

Projekt Brinkum: Ein Werkstattbericht

Ottomar Bahrs; Ralf in der Beek; Eberhard Hesse

Einleitung

An Erfahrungen aus einem im großstädtischen Bielefeld durchgeführten Vorhaben¹ anknüpfend werden seit 1991 unter der Leitung von Dr. Eberhard Hesse Vertreter von Selbsthilfegruppen und Ärzte miteinander ins Gespräch gebracht. Das Projekt zur Förderung und Erforschung der Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Ärzten, kurz: **Projekt Brinkum**, zielt darauf, in einem umschriebenen Raum - Nordkreis Diepholz - die Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Ärzten gezielt zu unterstützen. In etwa vierteljährlichen '**Foren**' treffen sich Vertreter der regionalen Selbsthilfegruppen und niedergelassene Ärzte, um **generelle** Probleme der Zusammenarbeit sowie Arbeitsweise und **spezifische** Probleme einzelner Gruppen zu besprechen. Das Projekt - Laufzeit voraussichtlich zunächst zwei Jahre - wird von der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Münster unter Leitung von Dr. Eberhard Hesse (Brinkum) in Zusammenarbeit mit der AOK Syke (verantwortlich: Dipl.-Päd. Rolf Henschel, Gesundheitsberater), der *Release e.V.*² (verantwortlich: Dipl.-Päd. Wilfried Sondag, leitender Sozialpädagoge) und der *GeMeKo e.V.*³ (verantwortlich: Dr. Ottomar Bahrs, Medizinsoziologe) durchgeführt. Dr. Eberhard Hesse ist Ansprechpartner für die im Nordkreis Diepholz praktizierenden kassenabrechnungsberechtigten Ärzte, Rolf Henschel und Wilfried Sondag sind überwiegende Ansprechpartner der Selbsthilfegruppen, wobei Rolf Henschel eher für den Problemkreis chronische Krankheit und Behinderung und Wilfried Sondag eher für Suchtabhängigkeitsprobleme zuständig ist. Wilfried Sondag, und Rolf Henschel waren schon vor Projektbeginn in ihrem Gebiet als Mittler zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen tätig und wirken als Projektkoordinatoren. Ihnen kommt daher eine Schlüsselrolle für das Gelingen des Projekts zu. Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts haben Dr. Ottomar Bahrs und Diplom-Sozialwirt Ralf in der Beek auf der Grundlage des von Dr. Eberhard Hesse entwickelten Projektdesigns übernommen. Die Studie wird vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) gefördert und auch von der

¹ *Meye, M./Slesina, W. et al. (1990): Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen, Köln: Deutscher Ärzte Verlag.*

² *Release, seit 1970 bestehend, ist ein politisch und religiös unabhängiger Verein und unterhält als Teil eines psychosozialen Netzwerkes mehrere freie anonyme Beratungsstellen und alkoholfreie Begegnungsstätten in fünf Städten und Gemeinden des Nordkreises Diepholz. Release ist als Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle anerkannt, berät Suchtkranke, Suchtgefährdete und deren Angehörige und ist präventiv im Sinne einer umfassenden Gesundheitsvorsorge tätig. Release initiiert und fördert Selbsthilfegruppen: Zum Zeitpunkt der Befragung gab es 15 Release-Selbsthilfegruppen, von denen die meisten symptomübergreifend arbeiten.*

³ *Die Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation (GeMeKo) unterstützt durch Bildungsveranstaltungen und Forschungsaktivitäten den fachübergreifenden Erfahrungsaustausch im Gesundheitsbereich. Die GeMeKo wurde 1990 gegründet und ist ein gemeinnütziger Verein.*

AOK Syke finanziell unterstützt. Bei Projektbeginn führten wir eine Befragung von Ärzten und Selbsthilfegruppen durch, um bisherige Kooperationserfahrungen und Wünsche hinsichtlich der Zusammenarbeit zu eruieren. Eine Vergleichsbefragung nach Projektabschluß soll über den Erfolg der praktischen Arbeit Aufschluß geben.

Das Projekt Brinkum ist eine **Parallelstudie** zur Bielefelder Untersuchung, insoweit es um die Frage geht, ob die Kooperation zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen in ländlichen Gebieten ähnlich wie im großstädtischen Raum beschrieben werden kann. Wir haben daher auch auf die bewährten Meßinstrumente zurückgegriffen. Weiterhin soll exploriert werden, welchen Einfluß Selbstverständnis, Arbeitsweise und soziale Zusammensetzung der Gruppen auf die Kooperation haben. Dieser Zielsetzung entsprechend wurde die Befragung der Selbsthilfegruppen modifiziert und wesentlich erweitert. Schließlich soll im Projektverlauf eruiert werden, inwieweit Selbsthilfeförderung unter Nutzung bereits vorhandener Strukturen möglich ist. Der folgende Werkstattbericht stellt die mit der Bielefelder Untersuchung vergleichbaren Erhebungsdaten in den Vordergrund. Der Verlauf des ersten Projektjahres wird skizziert (Stand: Juni 1992). Art und Bedeutung struktureller Merkmale der Selbsthilfegruppen haben wir demgegenüber an anderer Stelle herausgearbeitet⁴

Ärztebefragung

Im Mai und Juni 1991 wurden alle 125 kassenabrechnungsberechtigten Ärzte im Untersuchungsgebiet von uns angesprochen. Bei der Studie zeigte sich, daß sechs Ärzte nicht zum Sample (Praxisaufgabe, keine eigenen Patienten) gehörten. Da die Rücklaufquote bei schriftlicher Befragung eher gering ist und eine persönliche Befragung aus organisatorischen Gründen nicht durchführbar war, wählten wir die Form der **telefonischen Befragung**, die ganz offensichtlich auch dem ärztlichen Alltag am nächsten ist und nach unserer Erfahrung die Bereitschaft zur Teilnahme an den Foren erhöht. Die Antwortbereitschaft war ausgesprochen hoch: Es konnten 101 Interviews durchgeführt werden (vgl. Tab.1), davon einige in schriftlicher Form, denn einige Ärzte wünschten ausdrücklich eine schriftliche Befragung. Hier handelte es sich bisweilen allerdings um verkappte Verweigerungen: 7 Fragebögen wurden nicht zurückgeschickt. In 11 Fällen erhielten wir eine definitive Absage. **Die Antwortquote liegt damit insgesamt bei 85 %**. Das Interview war in Anlehnung an die Bielefelder Befragung⁵ gebildet, überarbeitet und in ein

⁴ Bahrs, O; Hesse, E (1993): "Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen - Wunsch und Wirklichkeit. Vortrag beim 46. Kongreß der SIMG in Klagenfurt am 11.9.1992", in: Hausarzt (Wien), 8/9, 4, 40-45

⁵ Meye M/Slesina W et al. (1990): Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen, Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Computerprogramm derart übersetzt worden, daß die Antworten direkt eingegeben werden konnten. **Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug etwa 15 Minuten.** Allerdings war es nicht einfach, überhaupt erst einmal eine Interviewsituation herzustellen. 5 bis 6 Versuche der Kontaktaufnahme waren die Regel, 15 vergebliche Versuche das Extrem. **Der Zeitdruck im ärztlichen Handeln setzte sich bis ins Interview fort** - objektiv, wenn der Arzt beispielsweise zu einem Notfall abgerufen wurden, subjektiv, wenn die Ablehnung mit dem Hinweis auf mangelnde Zeit mit 18 Minuten länger dauerte als ein durchschnittliches Interview.

Tabelle 1: Befragte Ärzte nach Gebietsbezeichnungen

| Gebietsbezeichnung | teilgenommen | | Ablehnung | |
|-----------------------|--------------|------|-----------|-------|
| Allgemeinärzte | 28 | 28 % | 6 | 33% |
| praktische Ärzte | 16 | 16 % | 6 | 33 % |
| Internisten | 16 | 16 % | 0 | 0 % |
| Gynäkologen | 11 | 11 % | 3 | 17 % |
| Chirurgen | 8 | 8 % | 0 | 0 % |
| Pädiater | 6 | 6 % | 0 | 0 % |
| HNO | 4 | 4 % | 1 | 6 % |
| Augenärzte | 4 | 4 % | 0 | 0 % |
| Urologen | 3 | 3 % | 0 | 0 % |
| Anästhesisten | 3 | 3 % | 0 | 0 % |
| Orthopäden | 1 | 1 % | 1 | 6 % |
| Neurologen/Psychiater | 1 | 1 % | 0 | 0 % |
| Neurochirurgen | 0 | 0 % | 1 | 6 % |
| Alle | 101 | 100% | 18 | 100 % |

Kenntnis von Selbsthilfegruppen und bisherige Kontakte

Selbsthilfegruppen und die Mitgliedschaft eigener Patienten in einer SHG sind den befragten Ärzten in hohem Ausmaß bekannt:

Tabelle 2: Kenntnis von SHG und bisherige Beziehungen

| | Brinkum Bielefeld | |
|---|-------------------|------|
| Kennen SHG im Landkreis | 94 % | 90 % |
| wissen von eigenen Patienten in SHG | 93 % | 84 % |
| Teilnahme an einer SHG schon einmal empfohlen | 91 % | 83 % |
| schon einmal Kontakt zu SHG gehabt | 64 % | 42 % |

Weder Alter, Geschlecht noch Praxisart, oder -größe hatten einen entscheidenden Einfluß auf das Antwortverhalten. Wie schon in der Bielefelder Studie zeigte sich aber, daß Allgemeinärzte/Praktische Ärzte eine "Führungsposition" in Bezug auf den Kontakt zu SHG einnehmen⁶. Allerdings interpretieren wir diesen Sachverhalt nicht als undramatische Differenzierung nach Fachgebieten (vgl. ebd.), sondern als auffällig bezüglich der Unterscheidung von hausärztlicher und spezialistischer ärztlicher Tätigkeit. Wir fassen die befragten Ärzte und Ärztinnen entsprechend ihrer hausärztlichen Tätigkeit zu den folgenden drei Gruppen zusammen:

- Allgemeinärzte/praktische Ärzte (N=44),
- Gebietsärzte mit Hausarztfunktionen (Internisten, Pädiater,
- Gynäkologen und Psychiater)(N=34) und
- übrige Gebietsärzte (N=23).

Tabelle 3: Beziehungen zu SHG nach hausärztlicher Tätigkeit

| | alle | Allgemein- und praktische Ärzte | Gebietsärzte mit hausärztlichen Aufgaben | übrige Gebietsärzte |
|-------------------------|------|---------------------------------|--|---------------------|
| Kenntnis von SHG | 94 % | 98 % | 94 % | 87 % |
| eigene Patienten in SHG | 93 % | 98 % | 91 % | 87 % |
| Teilnahme empfohlen | 91 % | 98 % | 94 % | 74 % |
| Kontakt zu SHG | 64 % | 73 % | 65 % | 48 % |

Faktisch sind die Quoten der Allgemeinmediziner bei den ersten drei Punkten kaum noch zu steigern: Mit "Nein" antwortete bei der Frage nach Kenntnis von SHG nur ein neu niedergelassener junger Arzt, bei den beiden anderen Fragen ein über 70jähriger Arzt, der den SHG generell negativ gegenüberstand.

Dies zeigt ein gewisses Dilemma der Begleitforschung: Bedenkt man, daß die bloße Niederlassung eines neuen Arztes mit negativer Einschätzung der SHG die Quoten verschlechtern würde,

wird deutlich, daß zumindest bei den Allgemeinmedizinern ein positiver Interventionseffekt des Projektes auf der Ebene bloßer Meinungsbefragung nicht mehr nachweisbar sein wird, wenngleich die Qualität der Zusammenarbeit doch positiv beeinflußt bzw. intensiviert sein könnte.

Bei den Fragen nach Art und Intensität bisheriger Kontakte zu SHG zeigte sich, daß es bereits Ansätze einer regelmäßigen Kooperation gibt: Rund ein Fünftel aller Ärzte mit Hausarztfunktionen gaben an, regelmäßigen Kontakt zu Selbsthilfegruppen zu haben (vgl. Tab. 4). Insgesamt wurden die bisherigen Kontakte als ganz überwiegend "sehr positiv/eher positiv" (75 %) bezeichnet, in keinem Fall als "sehr negativ" und in nur fünf Fällen als eher negativ (8 %).

Tabelle 4: Art der bisherigen Kontakte nach hausärztlicher Tätigkeit (N=101)

| | Allgemein- und prakt. Ärzte | Gebietsärzte mit hausärztl. Aufgaben | übrige Gebietsärzte |
|-----------------------------|--------------------------------|---|------------------------|
| keinen Kontakt | 27 % | 35 % | 52 % |
| Kontakt zu SHG hatten: | 73 % | 65 % | 48 % |
| ◦ einmalig | 9 % | 6 % | 17 % |
| ◦ sporadisch | 43 % | 38 % | 22 % |
| ◦ regelmäßig | 21 % | 21 % | 9 % |
| schon an SHG gewandt | 55 % | 47 % | 26 % |
| SHG hat Kontakt aufgenommen | 57 % | 44 % | 17 % |
| Teilnahme an Gruppentreffen | 48 % | 32 % | 30 % |
| Vortrag vor SHG gehalten | 36 % | 21 % | 13 % |
| SHG ärztlich beraten | 30 % | 21 % | 17 % |
| SHG mitbegründet | 16 % | 24 % | 13 % |

Ebenso wie in der Bielefelder Studie war der Anteil von Ärzten, die von sich aus Kontakt zu SHG aufgenommen oder an Gruppentreffen teilgenommen hatten deutlich höher als der der Ärztinnen⁷. Allerdings konnten wir nur so wenig Ärztinnen befragen, daß die Differenzen nicht signifikant waren. Da ansonsten keinerlei weitere Unterscheidung nach Geschlechtern möglich ist, drängt sich die Vermutung eines Zeitproblems auf: bei den Fragen nach der zukünftigen Kooperationsbereitschaft wurde vielfach mit Bedauern auf das knappe ärztliche Zeitbudget verwiesen - und dies dürfte für Ärztinnen um so problematischer sein, zumal keine der Befragten ledig war. Auch bei der Häufigkeit und Intensität bisheriger Kontakte zwischen SHG und niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen wird die Sonderstellung der Hausärzte deutlich. Dies liegt

⁶ Meye, M.R.; Slesina, W., a.a.O., S. 62

⁷ Meye./Slesina, a.a.O., S. 62.

vor allem, wie Tabelle 5 zeigt, an der besonders engen Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und denjenigen SHG, die dem Bereich "Sucht/psychotherapeutische Orientierung" zuzuordnen sind, während die Zusammenarbeit von SHG mit der Zentrierung auf die Themenkomplexe "Leben mit chronischen Krankheiten/Behinderung" über die drei Arztgruppen gleichermaßen intensiv ist:

Tabelle 5: Bekanntheit und Kontakt nach Art der SHG

| | Hausarzt | Primärarzt | Spezialist | Alle |
|--------------------------------|----------|------------|------------|------|
| <u>eigene Patienten in SHG</u> | | | | |
| chron. Krankh./Behinderung | 55 % | 68 % | 57 % | 59 % |
| therap./Sucht | 84 % | 65 % | 48 % | 69 % |
| alle | 98 % | 91 % | 87 % | 93 % |
| <u>Gruppe empfohlen</u> | | | | |
| chron. Krankh./Behinderung | 52 % | 50 % | 44 % | 50 % |
| therap./Sucht | 89 % | 74 % | 44 % | 73 % |
| alle | 96 % | 94 % | 74 % | 90 % |
| <u>Kontakt zu Gruppe</u> | | | | |
| chron. Krankh./Behinderung | 34 % | 29 % | 35 % | 33 % |
| therap./Sucht | 57 % | 44 % | 13 % | 43 % |
| alle | 73 % | 62 % | 44 % | 62 % |

Einstellungen der niedergelassenen Ärzte gegenüber den SHG

Fast alle befragten Ärzte und Ärztinnen attestieren den Selbsthilfegruppen eine wichtige Funktion bei der Bewältigung chronischer Krankheit und Behinderung. Kaum einer war der Meinung, sie könnten eine Konkurrenz für Ärzte sein.

Tabelle 6: Einstellung der Ärzte gegenüber SHG

| Positive Beantwortung der Items ⁸ Selbsthilfegruppen | Brinkum | Bielefeld |
|---|---------|-----------|
| sind Ärzten gegenüber positiv eingestellt | 48 % | 64 % |
| sind an Kooperation interessiert | 74 % | 81 % |
| sind keine Konkurrenz für Ärzte | 91 % | 90 % |
| verhalten sich sachlich | 61 % | 42 % |
| sind wichtig für Krankheitsbewältigung | 95 % | 90 % |

Auffällig ist, daß die Annahme positiver Einstellung und Interessiertheit in Bielefeld höher war. Bei dieser Frage antworteten in unserer Studie fast 40 % aller Befragten mit "teils/teils", eine Antwortmöglichkeit, die in der Bielefelder Befragung nicht angeboten wurde. Ärzte mit regelmäßigem Kontakt zu SHG bejahten eher die Aussage "SHG sind wichtig für die Bewältigung chronischer Krankheit und Behinderung" und verneinten häufiger die Aussage "SHG verhalten sich oft unsachlich".

Kooperationsinteresse der Ärzte

Entsprechend der allgemein positiven Sicht der Selbsthilfegruppen seitens der Ärzte halten 89 % der befragten Ärzte und Ärztinnen die Kooperation von Selbsthilfegruppen und niedergelassenen Ärzten für "sehr wichtig" (51 %) oder wichtig. Nur 6 % aller Befragten halten die Zusammenarbeit für "weniger wichtig" (3 %) oder gar "unwichtig". Tendenziell halten jüngere Ärzte die Zusammenarbeit für wichtiger und die 3 %, welche die Zusammenarbeit für "unwichtig" halten, liegen mit ihrem Durchschnittsalter mehr als 12 Jahre über dem Altersschnitt des Samples. Am häufigsten begründete sich das Kooperationsinteresse der Ärzte aus der Hoffnung auf die Unterstützung der ärztlichen Tätigkeit durch die SHG (vgl. Tab.7).

Tabelle 7: Gründe (bei Interessierten) für Kooperation mit SHG:

| | |
|---|------|
| Unterstützung ärztlicher Arbeit | 93 % |
| Austausch über Bewältigungsmöglichkeit | 86 % |
| um mehr über psychosoziale Probleme zu erfahren | 75 % |
| Aufklärung der Öffentlichkeit | 67 % |

⁸ Die Daten sind nicht direkt vergleichbar: im Unterschied zu dem in der Bielefelder Studie verwendeten Fragebogen hatte wir die Kategorie ‚weiß nicht‘ durch die neutrale ‚teils/teils‘ ersetzt.

Als weitere Gründe für die Kooperation wurden auf unsere offene Frage genannt: die Koordinationsfunktion des Arztes, Screening, Prävention, konkrete Unterstützung der ärztlichen Behandlung, Erweiterung des Krankheitskonzepts sowie Kostendämpfung (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Weitere Gründe für Kooperation aus ärztlicher Sicht

| |
|---|
| 1. Koordinationsfunktion |
| Der Arzt ist oft erster Ansprechpartner in gesundheitsbezogenen Fragen Prüfung der 'Selbsthilfegruppenfähigkeit' Vernetzung der Gruppen |
| 2. Screening |
| - um 'arzscheue' Patienten zu erreichen - Patienten aus der Isolation zu holen |
| 3. Prävention |
| - Möglichkeit, Vorsorge besser zu propagieren - Prophylaxe im Vorfeld (Sucht!) |
| 4. Unterstützung der Behandlung |
| - Stabilisierung der Arzt-Patienten-Beziehung - Verbesserte Compliance - Kontrolle der (Dauer-)Behandlung - SHG ist als Zweitautorität wichtig (Beispiel: Diabetes) - Medizinische Versorgung allein reicht nicht aus - Lebenssituation ist vom Arzt oft nicht beeinflussbar - SHG sind bei Suchtkrankheiten (z.B.) effektiver (ständige Präsenz zeitlich möglich usw.) |
| 5. Erweitertes Krankheitskonzept |
| - Aufspüren anderer als der vordergründigen Krankheitsursachen, Umdenken in Krankheitsentitäten; Sensibilitätszuwachs - Abbau von Animositäten. - Man kann von der SHG lernen, z.B. chronisch Kranke besser ins Umfeld einzubetten und zu versorgen |
| 6. Kostendämpfung |
| SHG sind ein deutlich kostendämpfender Faktor |

Bei der Einschätzung der Bedeutung von Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und niedergelassenen Ärzten, bei dem geäußerten Informationsbedürfnis über Selbsthilfegruppen in der

Region und in der Einschätzung der Bedeutung einer institutionalisierten Kooperationsberatung gab es keine Unterschiede zwischen Hausärzten und Spezialisten. 77 % aller Befragten wünschen sich Informationen über Art und Anzahl der regionalen Selbsthilfegruppen⁹, ebensoviel möchten mehr über die konkrete Arbeit dieser Gruppen wissen, 79 % über ihre Kooperationsbereitschaft gegenüber Ärzten und ebenso viele wollen mehr über mögliche Kooperationsformen wissen.

Eine institutionalisierte Hilfestellung bei der Kooperation mit Selbsthilfegruppen halten fast alle Ärzte für "sehr wichtig" oder "wichtig". 83% wünschen sich diese bei der Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen und 70 % für den Fall, daß Konflikte in der Kooperation auftreten.

Immerhin 50% der Befragten glauben, daß sie in Zukunft mehr als bisher mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten werden. Keineswegs sind dies aber diejenigen, die in der Vergangenheit keinen Kontakt zu Selbsthilfegruppen hatten, sondern die bereits Kooperationserfahrenen: vor allem die Hausärzte (58 %), vor den Gebietsärzten mit Hausarztfunktionen (52 %) und den Spezialisten (33 %).

Selbsthilfegruppen-Befragung

"Arbeiten Ärzte und Gruppe und Patient bei einem Problem eng zusammen, so gibt es dem Patient viel Sicherheit, und diese Sicherheit allein kann schon oft Probleme lösen!"
(30jährige Verwaltungsangestellte, Stillgruppe)

Für die Selbsthilfegruppen wurde eine zweifache Befragung vorgenommen: ein Interview mit jeweils einem Gruppenrepräsentanten über objektivierbare Merkmale der Gruppe (Gründungsgeschichte, Arbeitsweise, Kooperation mit Ärzten, Zusammenarbeit mit anderen Selbsthilfegruppen) und die schriftliche Befragung (möglichst) jeden Gruppenmitglieds über die für die Teilnahme an der Gruppe motivierenden Probleme, Erfahrungen in der Gruppe, Umgang mit Ärzten etc. Die Erhebung von Sozialdaten dient dazu, die jeweilige Gruppenstruktur (Homogenität bezüglich Alter, Geschlecht, Bildungsstand etc.) zu beschreiben¹⁰.

Das Gespräch mit den Gruppenrepräsentanten war zunächst als schriftliche Befragung konzipiert. Nach den positiven Erfahrungen aus der Ärztebefragung entschlossen wir uns jedoch zu einer **telefonischen Befragung der Gruppenrepräsentanten, um im persönlichen Gespräch die Ziele der Untersuchung darstellen und in der Gruppe selbst Unterstützung für die**

⁹ Ein nicht unbeträchtlicher Anteil der Befragten verneinte dies mit der Begründung, schon ausreichend informiert zu sein.

¹⁰ Bahrs, O.; Hesse, E., a.a.O.

schriftliche Befragung gewinnen zu können. Obgleich nicht persönlich bekannt trafen wir auf ausgeprägte Gesprächsbereitschaft. 63 Gruppenvertreter wurden angesprochen; in 9 Fällen existierten die Gruppen im Erhebungszeitraum nicht mehr, verstanden sich nicht als Selbsthilfegruppen oder hatten inzwischen einen anderen Sprecher¹¹. Alle 54 Gruppensprecher (30 Frauen und 24 Männer) beteiligten sich an der Befragung, so daß eine Vollerhebung der (uns bekannten) Selbsthilfegruppen möglich wurde (Antwortquote 100 %)¹². 34 Gruppen (63 %) lassen sich als im weiteren Sinne psychologisch-therapeutische Selbsthilfegruppen verstehen, bei den anderen Gruppen stehen Hilfen bei chronischer Krankheit und Behinderung im Vordergrund¹³. **Die Motivation für das Gespräch war außerordentlich hoch, die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug 36 Minuten.** Insbesondere die Frage danach, wie jemand zum Gruppenrepräsentanten geworden war, wurde regelmäßig zum Einstieg in die persönliche Krankheitsbiographie. So konnte am persönlichen Beispiel das Interesse für die Studie gefördert werden. Darüber hinaus erhielten wir durch diese Befragungen auch Einblick in die Atmosphäre der Gruppenarbeit und damit Aufschluß über Gruppenmerkmale, die nicht direkt abfragbar sind.

Strukturelle Aspekte der Selbsthilfegruppen

In jeder dritten Gruppen finden sich unmittelbar Betroffene zusammen, etwas häufiger handelt es sich um gemischte Gruppen (40 %), jede siebte Gruppe besteht ausschließlich aus Angehörigen. Suchtabhängigkeit (Alkohol, Medikamente, seltener auch Eßverhalten) ist das Ausgangsthema der meisten Gruppen (45 %), etwa 20 % sind dem Problemfeld 'Umgang mit chronischer Krankheit' zuzuordnen, je 10 % gründen auf der Erfahrung von Stigmatisierung bzw. Behinderung, und immerhin jede siebte Gruppe geht von kritischen Lebenssituationen aus, die nicht unmittelbar medizinisch definierbar sind.

Jede zweite Gruppe existiert seit mehr als 5 Jahren. Jede dritte Gruppe hat potentiell bis 10 Teilnehmer, jede vierte 10 bis 20 bzw. 20 bis 50 Teilnehmer. Die anderen Gruppen geben mehr als 50 Teilnehmer an hier handelt es sich zumeist um Selbsthilfeorganisationen. Die Zahl der Teilnehmer bei den jeweiligen Treffen ist natürlich niedriger: jede zweite Gruppe hat typischerweise bis zu 10 Teilnehmer, jede dritte Gruppe zwischen 10 und 20.

¹¹ Diese Gespräche werden nur bedingt bei der Auswertung berücksichtigt, obgleich hervorzuheben bleibt, daß auch diese Gesprächspartner sehr interessiert waren.

¹² Eine Gruppe befindet sich noch im Gründungsstadium und wird daher nur teilweise in die Auswertung einbezogen.

¹³ Auffällig ist, daß sich die Gruppentypen erheblich hinsichtlich Arbeitsweise, Selbstverständnis und sozialer Zusammensetzung unterscheiden. Sie haben spezifische Formen des Umgangs mit Ärzten sowie anderen Gesundheitsarbeitern ausgebildet und tragen entsprechende Erwartungen an die Ärzte heran. Vgl. Bahrs O, Hesse E, a.a.O.

Insgesamt sprachen 47 Gruppen (87 %) von **Erfahrungen in der Kooperation mit Ärzten**. Ähnlich wie bei der Ärztebefragung liegt dieser Wert deutlich höher als in der Bielefelder Eingangsbefragung¹⁴, was aber insofern nicht überraschend ist, als Selbsthilfeförderung auch vor Projektbeginn schon in den das Projekt unterstützenden Kooperationsberatungsstellen institutionalisiert war¹⁵.

40 Gruppen (75 %) hatten dabei mit niedergelassenen Ärzten zusammengearbeitet, 21 (40 %) mit Krankenhausärzten, 19 (36 %) sowohl mit niedergelassenen wie auch mit Krankenhausärzten. Vergleicht man die Gebiete, so wurden Allgemeinärzte unter den Niedergelassenen mit Abstand am häufigsten genannt (34 Gruppen (64 %) hatten Kontakt zu Allgemeinärzten), unter den Krankenhausärzten dominierten die Internisten (10 Gruppen, 19 %). Allgemeinärzte und Internisten sind auch auf Arztseite die Hauptansprechpartner der Selbsthilfegruppen zur Suchtproblematik - auch dies entspricht dem Ergebnis der Bielefelder Untersuchung¹⁶.

Daß **Ärzte** an einem **Gruppentreffen teilgenommen** hatten, berichteten 24 Gruppen (45 %). 13mal handelte es sich um Krankenhausärzte (25 %), 21 mal um niedergelassene Ärzte (40%), in 10 Fällen war beides vorgekommen (19 %).

Jeder vierte Gruppenrepräsentant sparte nicht mit kritischen Tönen gegenüber Ärzten. Dies ist nicht als Argument gegen eine Zusammenarbeit gemeint, sondern zeigt ganz im Gegenteil den Wunsch nach Verbesserung auf. Gruppen zum Themenkreis 'Hilfen bei chronischer Krankheit bzw. Behinderung' beklagten durchaus mit Nachsicht aufgrund der relativen Seltenheit der jeweiligen Erkrankung den oft fehlenden Informationsstand der Ärzteschaft; weniger Verständnis hatten sie für das bisweilen fehlende Interesse der Ärzte, sich die entsprechenden Informationen zu besorgen, und äußerten sich empört über mangelnde Empathie gerade bei der Mitteilung der oft schwerwiegenden Diagnose. Ein Qualifikationsdefizit scheint bei Ärzten, folgt man den Gruppensprechern, vor allem hinsichtlich der Suchtproblematik zu bestehen: jeder vierte Gruppensprecher machte ungefragt auf dieses Problem aufmerksam, verschiedentlich wurde berichtet, Ärzte hätten durch gar zu sorgloses Verschreibungsverhalten die Entwicklung der Krankheit selbst gefördert.

¹⁴ Meye, M.R.; Slesina, a.a.O., S. 63

¹⁵ Hesse, E.; (Welcher Titel?), 1991

¹⁶ Meye, M.R.; Slesina, W., a.a.O., S 63f

Bedeutung von Selbsthilfe und Kooperation mit Ärzten aus der Sicht der einzelnen Gruppenteilnehmer

Bei der Telefonbefragung haben viele Gruppensprecher ihre Unterstützung zugesagt, andere - besonders die Anonymen Alkoholiker - äußerten Bedenken wegen möglicher Identifizierbarkeit. Insgesamt beteiligten sich aber nur 5 der 54 Gruppen nicht an der Befragung. Dabei gab es erhebliche Schwankungen hinsichtlich der Rücklaufquote. Insgesamt liegen 296 Fragebögen von 49 (91 %) Selbsthilfegruppen vor. Die Antwortquote liegt - gemessen an der durchschnittlichen Teilnehmerzahl der Gruppen - bei etwa 50 % und gemessen an den insgesamt der Gruppe zugeordneten Personen bei etwa 30 %.

In den meisten Fällen (67 %) haben die Befragten sich aus eigener Initiative der Selbsthilfegruppe angeschlossen, oft auch durch andere unterstützt. Der Arzt ist dabei einer unter mehreren. Zwar gibt annähernd jeder vierte Befragte an, von seinem Arzt auf die Selbsthilfegruppe aufmerksam gemacht worden zu sein, doch nur 20 (7 %) sind ausschließlich auf ärztliche Empfehlung in die Selbsthilfegruppe gekommen. Demgegenüber ist bei 57 (19 %) die Motivierung des nicht selbst initiativ gewordenen Betroffenen gleichsam am Arzt vorbei gelaufen und von anderen übernommen worden.

Tabelle 9: Motivation zur Teilnahme an der SHG (Mehrfachangabe möglich)

| | |
|-----------------------|------|
| Eigeninitiative | 67 % |
| Rat von SHG-Mitglied | 27 % |
| Empfehlung des Arztes | 23 % |
| Wunsch Angehöriger | 18 % |
| Rat Sonstiger | 11 % |

Motivation für die Mitarbeit in der SHG

Die überwiegende Mehrheit der Befragten erhofft sich von der Teilnahme an der Selbsthilfegruppe Informationen, die direkt mit dem die Gruppe konstituierenden Problem zusammenhängen. Die Selbsthilfegruppe ist weitergehend aber ein Ort, der ein eigenes Sozialleben entwickelt und in einem allgemeineren Sinne identitätsstützend wirkt. So resultiert in der Selbsteinschätzung neben einer besseren Bewältigung der Krankheit vor allem eine größere Allgemeinzufriedenheit, die in allen Lebensbereichen spürbar wird (Tabelle 10).

Tabelle 10: Teilnahmegründe und Wirkungen der Gruppenarbeit

| In der Gruppe, ... | |
|--|------|
| um Infos über Krankheit zu bekommen | 85 % |
| um Probleme zu bereden | 82 % |
| um Leute, die verstehen, zu treffen | 76 % |
| weil in SHG Freundeskreis | 64 % |
| um über Krankheit öffentlich aufzuklären | 48 % |
| weil in SHG gebraucht | 38 % |
| weil in SHG Freizeitangebot | 33 % |
| weil die Decke auf Kopf fällt | 14 % |
| weil von Ärzten nicht verstanden | 13 % |
| weil Familie in SHG nicht reinredet | 12 % |
| Seit Teilnahme an SHG ... | |
| bessere Krankheitsbewältigung | 78 % |
| insgesamt zufriedener | 72 % |
| aktiver | 65 % |
| gesünder | 56 % |
| im Privatleben besser klar kommend | 56 % |
| mehr Spaß an Arbeit | 49 % |
| im Beruf durchsetzungsfähiger | 44 % |
| veränderte Rolle in Familie | 39 % |

Kooperation mit Ärzten aus der Sicht der Selbsthilfegruppen

Die Selbsthilfegruppenmitglieder wünschen insgesamt stärkere Unterstützung durch die Ärzte. Zwischen erwarteter und erfahrener ärztlicher Hilfeleistung wird eine deutliche Diskrepanz erkennbar:

Tabelle 11: Ärztliche Hilfeleistungen - Erwartungen und Erfahrungen von SHG-Mitgliedern

| Der Arzt ... | soll | tut tatsächlich |
|---------------------------------|------|-----------------|
| verstehen | 91% | 56% |
| auf Alltagsprobleme vorbereiten | 85% | 32% |
| Zuwenden und unterstützen | 84% | 35% |
| praktische Hinweise geben | 80% | 37% |

Während die Erwartungshaltung im wesentlichen die Ergebnisse der Bielefelder Untersuchung bestätigt, ergeben sich deutliche - und zwar durchgängig positive - Abweichungen in Bezug auf die Bewertung des realen ärztlichen Handelns¹⁷. Die Befragten fühlen sich seltener unverstanden (15 % gegenüber 39 % in Bielefeld), weniger schlecht auf Krankheitsfolgen vorbereitet (42% gegenüber 60 %), weniger schlecht über Möglichkeiten der Alltagsbewältigung informiert (42 % gegenüber 46 %) und auch seltener mangelhaft über die Ursachen der Krankheit aufgeklärt (41 % gegenüber 51 %). Da sich ähnliche Unterschiede im Hinblick auf die Bewertung der Kooperationserfahrungen ergeben (vgl. unten), vermuten wir, daß sich das Bild von Ärzten bzw. Selbsthilfegruppen mit wachsender Kooperationserfahrung wechselseitig differenziert: bei Ärzten verstärkt sich die Skepsis, bei Selbsthilfegruppenmitgliedern die Wertschätzung erfahrener ärztlicher Unterstützung¹⁸.

Obgleich in den Interviews immer wieder Kritik an Ärzten anklingt, ist **Unzufriedenheit nicht das entscheidende Motiv** für die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe. Nur 13 % gehen in die Gruppe, weil sie sich von Ärzten bzw. Therapeuten nicht verstanden fühlen, und von ausgesprochener Unzufriedenheit sprechen lediglich 5 % der Befragten¹⁹. Auch dieses Ergebnis entspricht der Bielefelder Untersuchung²⁰.

Tabelle 12: Zufriedenheit mit dem Arzt:

| | |
|------------------|-----|
| sehr zufrieden | 12% |
| zufrieden | 40% |
| teils/teils | 43% |
| unzufrieden | 4% |
| sehr unzufrieden | 1% |

So scheint es, als gingen in den Selbsthilfegruppen kritische Grundeinstellung und Realismus derart Hand in Hand, daß die Möglichkeiten ärztlichen Handelns weder illusorisch überschätzt noch resignatorisch gar nicht mehr genutzt werden. Dies kommt in ähnlicher Weise darin zum Ausdruck, daß 92 % der Befragten eine Kooperation zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen

¹⁷ Meye / Slesina, a.a.O., S. 66

¹⁸ Sicherlich ist beim Vergleich zu bedenken, daß der Auswertung im Unterschied zur Bielefelder Untersuchung die Befragung aller - sich beteiligender - Gruppenmitglieder zugrunde liegt und daß die Antwortvorgabe 'weiß nicht' - ebenso wie bei der Ärztebefragung - durch die neutrale Formulierung 'teils/teils' ersetzt worden.

¹⁹ Man darf dabei freilich nicht übersehen, daß die Selbsthilfegruppe auch Kontakte zu Ärzten vermitteln kann, bei denen sich die Betroffenen aus den unterschiedlichsten Gründen besser aufgehoben fühlen. Insofern kann Unzufriedenheit die Bereitschaft zur erstmaligen Teilnahme an der Gruppe gefördert haben und im Laufe der weiteren Mitarbeit in den Hintergrund getreten sein.

²⁰ Meye / Slesina, a.a.O., S. 64

für wichtig halten und sich 91 % der Befragten auch tatsächlich vorstellen können - aber nur 17 % der Ansicht sind, ohne Ärzte gäbe es keine Selbsthilfegruppen.

Interessanterweise schreiben 67 % der Befragten den Ärzten der Region eine positive Einstellung gegenüber Selbsthilfegruppen zu, sehen diese aber deutlich seltener (32 %) auch praktiziert.

Ein Dilemma wird insofern erkennbar, daß die Befragten - offenbar mit Recht - davon ausgehen, daß Ärzte deutlich häufiger Selbsthilfegruppen empfehlen (61 %) als ihnen aufgrund ihres Informationsstandes (42 % informiert) eigentlich möglich sein kann. In einem Fragebogen hieß es denn auch: "Selbsthilfegruppen sind keine Abschiebe!"

Tabelle 13: Kooperationserfahrungen aus der Sicht der SHG

| | Brinkum | Bielefeld |
|---|---------|-----------|
| Ärzte ... | | |
| sind positiv zu SHG eingestellt | 63% | 74% |
| empfehlen Patienten in SHG | 61% | 70% |
| sind über SHG informiert | 42% | 53% |
| streben partnerschaftliches Verhältnis an | 34% | 47% |
| haben gute Beziehung zu SHG | 32% | 28% |
| empfinden SHG nicht als Konkurrenz | 72% | 61% |

Erwartungen an die Kooperation

Insoweit es darum geht, was Ärzte zur Verbesserung der Kooperation konkret tun können, zeigt sich nahezu dasselbe Bild wie in der Bielefelder Eingangsbefragung (Tabelle 14).

Tabelle 14: Erwartungen von SHG-Mitgliedern an Ärzte hinsichtlich der Kooperation

| | Brinkum | Bielefeld |
|-----------------------------|---------|-----------|
| in SHG empfehlen | 99% | 95% |
| Infos auslegen | 97% | 96% |
| an SHG-Treffen teilnehmen | 94% | 86% |
| gelegentlich Vortrag halten | 92% | 82% |
| SHG medizinisch beraten | 85% | 82% |
| Gründung unterstützen | 82% | 70% |

Auffällig ist aber, daß unserem Untersuchungsergebnis zufolge die **Erwartungen an die ärztliche Kompetenz** im Nordkreis Diepholz erheblich höher sind (Tabelle 15). Der in der Befragung ablesbare größere Wunsch nach Information ist um so auffälliger, als sich die Befragten im Un-

tersuchungsgebiet vergleichsweise nicht als schlechter informiert empfunden hatten. Es muß aber offen bleiben, ob darin ein Indikator für größeres Arztvertrauen zu sehen ist - sei dieser nun durch die Besonderheit der ländlichen Region oder die Erfahrung gewachsener Kooperationsbeziehungen zwischen Selbsthilfegruppen und Ärzten begründet. 86 % der Befragten wünschen nähere Information über kooperationsbereite Ärzte.

Tabelle 15: Gründe für die Kooperation

| | Brinkum Bielefeld | |
|---|-------------------|-----|
| Ärzte können über Krankheitsfolgen informieren | 95% | 74% |
| Ärzte können von SHG Bewältigung des Alltags lernen | 93% | 84% |
| Vorurteile abbauen helfen | 91% | 84% |
| Ärzte können Infos über Behandlung geben | 90% | 63% |
| SHG kann ärztliche Arbeit ergänzen und unterstützen | 90% | 88% |
| Ärzte können Infos über Ursachen geben | 90% | 49% |

Zumeist wird der gewünschte Kooperationspartner unter niedergelassenen Ärzten gesucht (82 % gegenüber 49 % Krankenhausärzten), bevorzugt unter Allgemeinärzten und praktischen Ärzten (56 %). Unter den Gebietsärzten sind vor allem Nervenärzte gefragt (11 %), es folgen Internisten (8 %), Orthopäden (6 %) und Rheumatologen (5%). Die Ergebnisse entsprechen den Befunden in der Bielefelder Studie²¹. Hervorzuheben ist, daß **Selbsthilfeförderung auch in der Sicht der Selbsthilfegruppen vor allem eine Domäne des Primärarztes ist**. Die große Bedeutung des Nervenarztes ist im Untersuchungsgebiet um so bemerkenswerter, als im Befragungszeitraum nur ein einziger - sehr engagierter - Arzt dem hohen Bedarf gegenüber stand.

Weitere Gründe für die Kooperation

"Es geht bei vielen Leuten um Leben oder Tod, das ist (im Fragebogen, OB) nicht deutlich genug herausgekommen. Ich habe mehrere Leute sterben gesehen, die nicht über Selbsthilfegruppen informiert waren." (47jährige Kinderfrau, Suchtgruppe).

Knapp jeder fünfte Befragte (56, 19 %) gab bezugnehmend auf unsere offene Frage Gründe für die Kooperation zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen an, die im Fragebogen selbst noch nicht genannt waren (Tabelle 16). Zumeist handelt es sich dabei um kritische Hinweise zum ärztlichen Kommunikationsverhalten bezüglich Fachkompetenz, Bedeutung der psychosozialen Gesamtsituation und personaler Zuwendung. Interessanterweise ist damit zumeist der unmittelbare Arzt-Patienten-Kontakt angesprochen und nicht die Kooperation mit den Gruppen. Es

²¹ Meye /Slesina, a.a.O., S. 68f

scheint, als werde in der Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen eine Chance dafür gesehen, eine auf Kompetenz und Verlässlichkeit basierende Arzt-Patienten-Beziehungen zu strukturieren.

Tabelle 16: Weitere Gründe für die Kooperation

| | |
|-----------|---|
| 1. | Wünsche nach erweiterter Arzt-Patienten-Kommunikation |
| | <ul style="list-style-type: none"> - der Arzt soll einfach mehr 'da' sein - mehr Beratung - mehr Aufklärung - Aufklärung der Familie - Einbeziehen des Umfelds - Insgesamt körperliche und seelische Erkrankungen von unterschiedlichen Ansätzen her behandeln - Patienten auf andere Möglichkeiten der Behandlung hinweisen. |
| 2. | Verbesserung der Information der Ärzte |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Wirksamkeit regelmäßigen wöchentlichen Turnens z.B. bei Rheuma - Ärzte sind zu wenig informiert über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten z.B. bei Krebs - Krankenhausärzte wissen oft nicht, mit welcher seelischer Belastung Krebskranke entlassen werden - Brisante Medikamentenverordnung bei Suchtgefährdeten! - Erfahrungs- und (z.T. auch) Interessenmangel in ärztlicher Suchtkrankenhilfe - Fortbildung notwendig - Selbsthilfegruppen sind keine 'Abschiebe' |
| 3. | Problemgruppenbezogene Kooperation |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Info-Austausch bei bestimmten Patienten - Zusammenarbeit bei Menschen mit Selbstmordabsichten - Ärzte/Ärztinnen als Ansprechpartner, wenn Menschen mit akuten Problemen und Krisen in der Selbsthilfegruppe auftauchen, die die Möglichkeiten der Gruppe überfordern. |
| 4. | Konkrete Angebote |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Die Beschwerden der Patienten in der Gruppe sammeln. |

| |
|---|
| 5. Unterstützung bei Abbau von Vorurteilen und Rehabilitierung |
| <ul style="list-style-type: none"> - Jede Art Aufklärung, und zwar von allen Seiten, nach allen Seiten - Vorbildwirkung des Arztes: Gruppen sind nicht "Asoziale" - Der liebevolle, menschliche, verständnisvolle Umgang miteinander (Ärzte und Selbsthilfegruppen) - Lobby, um auch im Gesundheitsbereich Veränderungen zu erreichen - Verbesserung der Situation behinderter Menschen - Wiedereingliederung |
| 6. Prävention |
| <ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe weiterer Störungen, z.B. Psychosomatik - Forschungsförderung |

Bereitschaft von Selbsthilfgruppenmitgliedern zur Förderung der Kooperation mit Ärzten

Unsere Befragung zeigt - wie die Bielefelder Untersuchung -, daß Selbsthilfgruppenmitglieder nicht nur an der Kooperation mit Ärzten interessiert, sondern auch bereit sind, dafür etwas zu tun (Tabelle 17). Bemerkenswerterweise können sich 68 % der Befragten vorstellen, ihre Gruppe in der Praxis von Ärzten vorzustellen. Diese Form der Kontaktaufnahme entspricht der von Ärzten und Selbsthilfgruppen gleichermaßen geäußerten Einschätzung, daß die über persönliche Beziehungen vermittelte Kooperation am wirkungsvollsten ist.

Tabelle 17: Bereitschaft von SHG zu eigener Unterstützung der Zusammenarbeit

| | Brinkum | Bielefeld |
|------------------------------------|---------|-----------|
| Ärzten Infos geben | 93% | 91% |
| in Gruppe einladen | 85% | 82% |
| über praktische Hilfen informieren | 85% | 81% |
| zu Vortrag laden | 89% | 79% |
| Gruppe in der Praxis vorstellen | 68% | - |

Foren

Bislang haben im Rahmen der Studie 5 Treffen von Selbsthilfgruppenrepräsentanten und/oder Ärzten stattgefunden, die jeweils protokolliert wurden. Das vorbereitende Treffen im März 1991 war ausschließlich für die Selbsthilfgruppen gedacht. Im Mai 1991 wurde das Projekt auch den Ärzten der Region vorgestellt. Teilnehmer von Selbsthilfgruppen schilderten dabei ihren Weg

in die Selbsthilfegruppe. Beim Treffen im Juni 1991 stellten sich gezielt 5 Gruppen vor. Es handelte sich dabei um drei symptomübergreifend arbeitende *Release*-Gruppen, eine regionale Gruppe der Rheuma-Liga, und eine Guttempler-Gruppe. Bei dem allgemein als sehr produktiv empfundenen Treffen im November 1991 kamen die Selbsthilfegruppen für Diabetes, für Psoriasis, die Übergewichtigen Gruppe bei *Release* Brinkum sowie die symptomübergreifend arbeitenden Gruppen von *Release* Weyhe und *Release* Syke untereinander und mit den beiden anwesenden Ärzten ins Gespräch. Im März 1992 fand erneut ein Treffen statt, bei dem die Frauenselbsthilfe nach Krebs und eine *Release*-Gruppe berichteten. Leider waren auch hier nur 2 Ärzte anwesend. Beim Treffen im Juni 1992 wurden Ergebnisse der Eingangsbefragung mit Vertretern von 13 Selbsthilfegruppen und 2 Ärzten diskutiert. Erneut wurde die Kommunikation im Sprechzimmer als Problem benannt, das von Ärzten und Patienten wechselseitig aufrechterhalten wird. Das Arztgespräch soll nunmehr sowohl im Kommunikationstraining für Ärzte wie in einem Seminar für Selbsthilfegruppen eingeübt werden.

Gesamteindruck

Die Eingangsbefragung im 'Projekt Brinkum' bestätigen im wesentlichen die Ergebnisse der Bielefelder Untersuchung. An dem Ziel gemessen, projektbedingte Einflüsse meßbar zu machen, ist die breite Zustimmung zum Gedanken der Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen fast schon eine Bürde: auf der Ebene der Meinungsbefragung ist wesentliche Veränderung nicht zu erwarten. Im Nordkreis Diepholz gibt es freilich auch bereits eine gewachsene Tradition, die sich unter anderem in **Kooperationsberatungsstellen** niedergeschlagen hat. Bei der Untersuchung wurde allerdings deutlich, daß diese bislang **noch längst nicht in dem Maße genutzt werden**, wie es möglich wäre. Viele Ärzte kennen erstaunlicherweise nicht den Leitfaden der AOK Syke, in dem Adressen und Ansprechpartner der Selbsthilfegruppen verzeichnet sind. Auch wird ein Mangel an Informationen über die Selbsthilfegruppen beklagt, obgleich diese häufig in Form von Broschüren durchaus verfügbar wären. Damit ist die Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen vor allem über persönliche Kontakte vermittelt - und das könnte auch so bleiben. Bislang scheint nämlich - nimmt man die Teilnahme an den Foren als Indikator - die Bereitschaft der Ärzte begrenzt, neue Ansprechpartner zu suchen. Der enge zeitliche Rahmen mag dabei eine wesentliche Rolle spielen - im ländlichen Raum mehr noch als im städtischen. Das schließt aber keineswegs aus, daß Selbsthilfeförderung im Rahmen des Praxisalltags bedeutsam ist bzw. weiter an Bedeutung gewinnt. Es kommt daher darauf an, überzeugend aufzuzeigen, wie die Kooperation mit Selbsthilfegruppen aus der Sprechstunde erwächst und für

den Arzt eine Chance zu beruflicher und persönlicher Entlastung ist, die von den Gruppen auch keineswegs als kostenlose Mehrarbeit erwartet wird²².

Während die Sucht-Selbsthilfegruppen und Gruppen des Typs '*Hilfen zum Umgang mit chronischer Erkrankung bzw. Behinderung*' in breitem Maße akzeptiert sind, erfahren die Gruppen zum Themenkreis Trauer und Depression (Seniorengruppe Brinkum; Trauernde Eltern) nach unserem Eindruck bislang zu wenig Unterstützung und stehen vor größten Bestandsproblemen. Sie bedürfen offenbar der kontinuierlichen professionellen Begleitung²³. Dies gilt möglicherweise analog für die Gruppen von Eltern suchtabhängiger Kinder (Angehörigengruppe Bassum, Elternkreis Brinkum) oder weitergehend für Elterngruppen insgesamt.

Die Kooperation zwischen Ärzten und dem 'Aggregat Selbsthilfegruppe' (Röhrig) hat paradoxerweise in den Augen der Interakteure ihren wesentlich Sinn in der Stärkung der individuellen Patienten-Arzt-Beziehung. Idealerweise wird der jeweilige Kompetenzbereich respektiert und eine den jeweiligen Möglichkeiten entsprechende Teilung der Verantwortung in der Gesamtbehandlung angestrebt. Beispielhaft genannt seien hier die von ehemaligen Sucht-abhängigen gemeinsam mit dem Arzt durchgeführten Beratungsgespräche zur Motivierung für den Alkoholentzug bzw. die Vorbereitung auf die Kehlkopfoperation mit Unterstützung eines Mitglieds der Selbsthilfegruppe für Kehlkopfloße. Diese Zusammenarbeit steht sowohl im Dienste der Einzelbehandlung wie der Gruppenarbeit.

²² In diesem Sinne bereiten wir einen wissenschaftlich begleiteten (haus-)ärztlichen Qualitätszirkel vor.

²³ Selbst dann kann, wie Rolf Henschel von der ihm initiierten Gruppe berichtete, das Projekt scheitern.