



Michael Voigt, »Eckensteher«

Selbsthilfe und salutogenetische Orientierung

Förderung der Selbsthilfe als Teil der Gesundheitsförderung

OTTOMAR BAHRS

Selbsthilfe hat viele Gesichter. Je nachdem, ob die Ebene des Einzelnen, der Familie, der Gruppe oder der Organisation betrachtet wird, ist mit Selbsthilfe Unterschiedliches gemeint und der Bezug zur salutogenetischen Orientierung spezifisch zu betrachten. Dies gilt analog für eine defizitorierte Sichtweise, die auch im Bereich der Selbsthilfe nicht ausgeschlossen ist. Selbsthilfe und professionelle Unterstützung können sich im Hinblick auf Kompetenzentwicklung ergänzen, wie am Beispiel eines in der Hausarztpraxis dokumentierten Motivationsgesprächs diskutiert wird.

Schlüsselworte: Selbsthilfe, Fremdhilfe, Salutogenetische Orientierung, Motivationsgespräch, Hausarzt

Wenn mit Bezug auf Gesundheit von Selbsthilfe die Rede ist, sind zumeist Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen oder diese unterstützende Einrichtungen gemeint. Orientiert man sich am Sprachgebrauch, so ist von einer allgemeineren Definition auszugehen. Dabei wirkt der Begriff der Selbst-Hilfe bei näherer Betrachtung paradox. Während das Selbst uns beständig bei der Alltagsbewältigung begleitet, legt der Begriff der „Hilfe“ nahe, dass die zur Lösung erforderlichen Mittel dem Akteur zunächst nicht zur Verfügung stehen. Er muss also weitere Ressourcen aktivieren, die in ihm selbst bzw. seiner Umgebung zumindest potentiell vorhanden sind. Damit ergibt sich ein erster Hinweis auf eine salutogenetische Orientierung: Selbsthilfe ist eine Herausforderung zu Kompetenzentwicklung und Weiterentwicklung des Selbst.

Dem Duden zufolge bedeutet Selbsthilfe zunächst, dass etwas – z.B. der Bau des Eigenheims – ohne fremde Hilfe erreicht wird. Analog dazu ließe sich sagen, dass die kontinuierliche Her-

stellung von Gesundheit zunächst in Selbstregulation erfolgt und auch Beeinträchtigungen der Gesundheit in der Regel anfänglich in Eigenregie behandelt werden. Anders gesagt: Saluto-Genese ist primär Auto-Salutogenese und insofern eine eigenständige Leistung [Matthiessen 2011]. Selbsthilfe meint in diesem Sinne, dass Bewältigungsressourcen aktiviert, entwickelt oder organisiert werden. Allerdings: So wie Familienangehörige, Nachbarn, Freunde und Kollegen beim Bau des Eigenheims Hand anlegen können, so wird auch in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in der Regel auf Familienhilfe und ggf. weitere Formen sozialer Unterstützung zurückgegriffen. Bernhard Borgetto spricht hier von „erweiterter individueller Selbsthilfe“ [Borgetto 2013: 131]. Selbsthilfegruppen sind dann zu verstehen als eigens zum Zwecke der wechselseitigen Unterstützung gegründete Formen der „gemeinschaftlichen Selbsthilfe“ [Borgetto 2013: 131].

Reichen die eigenen Ressourcen nicht aus, so kann Unterstützung in Form von Hilfe zur Selbsthilfe oder als direkte Fremdhilfe erfolgen. Selbsthilfe und Fremdhilfe verweisen also wechselseitig aufeinander und sind auch entwicklungsgeschichtlich von Beginn an miteinander verwoben. Sie können sich ergänzen, aber sie können auch im Widerstreit stehen z.B. dann, wenn unterschiedliche Vorstellungen darüber bestehen, was als „Hilfe“ anzusehen ist und welche Ziele überhaupt erreicht werden sollen. Die Herstellung von Gesundheit ist damit auch Ausdruck und Ergebnis von Befähigung, d.h. eines Prozesses der Entwicklung und Auseinandersetzung [Matthies-

Selbsthilfe ist eine Herausforderung zu Kompetenzentwicklung und Weiterentwicklung des Selbst.

	Selbsthilfe	Fremdhilfe
Laienhilfe	Individuelle Selbsthilfe Gegenseitige Hilfe Bedarfsgerechtes Organisieren von Fremdhilfe	Ehrenamtliche Laienhilfe
Fachliche Hilfe	z.B. Selbstbehandlung eines Arztes	Ärztliche Hilfe Psychologische Hilfe Therapeutische Hilfe Sozialarbeiterische Hilfe

Tabelle 1: Handlungsformen der Hilfe, Quelle: Borgetto 2004: 80

sen 2011]. Borgetto folgend lassen sich mit Bezug auf die Akteure unterschiedliche Formen der auf Selbsthilfe gerichteten Handlungen unterscheiden (s. Tabelle 1). Mit zunehmender Institutionalisierung der Selbsthilfe können die Unterschiede zur Fremdhilfe für die Betroffenen verschwimmen. Dies besagt nichts über ihren Beitrag zu einer gesunden Entwicklung, wohl aber ist in Rechnung zu stellen, dass eine salutogenetische Orientierung auf den jeweiligen Ebenen von Selbst-Hilfe Unterschiedliches bedeutet. Ich werde im Folgenden auf individuelle Selbsthilfe und Familienhilfe nur noch insoweit eingehen, als diese durch Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen oder Unterstützung durch professionelle Helfer im Hinblick auf eine gesunde Entwicklung gefördert werden.

Balance zwischen Gesundheits- und Krankheitsorientierung

Selbsthilfeförderung gilt als Teil der Gesundheitsförderung, deren Leitkonzept die Salutogenese ist. Allerdings ist wenig darüber bekannt, inwieweit eine salutogenetische Orientierung tatsächlich im Selbsthilfebereich handlungsleitend wird.

Gesundheitliches, Soziales und politische Beteiligung gelten als die drei Seiten gemeinschaftlicher Selbsthilfe [Thiel 2014]. So ermöglicht der Erfahrungsaustausch in der Selbsthilfegruppe, dass das je individuelle Erfahrungswissen in der Wahrnehmung von und im Umgang mit der jeweiligen Problemlage oder Krankheit wertgeschätzt, weitergegeben, reflektiert und fortentwickelt wird. Derart kann die Betroffenenkompetenz anerkannt und genutzt werden. Unter dem Aspekt der Salutogenese betrachtet

könnte man sagen: damit wird primär das Gefühl von Bedeutsamkeit gestärkt und eine weitere Möglichkeit eröffnet, Zugehörigkeit zu erfahren. Es wird das Gefühl von Verstehbarkeit gestärkt und in der Auseinandersetzung eine weitere Chance gegeben, die eigenen Deutungen ernst zu nehmen und weiterzuentwickeln. Dies gilt analog für das Gefühl von Handhabbarkeit. Umgekehrt kann auch deutlich werden, wo Gemeinsamkeiten in der Begrenzung erfahren werden, die auf Lücken in der Versorgung und in der Forschung hinweisen (vgl. Beitrag Geene et al., S. 5). Auch dies kann neue Impulse geben. Wie der österreichische Soziologe Peter Nowack die Aufgaben der Selbsthilfe zusammenfasst, zeigt Tabelle 2.

Wenn gemeinsam keine Antworten gefunden werden können, werden gewöhnlich Experten zu Rate gezogen. Das können erfahrene Selbsthelfer sein, die sich gewissermaßen professionalisiert haben und ihre Expertenschaft nunmehr zur Verfügung stellen; es können aber auch professionelle Gesundheitsdienstleister sein, die ihre in der Regel einzelfallbezogene Arbeit um Beratung und Schulung von Gruppen ergänzen und die dem Gedanken der Selbsthilfe aufgeschlossen gegenüber stehen. Die darin zum Ausdruck kommende Haltung kann für die Betroffenen hilfreich im Sinne eines sich-ernst-genommen-Fühlens sein, und die vermittelten Informationen und Tipps können insgesamt eine gesunde Entwicklung fördern – sie müssen aber vom jeweils Betroffenen auf seine spezifische Situation übersetzt werden können, um für seinen individuellen Gesundungsprozess zu passen. Gelingt dies nicht, so kann die angetragene Hilfe den Betroffenen äußerlich bleiben und entgegen ihrem Anliegen eine defizitorientierte Sichtweise fördern.

Grundaktivität	Gesundheitsorientierung	Krankheitsorientierung
Wechselseitige Unterstützung	In der Alltagsgestaltung und Identitätsfindung sowie im Aufbau unterstützender sozialer Netzwerke	Im Verständnis der Erkrankung und im Umgang mit der Krankheitsbehandlung
Individuelle Unterstützung	Durch Gesundheitskompetenz („Health Literacy“): Beratung für ein gesundes Leben mit der Erkrankung	Durch Krankheitskompetenz („Medical Literacy“): Beratung in „Expert-Patient“-Programmen oder im Disease-Management
Kollektive Interessenvertretung	In der Entwicklung von gesundheitsfördernden Gesundheitseinrichtungen, Lebenswelten und einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik	In der patientenorientierten Qualitätsentwicklung und Systemgestaltung im Krankenbehandlungssystem

Tabelle 2: Aufgaben der Selbsthilfe in der Gesundheitsgesellschaft, Quelle: Nowack 2011: 47

Defizitorientierung ist auf jeder Ebene der Betrachtung auch im Bereich der Selbsthilfe möglich: Wahrnehmung und Orientierung an dem, was gut tut, können beim Betroffenen verschüttet oder wenig entwickelt sein, so dass er sich eher an Fremddefinitionen orientiert. Die Familienmitglieder können bei ihrer Hilfeleistung eigenen Wertmaßstäben oder der Stabilisierung eines pathogen wirkenden Familiensystems den Vorrang geben gegenüber der Förderung der Individuation der Betroffenen. Dies kann analog auch für die Prozesse innerhalb einer Selbsthilfegruppe gelten [Vogel 1990]. Selbsthilfeorganisationen können in dem Bestreben, ihre Mitglieder bestmöglich zu vertreten, durch Aufklärungsarbeit zur Ausweitung der Diagnosen und zur Medikalisierung beitragen [Wilm 2013]. Salutogenetische Orientierung ist mit Bezug auf Selbsthilfe also nicht unmittelbar eine Frage der Betroffenheit.

Selbsthilfe zielt mittels Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit oft – zumeist erfolgreich – auch auf Stigma-Abwehr, gerade bei mit Scham besetzten Erkrankungen. Aber es aktiviert sich nur eine Teilgruppe von weniger als 10% der chronisch kranken Menschen in Selbsthilfegruppen [Borgetto 2004] in der Sorge, sonst vorwiegend/ausschließlich über „die Krankheit“ definiert zu werden und einen „masterstatus“ zu erhalten [Goffman 1975]. Einigen gelingt gerade so ein erfolgreiches Stigma-Management – möglicherweise vorwiegend denen, die sich auch sonst gegen Zuschreibungen hätten wehren können –, während andere diese Flexibilität gerade in der Auseinandersetzung in der Selbsthilfegruppe erwerben. Die Teilnahme an der Gruppe setzt offenbar bereits eine Reihe von Kompetenzen voraus – Mut, Offenheit, Bereitschaft zu Kritik, Selbstkritik

Hausärzte können den Zugang zur Selbsthilfe ebnen.

und Veränderung –, die gelegentlich auch als „Selbsthilfegruppenfähigkeit“ beschrieben wird [Helmbrecht 2007]. Diese Kompetenzentwicklung zu fördern, kann

eine zentrale Aufgabe von SelbsthilfeberaterInnen (siehe Beitrag Lehmann, S. 27) sein, die freilich erst diejenigen ansprechen können, die sich bereits auf den Weg gemacht haben. Als erste Ansprechpartner im Gesundheitswesen fungieren typischerweise Hausärzte, die damit der breitesten Bevölkerungsschicht den Zugang zur Selbsthilfe ebnen können [Bahrs u.a. 1995, Bahrs u. Hesse 1996]. Dafür möchte ich ein Beispiel geben.

Das Motivationsgespräch als Beitrag zur Selbsthilfeförderung in der ärztlichen Sprechstunde

Das nachfolgend skizzierte Gespräch zwischen der 40jährigen Frau Buchholz und ihrem 60jährigen Hausarzt Dr. Sachse wurde im Rahmen einer europäischen Studie zur Hausarzt-Patienten-Kommunikation per Video aufgezeichnet [Van den Brink et al. 1999]. Wie bei den anderen Ärzten auch wurden hierfür an 1-2 Tagen die in die Praxis kommenden Patienten konsekutiv ange-

sprochen und bei Teilnahmebereitschaft jeweils 20 in die Studie eingeschlossen. Frau Buchholz war seit sieben Jahren Patientin in der Praxis, die sie im Vorjahr u.a. vor dem Hintergrund eines Bandscheibenvorfalls etwa 40-mal besucht hatte, und war dem Hausarzt gut bekannt. Dr. Sachse hatte ihr verschiedentlich die Teilnahme an einer indikationsübergreifenden psychologisch-therapeutischen Selbsthilfegruppe nahe gelegt, deren Arbeitsweise beschrieben und einen Kontakt vermittelt. Sie war jetzt zum zweiten Teil der Gesundheitsuntersuchung gekommen, bei dem die erhobenen Befunde und das weitere Vorgehen besprochen werden sollten. Initial berichtet Frau Buchholz davon, dass sie beim Kardiologen gewesen sei, der gesagt habe, sie müsse sich um ihr Herz keine weiteren Gedanken machen, dies „habe eben eine Macke“. Dr. Sachse greift die Formulierung auf und wiederholt in Anspielung auf frühere Gespräche: „Nur das Herz?“ Frau Buchholz entgegnet in gespielter Entrüstung, sie habe zwar Rückenschmerzen, aber keine Macke – „na gut“ – und will das Thema wechseln. Doch Dr. Sachse lässt das nicht zu: „Nein, eben nicht gut.“ Er verdeutlicht, dass die trotz der Bandscheibenoperation weiterbestehenden Schmerzen anzeigen, dass diese Intervention allein nicht ausgereicht habe und es jetzt darauf ankomme, die Spannung zu verstehen, die die Problematik immer wieder aufrechterhält. Deswegen wolle er, dass sie in die Gesprächsgruppe gehe, um genauer in sich hineinzuhorchen, und es sei ihm unbegreiflich, warum ihr Widerstand dagegen so groß sei. Nach einigem Zögern gibt Frau Buchholz an, dass sie Angst habe, eine Angst, die im weiteren Gesprächsverlauf präzisiert wird. So habe sie Sorge, dass andere dann über ihre „Macke“ reden könnten, vor allem aber kenne sie dort niemanden und tue sich in solchen Situationen schwer. Sie könne ihre Meinung aber auch ändern. Dr. Sachse fasst zusammen, sie brauche ein wenig Zeit, aber im Grunde gehe es eigentlich uns allen so ähnlich. Psychotherapie, darin stimmt er mit Frau Buchholz überein, sei für sie im Moment zu aufwändig, ihr Widerstand gegenüber der leicht erreichbaren und nebenwirkungsfreien Gesprächsgruppe aber sei für ihn unbegreifbar und er wolle das Thema heute gelöst bekommen.

P56: *Soll ich jetzt sagen: „Jaa, ich geh' dahin...und dann....“*

A61: *Sie sollen's ausprobieren.*

P57: *Nur weil Dr. Sachse das möchte?!*

A62: *Na ja, das ist natürlich nicht die Art, wie man 'ne Gruppe eigentlich besuchen sollte, aber – wenn Sie's erst einmal kennen gelernt haben würden, dann wäre ich ja schon mal 'nen Schritt – wären wir beide schon mal 'nen Schritt weiter. Dieser hohe Widerstand ist für mich un-, den Sie jetzt aufgebaut haben davor, der ist für mich unfassbar. Ich komm' da auch nicht ran! Also versuche ich Sie jetzt einfach mal zu kommandieren, und Sie gehorchen mir auch.*

P58: *„Jetzt gehst Du da hin!“ Joo.*

A63: *Kann ich das nicht mal so – können wir das nicht mal so handhaben?*

(Schweigen)

P59: *Und was passiert, wenn ich da dann doch nicht hingeh?*

A64: Pfft. Also, Sie müssen sich das dann da auch nicht in der Beziehung zwischen uns das so schwierig vorstellen. Wenn Sie mir nicht gehorchen, gehorchen Sie halt nicht! Sie sind ´ne erwachsene Frau, und, und, und – aber ich würde gerne einfach, dass Sie jetzt mal – wie ich Ihnen ´ne Pille aufschreibe, die Sie schlucken würden, würde ich Sie bitten, einfach mal da hinzugehen und sagen: „Gut, jetzt, wenn er das jetzt mit aller Gewalt will, gehe ich hin und guck’ mir das an“. Einfach, um diesen Widerstand da mal zu durchbrechen.

P60: Ich wollte ja eigentlich hier in die Körpergruppe gehen.

A65: Können Sie ja auch noch tun.

P61: Hmm. Nee, nicht auch noch!

A66: Doch, das ist – das „auch noch“ ist das Entscheidende.

(Schweigen)

P62: Soviel Zeit hab’ ich gar nicht.

A67: Hmm. Aber die Körpergruppe ist am frühen Abend, da ist das – da können die Kinder sich noch selbst überlassen sein. – Und die andere – da ist, das ist dann immer um 8 Uhr abends, da, denke ich, müssten Sie das regeln.

P63: Die können alleine bleiben, das ist kein Thema.

A68: Kein Thema?

P64: (atmet tief durch) Aber es fällt mir schwer! Es fällt mir w i r k l i c h schwer!

(Schweigen)

A69: Na ja, das, darüber reden wir ja nun schon ´n halbes Jahr.

P65: (wütend) Jetzt habe ich wieder ´nen Problem! Jetzt geh’ ich damit nach Hause – und – äh – Scheiße! und jetzt schickt er dich da hin und....

A70: Aber, meinen Sie nicht, dass so’n Knoten mal zu durchhauen und einfach mal auszuprobieren, dass das auch ´ne Methode wäre, mit diesem Widerstandsphänomen da irgendwie mal umzugehen.

P66: Doch irgendwann, irgendwann mach’ ich’s ja auch, weil Sie mich ja einfach nicht in Ruhe lassen, und irgendwann – ja – dann bleibt mir ja auch nichts anderes mehr übrig, als das nun endlich einmal zu machen.

A71: Nee, oder sich auch zu irgend´ner anderen Intervention – (stolpert) unter, unter – einzulassen, oder auf irgend ´nen anderen Einfluss einzulassen, bloß – wie schwer würd’ das sein, wenn ich Sie jetzt zum Psychotherapeuten schickte, um diese Ängste, um die es ja eigentlich geht, anzugehen? Da, da kann ich mir nun noch viel weniger vorstellen, dass Sie das in einer wirklich guten Weise erledigen....

P67: Hmm (bestätigend)

A72: Denn da müssten wir ja aktiv nach ´nem Therapeuten suchen, der muss passen, da muss entschieden werden - auch welche Methode letztlich bei Ihnen angewandt werden soll, das halte ich noch für – im Augenblick noch – für viel schwieriger. Und jetzt einfach mal in die Gruppe zu gehen und zu sagen: „Jetzt hock’ ich mich da hin, bloß damit der den Mund hält“ – äh – und dann – äh – das denk’ ich, das müsste doch nicht so schwierig sein.

(P. seufzt)

A73: Ich weiß, dass das nicht die ideale Methode ist, in ´ne Gruppe zu gehen – oder für die Motivation für ´ne Gruppe, aber ich hab’ mich entschlossen, das jetzt noch mal so, Sie um das so zu bitten, weil ich

denke, anders kriegen wir das nicht gebacken. – Also, dass Sie jetzt mir einfach gehorchen: „Nächsten Montag gehe ich jetzt da hin und fertig – oder Donnerstag gehe ich da hin...“

P68: Donnerstags kann ich nicht, da ist mein Saunatag, und das möchte eigentlich auch nicht...

A74: Einverstanden! Und montags könnten Sie?

P69: Joa, (zögerlich) montags könnte ich.

A75: (schmunzelnd) Na okay, dann gehen Sie am nächsten Montag da hin und dann schnacken wir Dienstag drüber, heute in einer Woche.

P70: Gut. – (kleine Pause) So, kann ich noch mal eben hier?

A76: Joa.

P71: Also...

A77: Ist akzeptiert? Ist jetzt so...?

P72: (stöhnt) Oh, puh, ähm....

A78: Es – und Sie sind auch keine blöde Kuh, wenn Sie sich von Ihrem Mann da hinfahren lassen...

P73: Da kann ich doch noch selber hinfahren – kann ich ´ne Freundin mitnehmen?

A79: Natürlich können Sie das.

P74: (seufzt etwas erleichtert)

A80: Ne? Und über die Aufgabe der Gruppe können wir dann im Einzelnen noch mal reden, wir haben ja schon drüber geredet, und Sie sollen einfach in die Gruppe, jetzt einfach mal hineingehen und mal gucken, wie Sie sich da fühlen.

P75: Ich geh’, ich geh’ da jetzt einmal hin – aber wenn ich dann hinterher sage: „Ich geh’ da nie wieder hin!“, dann müssen Sie’s auch akzeptieren!

A81: Hmm, wenn Sie’s begründen können, ja.

P76: Och, gut, das werde ich dann schon.

A82: Gut.

Dr. Sachse ist überzeugt davon, dass die Gesprächsgruppe Frau Buchholz gut tun, zumindest mit einer ersten Erfahrung eine begründete Aussage darüber möglich werde, ob das etwas für sie sein könne. Daher zieht er alle Register seines hausärztlichen Könnens, um sie zur Gruppenteilnahme zu bewegen. Weil sich Frau Buchholz durchaus schlagfertig widersetzt und die Arzt-Patienten-Beziehung offenkundig so gefestigt ist, dass beide Interaktionspartner spielerisch und offen miteinander umgehen, resultiert eine Aushandlung, in der gemeinsame Entscheidungsfindung und fürsorglicher Paternalismus auf spezifische Weise zusammenfallen. Im Gespräch legt Frau Buchholz den für sie so schwierigen Weg in die Gruppe gedankenexperimentell in fiktiver Begleitung von Ehemann bzw. Freundin zurück und kann so ein Stück weit mit den realen Ängsten umgehen. Die Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung bleibt garantiert – zentrale Bedingung dafür, dass Frau Buchholz sich erproben kann.

In dem insgesamt 22-minütigen Gespräch erweitert Dr. Sachse die am Risikofaktorenmodell orientierte Gesundheitsuntersuchung um eine ressourcenorientierte Perspektive. Die persistierenden Schmerzen sind nicht einfach nur da, sondern sie haben

eine Bedeutung, über die nur die Patientin selbst – wenngleich offenkundig nicht allein – Auskunft geben kann. Mit dieser Diagnose zeigt sich Dr. Sachse als Experte, der zugleich Frau Buchholz eine potentielle Expertenschaft zuschreibt. Er kann als Behandler nur wirksam werden, wenn auch sie ihre Möglichkeiten nutzt.

In dem Gespräch ist von Gesundheit kaum die Rede. Dennoch ist eine salutogenetische Orientierung erkennbar. Dr. Sachse nimmt die von Frau Buchholz geäußerte Begründung für ihre Zurückhaltung gegenüber der Selbsthilfegruppe ernst und macht diese selbst zum Thema. Er bittet sie um Unterstützung, damit er als Arzt selbst wirksam werden kann. Und er verspricht die Beziehung auch für den Fall aufrechtzuerhalten, dass Frau Buchholz seiner Bitte nicht entspricht. Dies alles dürfte ihr Gefühl der Bedeutsamkeit gestärkt haben. Dr. Sachse begründet seine Intervention und bietet damit Frau Buchholz auch ein erweitertes Erklärungsmodell für ihre Beschwerden an, dem ein veränderter therapeutischer Ansatz entspricht. Schließlich sucht Dr. Sachse im Dialog nach Möglichkeiten, wie Frau Buchholz mit der sie überfordernden Situation umgehen kann: damit kann auch das Gefühl der Handhabbarkeit gestärkt werden.

Dr. Sachse kennt die Gesamtsituation seiner Patientin aus der langjährigen Begleitung offenkundig gut, so dass er – auch für Frau Buchholz selbstverständlich – darauf Bezug nimmt. Das muss nicht heißen, dass damit ihrer Perspektive ausreichend Rechnung getragen wird. Die norwegische Allgemeinärztin Kirsti Malterud und ihre dänische Kollegin Hanne Hollnagel machten in einer Befragung mit chronisch kranken Patienten die Erfahrung, dass diese ihre gesundheitliche Situation anders – und durchgängig positiver – einschätzten als die Behandlerinnen [Malterud u.

Hollnagel 1998]. Weiterhin verfügten die Patienten über eine Fülle von Ressourcen, die ihnen z.B. in der erfolgreichen Bewältigung von Krisen in anderen Lebensbereichen zugewachsen waren und die erst nach expliziter Frage nach Stärken und Erfolgserlebnissen zum Thema wurden. Dies hat die Autorinnen zu ihrem Health Resource / Risk Balance Model inspiriert (Bild 1).

Es ist anzunehmen, dass auch in der hier diskutierten Konsultation bei entsprechenden Fragen weitere Gesundheitspotentiale bei Frau Buchholz hätten deutlich werden können. Eine Orientierung an positiven Gesundheitszielen hätte es Frau Buchholz vielleicht auch ermöglicht den Widerstand aufzugeben. Doch auch so wurde eine Weiterentwicklung eingeleitet: Wie eine vier Jahre später durchgeführte telefonische Befragung ergab, hat Frau Buchholz, wenngleich zunächst widerwillig, die Selbsthilfegruppe besucht und an dieser mehr als ein Jahr lang teilgenommen. Allerdings habe sie in der Gruppe nie etwas gesagt. Da Schmerzen und Panikattacken anhielten, habe sie dann an einer mehrmonatigen psychosomatischen Kur teilgenommen. Dort seien u.a. Familienaufstellungen gemacht worden, wovon sie sehr profitiert habe. Später habe sie dann an einer anderen Selbsthilfegruppe teilgenommen und sei ohne Medikamente schmerzfrei und glücklicherweise um die Rückenversteifung, die als Alternative auch im Raum gestanden habe, herum gekommen. Sie habe der Selbsthilfegruppe skeptisch gegenüber gestanden, wisse aber mittlerweile, dass man selbst etwas für sich tun müsse. Zuhause habe sie nicht gelernt, dass man über Gesundheit und Krankheit reden könne. Den Hausarzt besuche sie nach wie vor, aber deutlich seltener als früher. Erst der Schubs von Dr. Sachse habe diese Entwicklung möglich gemacht.

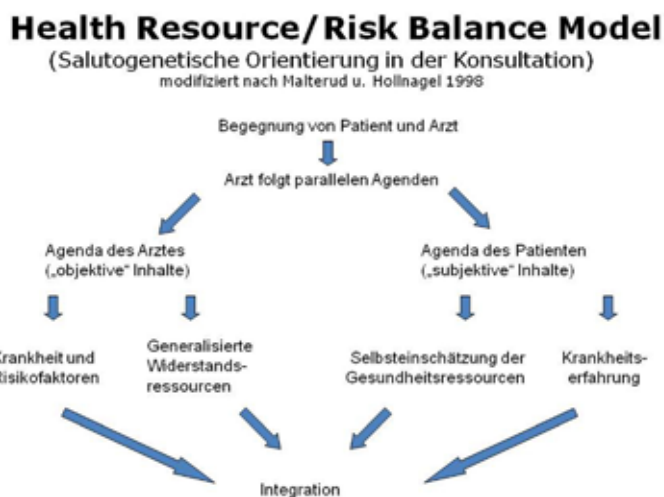


Bild 1: Patienten verfügen über eine Fülle von Ressourcen, die ihnen z.B. in der erfolgreichen Bewältigung von Krisen in anderen Lebensbereichen zugewachsen waren und die erst nach expliziter Frage nach Stärken und Erfolgserlebnissen zum Thema wurden

Zum Abschluss

Wenn das Wollen-Können [Weizsäcker 1956] nicht ausreicht, um aus eigener Kraft den Weg in die Selbsthilfe zu finden, kann „verordnete Selbsthilfe“ durchaus hilfreich sein. Wie am Beispiel von Frau Buchholz zu sehen ist, kann ein Lernprozess initiiert werden und das professionelle Handeln sozialkompensatorisch wirken. Natürlich hat dies Voraussetzungen, und auch Dr. Sachse weist sehr deutlich darauf hin, dass sein Vorgehen gewissermaßen ein Abweichen von der Leitlinie darstellt. Er kann dies im vorliegenden Fall riskieren, weil Frau Buchholz bereits vorinformiert ist und eine grundsätzliche Bereitschaft signalisiert hatte. Weil die Beziehung tragfähig ist, besteht wenig Gefahr, dass sich Frau Buchholz

Wenn Wollen-Können nicht ausreicht, kann „verordnete Selbsthilfe“

abgeschoben fühlt. Weiterhin ist Dr. Sachse für sein Engagement in der Selbsthilfeförderung bekannt, so dass seine Empfehlung auch authentisch wirken kann. Und

und vollzogen wird.

Die Annahme liegt nahe, dass sozialkompensatorisches Handeln eine beständige Herausforderung in der hausärztlichen Praxis ist: ca. 80% der Konsultationen betreffen Patienten mit chronischen Krankheiten, und es sind gerade Patienten aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die den Hausarzt besonders in Anspruch nehmen. Hervorzuheben ist, dass Selbsthilfeförderung auch als Beitrag zur eigenen Berufszufriedenheit verstanden werden kann, wenn der eingeleitete Entwicklungsprozess als Beleg der eigenen Wirksamkeit empfunden und die Belastung durch wiederkehrende und frustrane Behandlungsepisoden verringert wird.

Das Motivationsgespräch hätte freilich nicht wirksam werden können, wenn die Gesprächsgruppe Frau Buchholz nicht in vergleichbarer Weise ermutigt und ihre schweigende Teilnahme respektiert hätte. Zu vermuten ist, dass Frau Buchholz ein Gefühl der Zugehörigkeit auch im Schweigen erfahren hat, am Beispiel anderer Teilnehmer ein erweitertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit entwickeln und damit auch ihr eigenes Handlungsrepertoire erweitern konnte. Was genau in der Gruppe stattgefunden hat, wissen wir jedoch nicht. Auch dies ist kein Einzelfall: der Zusammenhang von Prozessen und Wirkungen in Selbsthilfegruppen ist wenig erforscht [Borgetto 2004]. ■

Literatur

- Bahrs O, in der Beek R, Hesse E (1995): Projekt Brinkum – Ein Werkstattbericht; <http://www.gemeko.de/files/Gemeko/content/pdf/Brinkum.pdf>; letzter Zugriff am 17.8.2014
- Bahrs O, Hesse E (1996): Das Motivationsgespräch - Chancen der Selbsthilfeförderung im Rahmen der ärztlichen Sprechstunde; In: Vom Ablichten zum im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel, Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szecsenyi J, Königshausen & Neumann, Würzburg 1996, 219-260
- Borgetto B (2004): Selbsthilfe und Gesundheit Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven; Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle

- Borgetto B (2014): Gesundheitsbezogene gemeinschaftliche Selbsthilfe- eine soziale Bewegung? DAG SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2013, S. 129-138
- Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation (Hrsg.) (2005): Was macht denn Ihre Macke? DVD und Begleitheft zur Selbsthilfeförderung in der ärztlichen Sprechstunde; GeMeKo e.V., Göttingen
- Goffman E (1975): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität; Suhrkamp, Frankfurt
- Keupp H (2011): Psychologie der Selbsthilfe; Vortrag bei der 6. Grazer Psychiatrisch-Psychosomatischen Tagung „Selbtheilungskräfte in der Medizin“ vom 20.-22.01.2011 http://www.ipp-muenchen.de/texte/keupp_11_01grazt.pdf, letzter Zugriff am 3.8.2014
- Malterud K, Hollnagel H (1998): Talking with woman about personal health resources in general practice – Key questions about salutogenesis; Family Practice 1998, 12 (4): 423-429
- Matthiessen P (2010): Individualmedizin und Eigenverantwortung; Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin, 41, 6-21
- Möller ML (1992): Anders helfen – Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen; Fischer TB, Frankfurt
- Nowak P (2011): Wohin geht die Selbsthilfe in der Gesundheitsgesellschaft?; Mege-ner O (Hrsg.) (2011): Selbsthilfe im Wandel der Zeit – Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Mabuse, Frankfurt 2011: 41-66
- Hembrecht M (2007): Kurzprotokoll der Arbeitsgruppe im Rahmen des 6. Bay. Selbsthilfekongresses in Bamberg: „Selbsthilfe – ein Thema für Bildung und Wissenschaft“; www.seko-bayern.de/files/SeKo2007/WS5_Bildung_Wissenschaft.pdf; letzter Zugriff am 17.8.2014
- Thiel W (2014): „Drei Seiten einer Medaille“ – Gesundheit, Soziales, politische Beteiligung: Dimensionen der Selbsthilfe; NAKOS-Info 110: 4
- Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandes F, Perez A, Messerli V, Opizzi L, Peltenburg M (1999): The Eurocommunication-Study – An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice; NIVEL, Utrecht
- Vogel R (1990): Gesprächs-Selbsthilfegruppen. Interviews mit Aussteigern und Da-beigebliebenen; Dissertation an der TU-Berlin, Fachbereich Gesellschafts- und Planungswissenschaften, Berlin
- Weizsäcker, Vv (1956): Pathosophie; Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen
- Wilm W (2013): Chronic care oder: Wie kann man trotz chronischer Krankheit gut leben? Petzold TD, Bahrs O (Hrsg.): Chronisch krank und doch gesund – Salutogenetische Perspektiven, Verlag Gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim 2013: 57-77

Dr. Ottomar Bahrs, geb. 1951.

Studium der Sozialwissenschaften in Göttingen, danach wissenschaftlicher Mitarbeiter in Forschung und Lehre an medizinsoziologischen und allgemeinmedizinischen Abteilungen der Universitäten Göttingen (1978–1990) und der Medizinischen Hochschule Hannover (1992–1996); seit 1997 in Göttingen an der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leiter des Arbeitsbereichs Qualitätsentwicklung in der Primärversorgung; Vorstand der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e.V., Vorstand des Dachverbands für Salutogenese e.V. (vormals Akademie für patientenzentrierte Medizin (APAM) e.V.); Mitherausgeber der Zeitschrift »Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin«

Arbeitsschwerpunkte:

Arzt-Patienten-Kommunikation; Salutogenese; Qualitätsentwicklung durch Qualitätszirkel; Gesundheitsförderung und Prävention; Kooperationsförderung und Selbsthilfe; Qualitative Forschung

Veröffentlichungen:

- Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szecsenyi J (Hrsg.) (1996): Vom Ablichten zum im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel, Königshausen & Neumann, Würzburg
- Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandes F, Perez A, Messerli V, Opizzi L, Peltenburg M (1999): The Eurocommunication-Study – An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice; NIVEL, Utrecht

Kontakt:

Universität Göttingen,
Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,
Waldweg 37a
37073 Göttingen
T.: 0551-398195
@: obahrs@gwdg.de



Quelle: Autor

Gemeinschaftsleben

Ist es gesünder, in einer Gemeinschaft zu leben?

und Salutogenese

Gibt es salutogene Gemeinschaften?

Das 9. Symposium zur Salutogenese vom 1.-3. Mai 2015 findet bei der Netzwerk-Gemeinschaft im Dorf Heckenbeck statt. Heckenbeck ist in den letzten Jahrzehnten gewachsen, sowohl die Einwohnerzahl um 20% als auch die Infrastruktur – und zwar als einziges Dorf in Süd-Niedersachsen. Andere Dörfer haben im selben Zeitraum etwa 20% ihrer Einwohner verloren. Heckenbeck hat mehrere Preise im Wettbewerb „Unser Dorf hat Zukunft“ bekommen. Der Grund für das kreative Wachstum lag und liegt darin, dass hier engagierte Menschen seit 30 Jahren dem attraktiven Gedanken nach Selbstverwirklichung im Gemeinschaftsleben Raum geschaffen haben – innerlich, untereinander und in Projekten. Insbesondere zugezogene Menschen haben daran gearbeitet, ihren Bedürfnissen nach mehr Gemeinschaft entsprechend zu leben. Von Beginn an war gesunde Entwicklung ein wichtiges Thema.

Leben vollzieht sich im Spannungsfeld von Freiheit, sozialen Beziehungen und kulturellen Regeln.

- ☞ Wie viel Individualität braucht Gemeinschaft und wie viel Gemeinschaft braucht das Individuum? Wodurch bleibt Gemeinschaft lebendig?
- ☞ Wie ist der Zusammenhang von gemeinschaftlichem, kulturellem und spirituellem Leben?
- ☞ Was sind Ähnlichkeiten zwischen Familie, guter Nachbarschaft und Gemeinschaft?
- ☞ Wie kann eine Gemeinschaft das Wachstum und die Entwicklung des einzelnen fördern? Und was tragen einzelne zur Gemeinschaft bei?
- ☞ Wie gehen Gemeinschaften mit bedürftigen Mitgliedern um?
- ☞ Können virtuelle ‚soziale Netzwerke‘ Gemeinschaftsleben ersetzen?

Auf dem Symposium wollen wir diesen und noch weiteren Fragen nachgehen, die sich mit gesunden Wechselbeziehungen zwischen Individuum und Gemeinschaft befassen.

Wir wünschen uns für dies Symposium einen intensiven und anregenden Austausch über die unterschiedlichen Erfahrungen und Aspekte von Gemeinschaftsleben unter der Fragestellung von gesunder Entwicklung. Als Ergebnis wünschen wir uns zusammenfassende Thesen zur Anregung von Gemeinschaftsbildung, die wir als sehr salutogen erleben.

Erbeten sind Beiträge in Form von Referaten (20 Min. plus 10 Min. für Fragen, ggf. zusätzliche Teilnahme an Referenten-Podiumsdiskussionen) und Workshops (90 Min.) oder Posterpräsentationen (10 Min.).

Vorschläge für unkonventionelle wie auch künstlerische Beitragsformen sind besonders erwünscht. Ihr Abstract soll höchstens 1500 Zeichen haben; zusätzlich zum Abstract erbitten wir eine Kurzvita zu Ihrer Person und Tätigkeit von max. 700 Zeichen und ggf. die Angabe von max. drei Veröffentlichungen, die über Ihre Tätigkeit und Interessen informieren.

■ Einsendungen (bis 15.10.2014) und Rückfragen

bitte richten an:

Zentrum für Salutogenese

Am Mühlenteich 1

37581 Bad Gandersheim

Tel: 05382-9554730, Fax: 05382-9554712

eMail: info@salutogenese-zentrum.de

Ein detailliertes Programm wird bis zum 1.12. 2014 erstellt und auf der Webseite des Zentrums für Salutogenese veröffentlicht: www.salutogenese-zentrum.de.