

Ulrich Kurlemann, Ingo Müller-Baron

Selbsthilfe und professionelle Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Widerspruch oder Kooperation?

Zweifle nie daran, dass eine kleine Gruppe engagierter Menschen die Welt verändern kann. Es ist die einzige, die es jemals geschafft hat.
(Margaret Mead)

Ausgangslage

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe- und Behindertenorganisationen sind heute selbstverständlicher Bestandteil des Gesundheits- und Sozialwesens. Bürgerschaftliches Engagement wird von politischer Seite gefordert und gefördert.

Im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung, Bewältigung von Krankheitsfolgen und Behinderung wird der Selbsthilfe insgesamt eine hohe Bedeutung zugemessen. Sie hat damit eine wichtige Funktion und Aufgabe, deren Sinn wissenschaftlich untermauert und praktisch vielfach eindrucksvoll erwiesen ist. Borgetto bewertet die Selbsthilfe als einen anerkannten integrierten Bestandteil zur Ergänzung und Optimierung des Gesundheitssystems, die daher auch sozialrechtlich entsprechend gesetzlich verankert worden ist (Borgetto 2002, S. 76). Die Selbsthilfe- und Behindertenbewegung der 80er und 90er Jahre hat damit viel erreicht. Entgegen einer „Herrschaft der Experten“ im Hilfesystem sind chronisch kranke und behinderte Menschen nach heutigem Verständnis als „Experten in eigener Sache“ anerkannt (vgl. Wendt 1996).

Nach Angaben der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) wird die Anzahl der Selbsthilfegruppen zu gesundheitlichen und sozialen Themen auf 70.000 bis 100.000 geschätzt, wobei zwei Drittel bis drei Viertel der Selbsthilfegruppen ihren Schwerpunkt in den Bereichen Erkrankung und Behinderung hätten. Die Bandbreite umfasst dabei „nahezu das gesamte Spektrum körperlicher Erkrankungen und Behinderungen von allergischen, asthmatischen und anderen Atemwegserkrankungen über Herz-Kreislauf- bis hin zu Tumorerkrankungen sowie Sucht und Abhängigkeit, psychischen Erkrankungen und Problemen.“ (www.nakos.de, Was ist Selbsthilfe? Zugriff am 09.02.2013).

In der Vergangenheit stellte sich für die Soziale Arbeit – als einer Expertengruppe im professionellen System der sozialen Sicherung – oftmals durch das Beratungsangebot der Selbsthilfe die Frage: Werden die Leistungen der Sozialen Arbeit nicht mehr als notwendig und hilfreich gesehen? Besonders vor dem Hintergrund, dass Leistungen der Sozialen Arbeit oft – je nach Kassenlage – immer wieder auf den Prüfstand gestellt werden. Auch heute gibt es nicht selten die Überlegung, aus finanziellen Gründen auf ein Beratungsangebot durch Professionelle zu verzichten und Aufgaben der Sozialen Arbeit auf Ehrenamtliche zu übertragen nach dem Motto „Beraten kann jeder!“ Deshalb

waren Befürchtungen der Berufsgruppe nachvollziehbar, dass Selbsthilfe als Ersatz für notwendige Leistungen des professionellen Hilfesystems angesehen werden könnte. Mittlerweile hat sich das Verständnis beider Bereiche dahingehend geklärt, dass nur eine komplementäre Zusammenarbeit sinnvoll und zielführend sein kann. Gerade im Gesundheitswesen sind Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Sozialer Arbeit längst etabliert und meistens selbstverständlich. Mit einem Blick in die alltägliche Praxis der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen wird das ebenso deutlich, wie bei den Aktivitäten auf Ebene der Verbände. In den konzeptionellen Grundlagen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist die Bedeutung der Selbsthilfe fest verankert. Insbesondere im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe ist Weitergabe von Informationen über Angeboten der Selbsthilfe und die Vermittlung an Selbsthilfegruppen alltäglich gelebte Praxis.

Ein Beispiel:

Aufgrund von anhaltenden Hals- und Schluckbeschwerden überweist der Facharzt Hermann M. in die Klinik. Hier wird nach eingehenden Untersuchungen und Befunden ein Kehlkopf-Karzinom diagnostiziert. In einem Gespräch mit dem Arzt und der Ehefrau wird Herr M. über die Diagnose und die daraus resultierende Behandlung vom Arzt informiert: Kehlkopf-total-OP (Laryngektomie); anschließend vermutlich Bestrahlung. Herrmann M. ist tief erschüttert. Wie wird es nun weitergehen? Was bedeutet diese Diagnose für ihn, für seine Frau und seine Familie? Warum ist er an Krebs erkrankt? Wird er später wieder in seinen Beruf als Maurer zurückkehren können? Mit welchen Konsequenzen? Wird er je wieder sprechen können?

In der Klinik wird zunächst ein OP-Termin vereinbart. Das Case Management koordiniert weitere erforderliche Voruntersuchungen. Ebenso werden Herr B. vom Verband der Kehlkopferoperierten, die Sozialarbeiterin im Haus und der Logopäde via Konsil angefordert. Im Behandlungsablauf ist vorgesehen, dass Hermann M. diese DREI und deren Unterstützungsangebot vor seiner OP kennen lernt. Die professionellen Helfer der Klinik (Sozialarbeiterin und Logopäde) und der ehrenamtliche Helfer der Selbsthilfe stimmen sich hier eng miteinander ab. Herr B., selbst betroffen und vor vielen Jahren an Kehlkopf-CA erkrankt, informiert Herrn M. über die Möglichkeiten der Krebsselfhilfe und vor allem darüber, dass man auch ohne Kehlkopf – zwar anders – das Sprechen neu erlernen und somit auch wieder sprechen kann. Herr B. spricht ihm Mut für die bevorstehende Operation und die sich anschließende Reha-Phase zu. Er bietet ihm die Unterstützung der Selbsthilfegruppe vor Ort an: „Wir – Betroffene und Angehörige – treffen uns regelmäßig, um uns über unsere persönliche Situation, zu Behandlungen, zu Therapien auszutauschen und uns zu unterstützen“.

Der Logopäde der Klinik informiert Herrn M. über die Möglichkeiten der sich anschließenden logopädischen Behandlung: „Hier werden wir mit Ihnen Sprechübungen durchführen und trainieren, damit Sie möglichst bald lernen, schnell wieder sprechen zu können.“ Die Sozialarbeiterin berät Herrn M. über die Möglichkeiten einer Nachsorge-Reha-Maßnahme, zur Schwerbehinde-

rung und überlegt mit Herrmann M., wie es nach dem Klinikaufenthalt ganz praktisch weitergehen kann: Arbeitsplatzumbesetzung, Unterstützung bei wirtschaftlichen und sozialrechtlichen Fragen, zur persönlichen Situation Logopädie, Sozialdienst und Selbsthilfe bilden somit für Herrn M. ein wichtiges Netzwerk, das ihn nach medizinischer und pflegerischer Versorgung begleitet und bei seiner Rückkehr in den persönlichen Alltag individuell unterstützt.

Auf Verbandsebene wurde aktuell in einer Arbeitsgruppe von Vertretern des Fachverbandes Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und Krebsselfhilfeverbänden die Möglichkeiten und Perspektiven einer engen Kooperation diskutiert und fest vereinbart. Der Vergleich zwischen den Zielen und Angeboten der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe und den Aufgaben und Leistungen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen macht deutlich, wo Gemeinsamkeiten und Unterschiede liegen. Beide Bereiche können sich gut ergänzen, im Sinne der Betroffenen eng zusammenarbeiten und aufeinander verweisen.

Ziele und Angebote der Selbsthilfe

Der GKV-Spitzenverband hat in einem Leitfaden gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen definiert als „freiwillige Zusammenschlüsse von betroffenen Menschen auf örtlicher Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung eines bestimmten Krankheitsbildes, einer Krankheitsursache oder -folge und/oder psychischer Probleme richten, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind. Ihr Ziel ist die Verbesserung der persönlichen Lebensqualität und die Überwindung der mit vielen chronischen Krankheiten und Behinderungen einhergehenden Isolation und gesellschaftlichen Ausgrenzung“ (GKV-Spitzenverband 2009).

Selbsthilfegruppen bieten Hilfestellung für betroffene Menschen und sind Gesprächspartner in persönlicher Begegnung für ihre Mitglieder. Im Vordergrund stehen dabei die gegenseitige Unterstützung und der Erfahrungsaustausch von Gleich-Betroffenen. Viele Selbsthilfegruppen bieten zwar auch Beratung für Nicht-Mitglieder, sie verstehen sich aber nicht als Dienstleistungs-Erbringer, deren Leistungen beliebig abrufbar sind (www.nakos.de): Definition von Selbsthilfegruppen, Zugriff am 09.02.2013). Die Arbeit der Selbsthilfegruppen ist primär von ehrenamtlichem Engagement getragen. Entsprechend ist die geleistete Beratungsarbeit (peer-to-peer-Beratung) am Selbsthilfeprinzip sowie der Betroffenenkompetenz der in der Selbsthilfegruppe zusammengeschlossenen Menschen orientiert (vgl. GKV-Spitzenverband 2009). Selbsthilfeorganisationen sind krankheits- oder behinderungsspezifische Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen auf Landes- oder Bundesebene. Ihre Aufgaben sind u.a.:

- Förderung des gegenseitigen Austauschs unter betroffenen Menschen durch Vernetzung von Selbsthilfegruppen und darauf aufbauende Beratungsarbeit,

- Interessenvertretung im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich,
- Herausgabe von Medien zur Information und Unterstützung der betroffenen Menschen sowie der ihnen angeschlossenen Untergliederungen,
- Durchführung von Schulungen für ihre örtlichen Gruppen, Seminare, Konferenzen und Tagungen.
- Neben Dienstleistungen für die eigenen Mitglieder erbringen sie auch Beratungs- und Informationsleistungen für Dritte (vgl. GKV-Spitzenverband 2009).

Um dieses Aufgabenspektrum bewältigen zu können, ist in Selbsthilfeorganisationen häufig auch hauptamtliches Personal beschäftigt. Hier sind die Übergänge zwischen ehrenamtlichem Engagement und professionellen Angeboten der Sozialen Arbeit fließend. Insbesondere in ambulanten gesundheitsbezogenen Beratungsstellen sind auch Fachkräfte der Sozialen Arbeit tätig.

Angebote und Leistungen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen zielt darauf ab, dass betroffene Menschen gesundheitliche Probleme und deren Folgen annehmen, verarbeiten und ihr Leben nach einer einschneidenden Krise wieder möglichst selbstbestimmt organisieren können. Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, kranken, behinderten und pflegebedürftigen Menschen eine Orientierung im komplizierten System der sozialen Sicherung zu geben, Patienten beim Aufbau möglichst passgenauer Hilfen bei komplexen Lebenslagen zu unterstützen. Häufig nimmt Soziale Arbeit nicht zuletzt anwaltschaftliche Funktion für Menschen wahr, die in prekären Situationen ihre Teilhabe am Leben nicht autonom sichern können.

Akute und chronische Erkrankungen, Unfälle und sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen sind in der Regel mit Fragestellungen verbunden, die über medizinische Aspekte hinausgehen und entsprechende psychosoziale Beratung, Begleitung und Unterstützung erfordern. Insbesondere durch die demografische Entwicklung mit einer zunehmend alternden Bevölkerung sowie einem veränderten Krankheitsspektrum hin zu mehr chronischen Erkrankungen wird sich der Bedarf an psychosozialen Leistungen im Gesundheitswesen noch erhöhen.

Viele Menschen, die sich in einer gesundheitlich beeinträchtigten Situation befinden, haben einen mehr oder weniger hohen psychosozialen und sozialrechtlichen Beratungsbedarf. So stellen beispielsweise onkologische, neurologische und psychische Erkrankungen, Folgen eines Unfalls oder eine Transplantation schwerwiegende Ereignisse dar, die neben den körperlichen Auswirkungen auch große psychische und soziale Belastungen mit sich bringen und die persönliche, familiäre, berufliche und soziale Situation eines Menschen erheblich verändern können. Vor diesem Hintergrund bietet Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, in Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten, in Beratungsstellen und Selbsthilfebüros, in Behörden und Institutionen richtungs-

weisende Leistungen an. Sie tragen in erheblichem Maße dazu bei, dass Betroffene Orientierung in schwierigen Lebenssituationen erhalten, ihre Krankheit und Krankheitsfolgen verarbeiten, annehmen und somit ihr Leben wieder selbst und/oder mit Unterstützung organisieren.

Soziale Arbeit bietet Beratung und Begleitung in folgenden Bereichen an:
Rehabilitationsmaßnahmen und ambulante Angebote, insbesondere nach einer stationären medizinischen Behandlung, wie z. B.

- Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation
- Ambulante und stationäre Pflege, geriatrische Rehabilitation
- Palliativ- und Hospizversorgung
- Organisation ambulanter Hilfen und Unterstützungsleistungen

wirtschaftliche und sozialrechtliche Fragen, wie z. B.

- Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Grundsicherung und Sozialhilfe
- Berentung / Rente
- Leistungen der Pflegeversicherung
- Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe, des Schwerbehindertenrechts sowie weiteren Leistungen nach dem Sozialrecht
- Finanzielle Hilfsmöglichkeiten

persönliche und berufliche Probleme und Veränderungen, wie z. B.

- Arbeitsrechtliche Fragen (drohende Arbeitslosigkeit, berufliche Neuorientierung, Wiedereinstieg in den Beruf, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Stufenweise Wiedereingliederung usw.)
- Häusliche Versorgung (Ambulante Pflege, Mobile Hilfsdienste, Haushaltshilfen, Hilfsmittelversorgung usw.)

psychosoziale Fragen, wie z. B.

- Krankheits- und Lebensbewältigung
- Auswirkung auf Partnerschaft und Familie
- Probleme im sozialen Umfeld
- Veränderungen des beruflichen und sozialen Status
- Entwicklung von Zukunftsperspektiven
- Umgang mit Funktionseinschränkungen, Behinderung und Pflegebedürftigkeit
- Existentiellen Krisen
- Suchtberatung
- Schuldenregulierung
- Vermittlung zu speziellen Beratungsstellen sowie Patienten- und Selbsthilfegruppen

Schnittstellenmanagement und Netzwerkarbeit

Neben einer individuellen psychosozialen und sozialrechtlichen Beratung und Begleitung übernimmt Soziale Arbeit im gegliederten Sozialleistungssystem

die notwendigen Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben. Insbesondere werden durch Patientenmanagement (Versorgungsmanagement, Entlassungsmanagement, Case Management) Schnittstellen im Leistungssystem überbrückt und Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens gebündelt. Brüche in der Versorgung werden aufgrund der sektoralen Leistungserbringung vermieden. Soziale Arbeit übernimmt damit die im Gesundheitswesen unabdingbaren Vernetzungs-, Koordinations- und Kooperationsaufgaben (vgl. DVSG 2009, DVSG 2007).

Selbsthilfe und Soziale Arbeit – zwei komplementäre Bereiche im Gesundheitswesen

Die Gegenüberstellung der beiden Bereiche zeigt, dass beide Hilfesysteme nicht gegeneinander austauschbar, sondern eng auf einander bezogen sind. So ist die Selbsthilfe im Rahmen des Entlassungsmanagements vom Krankenhaus bzw. der Rehabilitationsklinik in weiterversorgende Strukturen ein wichtiger Partner für Krankenhaussozialdienste, da sie vor allem in der Nachsorge eine entlastende und unterstützende Funktion hat. In einem Interview mit der Fachzeitschrift FORUM sozialarbeit + gesundheit betont der Präsident des Bundesverbandes der Kehlkopfoperierten, Werner Kubitzka, dass es von großer Bedeutung sei, die Arbeit der ehrenamtlichen Selbsthilfeverbände mit den professionellen Sozialdiensten zu vernetzen, da nur so eine umfassende Sozialarbeit im Sinne des Betroffenen geleistet werden könne (FORUM sozialarbeit + gesundheit 4/2012).

Auf der direkten Ebene der praktischen Arbeit ist es wichtig, dass im regionalen Bezug die Akteure aus beiden Bereiche jeweils vom anderen wissen, miteinander kooperieren im individuellen Fall bei Bedarf an die entsprechende Stelle weitervermitteln. Der Vorsitzende des Fachausschusses „Krebs-Selbsthilfe-/Patientenbeirat“ der Deutschen Krebshilfe, Prof. Dr. Gerhard Englert, warnt davor, dass Selbsthilfeorganisationen Aufgaben hauptamtlicher Mitarbeiter übernehmen und damit professionelle Strukturen im Gesundheitswesen aufgeweicht werden. „Die Krebs-Selbsthilfeorganisationen sind (...) gut beraten, sehr darauf zu achten, dass sie allein ihre originären, aus ihrer Erfahrungs-Kompetenz abgeleiteten Aufgaben wahrnehmen und sich nicht, auch nicht durch finanzielle Förderungen, dazu verführen lassen, Arbeiten zu übernehmen, die durch hauptamtliche Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialsystems zu leisten sind, wie Fachberatungen oder Lotsenfunktionen in Kliniken.“ (FORUM sozialarbeit + gesundheit 1/2013) Vor diesem Hintergrund sollten Selbsthilfeorganisationen und die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen als Fachverband in diesem Bereich gemeinsame Kriterien zur Abgrenzung der Aufgabenbereiche entwickeln.

Die Bedeutung einer regelmäßigen Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern oder Rehabilitationskliniken nimmt in den letzten Jahren immer mehr zu. In selbsthilfefreundlichen Krankenhäusern arbeiten Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte und Sozialdienste erfolgreich mit Selbsthilfegruppen

zusammen. Selbsthilfe wird als komplementäre Unterstützung beim Prozess der Behandlung und Gesundung angesehen und systematisch gefördert. „Der Aktivierung von Selbsthilfekräften wird eine salutogene Wirkung zugeschrieben: Persönliche und soziale Gesundheitsressourcen werden gestärkt und damit Gesundheit gefördert. Dieser Aspekt trifft besonders dann zu, wenn es um die Bewältigung psychosozialer Probleme geht, beispielsweise infolge einer chronischen Erkrankung“ (Bobzien 2008, S. 9-12).

Mit Förderung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen wurde ein Qualitätssiegel entwickelt, das die Selbsthilfefreundlichkeit von Krankenhäusern als Qualitätsmerkmal einer patientenorientierten Organisation und Gestaltung der Behandlungs- und Versorgungsprozesse beschreibt. Selbsthilfefreundlichkeit steht hier für ein Konzept, das Partizipation und Patientenorientierung in Gesundheitseinrichtungen systematisch in Gesundheitseinrichtungen etabliert und damit zu einer Verbesserung der Versorgung beiträgt (www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de). In einem Leitfaden für weitere interessierte Krankenhäuser wurden folgende acht Qualitätskriterien für ein selbsthilfefreundliches Krankenhaus zusammengefasst:

- Um über Selbsthilfe zu informieren, werden Räume, Infrastruktur und Präsentationsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt. Ihre Gestaltung orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten, Angehörigen sowie der Selbsthilfegruppen.
- Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft und persönlich über die Möglichkeiten der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert. Sie erhalten Informationsmaterial und werden gegebenenfalls auf die Besuchsdienste oder Sprechzeiten von Selbsthilfegruppen im Krankenhaus aufmerksam gemacht.
- Selbsthilfegruppen werden in ihrer Öffentlichkeitsarbeit unterstützt und treten gegenüber der Fachöffentlichkeit als Kooperationspartner auf.
- Das Krankenhaus hat einen Selbsthilfebeauftragten benannt.
- Zwischen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Krankenhaus findet ein regelmäßiger Erfahrungs- und Informationsaustausch statt.
- In die Fort- und Weiterbildung der Krankenhausmitarbeiter zur Selbsthilfe sind Selbsthilfegruppen beziehungsweise Selbsthilfekontaktstellen einbezogen.
- Das Krankenhaus ermöglicht Selbsthilfegruppen die Mitwirkung an Qualitätszirkeln, Ethikkommissionen u.ä.
- Die Kooperation mit Selbsthilfenezusammenschlüssen bzw. Selbsthilfekontaktstellen ist formal beschlossen und dokumentiert (BKK-Bundesverband 2008).

Sozialdienste sollten bei der Umsetzung von Selbsthilfefreundlichkeit in stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen als konstruktive Partner der Selbsthilfegruppen genutzt werden. Selbsthilfe und Soziale Arbeit können entsprechende Konzepte gemeinsam entwickeln und etablieren.

Gemeinsam Herausforderungen bewältigen

Die demografische Entwicklung in Deutschland ist geprägt von einer immer größer werdenden Anzahl älterer und alter Menschen, die häufig einen hohen Hilfe- und Unterstützungsbedarf haben. Schwere Krankheiten und Verletzungen sind aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der therapeutischen Möglichkeiten behandelbar, aber oft nicht mehr heilbar. In vielen Fällen sind gesundheitliche Einschränkungen und Behinderungen die Folge, die wiederum über den medizinischen Aspekt hinausgehende Hilfebedarfe auslösen. Bei Zivilisationskrankheiten und chronischen Erkrankungen stößt das herkömmliche Medizinwesen an seine Grenzen. Nicht Kuration, sondern Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe, psychosoziale Beratung und Unterstützung sowie alltagsnahe Hilfen sind die richtigen Antworten auf die Bedarfslage der betroffenen Menschen. Schon heute – und künftig sicher noch verstärkt – steht oftmals nicht mehr die endgültige Heilung von Krankheiten im Mittelpunkt, sondern vielmehr die Bewältigung von Krankheitsfolgen, wie beispielsweise Arbeitsunfähigkeit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit.

Weiterhin ist eine zunehmende Differenzierung der Lebensverhältnisse zu beobachten, die auch auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung einen enormen Einfluss hat. Vor allem ist hier die Singularisierung zu nennen. Seit Jahren steigt aus unterschiedlichen Gründen die Zahl allein lebender Menschen. Traditionelle Hilfenetzwerke (Familie, Nachbarschaft, Kirchengemeinden) funktionieren häufig nicht mehr. Vereinsamung im Alter und daraus resultierender Mangel an unterstützenden Ressourcen im sozialen Umfeld sind die Folge. Entwicklungen unter dem Stichwort „Armut und Gesundheit“, eine zunehmende Zahl von Migranten sowie gesundheitliche Probleme, die nachweislich mit prekären sozialen Lagen korrespondieren, erfordern im Gesundheits- und Sozialsystem differenzierte und lösungsorientierte Konzepte. Gleichzeitig gibt es auf gesundheits- und sozialpolitischer Ebene eine Entwicklung, die sich als zunehmende Patientenorientierung skizzieren lässt. Der betroffene Mensch in seiner Lebenswelt soll im Idealfall Ausgangspunkt aller Überlegungen und Aktivitäten des Hilfesystems sein. Begriffe wie „Lebensqualität“, „Patientensouveränität“, „Selbstbestimmung“, „Partizipation“ und „Chancengleichheit“ zeigen deutlich, in welche Richtung alle Reformbemühungen im Gesundheitswesen gehen müssen. Diesen Paradigmenwechsel, der politisch und rechtlich eingeleitet wurde, muss das Gesundheitswesen mit entsprechenden Konzepten in die Praxis umsetzen.

Entsprechend der gesellschaftlichen Entwicklungen werden im Sozial- und Gesundheitswesen mittlerweile Modelle präferiert, die weggehen von einer Defizitorientierung und die Ressourcen der betroffenen Menschen in den Vordergrund stellen.

Im Bereich Rehabilitation und Teilhabe ist dieser Ansatz konzeptionell bereits weit entwickelt. Er richtet sich konsequent an dem bio-psycho-sozialen Modell aus und ist im Rehabilitationsrecht gesetzlich verankert. Dennoch herrscht in der Umsetzung immer noch der medizinisch-(psycho-)therapeuti-

sche Teil des genannten Modells vor. Die häufig in ihrer Bedeutung so hervor- gehobene soziale Dimension der Behandlung ist allerdings in der konzeption- ellen Entwicklung und praktischen Umsetzung nachrangig und wird leider vernachlässigt. Soziale Arbeit kann diese Prozesse professionell begleiten, da die Orientierung an sozialer Gerechtigkeit sowie am Selbstbestimmungsrecht und der Würde des Menschen selbstverständliche Handlungsmaximen dieser Profession sind.

In diesem Zusammenhang sind die Handlungskompetenzen der Selbsthilfe und Sozialen Arbeit prädestiniert für die Umsetzung notwendiger Konzepte: gemeinsames und abgestimmtes Handeln ist gefragt. Aufgrund der gesell- schaft- und sozialpolitischen Entwicklungen sollten Selbsthilfe und Soziale Arbeit Allianzen bilden, um gemeinsam notwendige Entwicklungen und Maß- nahmen im Sinne von und für Betroffene voranzutreiben.

Selbsthilfe und Soziale Arbeit sind kein Widerspruch, sondern eine sinnvolle und ergänzende Kooperation in der interdisziplinären Behandlung und Beglei- tung Betroffener.

Literatur

- BKK-Bundesverband (Hrsg.) (2008): Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung. Ein Leitfaden für interessierte Krankenhäuser. Essen
- Bobzien, Monika (2008): Projekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ist vorbildlich. Experten- wissen und Laienkompetenz werden zum Vorteil aller Beteiligten gebündelt. In: FORUM sozial- arbeit + gesundheit 4/2008, S. 9-12
- Borgetto, Bernhard (2002): Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Stand der For- schung. Baden-Baden
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2007): Produkt- und Leistungsbe- schreibung der klinischen Sozialarbeit. Berlin
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2009): Faltblatt: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Psychosoziale Beratung, Begleitung und Unterstützung. Berlin
- GKV-Spitzenverband (2009): Leitfaden zur Selbsthilfeförderung, http://www.gkv-spitzenverband.-de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Selbsthilfefoerderung_9515.pdf
- Interview mit Werner Kubitzka (2012): Ehrenamtliche Selbsthilfeverbände und professionelle Sozi- aldienste vernetzen! In: FORUM sozialarbeit + gesundheit 4/2012, S.36 – 37
- Interview mit Prof. Dr. Gerhard Englert (2013): Mehr Kooperation. Krebs-Selbsthilfe und DVSG wol- len Möglichkeiten der Zusammenarbeit ausloten. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit 1/2013. S. 39 – 40
- Wendt, Wolf Rainer (1996): Professionalisierung von Sozialarbeit – eine offene Entwicklung. In: Arbeitsgemeinschaft Sozialarbeit in der Dialyse ASD e.V., Sozialarbeit mit Nierenkranken Fach- tagungsberichte 1996/97 Berlin

Ulrich Kurlmann leitet am Universitätsklinikum Münster die Stabsstelle Sozialdienst/Case Ma- nagement und ist 1. Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit (DVSG e.V.). Ingo Müller-Baron arbeitet als Referent bei der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesund- heitswesen (DVSG e.V.) in Berlin. Beiden Autoren ist eine gut funktionierende Kooperation aller am Behandlungsprozess beteiligten Personen aus Medizin, Pflege, Sozialer Arbeit, Therapie und Selbsthilfe im Sinne des Betroffenen ein großes Anliegen.

selbsthilfegruppenjahrbuch 2013

Herausgeber:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Friedrichstr. 28, 35392 Gießen
www.dag-selbsthilfegruppen.de

Redaktion:

Dörte von Kittlitz, Selbsthilfe-Büro Niedersachsen,
Gartenstr. 18, 30161 Hannover, Tel.: 0511/391928
Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen,
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen, Tel.: 0641 / 985 45612
Wolfgang Thiel, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur
Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS),
Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin, Tel.: 030/31018960

Umschlag:

Lutz Köbele-Lipp, Entwurf und Gestaltung, Berlin

Satz und Layout:

Kramer Werbung, Gießen

Druck:

Majuskel, Wetzlar
ISSN 1616-0665

Namentlich gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Nachdruck einzelner Artikel nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Redaktion und der Autoren.

Herstellung und Versand dieser Ausgabe des ›selbsthilfegruppenjahrbuchs‹ wurden gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und von folgenden Krankenkassen:

BARMER GEK,
DAK – Gesundheit,
HEK – Hanseatische Krankenkasse,
Techniker Krankenkasse.

Wir bedanken uns bei allen Förderern ganz herzlich!

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

*Zur Unterstützung unserer Vereinsarbeit bitten wir Sie herzlich um eine
Spende (steuerlich abzugsfähig) auf unser Konto Nr. 6.3030.05 bei der
Volksbank Gießen (BLZ 513.900.00).*