

# «Es gibt Leute, die das Gleiche haben...»

Erhard Taverna

Teilnehmer von Selbsthilfegruppen äussern sich selbstbewusster: «Wir steuern sehr häufig den Behandlungsprozess, wir sagen, was wir wollen» – «Wir haben gelernt, mit Ärzten und Therapeuten umzugehen, wir haben gelernt, unsere eigenen Wünsche zu sagen, und nicht nur in eine Sprechstunde zu gehen und dann daheim zu sagen, nein, das mache ich nicht so.» Da sind Konflikte zu erwarten, doch eine Befragung zeigt, dass Mediziner die Bereitschaft zur Mitarbeit bei Mitgliedern von Selbsthilfegruppen höher einschätzen als bei den restlichen Patienten und Patientinnen.

## Die Selbsthilfegruppen

Eine Untersuchung der Hochschule für soziale Arbeit, Luzern, finanziert durch die Stiftung KOSCH, den Schweizerischen Nationalfonds, die Kommission für Technologie und Innovation, die Gesundheitsförderung Schweiz, das Gesundheitsobservatorium und den Kanton Aargau, legt die Resultate zur Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der deutschen Schweiz vor. Ende 2002 verzeichneten die 16 Kontaktstellen rund 1300 Selbsthilfegruppen (SHG) im Sinne folgender Merkmale: 1. Die Mitglieder sind durch das gemeinsame Problem selber betroffen; 2. Ziel ist die wechselseitige Hilfe in bezug auf das gemeinsame Problem; 3. Es finden regelmässige Treffen statt; 4. Die Mitgliedschaft ist freiwillig; 5. Die Verantwortung für und die Entscheidung über die Gruppe liegt ausschliesslich bei den Mitgliedern; 6. Es wird eine möglichst gleichberechtigte Zusammenarbeit innerhalb der Gruppe angestrebt; 7. Es gibt keine Gewinnerorientierung. Die 16 Kontaktstellen der Kantone AG, BE, BS, BL, GR, LU, SG/AI/AR, SO, SZ, TG, ZG, ZH und des Fürstentums Liechtenstein unterstützen und fördern mit Vermittlung und Triage, Beratung und Starthilfe, Vernetzung untereinander und mit professionellen Anbietern sowie mit Promotion in einer breiten Öffentlichkeit. Der Bericht untersucht A. Vorkommen und Verbreitung; B. Strukturelle Merkmale und Leistungen, wie Strukturtypen von Selbsthilfegruppen, Aktivitäten, Wirkungen aus der Sicht von Kontaktpersonen, Beitrag zur Gesundheitsförderung und C. Die Rolle der Kontaktstellen.

84% der SHG befassen sich mit Gesundheit, davon rund die Hälfte mit somatischen Krankheiten wie Krebs, Rheuma, Nierenleiden, Allergien und Hautleiden, Herzkrankheiten, Multiple Sklerose, Tinnitus und Zöliakie, 15% mit Suchtproblemen, 12% mit psychischen Krankheiten, 5% mit Behinderungen und 3% mit sexuellem Missbrauch und Mobbing. Weitere 11% mit Familienfragen und 5% mit spezifischen Lebenssituationen. Die interkantonalen Unterschiede im Angebot sind gross, Städte sind allgemein thematisch reichhaltiger. Mit 71% Frauenanteil ist die Bewegung der Betroffenen und Angehörigen überwiegend weiblich, mit einem altersmässigen Schwerpunkt von 45 bis 50 Jahren. Die Strukturen umfassen offene und geschlossene Klein- oder Grossgruppen mit einer Mitgliederzahl von maximal 12 oder 40 und mehr Mitgliedern, je nachdem, ob Intimität und Vertraulichkeit, bloss ein Treffpunkt, Freizeitaktivitäten oder die Artikulation von Interessen gefragt sind. Methodisch fehlt der Vergleich durch eine nicht organisierte Kontrollgruppe. Doch das ist schwierig, denn die Mitgliedschaft in einer SHG ist selektiv und eine experimentelle Versuchsanordnung in der Praxis bisher nicht möglich, da keine unabhängige Instanz Personen verbindlich zuweisen oder abhalten kann.

## Die Auswirkungen

Die zentrale gesundheitspolitische Frage ist die nach der Wirksamkeit von Selbsthilfe und SHG. Die Resultate beruhen auf Aussagen von Kontaktpersonen, die eine besondere Rolle in ihrer Gruppe übernehmen, unabhängige Beobachter gibt es nicht. Prüfwert wäre in Zukunft die Befragung von Betroffenen, die ausdrücklich keine Mitgliedschaft in einer SHG wünschen. Beschrieben werden folgende entlastende Wirkungen: eine Verbesserung des seelischen Wohlbefindens, eine vermehrte Akzeptanz der eigenen Krankheit, die soziale Unterstützung und der Austausch in der Gruppe, der Abbau von Schuldgefühlen z.B. bei Eltern mit behinderten Kindern, die Entlastung der Familie oder des sozialen Umfeldes und die Reduktion von Medikamenten. Der Alltag wird besser bewältigt, mit dem Problemwissen nimmt das Selbstvertrauen

zu, die Teilnehmer werden aktiver und die medizinische Versorgung wird, wie eingangs gehört, selbständiger und kritischer genutzt.

Die Studie spricht mit dem Hinweis auf Deutschland, wo SHG viermal mehr verbreitet sind, von einem hohen Wachstumspotential für die Schweiz. Als idealtypisches Beispiel für «Empowerment» würden sie die krankheitsbedingten Belastungen reduzieren und die Bewältigungskompetenzen steigern, was einem substantiellen Beitrag zur Gesundheitsversorgung gleichkomme. Vorgeschlagen wird ein nationales Förderprogramm der IV, des BAG und

der Gesundheitsförderung Schweiz, eine Verbesserung der Mischfinanzierung mit Beiträgen der Krankenkassen, eine institutionalisierte Kooperation zwischen SHG und professionellen Gesundheitsversorgern, nebst Monitoring und Forschung.

– Es gibt Leute, die das Gleiche haben. Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der deutschen Schweiz. 181 Seiten. Basel: KOSCH; 2004. HSA Luzern/Institut WDF, Werftstr. 1, Postfach 3252, 6002 Luzern, E-Mail: wdf@hsa.fhz.ch.