



HALLESCHER BEITRÄGE ZU DEN GESUNDHEITS- UND PFLEGEWISSENSCHAFTEN



»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«

Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)

Perspektiven und Potenziale der gemeinschaftlichen Selbsthilfe im Pflegebereich

von Martin Stummbaum und Margit Stein

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG
ISSN 1610-7268

43

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 5. Juli 2009

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610-7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Inhaltsverzeichnis

1	Gemeinschaftliche Selbsthilfe	6
2	Selbsthilfeengagement	7
3	Pflege – (k)ein Zukunftsthema in der gemeinschaftlichen Selbsthilfe	10
4	Unterstützung pflegebezogener Selbsthilfe zwischen Mythos und Innovation	12
	Literatur	13

Zusammenfassung

Selbsthilfegruppen haben sich in den letzten 30 Jahren in Deutschland aus einem alternativen Nischendasein zu einem weit verbreiteten und politisch-gesellschaftlich anerkannten Unterstützungsangebot etabliert. Selbsthilfegruppen richten als freiwillige, nicht kommerzielle Zusammenschlüsse von Betroffenen oder Angehörigen ihre Aktivitäten auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheit sowie psychischen und sozialen Problemen (vgl. DEUTSCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT SELBSTHILFEGRUPPEN 1987). Im Jahre 2004 engagierten sich in Deutschland circa drei Millionen Bürger/innen in rund 100.000 Selbsthilfegruppen (ROBERT KOCH INSTITUT 2004).

Diese Erfolgsstatistik basiert überwiegend auf einer sich aus sogenannten Volkskrankheiten, sowie chronischen und lebensbedrohlichen, aber behandelbaren Erkrankungen konturierenden Gesundheitsselbsthilfe. Im Vergleich zur Gesundheitsselbsthilfe, die vielfach als »vierte Säule« des deutschen Gesundheitswesens titulierte wird, konnte sich eine dezidierte Pflegeselbsthilfe (noch) nicht entsprechend konturieren und etablieren.

Auf der Basis einer erläuternden Darstellung der allgemeinen Wirkungseffekte gemeinschaftlicher Selbsthilfe wie beispielsweise Überwindung von Isolation, Erhalt sozialer Unterstützung, Aktivierung und Gewinn von Zuversicht, Formulierung und Vertretung von gemeinsamen Interessen (vgl. BORGETTO 2004) werden pflegespezifische Kontextanforderung sowie Perspektiven gemeinschaftlicher Pflege-Selbsthilfe diskutiert. Im Zentrum des Beitrags stehen dabei die Möglichkeiten der Gründung von Pflege-Selbsthilfeinitiativen.

Pflege-Selbsthilfeinitiativen können – analog des erfolgreichen und etablierten Modells der Eltern-Kind-Selbsthilfeinitiativen – ein Arrangement bilden, das u.a. den Koproduktionsprozess von Pflegeleistungen unterstützt und die Kundensouveränität ihrer Mitglieder innerhalb des Pflegemarktes stärkt. Weiter können Pflege-Selbsthilfeinitiativen als Akteure auf dem Pflegemarkt Unterstützungs- und Pflegeleistungen günstiger und bedarfsgerechter einkaufen.

Abstract

Self-help groups have flourished within the last years and have developed themselves from an alternative niche existence to a wide-spread and widely recognized social system within the last 30 years. Self-help groups are uncommercial and voluntary groups of persons affected by illness, psychological or social problems and are founded to manage and handle the problems in question and can be seen as an important, cheap and successful substantial element of the social system and health care system (see DEUTSCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT SELBSTHILFEGRUPPEN 1987). In Germany for example over three million people were involved in more than 100.000 self-help groups in 2004 (see ROBERT KOCH INSTITUT 2004).

This story of success is based mainly and predominantly on self-help groups of people suffering from diverse illnesses, for example chronic illness, life-threatening, but treatable illnesses etc. In comparison to that health self-help, which is often seen as »the fourth column« of the German health system, a care self-help could not be established up to now.

On the basis of the description of general effects of self-help groups, for example in the fields of overcoming isolation, improving social support, activation of people and backing up feelings of hope and confidence as well as the formulation of common interests (see BORGETTO 2004) the specific context of a special care self-help and the requirements of a care self-help are discussed. The article focuses on the possibilities of establishing care self-help groups.

Similar to the successful and established model of parent-child self-help groups, care self-help groups could form an arrangement which could support people engaged in the care of partners, parents, children and other relatives and could also strengthen the sovereignty of persons and customers within the care market. For example care self-help groups could buy care support cheaper and more orientated at the demands of its members within the care market.

Schlagworte

- Selbsthilfeengagement und Selbsthilfegruppen
- Selbsthilfeunterstützung
- Pflegebedürftigkeit
- pflegende Angehörige
- Pflegemarkt
- Self-help
- self-help-groups and -support
- care
- maintaining member
- care market

Über die Autorin

Martin Stummbaum, Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Lehrstuhl für Sozialpädagogik und Gesundheitspädagogik der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt; Langjährige Geschäftsführungstätigkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen, (wissenschaftlicher) Mitarbeiter beim Bundesmodellprogramm »Selbstbestimmt Wohnen im Alter« und beim Modellprojekt »Wohnraumanpassung im Landkreis Neuburg-Schrobenhausen« des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung

Prof. Dr. phil. habil. Margit Stein, Professorin für Klinische Sozialarbeit und Rehabilitation im Studiengang Gesundheitswesen und Sozialwesen an der Fachhochschule Nordhausen; Mehrjährige wissenschaftliche Projektmitarbeiterin am Lehrstuhl für Sozialpädagogik und Gesundheitspädagogik der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt und am Zentralinstitut für Ehe und Familie in der Gesellschaft der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt mit den inhaltlichen Schwerpunkten: Berufliche Bildung, Gesundheit, Schule, Senioren/innen, Werte



1 Gemeinschaftliche Selbsthilfe

Im Jahre 2004 engagierten sich in Deutschland circa drei Millionen Bürger/innen in rund 100.000 Selbsthilfegruppen (vgl. ROBERT KOCH INSTITUT 2004).

Selbsthilfegruppen definieren sich als »freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind«. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmäßigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie die Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die Gruppe ist dabei ein Mittel, die äußere (soziale gesellschaftliche) und die innere (persönliche seelische) Isolation aufzugeben. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder und nicht auf Außenstehende. Darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern geleitet. Manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu" (DEUTSCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT SELBSTHILFEGRUPPEN e.V. 1987).

Das Spektrum an Selbsthilfegruppen, die Menschen bei der Problem- und Krankheitsbewältigung unterstützen und begleiten, ist vielfältig und reicht beispielsweise von A wie Anonyme Alkoholiker oder Alzheimer Selbsthilfe, über B wie Borreliose Selbsthilfe, E wie Eltern behinderter Kinder oder erwachsene Inzestopfer, Frauen nach Brustkrebs, G wie Glaukom Selbsthilfe, J wie Junge Depressive, L wie an Leukämie erkrankte Erwachsene oder Lokführer nach Personenunfällen, M wie Mobbing in der Altenpflege, P wie pflegende Angehörige, R wie Rheuma Selbsthilfe oder Russischsprachige Diabetiker, T wie Türkische Frauen mit psychischen Erkrankungen, (...) bis Z wie Zöliakie Selbsthilfe.

Die vorausgegangene Aufzählung spiegelt einen kleinen Ausschnitt der thematischen Anlässe von Selbsthilfegruppen wider und verdeutlicht in ihrer Themenzusammenstellung, dass die Erfolgsgeschichte der »aktuellen« Selbsthilfebewegung überwiegend von der Vielzahl gesundheitsbezogener Selbsthilfegruppen getragen ist. Der Anteil gesundheitsbezogener Selbsthilfe beträgt deutschlandweit schätzungsweise über 70 Prozent (vgl. ROBERT-KOCH-INSTITUT 2004, S. 14 und STUMMBAUM 2007).

Die »aktuelle« Selbsthilfebewegung entwickelte sich in den zurückliegenden vier Jahrzehnten aus einem alternativen Nischendasein zu einem gesellschaftlich und politisch anerkannten Bewältigungs- und Unterstützungsarrangement.

TROJAN (1986) veröffentlichte zu den Anfängen der aktuellen Selbsthilfebewegung eine Publikation mit dem Titel »Wissen ist Macht«. In diesem Publikationstitel kristallisiert sich das Stimmungsbild der gesellschaftlichen Subkulturen in den siebziger und achtziger Jahren des vorherigen Jahrhunderts, in denen die Erfolgsgeschichte der gesundheitlichen Betroffenen selbsthilfe ihren Ursprung nahm.

Die damalige Gesundheitsselbsthilfe ist mit dem emanzipatorischen Anspruch gestartet, Erfahrungswissen von Patienten/innen neben medizinischem Expertenwissen im Behandlungsprozess zu placieren. Die Mitglieder der damaligen Selbsthilfebewegung wollten als Patienten/innen sowohl als Mensch als auch in der Diagnose nicht auf ein

krankes Organ (Das Lungenkarzinom auf Zimmer 122) reduziert werden. Gesundheits-selbsthilfe war geprägt von einem (Selbst-)Verständnis als Gegenmacht zur etablierten (Über-)Macht von Ärzten/innen. In den damaligen Gesundheitsselbsthilfegruppen bildeten und unterstützten Patienten/innen sich gegenseitig, um als mündige und informierte Patienten/innen dieser Abwertung auf ein Krankheitssyndrom entgegen treten zu können. Der Zugang zu und die Wertigkeit bzw. Anerkennung von Wissensbeständen stand zur damaligen Zeit im Aktivitätszentrum der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen. Die Entstehungsprozesse der (gesundheitsbezogenen) Selbsthilfe lassen sich theoretisch im Empowerment-Ansatz verorten (vgl. STARK 1996) und fanden ihre Anfänge inmitten und als Teil alternativer Bürgerinitiativen wie der Antiatomkraft-, Frauen-, Friedens-Ökologie- sowie der Schwulen- und Lesbenbewegung.

Im Laufe der Jahre verdörrte dieses alternative Wurzelgeflecht zusehends und (gesundheitsbezogene) Selbsthilfe erlangte eine parteienübergreifende und gesamtgesellschaftliche Anerkennung. ERLER (2006) attestiert, dass die Zeit des Aufstands und der Auseinandersetzung vorbei sei und gemeinschaftliche Selbsthilfe mittlerweile »kreuznormal« geworden ist. Insbesondere die gesundheitsbezogene Selbsthilfebewegung vollzog sukzessiv einen Positionswechsel vom Kritiker zum Partner des öffentlichen Gesundheitswesens. Der jetzige bayerische Ministerpräsident Horst Seehofer unterstrich zu seiner Zeit als Bundesgesundheitsminister die über die Jahre erlangte Bedeutung der Selbsthilfebewegung, indem er die gemeinschaftliche Selbsthilfe als vierte Säule des Gesundheitswesens bezeichnete (vgl. BORGETTO 2007 und KEIDEL 2008). In dieser Säulenmetapher bilden sich jedoch gleichermaßen Erfolg und Dilemma der Entwicklungsgeschichte der (gesundheitsbezogenen) Selbsthilfe ab. Die Einreihung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe als vierte Säule des Gesundheitswesens dokumentiert einerseits eine große Anerkennung und Bedeutungszuschreibung und sichert damit auch die finanzielle Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe nach beispielsweise §20c SGB V. Andererseits bürdet die zugewiesene Funktion als vierte Säule des Gesundheitswesens der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe die Last bzw. Verpflichtung eines allgemeinen bzw. regulären Angebots auf, unter der u.U. die selbsthilfespezifischen Wirkweisen verlustig gehen können (vgl. STUMMBAUM 2009a). In diesem Zusammenhang besteht vor allem in Zeiten angespannter öffentlicher Finanzhaushalte die Gefahr, dass (gesundheitsbezogene) Selbsthilfe als Residualgröße in Finanzbudgetplanungen missbraucht wird. Gemeinschaftliche Selbsthilfe würde damit zum Verschiebebahnhof für öffentliche Aufgaben verkommen, die staatlicherseits nicht mehr finanziert werden können bzw. sollen.

2 Selbsthilfeengagement

Dem Engagement in Selbsthilfegruppen werden eine Vielzahl von positiven Wirkweisen zugeschrieben. Selbsthilfegruppenengagement soll u.a. einen problem- bzw. krankheitsbezogenen Kompetenzerwerb und Erfahrungsaustausch ermöglichen, Unterstützungs- und Bewältigungspotentiale aktivieren, Ausgrenzung und Isolation verhindern, emanzipatorisch wirken, bürgerschaftliches Engagement fördern, präventiv wirken und ökonomisch angezeigt sein.

Der Terminus »Selbsthilfegruppenengagement« dient aufgrund dieser Vielfalt und Vielschichtigkeit intendierter positiver Wirkweisen als eine Art Chiffre, die in verschiedenen (fach-)politischen und normativen Diskursen unterschiedlich ausformuliert wird. Stellvertretend seien an dieser Stelle auf die mit gemeinschaftlicher Selbsthilfe verbundenen Hoffnungen eines Politikwechsels oder einer Reduzierung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit, Pflege und Soziales angesprochen.

Hinsichtlich einer fundierten und differenzierten Bestimmung der positiven, aber auch negativen Wirkweisen von Selbsthilfeengagement liefern auch die Erhebungen und Untersuchungen der Selbsthilfeforschung nur bedingt aussagekräftige Ergebnisse, da »die meisten Studien wenig oder keinen Bezug zu den vorhergehenden bzw. gleichzeitig ablaufenden Arbeiten herstellen. Es erscheint oftmals zufällig, welche Arbeiten bei der Entwicklung der eigenen Fragestellung und der Beurteilung des aktuellen Stands der Forschung auch in eingegrenzten Bereichen der Selbsthilfeforschung berücksichtigt werden - geschweige denn, dass die vorgängigen Arbeiten systematisch diskutiert und der eigenen Arbeit zugrunde gelegt würden« (vgl. BORGETTO 2004).

STUMMBAUM und STEIN (2008) legte für eine differenziertere Erhebung der Wirkweisen von Selbsthilfegruppen eine theoretische Folie zugrunde, die sich aus einer Verschränkung von Sinn- und Werteprozessen entfaltet. Sinn- und Werteprozesse strukturieren und beeinflussen Selbsthilfeengagierte in ihren Handlungen sowie in ihrem Umgang mit den Ressourcen der eigenen Person und der Gruppe. Anhand dieses Erhebungsansatzes lassen sich selbsthilfegruppenspezifische Wirkweisen umfassender und differenziert nach Gruppen- und Wirktyp innerhalb eines theoretischen Gesamtkontextes und im Verlauf des Selbsthilfeengagements abbilden. Diese aus Sinn- und Werteprozessen gespannte Theoriefolie bildet damit auch einen zusammenhängenden Hintergrund, um die in diversen Erhebungen und Untersuchungen formulierten Wirkweisen von Selbsthilfegruppenengagement sowie deren theoretische Fundierung (vgl. BORGETTO 2004) systematisierend einordnen zu können.

Die theoretische Kontextuierung dieses Erhebungsansatzes basiert auf den Arbeiten von ARON ANTONOVSKY (1997) zur Salutogenese und von SHALOM SCHWARTZ (1992) zur Wertorientierung.

ANTONOVSKY (1997) postuliert, dass für die erfolgreiche Bewältigung und den erfolgreichem Umgang mit Krankheit und erfahrenem Leid nicht nur die Stressoren und die entgegen gesetzten Widerstands-Ressourcen körperlicher, psychischer und sozialer Art von Bedeutung seien. Vorrangig von großer Bedeutung sei, in welche Sinnzusammenhänge der einzelne das Erlebte einzuordnen weiß. Der erfahrene und konstruierte Sinn des Erlebten steht dabei in engem Zusammenhang mit der Wertorientierung eines Menschen.

Auf Basis einer Evaluation von Praxiskontakten wurden die Selbsthilfegruppenengagement konstituierenden Sinn- und Werteprozesse in einer zeitlichen Abfolge differenziert. Anhand dieser Unterteilung in Kontakt-, Beitritts-, Teilnahme- und Austrittsphase wurden des Weiteren vorhandene Studien und Theorien zum Selbsthilfegruppenengagement eingefügt. Nachfolgend sollen exemplarisch die ersten beiden Phasen, die für ein Selbsthilfeengagement von besonderer Relevanz sind, überblicksartig skizziert werden.

Selbsthilfegruppen können für von Problemen oder Erkrankungen selbst oder als Angehöriger betroffene Menschen einen Lebensraum offerieren, in dem für eine erfolgreiche

bzw. nachhaltige Bewältigung grundlegende Prozesse der Sinn- und Werte(neu)bildung angeregt, unterstützt und begleitet werden. Diese Sinn- und Wertearbeit ist in unserer pluralistischen Gesellschaft selbst bei alltäglichen Problem- und Bewältigungsanforderungen kein leichtes Unterfangen (vgl. KEUPP 1999). In der Bewältigung von existenziellen Widerfahrnissen (vgl. BIRGMEIER 2007), kritischen Lebensereignissen und schwerwiegenden Problemen wie sie der Eintritt von Pflegebedürftigkeit beispielsweise darstellen kann, überfordert es Betroffene und Angehörige vielfach und erschüttert tradierte Lebensentwürfe in ihren sinn- und wertebezogenen Grundfesten. Selbsthilfegruppen können für (in)direkt Betroffene längerfristige Settings der Sinn- und Werte(neu)bildung gewährleisten.

Unter welchen Bedingungen diese kritischen Lebensereignisse und Lebenswiderfahrnisse die Kontaktaufnahme und den Beitritt zu einer Selbsthilfegruppe veranlassen, lässt sich vor dem Hintergrund vorhandener Sinnbezüge und Wertepreferenzen abbilden.

Bezüglich potenzieller Negativfaktoren, von denen insbesondere die ersten beiden Prozessphasen belastet werden können, liefern gleich mehrere Ansätze Hinweise; dazu zählen insbesondere Negativfaktoren wie die fehlenden Teilnahmekompetenzen der Adressaten/innen (vgl. NICKEL u.a. 2006), das Problem der für diese Zielgruppen untypischen Selbsthilfeformen (vgl. GILLICH 2003), das Inadäquatsein der Zugangswege (vgl. HILL, STUMMBAUM & ZINK 2007) und das Erschwernis, Bedingungen zur Konstitution eines entsprechenden Aktions- und Definitionsraum zu schaffen (vgl. STUMMBAUM 2008) sowie der Umstand, dass das professionelle Gesundheits- und Sozialwesen mit ihrer »fürsorglichen Belagerung« sozialer Hilfedomänen selbst organisierte Empowerment-Prozesse, aus denen sich Selbsthilfegruppen konstituieren, behindern (vgl. KEUPP 1998).

Die genannten Negativfaktoren für ein Selbsthilfegruppenengagement können allesamt bei einer differenzierten und reflektierten Gestaltung der Settings von Selbsthilfeunterstützung und Selbsthilfeengagement in ihren Hemmnis- bzw. Verhinderungspotenzial minimiert werden (vgl. STUMMBAUM 2009a).

In der Beitrittsphase erschließen Selbsthilfegruppen ein auf der Basis gemeinsamer Betroffenheit von Vertrauen und Verständnis getragene Problem- und Bewältigungsprozesse. Die gemeinsame Betroffenheit beispielsweise als pflegende Angehörige schwächt individuelle Unterschiede ab und steuert möglicherweise auftretenden Gefühlen von Inkompetenz, Unterlegenheit oder Scham bereits im Ansatz entgegen. In der Beitrittsphase und im weiteren Teilnahmeverlauf führt die gemeinsame Betroffenheit dazu, dass sich alle Teilnehmer/innen sowohl als Hilfe nehmend als auch als Hilfe gebend erleben können. Dieser dynamische Wechsel zwischen Hilfe nehmender und Hilfe gebender Rolle weicht im Selbsthilfegruppenverlauf stetig defizitfixierte Sichtweisen auf und bereitet den Weg, ressourcenvolle Erfahrungen (wieder) wahrnehmen zu können.

Theoretisch lassen sich diese von der Beitrittsvoraussetzung einer gemeinsamen Betroffenheit getragenen Wirkprozesse am »Modell des direkten Effekts« und am »Modell der Abschwächung des Effekts« (HECKHAUSEN & LANG 1996, S. 394) sowie an der Austausch- theorie (HECKHAUSEN & LANG 1996) abbilden.

Nach ANTONOVSKY (1997) ist davon auszugehen, dass für die individuelle Einschätzung einer Bewältigungsanforderung die subjektiv wahrgenommene Ressourcenausstattung gegenüber den objektiv zur Verfügung stehenden Ressourcen einen größeren Einfluss hat. Selbsthilfegruppenengagement generiert durch eine dynamische Verschränkung von

indirekten und direkten Sinn- und Werteprozessen einen gleichermaßen objektiven und subjektiven Ressourcenfundus. Für den Möglichkeitsraum individueller Bewältigung sind nach FOPPA (1988) die subjektiven Ressourcen von entscheidender Relevanz.

In diesem Zusammenhang zeigt sich auch ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Selbsthilfegruppenbereich und dem professionellen Gesundheits- und Sozialwesen. Im Selbsthilfegruppenbereich ist im Vergleich zum professionellen Gesundheits- und Sozialwesen ein weitaus größeres Emotionalitätsspektrum zur Schaffung eines subjektiven Ressourcenraums verfü- und einsetzbar. Gemeinsam mit Betroffenen bei der Bewahrung schlimmer Diagnosen zu weinen oder von akuten Krisen betroffene Personen mehrmals am Abend anzurufen, ist innerhalb einer Selbsthilfegruppe möglich. Im Rahmen professioneller Settings würde dieses den arbeitsrationalen Organisationsrahmen sprengen und gegen gängige Professionsparadigmen verstoßen.

3 Pflege – (k)ein Zukunftsthema in der gemeinschaftlichen Selbsthilfe

Im Vergleich zur dominierenden Gesundheitsselbsthilfe, die vielfach als »vierte Säule« des deutschen Gesundheitswesens tituiert wird, konnte sich eine dezidierte Pflegeselbsthilfe (noch) nicht entsprechend konturieren und etablieren. Dennoch ist die Herausforderung und Problematik von Pflege in der deutschen Selbsthilfegruppenlandschaft nicht als eine randständige Thematik zu betrachten. Die Herausforderungen und Problematiken von Pflege stellen eine oftmals hintergründige Querschnittsthematik dar, welche vor allem in gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen wie beispielsweise von Alzheimer Erkrankten, Eltern mehrfach behinderter Kinder oder Patienten nach dem Schlaganfall als ein Bewältigungsaspekt von Krankheits- oder Unfallfolgen (mit)behandelt wird.

Eine themenprägnantere Konturierung und Etablierung einer pflegebezogenen Selbsthilfe kann für die von Pflege (in)direkt Betroffenen sowie für den gesamten Selbsthilfegruppensektor und die Selbsthilfeunterstützung viel versprechende Zukunftswege ebnen.

Das Statistische Bundesamt weist in der Pflegestatistik 2005 2,6% der Bevölkerung als pflegebedürftig aus. Neben diesen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes insgesamt 2,13 Millionen pflegebedürftigen Menschen existieren weitere statistisch nicht erfasste Pflegebedürftige, deren Pflegebedarf nach dem Pflegeversicherungsgesetz nicht anerkannt wurde bzw. die ihren Pflegebedarf nicht pflegegesetzlich geltend gemacht haben. Die Pflegestatistik informiert weiter, dass 980.000 Pflegebedürftige zuhause i.d.R. ohne Pflegedienste von Angehörigen und weitere 472.000 Personen zuhause vollständig oder teilweise von ambulanten Diensten sowie 677.000 Personen stationär gepflegt wurden (PFAFF 2008).

Über die grundsätzliche Bereitschaft der beiden Bevölkerungsgruppen der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, sich in Selbsthilfegruppierungen zu engagieren, kann aufgrund der uneinheitlichen Ergebnislage vorhandener Erhebungen nur spekuliert werden (vgl. ROBERT-KOCH-INSTITUT 2004, S. 13). Unter Zugrundelegung des vom Robert-Koch-Institut im Jahre 2003 fernmündlich durchgeführten Gesundheitssurveys, nach dem 9% der Befragten im Alter von 18 bis 79 Jahren aus (in)direkter Betroffenheit an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen haben bzw. teilnehmen (ROBERT-KOCH-INSTITUT 2004,

S. 12), beläuft sich das Engagementpotenzial von pflegebezogenen Selbsthilfegruppen (für Pflegebedürftige und deren Angehörigen) auf circa 400.000 Personen.

Für den gesamten Selbsthilfegruppensektor im allgemeinen und die pflegebezogene Selbsthilfe im besonderen würde die Realisierung eines Engagementpotenzials in der genannten Größenordnung die zukünftigen Perspektiven der Vertretung von Betroffeneninteressen erheblich stärken.

Um diese Zukunftswege allerdings erfolgreich beschreiten zu können, wird es darauf ankommen, Krankheits- und Unfallfolgen nicht nur im Fokus der Pflege thematisiert zu vermehren, sondern vor allem einen kollektiven Aktions- und Definitionsraum pflegebezogener Selbsthilfe überzeugend zu konturieren (vgl. NEIDHARDT 1994 und STUMMBAUM 2008).

Aus der Erfolgsgeschichte gesundheitsbezogener Selbsthilfe lassen sich für die Konturierung und Etablierung einer pflegebezogenen Selbsthilfe navigatorische Hinweise gewinnen. WIEDEMANN (2007) benennt als den ersten und wahrscheinlich wichtigsten Schritt auf dem Weg zum Erfolg, dass es bei allen Unterschiedlichkeiten zwischen den vielfältigen Gesundheitsselbsthilfegruppen gelungen ist, gruppenübergreifende Gemeinsamkeiten wahrzunehmen und auf deren verbindender Basis Stärke zu entwickeln. Für eine pflegebezogene Selbsthilfe erfordert ein solcher Schritt vor allem eine Vorklärung der Beteiligungsstrukturen der beiden Engagiertengruppen der selbst und der als Angehörige von Pflege betroffenen Menschen. In diesem Zusammenhang sei auf die im Jahre 2008 erfolgte Gründung der Interessenvertretung pflegebegleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland verwiesen (<http://wir-pflegen.net> 2009)

Neben dem offensichtlichen Erkenntnis- und TransfERNutzen, der sich aus der Erfolgsgeschichte gesundheitsbezogener Selbsthilfe ableiten lässt, können für die Konturierung einer pflegebezogenen Selbsthilfe auch aus anderen auf den ersten Blick nicht (derart) affinen Selbsthilfebereichen wichtige Hinweise und Anregungen gewonnen werden. Insbesondere aus dem Selbsthilfebereich der Eltern-Kind-Initiativen (vgl. BRUDER 2007) könnte das langjährige und tausendfach erfolgreiche Modell der Selbsthilfeinitiativen zur Kinderbetreuung (Eltern-Kind-Initiativen) in den Bereich der pflegebezogenen Selbsthilfe adaptiert werden (vgl. STUMMBAUM 2009b). Selbsthilfeinitiativen als eine im Vergleich zur Selbsthilfegruppe formalisiertere Form von Selbsthilfegruppierung können ein Arrangement bilden, das u.a. den Koproduktionsprozess von Pflegeleistungen unterstützt, pflegende Angehörige entlastet (vgl. SCHMIDT 2007) und die Kundensouveränität ihrer Mitglieder innerhalb des Pflegemarktes stärkt. Weiter können Pflege-Selbsthilfeinitiativen als Akteure auf dem Pflegemarkt Unterstützungs- und Pflegeleistungen günstiger und bedarfsgerechter einkaufen (vgl. STUMMBAUM 2009a). Exemplarisch seien an dieser Stelle drei mögliche Adaptionenmodelle in den Bereich der pflegebezogenen Selbsthilfe aufgeführt:

Adaptionenmodell A: Selbsthilfeinitiativen zur selbstorganisierten Leistungserbringung, z.B. Angehörigen-Pflegebedürftigen-Initiative zur ambulanten Pflege/Betreuung von Familienmitgliedern mit oder ohne Hinzuziehung von angestellten oder beauftragten Arbeitskräften

Adaptionenmodell B: Selbsthilfeinitiativen zum selbstorganisierten Leistungseinkauf, z.B. als Einkaufsgenossenschaft von pflegebedürftigen Menschen, um Pflegeleistungen günstiger einkaufen zu können

Adaptionsmodell C: Selbsthilfeinitiative für die selbstorganisierte Trägerschaft z.B. eines Pflegeheims oder einer betreuten Seniorenwohnanlage auf Basis einer Genossenschaftsorganisation.

Vor dem Hintergrund der (zunehmenden) Ökonomisierung öffentlicher Daseinsorge und der damit verbundenen Tendenz zu standardisierten und vergleichbaren Dienstleistungsprodukten können die vorgenannten drei Modelle zur Erbringung, zum Einkauf und zur Organisation von Pflegeleistungen einen Beitrag leisten, diesem Trend gegenzusteuern. Pflegebezogene Selbsthilfegruppierungen nutzen in allen drei Modellansätzen ihre kollektiven (Markt)potenziale zum individuellen Vorteil ihrer Engagierten (vgl. KLÖCK 1998).

Einen weiteren wirtschaftlichen Nutzen können pflegebezogene Selbsthilfegruppen entfalten, indem sie ihre kollektiven (Markt)potenziale im Sinne des Verbraucherschutzes einsetzen. Pflegebezogene Selbsthilfegruppen können einen wichtigen Beitrag zum Verbraucherschutz leisten, indem sie Pflegebedürftige und deren Angehörige in ihrer Stellung als Verbraucher/innen stärken. Bürger/innen, die sich ihrer Rechte als Verbraucher/innen bewusst sind, mahnen Missstände und mangelhafte Leistungen in der Pflege i.d.R. konsequenter an und sichern ihre Beurteilung von Pflegeangeboten durch den Rückgriff auf seriöse Quellen zur Information und Leistungsbeurteilung ab (vgl. STIFTUNG WARENTEST 2004a/b und BAUER 2001).

4 Unterstützung pflegebezogener Selbsthilfe zwischen Mythos und Innovation

Die Geschichte der gemeinschaftlichen Selbsthilfe seit 1997 gliedert MATZAT (1997) überblicksartig in vier Entwicklungsepochen. STUMMBAUM (2009a) unterteilt den Entwicklungsprozess der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in fünf Entwicklungsetappen. Aus beiden Überblicksdarstellungen lässt sich unschwer erkennen, dass gemeinschaftliche Selbsthilfe über die Jahre einem dynamischen Wandel unterworfen war. Dieser Wandel betrifft sowohl die gesellschaftlichen und politischen Kontextbedingungen und Anforderungen als auch die thematischen und teleologischen Ausrichtungen von Selbsthilfeengagement. Im Vergleich hierzu erscheint der Veränderungsgrad professioneller Selbsthilfeunterstützung sowohl in Dynamik als auch Ausmaß zurückliegend. Insbesondere hinsichtlich gerechter Teilnahmekancen an Selbsthilfegruppen, die BRÖMME und STRASSER (2000) als exklusive Solidaritäten bezeichnen, besteht ein großer Nachholbedarf seitens professioneller Selbsthilfeunterstützung (vgl. STUMMBAUM 2009a).

Im Zuge der Konturierung und Etablierung einer pflegebezogenen Selbsthilfe könnte dieser Nachholbedarf aufgegriffen und Perspektiven einer zeitgemäßen Selbsthilfeunterstützung erarbeitet werden. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetztes, welches in §45d SGB XI die Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe explizit aufgenommen hat, dürften für diesbezügliche Modellevaluationen und -vorhaben auch entsprechende Finanzmittel abrufbar sein (vgl. <http://www.bundesrecht.juris.de> 2009).

Vor dem Hintergrund gerechter Teilnahmekancen an (pflegebezogenen) Selbsthilfegruppen (vgl. BORGETTO & KOLBA 2007, BRÖMME & STRASSER 2001, EHRLINGHAGEN 2001) erscheint eine intensivere und differenziertere Unterstützung von Selbsthil-

fegruppen und Selbsthilfeengagierten dringend angezeigt. Insbesondere im Bereich der Vorbereitung von, dem Übergang zu und der Beendigung von Selbsthilfegruppenengagement besteht für eine effektive und effiziente Selbsthilfeunterstützung erhebliches Optimierungspotenzial (vgl. STUMMBAUM 2009a). Bis dato ist professionelle Selbsthilfeunterstützung jedoch noch zu sehr am Gründungsmythos der völligen Abstinenz von Professionellen verfangen und kann damit Perspektiven von systemintegrativen Unterstützungsformen zwischen den Systembereichen der Selbsthilfeunterstützung und des Selbsthilfegruppenengagements nur unzureichend erfassen.

Ein dynamisches Beschreiten solcher Entwicklungsperspektiven erscheint nicht nur aus Optimierungsgründen, sondern vor allem auch aufgrund des Umstandes dringend angeraten, dass Selbsthilfegruppenengagement neben positiven auch mit negativen Folgen verbunden sein kann. VOGEL (1990) erfasste in einer qualitativen Studie die Folgen von Selbsthilfegruppenengagement und kam zu dem Ergebnis, dass vor allem ein »verzögerter« Ausstieg – also ein sich über einen längeren Zeitraum hinziehender Ausscheidensprozess aus der Selbsthilfegruppe – mit negativen Nachwirkungen verbunden war. Nachdem sich in den letzten Jahren auch bei Teilnehmer/innen von Selbsthilfegruppen negative Nebenwirkungen, die sich unter dem Syndrom »Burnout aufgrund von Selbsthilfegruppenengagement« subsumieren lassen, gehäuft haben (vgl. z.B. <http://www.agus-selbsthilfe.de> und SCHULTE 2005), erscheint es dringend angeraten, bei der zukünftigen Konturierung und Etablierung einer pflegebezogenen Selbsthilfe innovative Wege zu systemintegrativen Formen der Selbsthilfeunterstützung zu beschreiten. (vgl. KRELING 2008, STUMMBAUM & BIRGMEIER 2009 und STUMMBAUM 2009a).

Richtungsweisende Hinweise können hierzu beispielsweise aus dem Modellprojekt des Selbsthilfezentrums München und dem Krankenhaus Neuperlach zur professionellen Begleitung einer Selbsthilfegruppe für Schmerzpatienten/innen (HAMMERL & HERMES 2002) gewonnen werden. Im Rahmen dieses Modellprojekts wurden interessierte Patienten/innen auf dem Weg zu einer funktionierenden Selbsthilfegruppe über einen Zeitraum von zwölf Monaten von professionellen Fachkräften begleitet (vgl. auch REICHWALD 1999).

Mit der Pflegereform 2008 (vgl. <http://www.bundesrecht.juris.de> 2009) sind Voraussetzungen geschaffen worden, die einer angemessenen Konturierung und Etablierung pflegebezogener Selbsthilfe sowie adäquater Formen der Selbsthilfeunterstützung einen wichtigen An Schub geben können.

Literatur

- Antonovsky, A.** (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- Bauer, R.** (2001): Klientenrechte und Nutzerstrukturen sozialer Dienste. Berlin
- Birgmeier, B.** (2007): Handlung und Widerfahrnis. Frankfurt/Main
- Borgetto, B. & Kolba, N.** (2008): Wie anfällig ist die gemeinschaftliche Selbsthilfe für die Reproduktion und Produktion sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit? In: Bauer, U.

- & Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege – Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Gesundheit und Gesellschaft. Wiesbaden
- Borgetto, B.** (2004): Selbsthilfe und Gesundheit – Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland. Bern
- Borgetto, B.** (2002): Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Stand der Forschung und Forschungsbedarf. In: Bundesgesundheitsblatt: Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz 45 (I). 26-32
- Brömme, N. & Strasser, H.** (2001): Gespaltene Bürgergesellschaft – Die ungleichen Folgen des Strukturwandels von Engagement und Partizipation. Politik und Zeitgeschichte. B25-26. 6-14
- Brömme, N. & Strasser, H.** (2000): Exklusive Solidarität – Die ungleichen Folgen des Strukturwandels von Engagement und Partizipation, Tagungsbeitragsdokumentation: 30. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Köln
- Bruder, R.** (2006): Der Kleinkindertagesstättenverein (KKT) und Eltern-Kind-Initiativen – Von Anfang an dabei. In: Selbsthilfzentrum München (Hrsg.): 20 Jahre Selbsthilfeunterstützung in München. München
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.** (1987): Selbsthilfegruppen-Unterstützung – Ein Orientierungsrahmen. Berlin
- Erlinghagen, M.** (2001): Die sozialen Risiken »Neuer Ehrenamtlichkeit« – Zur Zukunft des Ehrenamts am Beispiel der Bürgerarbeit. Politik und Zeitgeschichte. B25-26. 33-38
- Erler, W.** (2006): Selbsthilfebeirat und Selbsthilfeförderung in München – Für eine kuschelige und/oder kämpferische Selbsthilfe. In: Selbsthilfzentrum München (Hrsg.): 20 Jahre Selbsthilfeunterstützung in München. München
- Foppa, K.** (1988): Über Möglichkeitsräume von Handlungen. Psychologische Beiträge. 30. 248-284
- Gillich, St.** (2003): Zur Selbsthilfe Wohnungsloser. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (Hrsg.): Wohnungslos (Ausgabe 45). Frankfurt am Main
- Hammerl, V. & Hermes, K.** (2002): Kooperation Krankenhaus und Selbsthilfe – Evaluation eines Modellprojekts. (Hrsg.): Selbsthilfzentrum München und Krankenhaus Neuperlach. München
- Heckhausen, J. & Lang, F.** (1996): Social construction and old age: Normative conceptions and interpersonal processes. In G. Semin & K. Fiedler (Eds.). Applied Social Psychology. London
- Hill, B., Stummbaum, M. & Zink, G.** (2007): Modellkonzeption zur Förderung sozialer Selbsthilfe sozial benachteiligter Menschen. München
- <http://www.agnus-selbsthilfe.de/index.php?id=17>** (2008) Zum Rücktritt der Leiterin der Selbsthilfegruppen »Angehörige um Suizid« (aufgerufen am 18.11.2008)

- <http://www.wir-pflegen.net> (2009): Internetauftritt der Interessenvertretung pflegebegleitender Angehörigen und Freunde in Deutschland (aufgerufen am 10.01.2009)
- Keidel, T.** (2008): Selbsthilfe – von der Protestbewegung bis zur vierten Säule im Gesundheitswesen. In: Die Demokratische Schule. DDS 2008-12. München
- Keupp, H.** (1999): Identitätskonstruktionen – Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Hamburg
- Keupp, H.** (1998): Von der "fürsorglichen Belagerung der eigenen Stimme" der Betroffenen. In: R. Geislinger (Hrsg.): Experten in eigener Sache. München
- Klöck, T.** (Hrsg.) (1998): Solidarische Ökonomie und Empowerment. München
- Kreling, E.** (2008): Qualität in der Selbsthilfe – Wie sich das Angebot von Supervision auf die Qualität der Gruppenarbeit auswirkt. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. Gießen
- Matzat, J.** (1997): Selbsthilfe im Gesundheitswesen – Wider die Aufteilung in Helfer und Hilfebedürftige. In: Bauchredner – Mitgliederjournal der Deutschen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Vereinigung e.V. (DCCV) Ausgabe 03/1997
- Neidhardt, F.** (1994): Öffentlichkeit, öffentliche Meinung und soziale Bewegung, In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (Heft 34). Köln
- Nickel, St. & Werner, S. & Kofahl, Ch. & Trojan, A.** (Hrsg.) (2006): Aktivierung zur Selbsthilfe – Chancen und Barrieren beim Zugang zu schwer erreichbaren Betroffenen. Essen
- Pfaff, H.** (2008): Pflegebedürftige heute und in Zukunft. In: Statistisches Bundesamt Deutschland (Hrsg.): STATmagazin 11/2008. Wiesbaden
- Reichwald, U.** (1999): Selbsthilfe und Psychologie – Ein Erfahrungsbericht aus der Arbeit mit Selbsthilfegruppen chronischer Schmerzpatienten. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 1999. Gießen
- Robert Koch Institut** (Hrsg.) (2004). Selbsthilfe im Gesundheitsbereich – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 23). Berlin
- Schmidt, H.-L.** (2007): Partizipation – Anspruch für Betroffene und Angehörige in der Rehabilitation (unveröffentlichtes Manuskript). Eichstätt
- Schulte, H.** (2005): Wer immer nur gibt, muss auch auftanken – Erfahrungen aus Seminaren der Frauenselbsthilfe nach Krebs. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2005. Gießen
- Schwartz, S. H.** (1994): Are there universal aspects in the structure and contents of human values? Journal of Social Issues. 50. 19-45
- Stark, W.** (1996): Empowerment – Neue Handlungskompetenz in der psychosozialen Praxis. Freiburg

- Stein, M.** (2008): Wie können wir Kindern Werte vermitteln? Werteerziehung in Familie und Schule. München
- Stiftung Warentest** (2004b): Essen auf Rädern (Ausgabe 6). Berlin
- Stiftung Warentest** (2004a): Beratung von Arbeitsämtern (Ausgabe 4). Berlin
- Stummbaum, M.** (2009a): Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Marktökonomie und gruppenbezogener Betroffenen Selbsthilfe. Eichstätt (im Erscheinen)
- Stummbaum, M.** (2009b): Die intermediär-integrative Funktion von Selbsthilfegruppen. In: Schmidt, H.-L. (Hrsg.): Sozialpädagogik und Integration. Eine Sammlung von Beiträgen zu theoretischen und wissenschaftlichen Grundlagen, Praxis- und Handlungskonzepten sowie exemplarisch ausgewählten Arbeitsfeldern. Eichstätt (im Druckvorgang)
- Stummbaum, M. & Birgmeier, B.** (2009): Coaching von kommunalen Versorgungs- und Selbstsorgeprozessen im Spannungsfeld zwischen Parallelität und Kontrareität. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 01/2009. Baden-Baden
- Stummbaum, M.** (2008): Soziale Selbsthilfe und Wohlfahrtsverbände – Zwischen Konkurrenz und Kooperation. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 3/2008. Baden-Baden
- Stummbaum, M. & Stein, M.** (2008): Selbsthilfeengagement konstituierende Sinn- und Werteprozesse. Eichstätt (unveröffentlichte Konzeption zur Erhebung »Sinn- und Wertebildung in Selbsthilfegruppen«)
- Stummbaum, M.** (2007): Gesundheitslastigkeit von Selbsthilfe – oder warum soziale Selbsthilfe (noch) ein Schattendasein führt. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 04/2007. Baden-Baden
- Trojan, A.** (Hrsg.) (1986): Wissen ist Macht – Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt/Main
- Vogel, R.** (1990): Gesprächs-Selbsthilfegruppen – Interviews mit Aussteigern und Dabeigeblienen. Berlin
- Wiedemann, J.** (2006): 20 Jahre Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. In: Selbsthilfezentrum München (Hrsg.): 20 Jahre Selbsthilfeunterstützung in München. München