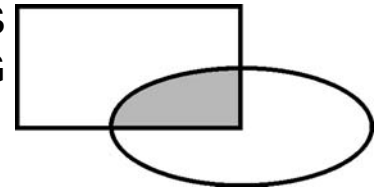


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



12. Jg. ■ Heft 1 ■ Januar 2016

Inhalt

Themenschwerpunkt: Selbsthilfe

- 3 Editorial
- 4 *Alf Trojan*
»Selbsthilfefreundlichkeit« als Kooperationskonzept und
Qualitätsanforderung für Einrichtungen des
Gesundheitswesens
- 7 *Daniela Ruf und Renate Walter-Hamann*
Selbsthilfe und professionelle gesundheitliche Versorgung
– Grundlagen einer guten Zusammenarbeit am Beispiel der
Suchthilfe
- 9 *Ingo Müller-Baron*
Zum Verhältnis von Klinischer Sozialarbeit und Selbsthilfe
- 11 *Rezensionen von Juliane Wahren, Alexander Brandenburg
und Gernot Hahn*
- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise
2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.



Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
Fachverband seit 1926



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Alexander Brandenburg

Dr. phil., von 1979 - 2012 Psychiatriekoordinator und Leiter der Abteilung Gesundheitsförderung und Gesundheitsplanung des Fachbereichs Gesundheit der Stadt Herne. *Kontakt: alexbran@arcor.de*

Gernot Hahn

Dr. phil., Dipl.-Sozialarbeiter, Sozialtherapeut, Leiter einer forensischen Ambulanz in Erlangen, Aus- und Weiterbildung von SozialarbeiterInnen, Gesellschafter und Geschäftsführer der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS). *Kontakt: info@gernot-hahn.de*

Ingo Müller-Baron

Dipl.-Sozialpädagoge/Sozialarbeiter, Referent in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). *Kontakt: ingo.mueller-baron@dvsg.org*

Dieter Röh

Prof. Dr. phil., Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, MPH, Professur für Sozialarbeitswissenschaften an der HAW Hamburg. Lehrgebiete: Klinische Sozialarbeit, Rehabilitation, Behindertenhilfe, Sozialpsychiatrie, Geschichte, Theorien und Methoden Sozialer Arbeit. *Kontakt: dieter.roeh@haw-hamburg.de*

Daniela Ruf

Dr. phil., Dipl.-Psychologin, seit 2011 Suchtreferentin im Deutschen Caritasverband in Freiburg, Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht. Arbeitsschwerpunkte: Selbsthilfe, Online-Beratung, Migration, Internetabhängigkeit. *Kontakt: daniela.ruf@caritas.de*

Alf Trojan

Prof. Dr. med. Dr. phil., Arzt und Soziologe, ehemaliger Direktor des Instituts für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Arbeitsschwerpunkte: Selbsthilfe; Kommunale Gesundheitsförderung. *Kontakt: trojan@uke.de*

Juliane Wahren

Dr. phil., Dipl.-Sozialarbeiterin, M.A. Klinische Sozialarbeit., Projektleiterin Frauenzufluchtwohnungen bei offensiv'91 e.V. Berlin. *Kontakt: jwahren@web.de*

Renate Walter-Hamann

Dipl.-Pädagogin, Geschäftsführerin der Arbeitsgemeinschaft Katholische Suchtkrankenhilfe, Leiterin des Referats Basisdienste und besondere Lebenslagen, Deutscher Caritasverband in Freiburg. *Kontakt: renete.walter-hamann@caritas.de*

30.03.-01.04.2016: 6. ESWRA-Konferenz in Lissabon

Die 6. European Conference for Social Work Research der European Social Work Research Association (ESWRA) »Reflective social work practices in contemporary societies: crossed dialogues and new pathways between praxis and research« beschäftigt sich u.a. mit »Empowering practices«,

»Comparative studies«, »Social work and social policy« und »Research contributions to human rights, social justice and ethical issues«.

Information & Anmeldung

www.eswra.org/2016_conf.html

29./30.04.2016: Jahrestagung der DGSA

Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) »Inklusion ist ...« – Perspektiven und Positionen der Sozialen Arbeit« findet an der Hochschule Düsseldorf statt.

Obwohl auf politischer Ebene bereits seit Anfang der 1990er-Jahre zahlreiche Rahmensetzungen und Programmatiken die Umsetzung von Inklusion als gesellschaftliche Vision und Aufgabe, wurde Inklusion scheinbar erst durch die Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu einem breiter diskutierten Thema in der Sozialen Arbeit. In der Praxis stehen viele Träger aktuell vor der Aufgabe der Umsetzung von Inklusionskonzepten im Kontext der dafür oft fehlenden Ressourcen. Inklusion wird bislang vor allem in der Behindertenhilfe, der Sozialpsychiatrie und der inklusiven Beschulung diskutiert, wesentlich seltener jedoch in Bezug auf soziale Ausgrenzungsprozesse als solchen. Bislang besteht wenig systematisches Wissen über die Umsetzung und Gestaltung von Arran-

gements zur Förderung von Inklusion. Auch die Perspektive von AdressatInnen auf Inklusionsverhältnisse und -arrangements sind noch wenig erforscht.

Vor diesem Hintergrund schafft die DGSA Jahrestagung 2016 ein Forum für die Präsentation und Diskussion empirischer, theoretischer und anwendungsorientierter Fragen und Zugänge zum Thema, um den Inklusionsbegriff möglichst breit zu diskutieren und auf verschiedene Handlungsfelder der Sozialen Arbeit zu beziehen. Dabei sollen auch die mit Inklusion verbundenen politischen Interessen kritisch reflektiert werden. Und auch die Soziale Arbeit selbst soll als potenzielle Agentin von Ausgrenzungsprozessen in den Blick genommen werden. Generell verfolgt die Tagung das Ziel, Inklusion sowohl aus theoretisch-konzeptioneller als auch empirischer und handlungspraktischer Perspektive zu diskutieren.

Information & Anmeldung

dgsainfo.de/veranstaltungen/tagungen.html

15./16.09.2016: 6. Fachtagung zur Sozialdiagnostik

Die Fachtagung zur Sozialdiagnostik 2016 findet an der HAW Hamburg statt und steht unter dem Motto »Diagnostik in der Sozialen Arbeit – Theoretische Fundierung diagnostischer Konzepte und Nutzung in der Praxis«.

Im Zentrum stehen aktuelle Konzepte der Sozialdiagnostik/Sozialen Diagnostik bzw. des Fallverstehens in der Sozialen Arbeit und deren theoretische Basis in erkenntnis-, wissenschafts- und handlungstheoretischer sowie ethischer Hinsicht. Darüber hinaus sollen Evaluations- und Forschungsergebnisse zur Anwendungspraxis, insb. zu deren Wirkungen auf die professionelle Praxis selbst präsentiert werden. Ein besonderes Augenmerk soll zudem auf die Analysen des Sozialräumlichen und dessen Zuordnung zur Sozialdiagnostik gelegt werden.

Die beiden Panels »Theoretische Begründung« und »Praxis und Wirkung« fokussieren, (1) wie sich

sozialdiagnostische Konzepte in wissenschaftliche Theorien und Diskurse der Sozialen Arbeit einbetten lassen (Theorie) und (2) wie weit die Soziale Diagnostik mittlerweile verbreitet ist bzw. welche Konzepte zum Einsatz kommen (Praxis), auf welche Weise sie hier genutzt werden und welche Wirkung sie haben. Insb. soll der bisherige Blickwinkel erweitert werden, indem – neben der Präsentation von neueren Entwicklungen im einzelfall- oder gruppenbezogenen auch nicht einzelfallbezogene oder großgruppenbezogene – Formen der Sozialdiagnostik z.B. im Bereich der sozialräumlichen Hilfen zur Sprache kommen.

Information & Call for Papers

www.sozialdiagnostik-haw.de

Anmeldung

Martina Jeschke, martina.jeschke@haw-hamburg.de

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner

Hochschule München

Prof. Dr. Peter Dentler

Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Matthias Hüttemann

Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

Prof. Dr. Johannes Lohner

Hochschule Landshut

Prof. Dr. Albert Mühlum

Bensheim

Prof. Dr. Helmut Pauls

Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Raab-Steiner

Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Günter Zurchor

Hochschule Mitweida

Impressum

Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (v. i. S. d. P.), Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA), Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) und European Centre for Clinical Social Work e. V. (ECCSW)

Redaktionsteam

Karlheinz Ortman (Leitung)
Gerhard Klug, Ute Antonia Lammel, Ingo Müller-Baron, Anna Lena Rademaker, Dieter Röh

Anzeigenakquise

Ingo Müller-Baron
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
c/o Prof. Dr. Karlheinz Ortman
Katholische Hochschule für Sozialwesen
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin
Tel. 030 50 10 10-84
karlheinz.ortman@khsb-berlin.de

Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

Druck

Bachmann & Weiss Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Selbsthilfeangebote, die Kooperation von organisierter Selbsthilfe und Professionellen sowie die Selbsthilfeförderung durch Professionelle sind mittlerweile feste Bestandteile der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die Verbreitung von Selbsthilfe(gruppen) stieg von Beginn der 1970er- bis in die 1990er-Jahre kontinuierlich an und erreicht heute mit »70.000 und 100.000 Selbsthilfegruppen mit ca. 3,5 Millionen Engagierten zu fast jedem gesundheitlichen und sozialen Themenbereich« (NAKOS, 2015) einen stabilen Höchststand.

Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) ist mit ihrem kontinuierlichen Beratungs-, Informations- und Forschungsangebot sicherlich neben wissenschaftlichen Studien, wie derzeit der SHILD-Studie (Nickel et al., 2015), und vielen Modell- und Evaluationsprojekten in Deutschland treibende Kraft für weitere Innovationen, aber auch für die Stabilisierung dieser wichtigen, »fünften« Säule des Gesundheitssystems (neben Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege).

Auch neuere Veröffentlichungen (Haller & Gräser, 2012; Hill et al., 2013) im Kontext Sozialer Arbeit weisen auf die fortwährende Bedeutung dieses konzeptionellen Bestandteils hin.

In dieser Ausgabe der Zeitschrift *Klinische Sozialarbeit* möchten wir unseren LeserInnen den Diskurs und einige aktuelle Erkenntnisse der Selbsthilfeforschung und -förderung präsentieren, auch um damit die enge Verbindung von professionell ausgeführter Klinischer Sozialarbeit und häufig ehrenamtlich ausgeführter Selbsthilfe zu zeigen. Neben den individuell fokussierten, durch Fachkräfte initiierten Empowermentprozessen gesundheitlich beeinträchtigter und von sozialer Exklusion bedrohter Menschen, die ein wesentlicher Teil sozialtherapeutischer und gesundheitsfördernder Bemühungen sein sollten, spielt auch die Förderung von Selbsthilfegruppen bis hin zu sozialräumlichen Angeboten eine wichtige Rolle.

Selbsthilfe kann, weil sie sozialtherapeutische Prozesse unterstützt, und soll, weil sie professionelle Interventionen flankiert und kontrolliert, der immer wieder drohenden »Entmündigung durch Experten« (Illich, 1977/1979) durch eine starke Engagementpolitik Betroffener und durch wirksame Selbsthilfeangebote entgegenwirken. Doch nicht nur in diesem Sinne kann Selbsthilfe bewirken, dass die gesundheitliche Versorgung immer auch par-

tizipativ verläuft: Denn auf der einen Seite kann sie die von professionellen Diensten nur anzuregende, zu unterstützende Bewältigung (z. B. Beratung, Kompetenztrainings, Netzwerkarbeit und andere Methoden) akuter, aber vor allem chronischer Erkrankungen und auch Behinderungen so ergänzen, dass die gewonnenen Erkenntnisse und Bewältigungsformen im Alltag und durch den Kontakt mit gleichfalls Betroffenen nachhaltig gestärkt werden und damit erhalten bleiben. Auf der anderen Seite kann Klinische Sozialarbeit ihrerseits in ihren Bemühungen, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten und Hilfe als Koproduktion zu verstehen, davon profitieren, dass die AdressatInnen im Sinne einer kooperativen Zusammenarbeit in der Nachsorge, aber auch schon während der Behandlung an Selbsthilfegruppen vermittelt werden können.

Für die Klinische Sozialarbeit wird es darauf ankommen, diese Potenziale (noch stärker) für die Förderung der soziopsychosomatischen Gesundheit ihrer Zielgruppen zu nutzen – sei es im Bereich der Rehabilitation oder im Bereich der Gesundheitsförderung.

In ihren Beiträgen fokussieren die AutorInnen dieser Ausgabe diese Aspekte jeweils unterschiedlich.

Alf Trojan, einer der Gründerväter der wissenschaftlichen Erforschung und Begleitung von Selbsthilfeprozessen und -strukturen, zeigt in seinem Beitrag auf, wie »Selbsthilfefreundlichkeit« erfolgreich in Einrichtungen des Gesundheitswesens (stationäre wie ambulante Einrichtungen sowie im öffentlichen Gesundheitsdienst) implementiert werden kann. Die kontinuierliche und beharrliche Arbeit an der Kooperation zwischen Institutionen, Professionellen und SelbsthilfevertreterInnen sollte ein wesentlicher Bestandteil aller psychosozialer Arbeit sein; wie es gelingen kann, kann man von dieser Initiative lernen.

Daniela Ruf und *Renate Walter-Hammann* zeigen in ihrem Beitrag »Selbsthilfe und professionelle gesundheitliche Versorgung: Grundlagen einer guten Zusammenarbeit am Beispiel der Suchthilfe« exemplarisch, wie diese Kooperation gelingen kann, welche Herausforderungen dafür aber auch zu meistern sind. Neben dem Arrangement günstiger Rahmenbedingungen ist es vor allem nötig, vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen, die die Zusammenarbeit tragen, und die SelbsthilfeakteurInnen nicht zu überfordern. Anhand der Darstellung des gemeinsamen Prozesses von Deutschem Caritasverband (DCV) und Kreuzbund

Bundesverband und der vom Caritasverband entwickelten Arbeitshilfe zeigen die Autorinnen, wie die Zusammenarbeit zwischen beruflicher Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe gelingen kann.

Der Beitrag von *Ingo Müller-Baron* beleuchtet aus der Perspektive der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit das Verhältnis zwischen Selbsthilfe und professioneller Sozialer Arbeit, das in der Vergangenheit nicht immer ungetrübt war. Gerade bei Fachkräften der Sozialen Arbeit bestand häufig die – auch nicht unbegründete – Befürchtung, dass professionelle Leistungen zugunsten kostenloser ehrenamtlicher Angebote abgebaut werden. In der Praxis hat sich aber dennoch eine konstruktive Zusammenarbeit etabliert. Mittlerweile sind gesundheitsbezogene Selbsthilfe und Klinische Sozialarbeit zwei sich ergänzende Bereiche. Sowohl für die AkteurInnen in beiden Bereichen, aber vielmehr noch für die AdressatInnen sind Kriterien notwendig, die eine Abgrenzung der Unterstützungsleistungen ermöglichen. Um deutlich zu machen, wo Gemeinsamkeiten und Unterschiede liegen, werden in dem Beitrag Ziele und Angebote der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe den Aufgaben und Leistungen der Sozialen Arbeit gegenüber gestellt. Anzuregen ist in diesem Zusammenhang ein stärkeres sozialarbeitswissenschaftliches Engagement in der Selbsthilfeforschung.

Für die Redaktion
Ingo Müller-Baron und Dieter Röh

Literatur

- Haller, F. & Gräser, H. (2012). *Selbsthilfegruppen. Konzepte, Wirkungen und Entwicklungen* (Reihe: Edition Sozial). Weinheim: Beltz Juventa.
- Hill, B., Kreling, E., Hönigschmid, C., Zink, G., Eisenstecken, E. & Grothe-Bortlik, K. (Hrsg.) (2013). *Selbsthilfe und Soziale Arbeit. Das Feld neu vermessen* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe). Weinheim: Beltz Juventa.
- Illich, I., Zola, I. K., McKnight, J., Caplan, J., Shai-ken, H., Borremans, V. & Huber, J. (1979). *Entmündigung durch Experten. Zur Kritik der Dienstleistungsberufe*. Reinbek: Rowohlt (englisches Original erschienen 1977).
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (2015). *Selbsthilfe in Deutschland*. Berlin: NAKOS. Online verfügbar: <http://www.nakos.de/informationen/fachwissen/deutschland> [02.11.2015].
- Nickel, S., Seidel, G., Weber, J., Dierks, M.-L., Werner, S., Knesebeck, O. v. d. & Kofahl, C. (2015). Zur Lage der Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen in Deutschland - Ergebnisse der Shild-Studie. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) (Hrsg.), *selbsthilfegruppenjahrbuch 2015* (S. 122-133). Gießen: DAG. Online verfügbar: <http://www.dag-shg.de/data/Fachpublikationen/2015/DAGSHG-Jahrbuch-15-Nickel-ua.pdf> [02.11.2015].

»Selbsthilfefreundlichkeit« als Kooperationskonzept und Qualitätsanforderung für Einrichtungen des Gesundheitswesens

Alf Trojan

Kooperationsmodelle

Das Verhältnis zwischen Selbsthilfe und Professionellen ist schon relativ früh in verschiedenen Studien zum Thema gemacht worden. Hintergrund war zunächst die These, dass Selbsthilfe und professionelles System miteinander konkurrieren. Es zeigte sich jedoch sehr schnell, dass sich Selbsthilfegruppen und Professionelle wechselseitig ergänzen und eine »neue Partnerschaft« bilden wollen (vgl. Trojan, 1986). In einer empirischen Erhebung bei 595 verschiedenen Institutionen wurde nach Kooperationsmodellen gefragt (Stark, 1998, S. 17ff.). Durch eine Inhaltsanalyse der identifizierten Kooperationsmodelle gelangten die UntersucherInnen damals zu drei verschiedenen Typen:

- »solide Praxis«, d. h. gelegentliche Kooperationen mit alltagspraktischem Schwerpunkt (z. B. Informationsaustausch, Vernetzungsarbeit, menschliche Unterstützung, Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen, Öffentlichkeitsarbeit) – dies war das häufigste Muster;
- »verbindliche Zusammenarbeit« beschreibt Modelle guter Praxis, die zumeist schon über längere Zeit und im Sinne definierter Beziehungen und verbindlicher Rahmenbedingungen existieren;
- »innovative Modelle« sind charakterisiert durch einen expliziten Prozess der gemeinsamen Zielfindung und eine Kooperation, die Neues erprobt – dies war der seltenste Typ der Zusammenarbeit (6%).

Trotz der jahrzehntelangen Versuche, die Kooperation von Selbsthilfegruppen und Gesundheitssystem auf eine breite Basis zu stellen (Forschungsverbund, 1987), und formeller politischer Förderung (Hundertmark-Mayser & Möller, 2004; Dierks et al., 2006) blieben verbindliche nachhaltige Zusammenarbeit und innovative Modelle die Ausnahme gegenüber zumeist freundlicher, aber berührungsarmer Koexistenz (Werner et al., 2006). Auf diesem Hintergrund entstanden das Konzept und das Kooperationsnetzwerk »Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen« (www.selbsthilfefreundlichkeit.de). »Selbsthilfefreundlichkeit« ist die

plakative Bezeichnung für eine systematische und nachhaltige, an Qualitätskriterien ausgerichtete Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen mit Selbsthilfefezusammenschlüssen.

Die Entwicklung des Konzepts begann in Hamburg mit einem Modellprojekt im stationären Bereich. Die Kooperation mit Selbsthilfegruppen konnte zwar 2004 und 2005 schon auf eine lange Tradition von positiven Beispielen zurückblicken, es gab bis dahin aber immer noch nur wenige dauerhafte, von beiden Seiten als erfolgreich eingestufte Kooperationen zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern. Das Hamburger Modellprojekt (2004-2006) verfolgte das Ziel, die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern zu fördern und über die Vergabe eines Qualitätssiegels einen Anreiz für größeres Engagement der Krankenhäuser zu bieten (ausführlicher in Trojan et al., 2012, Kap. 2).

Qualitätskriterien

Zentrales Ergebnis des Hamburger Projekts waren acht Qualitätskriterien für die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern (in Klammern jeweils einige mögliche Umsetzungsmaßnahmen für das jeweilige Kriterium):

1. Bereitstellung von Räumen, Infrastruktur, Präsentationsmöglichkeiten für die Selbsthilfe (Auslegen von Material der Selbsthilfegruppen an zentralen Stellen im Eingangsbereich; Stelltafeln, Aushang von Sprechzeiten der Selbsthilfegruppen, Bekanntmachen der AnsprechpartnerInnen für die Raumnutzung im Krankenhaus und der Bedingungen für die Nutzung der Räume, formelle Nutzungsvereinbarung, PatientInneninformationsmappe mit einer Kurzbeschreibung von Selbsthilfegruppen und deren AnsprechpartnerInnen);
2. regelhafte Information der PatientInnen über Selbsthilfe (Hinweis auf eine Selbsthilfegruppe durch behandelnde ÄrztInnen persönlich oder Information der PatientInnen bzw. Angehörigen durch dafür zuständige MitarbeiterInnen, formell verabredete Vorgehensweise zwischen den Stationen

bzw. Kliniken und den Selbsthilfegruppen zum jeweiligen Krankheitsbild);

3. Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit von Selbsthilfefezusammenschlüssen (Einpflegen eines Menüpunkts Selbsthilfe auf der Website des Krankenhauses, Einstellen eines Hinweises auf kooperierende Selbsthilfegruppen auf den Seiten der Stationen bzw. Fachkliniken, Hinweis auf die Zusammenarbeit der Klinik mit Selbsthilfe in Fachvorträgen der ÄrztInnen, Auftreten der Selbsthilfegruppen mit eigenem Beitrag in Veranstaltungen und in Krankenhaus-Publikationen);
4. Benennung eines/einer Selbsthilfebeauftragten (Festlegung der konkreten Beschreibung zu Funktionen, Rolle und Aufgaben mit allen Beteiligten; Kommunizieren von Aufgaben, Funktionen und Erreichbarkeit intern und extern, z. B. durch Flyer, Website, Beschreibung im Krankenhaus);
5. regelmäßiger Erfahrungs- und Informationsaustausch (z. B. Einladung zweimal jährlich zu einem Treffen der Selbsthilfegruppen zur Evaluation der Maßnahmen und zum Austausch über aktuelle Entwicklungen, Teilnahme der Selbsthilfegruppen an Stationsgesprächen in definierten Abständen);
6. Einbeziehung der Selbsthilfe in die Fort- und Weiterbildung von MitarbeiterInnen im Krankenhaus (Anbieten von Veranstaltungen im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung durch Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstelle; Bericht des/der Selbsthilfebeauftragten über den aktuellen Stand der Kooperation in der innerbetrieblichen Fortbildung, in der ChefärztInnenkonferenz oder anderen Gremien; sporadische Wiedervorstellungen von konkreten Selbsthilfegruppen auf Station);
7. Beteiligung der Selbsthilfe an Qualitätszirkeln, Ethikkommissionen u. Ä. (Regelung der Teilnahme von Selbsthilfegruppen in der Satzung der Ethikkommission, Kommunizieren von Anregungen der Selbsthilfe in Besprechungen mit der Geschäftsleitung, regelmäßige Beteiligung der Selbsthilfe im Leitungsgremium der Klinik oder an Qualitätsmanagement-Veranstaltungen);
8. formaler Beschluss und Dokumentation der Kooperation (Beschluss einer

Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhaus und Selbsthilfekontaktstelle; zentrale Erfassung und regelmäßige Prüfung auf Aktualität bestehender Kooperationen mit der Selbsthilfe durch den/die Selbsthilfebeauftragte(n).

Die Qualitätskriterien und weitere Umsetzungshilfen wurden für interessierte Krankenhäuser in einer Broschüre verfügbar gemacht (Bobzien, 2008).

Umsetzungen in die Praxis

Der in Hamburg erprobte Ansatz einer strukturierten Kooperation zwischen Krankenhaus und Selbsthilfe konnte in einem Praxisprojekt in Nordrhein-Westfalen mit 13 Kliniken und in Baden-Württemberg, Niedersachsen und der Metropolregion Berlin-Brandenburg mit weiteren 17 Krankenhäusern mithilfe von landesweiten Unterstützungsagenturen zur Selbsthilfefreundlichkeit erfolgreich fortgeführt werden.

Vor diesem Hintergrund und auf der Basis konzeptioneller Eckpunkte wurde das Thema beim 14. Selbsthilfe-Forum der Ärztekammer Hamburg in Zusammenarbeit mit KISS Hamburg im November 2007 von zahlreichen VertreterInnen von Selbsthilfegruppen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und einigen engagierten ÄrztInnen weiter diskutiert. Sowohl der Ausschuss der Hamburger Ärztekammer als auch die beteiligten ExpertInnen waren nach dieser Veranstaltung einhellig der Meinung, dass das Konzept auch für den ambulanten Bereich verfolgt werden sollte.

In einem nordrhein-westfälischen Modellprojekt wurde daraufhin erfolgreich nachgewiesen, dass die Umsetzung der Kriterien im Alltag möglich ist. Die beteiligten ÄrztInnen entwickelten ein Ablaufschema dafür und erreichten bei der Kassenärztlichen Vereinigung, dass dies in das landesübliche Qualitätsmanagementsystem (KPQM®) eingeführt wurde. Auch im 2010 aktualisierten bundesweiten Manual »Qualität und Entwicklung in Praxen« (QEP®) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist der Aspekt der Selbsthilfefreundlichkeit enthalten. Die Integration in Qualitätsmanagementsysteme bedeutet, dass die Kooperation mit der organisierten Selbsthilfe bei jedem Durchgang durch die Kriterien des Qualitätsmanagementsystems auf dem Prüfstand steht und ihre Realisierung immer wieder angemahnt wird, und stellt damit ein wichtiges Element der Nachhaltigkeit dar.

Auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) gilt die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen als ein wichtiges Element der Reformen und Innovationen der letzten 20 Jahre. In kleinen Studien zeigte sich, dass die Zustimmung zu zehn interaktiv entwickelten Kriterien einheitlich sehr groß war. Auf der Jahrestagung 2011 des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Trier wurden diese Qualitätskriterien von ca. 20 Workshop-TeilnehmerInnen diskutiert und gemeinsam verabschiedet.

Im Jahr 2010 begann ein Pilotprojekt für den Reha-Bereich. Zielsetzung des Projektes war auch hier, gemeinschaftlich mit den AkteurInnen Qualitätskrite-

rien für die Zusammenarbeit zu entwickeln, deren Umsetzung an zwei Klinik-Standorten zu erproben und in das interne Qualitätsmanagement zu integrieren. Abbildung 1 zeigt exemplarisch für alle Bereiche einen Überblick zur Systematik des Vorgehens.

In den beiden Pilotkliniken fungierte das Modellprojekt als Erweiterung von schon vorher praktizierten Kooperationsformen.

Erkenntnisse aus der Forschung-Praxis-Vernetzung

Zusammengefasst sind aus den in allen vier Bereichen miteinander verschränkten Forschungs- und Praxisprojekten der vergangenen ca. zehn Jahre (Trojan et al., 2012; Trojan & Nickel, 2013; www.selbsthilfefreundlichkeit.de) entscheidende Kenntnisse und Materialien hervorgegangen, die für die Umsetzung des Qualitätskonzepts »Selbsthilfebezogene PatientInnenorientierung« auf breiter Fläche hilfreich sind:

- partizipativ entwickelte und einvernehmlich von Selbsthilfe und professioneller Seite als wichtig und umsetzbar akzeptierte Qualitätskriterien als Kooperationsgrundlage;
- ein systematisches und partizipatives Verfahren zur Umsetzung der Qualitätskriterien mit geeigneten Maßnahmen und abschließender Selbstbewertung im Qualitätszirkel;
- ein wissenschaftlich geprüftes Fragebogeninstrument für die kontinuierliche Selbstkontrolle (Trojan et al., 2014);



Abbildung 1: Systematik der Implementation von Selbsthilfefreundlichkeit; Quelle: Bobzien & Trojan, 2015, S. 118, in Anlehnung an Fugleholm et al., 2005, S. 70)

- ein Selbsteinschätzungsbogen für Krankenhäuser zur Erfassung des Ist-Standes und zur Fortschrittskontrolle, inwieweit Schritte und Anforderungen zur selbsthilfebezogenen PatientInnenorientierung im Hause erfüllt sind;
- beispielhafte Verfahrensanweisungen zur Implementierung von »Selbsthilfefreundlichkeit« in Gesundheitseinrichtungen;
- Aufnahme der Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliches Krankenhaus in mehrere Selbstbewertungsmanuale wichtiger Qualitätsmanagementsysteme;
- ein Auszeichnungsverfahren für erfolgreich implementierte Selbsthilfefreundlichkeit;
- Arbeitskonzepte für Selbsthilfe-Kontaktstellen für die weitere Verbreitung und Unterstützung von Einrichtungen auf dem Weg in die Selbsthilfefreundlichkeit (Bobzien & Steinhoff-Kemper, 2013).

Die Frage »Lässt sich Selbsthilfefreundlichkeit umsetzen und aufrechterhalten?« kann auf der Basis bisheriger Projekte und Erfahrungen eindeutig mit »Ja« beantwortet werden: 18 Krankenhäuser haben in den Pilotprojekten in Hamburg und NRW die Qualitätskriterien Selbsthilfefreundlichkeit umgesetzt, davon 17 mit Auszeichnung. In weiteren Modellprojekten erhielten 9 ÄrztInnenpraxen und 2 Rehabilitationskliniken vom Netzwerk die Auszeichnung als selbsthilfefreundliche Einrichtung. Auch haben rund 40 Krankenhäuser in Österreich das Konzept übernommen (Forster et al., 2013).

Mehrere empirische Studien belegen, dass der Ansatz insgesamt und seine Integration in das Qualitätsmanagement von den beteiligten AkteurInnengruppen positiv bewertet werden (Nickel & Trojan, 2012).

Die jüngste und umfassendste Untersuchung gesundheitsbezogener Selbsthilfe in Deutschland (SHILD-Studie) hat gezeigt (Kofahl et al., i.Dr.), dass hinsichtlich der Kooperation von Selbsthilfe und professionellen Einrichtungen zwar viel Erfreuliches erreicht wurde, es aber kaum Hinweise darauf gibt, dass die Entwicklung in den letzten ca. zehn Jahren messbare Fortschritte gemacht oder gar an Dynamik gewonnen hat. Allerdings wird dem Nutzen der Kooperation von allen wichtigen AkteurInnen in etwa gleichem Umfang zugestimmt.

Exemplarische Ergebnisse aus der Teilstudie bei Selbsthilfeunterstützungsstellen zeigen, dass es im Vergleich mit der Situation vor zwei Jahren leichter gelingt, übergeordnete Ziele der Selbsthilfeunterstützung zu verwirklichen: »Die Kooperation zwischen informellem und

formellem Hilfesystem verbessern« ist nur bei 9% schwerer geworden, aber bei 27% besser (64% unverändert). Auch das Ziel, Selbsthilfefreundlichkeit und PatientInnenorientierung im Gesundheitswesen besser zu verankern, hat sich nach Einschätzung der befragten MitarbeiterInnen zum Positiven gewandelt (bei 26%).

Diese positiven Befunde in der quantitativen Studie schließen aber nicht weiteres Entwicklungspotenzial aus. So heißt es z. B. in den Ergebnissen der qualitativen Studie: »Die klassischen Aufgaben und Themen der Kontaktstellenarbeit wie die Vernetzung von Selbsthilfegruppen untereinander oder der Aufbau von Kooperationen mit Krankenhäusern, Kliniken und (Fach-)Ärzten behalten nach wie vor ihre hohe Priorität. Übergeordnetes Ziel der Selbsthilfeunterstützung im Hinblick auf die nähere Zukunft ist insgesamt die (noch) bessere Verankerung von Selbsthilfefreundlichkeit und PatientInnenorientierung bzw. -beteiligung im Gesundheitswesen« (Kofahl et al., i.Dr., Kapitel 3.4).

Die Unterstützung der Kooperation von Fachleuten und Selbsthilfegruppen ist für Selbsthilfekontaktstellen (quantitativ) das wichtigste Aktivitätsfeld; sie stößt aber an Grenzen aufgrund mangelnder Ressourcen. Das Präventionsgesetz mit der Verpflichtung zu größeren Zuwendungen für die Selbsthilfe durch die Krankenkassen (ab 2016 jährlich rund 30 Millionen Euro zusätzliche Förderung; § 20h, SGB V) lässt berechtigte Hoffnungen zu, dass der Ressourcenmangel stark verringert werden und sich auch positiv auf die Kooperation von Selbsthilfe und professionellem System auswirken könnte. Das Kooperationskonzept »Selbsthilfefreundlichkeit und PatientInnenorientierung im Gesundheitswesen« kann dabei eine wichtige Hilfe sein.

Literatur

- Bobzien, M. (2008). *Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – auf dem Weg zu mehr PatientInnenorientierung. Ein Leitfadens für interessierte Krankenhäuser*. Essen: BKK Bundesverband.
- Bobzien, M. & Steinhoff-Kemper, C. (2013). *Selbsthilfefreundlichkeit und PatientInnenorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationspartner Selbsthilfekontaktstelle. Eine Praxishilfe* (Reihe: NAKOS Konzepte und Praxis, Bd. 7). Berlin: NAKOS. Online verfügbar: <http://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2013/NAKOS-KP-07.pdf> [26.10.2015].
- Bobzien, M. & Trojan, A. (2015). »Selbsthilfefreundlichkeit« als Element patientenorientierter Rehabilitation – Ergebnisse eines Modellversuchs. *Die Rehabilitation*, 54(2), 116-122.
- Dierks, M.-L., Seidel, G., Horch, K. & Schwartz, F. W. (Hrsg.) (2006). *Bürger- und PatientInnenorientierung im Gesundheitswesen* (Reihe: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. 32). Berlin: Robert Koch Institut. Online verfügbar: <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/buergerorientierung.pdf> [26.10.2015].

Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (Hrsg.) (1987). *Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen. Soziologische Grundlagen einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik* (Reihe: Gesundheitssystemforschung). Berlin: Springer.

Forster, R., Rojatz, D., Schmied, H. & Pelikan, J. M. (2013). Selbsthilfegruppen und Gesundheitsförderung im Krankenhaus – eine entwicklungsfähige Allianz für Gesundheit. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8(1), 9-14.

Fugleholm, A. M., Jørgensen, S. J., Møller, L. & Groene, O. (2005). Development of standards for disease prevention and health promotion. In O. Groene & M. Garcia-Barbero (Hrsg.), *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management* (S. 64-79). Kopenhagen: WHO – Regional Office for Europe. Online verfügbar: <http://www.euro.who.int/document/e86220.pdf> [26.10.2015].

Hundertmark-Mayser, J. & Möller, B. (2004). *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich* (Reihe: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. 23). Berlin: Robert Koch Institut. Online verfügbar: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reUzuR53Jx9Jl/PDF/21UhfXFULTx2_49.pdf [26.10.2015].

Kofahl, C., Schulz-Nieswandt, F. & Dierks, M.-L. (Hrsg.) (i.Dr.). *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven*. Berlin: Lit.

Nickel, S. & Trojan, A. (2012). Akzeptanz und Umsetzbarkeit von Qualitätskriterien der selbsthilfebezogenen PatientInnenorientierung. Ergebnisse einer explorativen Befragung bei Selbsthilfeorganisationen und Visitoren des Qualitätsmanagementsystems KTO. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 137(46), 2379-2384.

Nickel, S., Seidel, G., Weber, J., Dierks, M.-L. & Kofahl, C. (i.Dr.). Entwicklungen und Bedarfe der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung aus der Perspektive der Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen. In C. Kofahl, F. Schulz-Nieswandt & M.-L. Dierks (Hrsg.), *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven*. Berlin: Lit.

Stark, W. (1998). *Modelle der Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem. Unveröffentlichter Zwischenbericht zur Mittelfreischließung*. München: Bayerischer Forschungsverbund Public Health.

Trojan, A. (1986). *Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen* (Reihe: Fischer alternativ – Perspektiven). Frankfurt: Fischer.

Trojan, A., Bellwinkel, M., Bobzien, M., Kofahl, C. & Nickel, S. (Hrsg.) (2012). *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene PatientInnenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt* (Reihe: Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Bd. 26). Bremerhaven: Wirtschaftsverband NW.

Trojan, A. & Nickel, S. (2013). »Selbsthilfefreundlichkeit« als Schlüsselkonzept für Partizipation und patientenorientierte Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In B. Hill, E. Kreling, C. Hönigschmid, G. Zink, E. Eisenstecken & K. Grothe-Bortlik (Hrsg.), *Selbsthilfe und Soziale Arbeit. Das Feld neu vermessen* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; S. 113-123). Weinheim: Beltz Juventa.

Trojan, A., Stefan, N. & Kofahl, C. (2014). Implementing »self-help friendliness« in German hospitals: A longitudinal study. *Health Promotion International* (e-Pub vor Druckversion).

Werner, S., Nickel, S. & Trojan, A. (2006). Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zum Status Quo der Kooperation von Selbsthilfe und Krankenhäusern. In S. Werner, M. Bobzien, S. Nickel & A. Trojan (Hrsg.), *Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern* (Reihe: Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Bd. 16; S. 21-48). Bremerhaven: Wirtschaftsverband NW.

Selbsthilfe und professionelle gesundheitliche Versorgung: Grundlagen einer guten Zusammenarbeit am Beispiel der Suchthilfe

Daniela Ruf und Renate Walter-Hamann

Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller Hilfe

Bedeutung der Zusammenarbeit

Die Bedeutung der Selbsthilfe mit ihren Erfahrungen und Kompetenzen als eigenständiger wichtiger Hilfeansatz und komplementäre Ergänzung zur professionellen gesundheitlichen Versorgung ist längst belegt: Selbsthilfegruppen haben Einfluss auf die psychosoziale Befindlichkeit und Gesundheit und wirken gesundheitsförderlich (Hundertmark-Mayser & Möller, 2004, S. 20). Im Bereich der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation spielen Selbsthilfegruppen in verschiedenen Indikationsbereichen eine wichtige Rolle, und ihr Nutzen für die nachhaltige Sicherung des Rehabilitationserfolges wird durch verschiedene Studien belegt (ebd., S. 25f.). Ebenso zeigen Studien, dass eine gelungene Kooperation zwischen Selbsthilfe und professionellem Versorgungssystem für beide Seiten von Nutzen ist (ebd., S. 25). Es gibt inzwischen auch gesetzliche Grundlagen und Regelungen für die Kooperation der beiden Hilfeansätze (vgl. z.B. Bobzien & Steinhoff-Kemper, 2013, S. 82f.).

Die Zusammenarbeit von Selbsthilfe und professioneller Hilfe kann daher nicht optional sein oder nur von der Motivation einzelner MitarbeiterInnen abhängen, sondern muss gut, verbindlich und nachhaltig geregelt und umgesetzt werden, mit dem Ziel der bestmöglichen Versorgung von Betroffenen und Angehörigen.

Herausforderungen

Die Realisierung einer guten Zusammenarbeit ist mit verschiedenen Herausforderungen verbunden, die überwiegend ganz grundsätzlich für die Zusammenarbeit an Schnittstellen im Versorgungssystem gelten: Rahmenbedingungen verändern sich kontinuierlich, Systeme mit unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen und Arbeitsweisen müssen aufeinander abgestimmt, tragfähige Beziehungen müssen aufgebaut und gepflegt und Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit hergestellt werden (vgl. Ruf & Walter-Hamann, 2015, S. 2ff.).

Bei der Gestaltung der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe ist jedoch zu beachten, dass die Selbsthilfe keine Versor-

gungseinrichtung ist, an die man überweisen kann und die rechtlich normierte Dienstleistungen erfüllt, sie ist freiwillig und selbstbestimmt und muss dies auch in der Zusammenarbeit mit dem professionellen System bleiben. Die SelbsthilfekteurInnen dürfen nicht überfordert, vereinnahmt oder als entlastende Alternative für finanziell nicht mehr leistbare Fachangebote genutzt werden (Hundertmark-Mayser & Möller, 2004, S. 23). Diesem Sachverhalt trägt auch das Handlungskonzept der Selbsthilfefreundlichkeit Rechnung, in dem Qualitätskriterien für eine gute Zusammenarbeit formuliert werden. Es ist so angelegt, dass die Selbsthilfe handelnde Akteurin mit eigenen Erwartungen und Zielvorstellungen bleibt (Bobzien & Steinhoff-Kemper, 2013, S. 18).

Zusammenarbeit von Sucht-Selbsthilfe und beruflicher Suchthilfe

Im Folgenden sollen der gemeinsame Prozess des Deutschen Caritasverbands (DCV) und des Kreuzbund Bundesverbands zur Zusammenarbeit zwischen beruflicher Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe sowie die vom DCV entwickelte Arbeitshilfe für eine gute Zusammenarbeit vorgestellt werden. Der Bereich der Suchthilfe eignet sich gut als Beispiel, weil hier die Zusammenarbeit in allen Phasen des Hilfeprozesses eine wichtige Rolle spielt, es bereits langjährige Erfahrungen in der Zusammenarbeit gibt und ihr Nutzen in Studien nachgewiesen wurde. Sie findet bereits ihre Verankerung im gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sowie in der neuen S3-Leitlinie »Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen«.

Die Empfehlungen zur gemeinsamen Bewältigung von Herausforderungen und Gestaltung einer guten Zusammenarbeit sind dabei weder auf den Suchtbereich noch auf die Caritas beschränkt, sondern können als exemplarisch für die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professionellem Hilfesystem gesehen werden.

Gemeinsamer Perspektivprozess des Deutschen Caritasverbands (DCV) und des Kreuzbund-Bundesverbands

Der DCV und der Kreuzbund-Bundesverband haben vor einigen Jahren beschlossenen, einen gemeinsamen, langfristig angelegten Prozess zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit durchzuführen. Denn um die Basis für eine tragfähige, zukunftsorientierte Zusammenarbeit von beruflicher Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe zu schaffen, braucht es Begegnung, kontinuierliche Auseinandersetzung sowie Zeit, um Haltungen und Arbeitsweisen zu überprüfen, Veränderungen einzuleiten und wirksam werden zu lassen. Um möglichst vielfältige Sichtweisen und Erfahrungen zusammenzuführen, waren jeweils VertreterInnen der beruflichen Suchthilfe und der Sucht-Selbsthilfe von Orts-, Diözesan- bzw. Landes- und Bundesebene am Prozess beteiligt. Es gab sowohl gemeinsame Arbeitsphasen in Form von Workshops als auch getrennte, allerdings immer in Verbindung mit kontinuierlichem Austausch. Damit wurden bereits im Verlauf des Prozesses wesentliche Grundzüge einer guten Zusammenarbeit konsequent umgesetzt.

Arbeitshilfe des DCV für die berufliche Suchthilfe und die Sucht-Selbsthilfe

Die entwickelte Arbeitshilfe konkretisiert die Ergebnisse des gemeinsamen Prozesses und macht sie auch für alle, die nicht unmittelbar an dem Prozess beteiligt waren, nutzbar. Sie bietet Anregungen und Hinweise sowohl für diejenigen, die die Zusammenarbeit grundsätzlich oder die Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit verbessern wollen, aber auch für diejenigen, die bereits eine tragfähige Kooperation aufgebaut haben, im Sinne von »Gutes noch besser machen«.

Die Arbeitshilfe umfasst zwei Module: Modul I »Grundlagen und Empfehlungen für eine gute Zusammenarbeit« und Modul II »Good-practice-Beispiele für eine gute Zusammenarbeit«. Um die Einführung in die Arbeitshilfe und die Arbeit mit den beiden Modulen zu unterstützen, wurde ein weiteres Modul entwickelt, Modul III »Foliensatz zu Modul I und II«. Die zentralen Ziele der Module sind:

(1) *Grundlagen für eine gute Zusammenarbeit vermitteln: Selbstverständnis – wechselseitiges Verständnis – Koopera-*

tionsverständnis. Kapitel I bis III von Modul I der Arbeitshilfe bieten eine ausführliche und praxisnahe Aufbereitung der jeweiligen Angebote und Stärken von beruflicher Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe sowie der Vorteile einer guten Zusammenarbeit. Kapitel IV und V nehmen Bezug auf die Herausforderungen in der Zusammenarbeit und zeigen Wege zur gemeinsamen Bewältigung auf. In Kapitel IV werden dazu konkrete Handlungsempfehlungen in Form von fünf Grundsätzen vorgestellt: Bereitschaft und Begeisterung, gemeinsame Ziele und Anliegen, Begegnung und gemeinsames Tun, gute Kommunikation und Rollenklarheit, Verankerung und Verbindlichkeit. In Kapitel V werden Hinweise gegeben, wie mit der Arbeitshilfe konkret gearbeitet werden kann.

(2) *Vielfalt der Zusammenarbeit und Möglichkeiten, wie man voneinander lernen kann, aufzeigen.* Modul II stellt in Form von good-practice-Beispielen zur Zusammenarbeit Anregungen und konkrete Umsetzungshilfen zur Verfügung. Die Beispiele stehen jeweils für sich und können je nach Interesse anhand des Inhaltsverzeichnisses gefunden und genutzt werden. Modul II soll aufzeigen, wie vielfältig die Formen der Zusammenarbeit zwischen beruflicher Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe sein können, es soll Mut machen, Vorhaben gemeinsam anzugehen und auszuprobieren.

(3) *Gemeinsame Basis für die gemeinsame Arbeit anbieten.* In der Arbeitsgruppe, die die Entwicklung der Module begleitete, waren VertreterInnen aus der beruflichen Suchthilfe und der Sucht-Selbsthilfe von Bundes-, Diözesan- bzw.

Landes- und Ortsebene vertreten, um die Perspektiven und Bedarfe aller AkteureInnen bestmöglich zu berücksichtigen. Zusammenarbeit kann nur durch Ansprache und Einbezug beider Partner gelingen – mit denselben Materialien und Grundlagen. Daher richtet sich die Arbeitshilfe gleichermaßen an die berufliche Suchthilfe und die Sucht-Selbsthilfe.

(4) *Praktikable und praxisnahe Materialien zur Verfügung stellen.* Einfach erfassbare und ansprechend gestaltete Inhalte statt langer Fließtexte sollen zur Realisierung einer guten Zusammenarbeit motivieren. Da die Voraussetzungen vor Ort unterschiedlich sind und die gemeinsame Konkretisierung der Inhalte der Arbeitshilfe einen wichtigen Schritt in der Zusammenarbeit vor Ort darstellt, sind die Inhalte nur so weit wie nötig festlegend. Der entwickelte Foliensatz (Modul III) soll die Nutzung der Arbeitshilfe in der Praxis zusätzlich erleichtern.

(5) *Lösungen für »Knackpunkte« verfügbar machen.* In Modul I wird unter der Überschrift »Vielfalt der Selbsthilfe« u. a. auch das nicht immer spannungsfreie Thema des Nebeneinanders von verbandlich organisierter und nicht-verbandlich organisierter Selbsthilfe aufgegriffen, das sich auch in Modul II in einzelnen good-practice-Beispielen wiederfindet. Modul II soll darüber hinaus mit seinen Beispielen bewusst Themen fokussieren, die besondere Herausforderungen in der Suchthilfe darstellen, und konkrete Ansätze aufzeigen, wie durch Kooperationen z. B. bisher eher schwer zugängliche Zielgruppen erreicht werden können.

Alle Module stehen zum freien Download zur Verfügung: www.caritas.de/fu

erprofis/fachthemen/sucht/kooperation-zwischen-beruflicher-suchthi.

Ausblick

Eine gute Zusammenarbeit von Selbsthilfe und professioneller Hilfe ist ein Qualitätsmerkmal einer guten Versorgung. Sie ist allerdings kein Selbstläufer, sie braucht kontinuierliche Begegnung, immer wieder neue Impulse und fortlaufendes Engagement, weil sich Rahmenbedingungen ändern und Personen auf beiden Seiten über die Zeit wechseln – und v. a. kann sie nur vor Ort gestaltet und gelebt werden. Die Entwicklung von Konzepten, Arbeitshilfen und Qualitätskriterien kann und soll die Begegnung, die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Thematik und die tatsächliche Umsetzung vor Ort daher nicht ersetzen, aber sie kann gute Anregungen und konkrete Umsetzungshilfen bieten.

Literatur

- Bobzien, M. & Steinhoff-Kemper, C. (2013). *Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen – Kooperationspartner Selbsthilfekontaktstelle. Eine Praxishilfe* (Reihe: NAKOS Konzepte und Praxis, Bd. 7). Berlin: NAKOS. Online verfügbar: <http://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2013/NAKOS-KP-07.pdf> [26.10.2015].
- Hundertmark-Mayser, J. & Möller, B. (2004). *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich* (Reihe: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. 23). Berlin: Robert Koch Institut. Online verfügbar: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reUzuR53Jx9J1/PDF/21UhfXFULTx2_49.pdf [26.10.2015].
- Ruf, D. & Walter-Hamann, R. (2015). Zusammenarbeit von beruflicher Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe. Wieso ist sie so wichtig? Vor welchen Herausforderungen steht sie? Wie kann sie gut gelingen? *Konturen online*. Online verfügbar: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/zusammenarbeit-von-beruflicher-suchthilfe-und-sucht-selbsthilfe/> [26.10.2015].

Anzeige



ZKS Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

Die Anerkennung durch die ZKS bietet Ihnen:

- Gütesiegel und klares professionelles Profil
- Sichtbarkeit von Qualifikation, Berufserfahrung und Kompetenzen
- Anteil an der Entwicklung einer Klinischen Fachsozialarbeit in Deutschland
- Anteil am entstehenden Netzwerk von Hochschulen, Verbänden und Praxis

Für die Anerkennung benötigen Sie:

- mehrjährige klinische Berufserfahrung
- Nachweis einschlägiger psychosozialer Fort- und Weiterbildungen, Selbsterfahrung und Supervision

Informationen erhalten Sie bei:

- Gerhard Klug, E-Mail: gerhard.klug@klinische-sozialarbeit.de
- Website: www.klinische-sozialarbeit.de



Interaktive Wissensdatenbank als soziales Medium

- Vernetzung von FachsozialarbeiterInnen
- Austausch von Wissen, Inhalten, Konzepten, Veröffentlichungen
- Website: www.zks.peerconnect.eu



Spezialisierte Fachverlage der ZKS

- PDF-Veröffentlichungen kostenlos
- fachlich-wissenschaftliches Umfeld
- hohe wissenschaftliche Standards
- Website: www.zks-verlag.de

Zum Verhältnis von Klinischer Sozialarbeit und Selbsthilfe

Ingo Müller-Baron

Selbsthilfe: Funktionen und Aufgaben

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe- und Behindertenorganisationen sind heute selbstverständlicher Bestandteil des Gesundheits- und Sozialwesens. Bürger-schaftliches Engagement wird von poli-tischer Seite gefordert und gefördert. Im Zusammenhang mit Gesundheitsförde-rung, Bewältigung von Krankheitsfolgen und Behinderung wird der Selbsthilfe insgesamt eine hohe Bedeutung zuge-messen. Sie hat damit eine wichtige Funktion und Aufgabe, deren Sinn wis-senschaftlich untermauert und praktisch vielfach eindrucksvoll erwiesen ist. Bor-getto (2002) bewertet die Selbsthilfe als einen anerkannten integrierten Bestand-teil zur Ergänzung und Optimierung des Gesundheitssystems, die daher auch sozialrechtlich entsprechend gesetzlich verankert worden ist (S. 76). Die Selbst-hilfe- und Behindertenbewegung der 1980er- und 1990er-Jahre hat damit viel erreicht. Entgegen einer »Herrschaft der ExpertInnen« im Hilfesystem sind chro-nisch kranke und behinderte Menschen nach heutigem Verständnis als »Exper-tInnen in eigener Sache« anerkannt (vgl. Wendt, 1997/1998).

Nach Angaben der Nationalen Kon-takt- und Informationsstelle zur Anre-gung und Unterstützung von Selbst-hilfegruppen (NAKOS) wird die Anzahl der Selbsthilfegruppen zu gesundheit-lichen 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 »nahe-zu das gesamte Spektrum körperlicher Erkrankungen und Behinderungen von allergischen, asthmatischen und ande-ren Atemwegserkrankungen über Herz-Kreislauf- bis hin zu Tumorerkrankungen sowie Sucht und Abhängigkeit, psy-chischen Erkrankungen und Problemen« (NAKOS, 2015b, o.S.).

Selbsthilfeorganisationen bieten häu-fig auch Beratung für Menschen an, die von gesundheitlichen Beeinträch-tigungen betroffen sind. Damit ratsu-chende Menschen einschätzen können, wo sie welche Unterstützungsleistungen abrufen können, ist eine Klärung des Verhältnisses zwischen Klinischer Sozi-alarbeit – als einer ExpertInnengruppe

im professionellen System der sozialen Sicherung – und Selbsthilfeangeboten notwendig. Der Vergleich zwischen den Zielen und Angeboten der gesundheits-bezogenen Selbsthilfe und den Aufga-ben und Leistungen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen macht deutlich, wo Gemeinsamkeiten und Unterschiede liegen.

Ziele und Angebote der Selbsthilfe

Der GKV-Spitzenverband (2013) hat in einem Leitfaden gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen definiert als »frei-willige Zusammenschlüsse von be-troffenen Menschen ... , deren Aktivi-täten sich auf die gemeinsame Bewäl-tigung eines bestimmten Krankheits-bildes, einer Krankheitsfolge und/oder psychischer Probleme richten, von denen sie entweder selbst oder als Ange-hörige betroffen sind« (S. 9). Selbsthil-fegruppen zielten dabei auf die Verbes-derung der persönlichen Lebensqualität und die Stärkung der Betroffenenkom-petenz (vgl. ebd., S. 6).

NAKOS (2015a) beschreibt die Auf-gabenfelder für organisierte Selbsthilfe als:

- »Austausch und gegenseitige Hilfe innerhalb der Gruppe
- Information und Hilfe für außenste-hende Gleichbetroffene
- Öffentlichkeitsarbeit und Interessen-vertretung
- Gruppengemeinschaft und Gesellig-keit
- Wissenserwerb und gemeinsames Lernen
- Netzwerkbildung und Kooperation
- Sicherung der Arbeits- und Rahmen-bedingungen.« (o.S.)

Die Schwerpunktsetzung könne bei ver-schiedenen Selbsthilfegruppen zwar unterschiedlich sein, das Handlungs-feld »Austausch und gegenseitige Hil-fe innerhalb der Gruppe« sei aber »ele-mentar und unverzichtbar« (ebd.). »Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe hat sich in ihrer Ausgestaltung und in ih-rem Leistungsspektrum weit ausdiffe-renziert und reicht vom psychosozialen Austausch in der Gruppe über Be-ratungs- und Informationsangebote bis hin zu medizinisch orientierten Dienst-leistungen und politischer Interessen-

vertretung. Selbsthilfegruppen erzie-len Effekte im Bereich der gesundheit-lichen und sozialen Versorgung, indem sie das professionelle Versorgungssy-tem ergänzen, die Eigenverantwortung und Teilhabe der Betroffenen betonen und sich als »kritische Masse« mit etwai-gen Mängeln der professionellen Ver-sorgung auseinandersetzen« (NAKOS, 2013, S. 63).

Selbsthilfegruppen bieten Hilfestel-lung für betroffene Menschen und sind GesprächspartnerInnen in persönlicher Begegnung für ihre Mitglieder. Im Vor-dergrund stehen dabei die gegensei-tige Unterstützung und der Erfahrungsaustausch von Gleich-Betroffenen. Viele Selbsthilfegruppen bieten zwar auch Be-ratung für Nicht-Mitglieder, sie verste-hen sich aber nicht als Dienstleistungs-erbringer, deren Leistungen beliebig ab-rufbar sind (vgl. NAKOS, 2015c).

Die Arbeit der Selbsthilfegruppen ist primär von ehrenamtlichem Engage-ment getragen. Entsprechend ist die geleistete Beratungsarbeit (peer-to-peer-Beratung) am Selbsthilfeprinzip sowie der Betroffenenkompetenz der in der Selbsthilfegruppe zusammenge-schlossenen Menschen orientiert. Um das Aufgabenspektrum bewältigen zu können, ist in Selbsthilfeorganisationen aber auch hauptamtliches Personal be-schäftigt. Hier sind die Übergänge zwi-schen ehrenamtlichem Engagement und professionellen Angeboten der So-zialen Arbeit fließend. Insbesondere in ambulanten gesundheitsbezogenen Be-ratungsstellen in der Trägerschaft von Selbsthilfeorganisationen sind in der Regel Fachkräfte der Sozialen Arbeit tä-tig.

Angebote und Leistungen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Akute und chronische Erkrankungen, Unfälle und sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen sind in der Regel mit Fragestellungen verbunden, die über medizinische Aspekte hinausge-hen und entsprechende psychosoziale Beratung, Begleitung und Unterstützung erfordern. Insbesondere durch die de-mografische Entwicklung mit einer zu-nehmend alternden Bevölkerung sowie einem veränderten Krankheitsspektrum

hin zu mehr chronischen Erkrankungen wird sich der Bedarf an psychosozialen Leistungen im Gesundheitswesen noch erhöhen.

Viele Menschen in einer gesundheitlich beeinträchtigten Situation haben einen mehr oder weniger hohen psychosozialen und sozialrechtlichen Beratungsbedarf. So stellen beispielsweise onkologische, neurologische und psychische Erkrankungen, viele Unfallfolgen oder eine notwendige Transplantation schwerwiegende Erkrankungen dar, die neben den körperlichen Auswirkungen auch große psychische und soziale Belastungen mit sich bringen und die persönliche, familiäre, berufliche und soziale Situation erheblich verändern können.

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen zielt darauf ab, dass betroffene Menschen gesundheitliche Probleme und deren Folgen verarbeiten, annehmen und ihr Leben nach einer einschneidenden Krise möglichst selbstbestimmt organisieren können.

Klinische Sozialarbeit bietet Beratung und Begleitung in wirtschaftlichen und sozialrechtlichen Fragen, bei persönlichen und beruflichen Problemen und Veränderungen sowie bei psychosozialen Fragen, wie beispielsweise Krankheits- und Lebensbewältigung, Auswirkung auf PartnerInnenschaft und Familie, Probleme im sozialen Umfeld, Veränderungen des beruflichen und sozialen Status, Entwicklung von Zukunftsperspektiven, Umgang mit Funktionseinschränkungen bzw. Behinderung und Pflegebedürftigkeit oder mit existenziellen Krisen, Suchtberatung, Schuldenregulierung, Vermittlung zu speziellen Beratungsstellen sowie PatientInnen- und Selbsthilfegruppen.

Neben der individuellen psychosozialen und sozialrechtlichen Beratung und Begleitung übernimmt Soziale Arbeit im gegliederten Sozialleistungssystem die notwendigen Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben. Insbesondere werden durch PatientInnenmanagement (Versorgungsmanagement, Entlassungsmanagement, Case Management) Schnittstellen im Leistungssystem überbrückt und Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens gebündelt (vgl. DVSG, 2009; DVSG, 2007).

Selbsthilfe und Soziale Arbeit – zwei komplementäre Bereiche im Gesundheitswesen

Die Gegenüberstellung zeigt, dass beide Hilfesysteme nicht gegeneinander austauschbar, sondern eng auf einander bezogen sind. Aufgrund der ähnlichen Ziel-

setzungen können sie sich gut ergänzen, im Sinne der Betroffenen eng zusammenarbeiten und aufeinander verweisen. Auf der direkten Ebene der praktischen Arbeit ist es wichtig, dass im regionalen Bezug die AkteurInnen aus beiden Bereichen jeweils voneinander wissen, miteinander kooperieren und im individuellen Fall bei Bedarf an die entsprechende Stelle weitervermitteln. Klinische Sozialarbeit kann bei der Förderung von Selbsthilfeaktivitäten in Gesundheitseinrichtungen eine wichtige Rolle spielen.

Die Bedeutung der regelmäßigen Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen findet in den letzten Jahren verstärkt Beachtung. In selbsthilfefreundlichen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken arbeiten ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegekräfte und Fachkräfte Sozialer Arbeit erfolgreich mit Selbsthilfegruppen zusammen. Selbsthilfe wird als komplementäre Unterstützung beim Prozess der Behandlung und Gesundung angesehen und systematisch gefördert. »Der Aktivierung von Selbsthilfekräften bei Patienten 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).

Im Rahmen des Netzwerks »Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen« wurden von AkteurInnen der Selbsthilfe und VertreterInnen aus unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen Qualitätskriterien entwickelt, um die Qualität der Selbsthilfefreundlichkeit von Gesundheitseinrichtungen zu bewerten. Die Qualitätskriterien ermöglichen die Darstellung der Selbsthilfefreundlichkeit und geben eine gute Orientierung, wie die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Selbsthilfe konkret gestaltet werden kann (vgl. Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen, 2013, S. 5). Selbsthilfefreundlichkeit steht hier für ein Konzept, das Partizipation und PatientInnenorientierung in Gesundheitseinrichtungen systematisch in Gesundheitseinrichtungen etabliert und damit zu einer Verbesserung der Versorgung beiträgt. Klinische Sozialarbeit ist prädestiniert, um sich als konstruktiver Partner der Selbsthilfegruppen bei der Umsetzung von Selbsthilfefreundlichkeit in stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen anzubieten.

Literatur

- Borgetto, B. (2002). *Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Stand der Forschung* (Reihe: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bd. 147). Baden-Baden: Nomos.
- Bobzien, M. (2008). Projekt »Selbsthilfefreundliches Krankenhaus« ist vorbildlich. Expertenwissen und Laienkompetenz werden zum Vorteil aller Beteiligten gebündelt. *Forum sozialarbeit + gesundheit*, 5(4), 9-12.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2007). *Produkt- und Leistungsbeschreibung der klinischen Sozialarbeit* (2., überarb. Aufl.). Berlin: DVSG.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2009). *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Psychosoziale Beratung, Begleitung und Unterstützung*. Faltblatt. Berlin: DVSG. Online verfügbar: http://dvsg.org/fileadmin/dateien/01Die_DVSG/DVSG_760_Flyer-Soziale%20Arbeit%20im%20Geswe.pdf [06.11.2015].
- GKV-Spitzenverband (2013). *Leitfaden zur Selbsthilfeförderung. Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 17. Juni 2013*. Berlin: GKV-Spitzenverband. Online verfügbar: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/GKV_Leitfaden_Selbsthilfefoerderung_2013_Web_barrierefrei_03.pdf [06.11.2015].
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (2013). *NAKOS Studien. Selbsthilfe im Überblick 3. Zahlen und Fakten 2011/2012*. Berlin: NAKOS Online verfügbar: <http://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2013/NAKOS-Studien-03.pdf> [06.11.2015].
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (2015a). *Handlungsfelder gemeinschaftlicher Selbsthilfe*. Berlin: NAKOS. Online verfügbar: <http://www.nakos.de/informationen/basiswissen/was-ist-selbsthilfe/key@3422> [06.11.2015].
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (2015b). *Was ist Selbsthilfe?* Berlin: NAKOS. Online verfügbar: <http://www.nakos.de/informationen/basiswissen/was-ist-selbsthilfe> [06.11.2015].
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (2015c). *Was machen Selbsthilfegruppen?* Berlin: NAKOS. Online verfügbar: <http://www.nakos.de/informationen/basiswissen/selbsthilfegruppen> [06.11.2015].
- Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (2013). *Der Patient im Mittelpunkt. Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen*. Berlin: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband. Online verfügbar: <http://www.nakos.de/data/Materialien/2013/Netzwerk-Selbsthilfefreundlichkeit-Selbstdarstellung.pdf> [06.11.2015].
- Wendt, W. R. (1998). Professionalisierung von Sozialarbeit – eine offene Entwicklung. In Arbeitsgemeinschaft Sozialarbeit in der Dialyse (ASD) (Hrsg.), *Sozialarbeit mit Nierenkranken. Fachtagsberichte 1996/97* (S. 11-23). Berlin: ASD. Online verfügbar: http://www.asd-ev.de/3_4ft9697.pdf [06.11.2015] (Vortrag von 1997).

Rezension

Erfolgreich Publizieren

Juliane Wahren

Schreiben und veröffentlichen kann doch jede/r, oder? Menschen, die ihre Texte veröffentlichen wollen oder müssen, geraten häufig schnell an ihre Grenzen. Vielen ist im Vorfeld nicht bewusst, wie viel Arbeit, aber auch Freude eine Publikation mit sich bringen kann. Zudem bestehen meist Unsicherheiten über rechtliche Aspekte des Veröffentlichens und die Interaktion zwischen AutorIn und Verlag. Obwohl inzwischen vermehrt Kurse zum wissenschaftlichen Schreiben und zur Vermittlung von Schlüsselkompetenzen des wissenschaftlichen Arbeitens im Hochschulkontext und anderswo angeboten werden, bleiben oft Fragen offen.

Diese Lücke versucht Barbara Budrich mit ihrem vorliegenden Buch zu schließen. Das leicht verständliche Werk gliedert sich in vier Kapitel. An die Einleitung schließt Budrich im ersten Kapitel eine »Verlagskunde für AutorInnen« an. In dieser werden verschiedene Themen-

komplexe abgearbeitet: Buchtypen, die Verfügbarkeit aus Sicht des Verlages, Publizieren in Zeitschriften, Besonderheiten der Dissertationspublikation, Druckkostenzuschüsse und Fördermöglichkeiten sowie internationales Publizieren mit Übersetzungen und Fördermöglichkeiten. Nachfolgend im zweiten Kapitel stehen Redaktionelles und Typografisches im Mittelpunkt. Budrich geht darin beispielsweise auf Aufbau, Stil, Orthografie und Interpunktion, auf Zitationsstile, auf Tabellen, Abbildungen und Illustrationen, auf Verzeichnisse und Register ein. Ausführungen zu Grundregeln der Typografie, zum Korrigieren, zur Hyperfunktionalität der Zeichen und oft begangenen Fehlern runden den zweiten Teil ab. Das dritte Kapitel hat die Kommunikation des/der AutorIn mit dem Verlag zum Thema. Darin veranschaulicht Budrich, wie eine realistische Zielgruppeneinschätzung aussehen kann, gibt Hinweise zur Präsentation des Manuskripts, zu den Möglichkeiten der Verlagsgestaltung und zur Zusammenarbeit mit dem Lektorat. In Kapitel vier wird der Weg zur Veröffentlichung beschrieben.

Sicherlich ist es nicht intendiert und auch nicht möglich, bei einem Buchumfang von 151 Seiten jede Detailfrage bis ins Letzte zu klären. Wer aber klar strukturierte grundlegende Informationen zum Publizieren sucht, für den ist Budrichs Buch genau das Richtige. Durch gut verständliche Beispiele und kurze Zusammenfassungen am Ende eines jeden Unterkapitels trägt das Buch zu größerer Transparenz bei und lädt ein, das Publizieren von der Verlagsseite her zu entdecken.

Insbesondere für Studierende, DoktorandInnen und WissenschaftlerInnen, die am Anfang ihrer (Publikations-)Karriere stehen, ist das Buch als Leitfaden sehr zu empfehlen. Die Lektüre macht Lust, die Hürden des Publizierens mit Schwung anzugehen.

Budrich, Barbara (2015). Erfolgreich Publizieren. Grundlagen und Tipps für Autorinnen und Autoren aus den Sozial-, Erziehungs- und Geisteswissenschaften (2., überarb. Aufl.). Opladen: Budrich. 151 Seiten. ISBN 978-3-8474-0646-4. 19,90 EUR

Rezension

Gesundheitsselbsthilfe im Wandel¹

Alexander Brandenburg

Die Selbsthilfe hat sich in den letzten Jahrzehnten von überwiegend lokalen und kommunalen, bürgerzentrierten und widerständigen Anfängen einer auf Empowerment der Betroffenen gerichteten Selbstorganisation zu einer integrierten Größe im Gesundheitswesen entwickelt. Sie hat mittlerweile ein Organisationsgeflecht ausgebildet, das aus eigenem Personal, Funktionären und verbandlichen Strukturen besteht und von Wissenschaft, der Sozial- und Gesundheitspolitik sowie den Krankenkassen begleitet wird. Diese Entwicklung kann durchaus als Erfolgsgeschichte zunehmender Anerkennung, Förderung und Unterstützung gewertet werden. Doch gibt es auch eine kritische Betrachtung, die in dieser Entwicklung eine zunehmende Entmachtung und Entmündigung der Gruppen durch stellvertretende und vermittelnde Strukturen sieht. Auch der Strategiewechsels von der Förderung der Selbstorganisation und des Empowerments weg zu Strukturen, die wesentlich auf wirksamen Lobbyismus gerichtet sind, findet nicht überall eine positive Bewertung. In diesem Rahmen gilt es meines Erachtens, den Wandel der Gesundheitsselbsthilfe zu erörtern. Doch bleibt festzuhalten, dass keineswegs alle Selbsthilfegruppen in diesen Rahmen fallen und ein sehr großer Teil der Selbsthilfebewegung stets ihren Ursprüngen verpflichtet geblieben ist und sich keiner »Organisation«, keinem Verband oder Verein angeschlossen hat; die Abwesenheit dieser Gruppen in der Öffentlichkeit und ihr Fehlen in den gesundheitspolitischen Gremien bedeutet nicht Existenz- und Wirkungslosigkeit. [...]

Entstehungshintergrund. Die BAG Selbsthilfe und die Barmer GEK widmen sich seit einigen Jahren auf einem jährlichen Kongress Grundsatzfragen und Problemen der Weiterentwicklung der Gesundheitsselbsthilfe. Der

vorliegende Band enthält zentrale Beiträge dieser Kongresse, die mit einigen zusätzlichen Arbeiten aus der Praxis der Selbsthilfe abgerundet wurden. [...]

Ausgewählte Inhalte. Im Folgenden möchte ich auf die Aufsätze des ersten Kapitels etwas näher eingehen, da sie Grundsätzliches zum Wandel der Gesundheitsselbsthilfe enthalten.

Die mit ihrem Aufsatztitel aufgeworfene Frage nach der »Entwicklung der Selbsthilfe von der Laienkompetenz zur Professionalität« wird von Frank Schulz-Nieswandt, Ursula Köstler und Francis Langenhorst mit einigem Recht verneint. Nicht nach dem unilinearen Modell einer fortschreitenden Entwicklung lässt sich ihrer Meinung nach die Selbsthilfe verstehen, sondern nach dem Modell der Ambivalenz, wonach »Dinge« der sozialen Wirklichkeit immer zwei Seiten haben: Erwartet die Selbsthilfe öffentliche Förderung, entsteht ein Spannungs- oder gar Widerspruchsverhältnis zwischen dem Anspruch der Selbsthilfe auf Autonomie einerseits und der notwendigen Unterwerfung unter die Regeln der Förderpraxis andererseits; besonders gravierend und destruktiv wird diese Ambivalenz, wenn die Förderung von einem Nachweis der Wirksamkeit (Evidenz) der Gruppenarbeit abhängig gemacht werden soll. Ein anderes Beispiel solcher Ambivalenz ist das Verhältnis des »unteren« Gruppengeschehens zu der »oberen« Verbandsebene. Natürlich gibt es auf der einen Seite die unvermeidlichen Verselbständigungs- und Entfremdungsprozesse zwischen den Ebenen (u. a. Herausbildung einer Funktionsärbene), doch auf der anderen Seite gewinnen die Gruppen an öffentlicher Repräsentanz und politischem Einfluss. Ein weiteres Beispiel gravierender Ambivalenz: Einerseits kann die verbandlich organisierte Selbsthilfe als Akteur in den Organen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenversicherung als Sozialversicherung mitwirken und als Beispiel fortschreitender Demokratisierung des Gesundheitswesens dienen, andererseits wird

sie dadurch in das System des medizinisch-technischen Komplexes integriert und muss dessen Spielregeln folgen. Wichtig erscheint den AutorInnen, dass die Positionierung der Selbsthilfe in den Spannungsbögen verschiedener Kräftefelder als unvermeidbar verstanden und als Gestaltungsauftrag erkannt wird. Unabhängig von allen diesen Ambivalenzen und vor jeder Diskussion ihrer gesundheitspolitischen Dienstbarkeit bleibt den Selbsthilfegruppen eine zentrale Funktionalität: Sie dienen der gelingenden Daseinsbewältigung der Person im Lebenslauf und ihrer Teilhabe am sozialen Leben.

In seinem Beitrag über die »neuen gesellschaftlichen Anforderungen an die organisierte Selbsthilfe« benennt Norbert Wohlfahrt einige für die Zukunft der Selbsthilfe neuralgische Punkte: (a) Die Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitssystems und die durch Markt und Wettbewerb forcierte Orientierung auf KundInnen führt auch bei der Selbsthilfe zu einer verstärkten Dienstleistungsorientierung. Selbsthilfe wird zum Anbieter von Beratung, zum Partner von Zertifizierungsverfahren etc. und damit zu einem normalen Akteur im Marktgeschehen. (b) Die Selbsthilfe erfährt eine Aufwertung in den Gremien des Gesundheitssystems und wird zum anerkannten Vertreter der PatientInnen. Damit verstärken sich die Tendenzen der Professionalisierung und Dienstleistungsorientierung; die VertreterInnen der Selbsthilfe müssen sich darüber hinaus den mit Formalisierung und Bürokratisierung verbundenen Anforderungen der Gremienarbeit gewachsen zeigen. (c) Wie überall führt die demografische Entwicklung zu langfristigen Veränderungen: Strategien zur Gewinnung neuer Mitglieder werden immer wichtiger, da der Nachwuchs ausbleibt. Demenz und Pflege gewinnen als Handlungsfelder der Selbsthilfe und der Angehörigenarbeit zunehmend an Bedeutung. Die Selbsthilfe wird mit versorgungspolitischen Aufgaben konfrontiert und Teil einer staatlichen Wohlfahrtsproduktion. (d) Die

Verschränkung von Engagementpolitik und Selbsthilfeförderung birgt die Gefahr, die organisierte Selbsthilfe als Teilbereich der Politik des bürgerschaftlichen Engagements zu sehen und als Alternative zu professionellen Dienstleistungen aufzubauen. Zusammenfassend wird konstatiert: Die Selbsthilfe wird immer stärker in die Logiken der sozial- und gesundheitspolitischen Versorgung eingebunden. Die Entwicklungen an der Basis und das Gruppen-geschehen werden nachrangig.

Für Bernhard Borgetto erscheint der Prozess der Institutionalisierung der Selbsthilfe vor dem eher an Sozialreform orientierten Ansatz der außenorientierten Selbsthilfe nur folgerichtig. Die Selbsthilfe muss sich mit der Hilfe der Achtsamkeit auf die Prozesse der Institutionalisierung einstellen, damit kein ungewollter Wandel der Formen, Inhalte und Maßstäbe eintritt. Von der Gruppe bis zum Dachverband muss deshalb der innere Zusammenhalt und Zusammenhang gepflegt werden. Ist dies nicht der Fall und verliert sich der Bezug zur Gruppenbasis, verwandelt sich die organisierte Selbsthilfe in eine Art selbstreferenzielle PatientInnenvertretung durch professionalisierte Betroffene oder ihre hauptamtlichen FunktionärInnen. Doch auch in diesem Falle ist Panik unangebracht: Denn chronisch kranke und behinderte Menschen wird es immer geben und folglich auch die Quelle der Selbstorganisation in einer Gruppe. Die Grundlagen der Selbsthilfe sind sicher.

Die patientInnenzentrierte Medizin steht für Norbert Schmacke im Mittelpunkt seiner Überlegungen zur Selbsthilfe. Trotz begrenzter Ressourcen und schwacher institutioneller Verankerung sollte Selbsthilfe stärker als bisher zu einem Motor werden, der die Interessen und Perspektiven der PatientInnen im Medizinalltag stärker zur Geltung bringt; es fällt sogar das beliebte Wort von der Gegenmacht, die von der Selbsthilfe ausgeübt werden könnte. Ihre Beratungskompetenz macht aus der Selbsthilfe einen weiteren Dienstleister, der das Medizinsystem optimiert. Je stärker der medizinische Alltag von Rentabilitäts- und Ökonomisierungsgesichtspunkten bestimmt wird, desto mehr ist von patientInnenzentrierter Perspektive oder auch sprechender Medizin die Rede.

In ihrem Ausblick auf die Zukunft der Gesundheitsselbsthilfe sprechen die Herausgeber von den berechtigten Ansprüchen, die Ratsuchende an professionelle Standards der Gesundheitsselbsthilfe haben. Hier sind meines Erachtens die Sozial- und Gesundheitsberufe und MedizinerInnen die angemessenen AnsprechpartnerInnen, wenn Wissenschaftlichkeit, Professionalität und Richtigkeit der Behandlung, Pflege und Beratung im Vordergrund stehen; Gesundheitsselbsthilfe folgt meines Erachtens anderen Kriterien und ist auch als professioneller Dienstleister falsch definiert. Dementsprechend sind die Mitglieder der Selbsthilfe auch keineswegs aufgefordert, die rasant anwachsenden Wissensbestände

aufzubereiten und zu verarbeiten und entsprechende Beratungen durchzuführen, wie die Herausgeber andeuten. Absurd wird es, wenn Selbsthilfe, die informiert und mit Betroffenen und Interessierten spricht, den Kriterien einer evidenter Medizin folgen soll.

Fazit. Wer sich vor allem über die gegenwärtigen Tendenzen und Entwicklungen der »organisierten« Gesundheitsselbsthilfe (jedenfalls ihrer offiziellen VertreterInnen, Großorganisationen und Verbände) informieren möchte, ist gut beraten, die besprochenen, aber auch alle anderen Beiträge des Bandes aufmerksam zu lesen.

Danner, Martin & Meierjürgen, Rüdiger (Hrsg.) (2015). Gesundheitsselbsthilfe im Wandel. Themen und Kontroversen (Reihe: B.A.G.Selbsthilfe). Baden-Baden: Nomos. 233 Seiten. ISBN 978-3-8487-1210-6. 44 EUR.

Anmerkung

1 Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von Socialnet. Redaktionelle Änderungen betreffen Anpassung an gendersensible Sprache; die markierten Auslassungen sind der begrenzten Seitenzahl unserer Zeitschrift bzw. dieser Ausgabe geschuldet. Zitation der Original-Rezension: Brandenburg, Alexander (2015). Rezension zu: Martin Danner, Rüdiger Meierjürgen (Hrsg.): Gesundheitsselbsthilfe im Wandel. *socialnet Rezensionen*, 03.06.2015. Online verfügbar: <http://www.socialnet.de/rezensionen/18422.php> [14.08.2015].

Rezension

Lehrbuch Soziale Arbeit mit Straffälligen

Gernot Hahn

Die Soziale Arbeit mit straffällig gewordenen Menschen verfügt über eine lange Tradition, benötigt seit jeher ein umfangreiches Wissen zu den Entstehungsbedingungen der Kriminalität und deren Erscheinungsformen, zu kriminologischen Erklärungsansätzen, rechtlichen Rahmenbedingungen, den Lebenslagen der KlientInnen, den Hilfesystemen und schließlich auch zu den spezifischen Methoden Sozialer Arbeit in den wesentlichen Praxisfeldern. Ein solcher systematischer Überblick, der auch auf die methodischen Aspekte eingeht und die Voraussetzung für Aus- und Fortbildung verfügt, lag bislang nicht vor. Gabriele Kawamura-Reindl und Susanne Schneider treten mit diesem Lehrbuch an, diese Lücke zu füllen und präsentieren ein Grundlagenwerk, das eine gründliche Einführung in den Themenbereich und einen gleichermaßen umfangreichen und strukturierten Überblick über das Arbeitsfeld der Straffälligenhilfe bieten möchte. Soviel vorweg: Dieser Anspruch wird mit dem jetzt veröffentlichten Lehrbuch nicht nur erfüllt. Die systematische Darstellung der Einzelaspekte und die didaktische Gestaltung des Lehrbuchs markieren den Anspruch, den eine moderne Straffälligenhilfe beansprucht, weit über reine Ausbildungszwecke in grundlegenden Studiengängen hinaus.

Was bietet das Lehrbuch? In vier Kapiteln einführende und für alle Bereiche geltende Grundlagen, Definitionen und Erscheinungs-

formen von Kriminalität sowie Skizzierungen entsprechender sozialpädagogischer, strafjustizieller und gesellschaftlicher Reaktionen auf Straffälligkeit sowie Ansätze kriminalpräventiver Arbeit. Darauf aufbauend werden grundlegende, auf das professionelle Handeln Sozialer Arbeit abzielende Handlungsmethoden und -ansätze dargestellt, u.a. Beratung, Motivationsförderung, Krisenintervention und Öffentlichkeitsarbeit.

In weiteren acht Kapiteln werden unterschiedliche Handlungsfelder der Straffälligenhilfe thematisiert: Jugendgerichtshilfe, neue Ambulante Maßnahmen nach dem JGG, Gerichts- und Bewährungshilfe, Täter-Opfer-Ausgleich, Soziale Arbeit in Straf- und Maßregelvollzug sowie das Übergangsmanagement zwischen Strafvollzug und (Wieder-)Eingliederung. Die Darstellung der Handlungsfelder wird ergänzt durch ein Kapitel zur Arbeit mit Angehörigen inhaftierter Straffälliger und einem Kapitel zu ausgewählten Ergänzungsthemen, in dem die Autorinnen auf aktuelle kriminalpolitische Phänomene und für die Soziale Arbeit relevante Aspekte (z.B. elektronische Fußfessel, Risikoorientierung in der Straffälligenhilfe) eingehen. Entsprechend dem Konzept der Reihe »Studienmodule Soziale Arbeit« bieten die einzelnen Kapitel eine kompakte Einführung in die jeweilige Thematik, welche durch zusätzliche Übungsfragen, Vorschläge für das Selbststudium und weiterführende Literaturhinweise ergänzt werden.

Das Lehrbuch Soziale Arbeit mit Straffälligen erweist sich als großer Wurf. Die Darstellung der Thematik erfolgt klar strukturiert,

in erfreulich leicht zu erschließender Sprache, dabei durchgehend beeindruckender Tiefe der bearbeiteten Themen. Als Grundlagenwerk für die Ausbildung wird sich das Buch als hervorragend einsetzbar erweisen, da neben der Darstellung der Rahmenbedingungen in den einzelnen Arbeitsfeldern jeweils die damit verknüpften Aufgaben Sozialer Arbeit erfasst und vermittelt werden. Anders als andere für die Arbeit mit straffälligen Menschen relevante Standardwerke liegt das Hauptaugenmerk dieses Lehrbuchs neben der Vermittlung kriminologischer und strafjustizieller Aspekte vor allem auf Fragen der praktischen Umsetzung und Organisation, konkreter Handlungsweisen und Methoden in der Sozialen Arbeit in diesem Feld. Damit hat das Lehrbuch vorerst ein Alleinstellungsmerkmal, da entsprechend konzipierte Werke bislang nicht vorliegen. Entsprechend wird das Buch auch Anregungen für die Gestaltung von Seminarreihen und Lehrveranstaltungen geben und dort nicht nur Impulse setzen, sondern vielleicht auch einen Mindeststandard für entsprechende Studienschwerpunkte und Querschnittsmodule in der Hochschulausbildung anregen. Dementsprechend ist dem Lehrbuch Soziale Arbeit mit Straffälligen eine aufmerksame Beachtung und gute Verbreitung zu wünschen.

Kawamura-Reindl, Gabriele & Schneider, Sabine (2015). Lehrbuch Soziale Arbeit mit Straffälligen (Reihe: Studienmodule Soziale Arbeit). Weinheim: Beltz Juventa. 386 Seiten. ISBN 978-3-7799-3078-5. 29,95 EUR.