der Entscheidungen aus dem gesamten Krankenhauswesen. 614 S. (Erich Schmidt Verlag, Berlin.) Loseblatt-Sammlung in Ordner DM 68,- für Grundwerk, einschl. Lfg. 2–4 und Spezialordner DM 11,80

In den Zusatzlieferungen 2–4 für die Loseblattsammlung „Krankenhaus-Rechtsprechung“ wurden weitere wichtige Teile mitverwertet. So z.B. – die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs für einen ausländischen Krankenhausarzt – die Abgrenzung eines Sonderkrankenhauses für Alkoholsüchtige von einem Kurkrankenhaus – Anspruch auf Ermächtigung – Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan – Beteiligung am Mitarbeiterfonds – Entlassung des Patienten bei Infektionsverdacht (die Entlassung eines Patienten bei dem eine Infektion nicht mit Sicherheit auszuschließen ist, stellt einen Behandlungsfehler dar, wenn der Patient nicht täglich zur Beobachtung in die Klinik bestellt wird). Die auszugswise Aufzählung der Themen zeigt, daß die hier aktualisiert wiedergegebenen Grundsatzurteile durchaus auch Bedeutung für das öffentliche Gesundheitswesen insgesamt haben. Insbesondere für denjenigen, der sich mit rechtlichen Fragen über das Krankenhauswesen auseinandersetzen hat, ist die lose Blattsammlung unzweifelhaft gewinnbringend. *W. Steuer, Stuttgart*

Literatur

- Badura, B., C. v. Ferber* (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. Oldenbourg, München-Wien 1981
- Behrendt, J.-U.*: Selbsthilfefzusammenschlüsse: Gesellschaftliche Entstehungsbedingungen und gesundheitspolitische Bedeutung. In: H.-U. Deppe, U. Gerhardt, P. Novak (Hrsg.): Medizinische Soziologie, Jahrbuch 2, Frankfurt-New York, 1982, 132–163
- Biegel, D.E., B.K. Shore, E. Gordon*: Building Support Networks for the Elderly. Theory and Applications. Sage Human Services Guides 36, Beverly Hills-London-New Delhi, 1984
- Fink, E.*: Zum Expertentum von Laien. Das Werden von Wissen im Gruppenprozeß der Selbsthilfe. In: D. Schaeffer, M. Kriescher-Fauchs: Krebs, Selbsthilfe? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Arbeit der Selbsthilfegruppen. Berlin 1984, 155–165
- Garms-Homolova, V., D. Schaeffer*: Auf dem Weg zur gemeindenahen Versorgung: Kontaktladen „Gesundheit älterer Menschen“. In: Das Argument, AS 77, Sonderband „Alternative Medizin“, Berlin 1983, 164–175
- Gronemeyer, M.*: Lebenlernen unter dem Zwang der Krise. In: H.-E. Bähr, R. Gronemeyer (Hrsg.): Anders leben – überleben. Frankfurt 1978
- Illich, J.*: Die Enteignung der Gesundheit – Medical Nemesis. Rowohlt, Reinbek b. Hamburg 1975
- Kriescher-Fauchs, M., D. Schaeffer*: SEKIS oder: Zur Dynamik von Institutionalisierungsprozessen in Selbsthilfeinitiativen. In: Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik 4 (1984)
- Ortmann, K.*: Nachgehende Krankenfürsorge – Beratungsstellen für Krebskranke im Verborgenen. In: D. Schaeffer, M. Kriescher-Fauchs: Krebs: Selbsthilfe? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Arbeit der Selbsthilfegruppen. Berlin 1984, 85–95
- Schaeffer, D.*: Formen der Expertisierung in Selbsthilfegruppen. MMG 1 (1985) 39–44
- Schaeffer, D., M. Kriescher-Fauchs*: Krebs: Selbsthilfe? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Arbeit der Selbsthilfegruppen. Berlin 1984

Juchli, L.: Sein und Handeln. Ein ABC für Schwestern und Pfleger. 1983. 257 S. (ROCOM, Basel.) Kart., DM 23,80. ISBN 3 7244 8646 4

Schwester Juliane Juchli wendet sich mit dem 1982 geschriebenen Buch selbstreflektierend über ihre vielen Jahre der Ausbildungsarbeit für Krankenpflegekräfte an einen Leserkreis, der nicht nur, wie sie es ausdrückt, „mit den äußeren Augen, sondern auch mit dem Herzen sehen möchte“, verbunden mit dem Wunsch, aufzuzeigen, wieviel mehr Freude und Erfüllung an sinnvollem Helfen entstehen kann. Mit jedem Buchstaben des Alphabetes verbindet sie grundsätzliche Aspekte pflegerischer Nächstenliebe, wobei sie jedes Kapitel mit einem Gedicht oder Spruch humanistischer Denker und Gelehrter unterstreicht. Die Verfasserin versucht, mit ihrem Buch dem Pflegenden eine Hilfe bei der täglichen Berufserfüllung (Handeln) und seiner Suche nach dem Selbstverständnis (Sein) zu bieten und versteht es deshalb als Nachttischlektüre oder zum Immer-bei-sich-Tragen. Wegen der vielen humanistischen Grundgedanken des Werkes wird es sicherlich schnell seinen Leserkreis auch unter der jungen Generation in pflegenden Berufen finden.

B. Mühlbauer, Kiel