

Patientenanliegen aus der Sicht der Selbsthilfe zur Qualitätsverbesserung gesundheitlicher Versorgung

Der folgende Text versucht zur Ergänzung der Mängelliste

1. weiter beispielhafte Ergebnisse von Patientenbefragungen und von Selbsthilfeinitiativen zusammenzutragen

2. unterschiedliche Modelle einer Kooperation zwischen Selbsthilfe und professioneller Versorgung aufzuzeigen,

um **Ansätze einer möglichen Weiterentwicklung** des ungleichen Verhältnisses von Selbsthilfe / Patienten und Professionellen anzudeuten.¹

Patienten sind die Gruppe in der Gesundheitsversorgung, um die sich eigentlich alles drehen müsste, zu ihrem Wohl, für ihre Gesundheit, in ihrem Interesse. Wir alle wissen, die Realität sieht anders aus. Die gesundheitliche Versorgung ist ein riesiger Markt. Aber: ist der kranke Kunde auch ein König? Die Assoziationen, die annähernd jedem von uns zuerst einfallen, wenn es um das Verhältnis Arzt und Patient oder Kranke und gesundheitliche Versorgung geht, sind Ungleichheiten oder Gegensatzpaare wie gesund – krank, wissend – hilfeschend, stark – schwach, Professionelle – Laien, aktiv – passiv. Patienteninteressen haben im System gesundheitlicher Versorgung trotz einer inzwischen recht erfolgreichen Selbsthilfebewegung nur eine unzureichende Lobby. Das hat mit dieser Ungleichheit als strukturellem Problem zu tun. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass schon vor Jahren das ‚Zeitalter des Patienten‘ proklamiert wurde und der Blick auf die Patienten im Moment geradezu Hochkonjunktur hat.

Im Rahmen der überall fast penetrant präsenten Qualitätsdebatte stehen Patientenbefragungen und die Einführung von verschiedenen Formen des Beschwerdemanagements gerade in Krankenhäusern offensichtlich auf jeder Tagesordnung. Die subjektive Sicht der Patienten, ihre

¹ Die folgenden Zusammenfassungen sind u.a. dem Buch entnommen:
Ruprecht (Hrsg.) (1998): Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele, Stankt Augustin 1998

Erfahrungen und Kritik werden als Ressource und wichtiges Potential beschworen, die es für eine Qualitätsverbesserung zu nutzen gilt. Kenntnisse der Erwartungen von Kranken, Informationen über das individuelle Erleben des Behandlungsverlaufs oder die Zufriedenheit der Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt können und sollen zur ‚Optimierung von Prozessen‘ beitragen und sind damit auch wirtschaftlich relevante Größen. Nicht selten ist die Patienten- bzw. Kundenorientierung, so unser zugegeben ausschnittshafter Eindruck, aber nur Rhetorik.

Auch Alf Trojan beschreibt², welche mühsamen Hürden überwunden werden müssen, wenn Patientenbefragungen tatsächlich Instrument zur Orientierung gesundheitlicher Versorgung an den Bedürfnissen der Patienten werden sollen.

Die Parole, der ‚Patient steht im Mittelpunkt‘ ist nicht zuletzt auch durch die aktuellen Überlegungen zur Reform des Gesundheitswesens der neuen Regierung, die gerade die Rolle der Patienten und ihrer Rechte stärken will, nochmals auf viele Fahnen geschrieben worden.

Aber: Wer spricht da für wen ?

Wer artikuliert die Anliegen d e r Patienten ?

Wie erfährt man, was d i e Patienten wollen ?

Hier soll der Fokus auf die Bedeutung der Selbsthilfe für eine zukunftsorientierte gesundheitliche Versorgung zu legen.

Es wird zurecht davon ausgegangen, dass Gruppen und Selbsthilfeorganisationen Instanzen und Mittler in Sachen Patienteninteressen sind. Sie sind in der Tat eine relevante Auswahl insofern, als durch sie bestimmte Anliegen thematisch gebündelt werden und bedingt Ansprechpartner bzw. ein ‚organisiertes Gegenüber‘ zur Verfügung stehen.

In Selbsthilfefzusammenschlüssen haben sich Kranke, Patienten, Nutzer und Nutzerinnen von gesundheitlichen Einrichtungen zusammengefunden, um sich unter anderem das Wissen und die Kompetenz anzueignen, die sie brauchen, um ihre Krankheit besser bewältigen zu können, aber auch, um sich als ‚Verbraucher‘ im Versorgungsmarkt ‚Gesundheit‘ besser behaupten zu können. Sie heben die Vereinzelung der Patienten gegenüber den Anbietern und Kostenträgern partiell auf.

² Trojan, Alf: Warum sollen Patienten befragt werden ? Zu Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von gesundheitsdienstleistungen. In: Ruprecht s.o. S. 15 - 30

In der großen **Befragung zur Selbsthilfe aus dem Jahr 1986** haben Alf Trojan u.a.³ deutlich gemacht, dass generell Selbsthilfegruppen entstehen, wenn zu den Belastungen der eigenen Krankheit oder der einer angehörigen Person das Erleben von Mängeln des Versorgungssystems dazukommen.

Gründe für den Beitritt in eine Selbsthilfegruppe entsprechen den in der Mängelliste der Selbsthilfeinitiativen genannten Kritikpunkte an der gesundheitlichen Versorgung:

Mängelaussagen	Zustimmung in %
Kommunikationsprobleme	
Zu wenig Aufklärung und Information	85
Zu viele autoritäre Entscheidungen	82
Zu wenig Zeit für Kranke und Angehörige	79
Zu große Undurchschaubarkeit des Versorgungssystems	79
Zu unpersönliche Versorgung	77
Strukturprobleme	
Zu große Undurchschaubarkeit der Rechts- und Finanzierungsregelungen	75
Fehlende Versorgungsmöglichkeiten für psychische Probleme	75
Schlechte Kooperation zwischen Ärzten und anderen Berufen	67
Schlechte Kooperation zwischen Akutversorgung und Nachsorge	63
Schlechte Kooperation zwischen ambulantem und stationären Bereich	59
Fehlen bestimmter sozialer Dienste	58
Unnötig starkes Abhängiggehaltenwerden	56
Fehlen organmedizinischer Versorgungsmöglichkeiten	49

In Selbsthilfeinitiativen organisieren sich also kranke Menschen und mitbetroffene Angehörige ihre eigenen Lobbystrukturen.

Folgerichtig sind Gruppen und Organisationen z.B. von chronisch kranken Menschen inzwischen auch akzeptierte und gefragte Partner der Professionellen. Denn sie erbringen wichtige ergänzende Leistungen, die der institutionelle und professionelle Sektor nicht übernehmen will und kann. Organisierte Patienten sind also nicht nur schwache Opfer einer an anderen Interessen orientierten Versorgung. Patienten in Gruppen oder Initiativen als Experten in eigener Sache können tatsächlich durch klare Einmischung zur öffentlichen Formulierung ihrer Anliegen und damit von Patientenanliegen beitragen.

Es gilt aber auch nach Wegen zu suchen, **diese Anliegen öffentlicher zu machen, damit sie Gegenstand eines Diskurses werden, der einen wirklichen Veränderungsdruck ausübt.** Sie sollten nicht nur Themen interner Beschwerdemanagements oder einer patientenorientierten Forschung sein. Denn betrachtet man die Ergebnisse vorliegender Patienten und Selbsthilfe-Befragungen, dann fällt auf, **dass schon seit Jahren immer die gleichen Themen genannt werden** und die **Veränderungen offensichtlich nicht nachhaltig** sind.

³ Trojan, Alf (1986): Wissen ist Macht. Eigenständigkeit durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt /M

Weitere Beispiele für die **Thematisierung von Patientenanliegen**
an die Verbesserung gesundheitlicher Versorgung

Die Nennungen, die hier nur beispielhaft ausgewählt wurden, decken sich im Tenor mit den Ergebnissen zahlreicher Befragungen von Selbsthilfegruppen zu ihrem Engagement

1 Beispiel

Befragung von Bahrs und Klingenberg 1995⁴ zum Thema
Die Beurteilung ärztlicher Arbeit durch Teilnehmer/innen von Selbsthilfegruppen
(Rangfolge der jeweils vier ersten Themenbereiche)

Gefragt wurde z.B.: **Was gefällt Selbsthilfegruppenmitgliedern an Ärzten ?**

Persönliche Zuwendung Gespräch, Zeit, echte Anteilnahme, Verständnis, Interesse	38,5 %
Kompetenz und Zuverlässigkeit Umfassende Aufklärung, Fachwissen, Sorgfalt	15,2 %
Partnerschaftlicher Umgang Offenheit und Ehrlichkeit, Meinung des Patienten wird ernst genommen	14,5 %
Hilfe Arzt hilft, ist jederzeit für den Patienten da	7,8 %

Auf die Frage, **womit sind Mitglieder aus Selbsthilfegruppen beim Arzt unzufrieden**
ergaben sich folgende Antworten:

Unzureichende persönliche Zuwendung Keine Zeit, wie eine Nummer behandelt werden, zu schnell, Medikamente - das Gespräch kommt zu kurz, die Krankheit wird 'behandelt' nicht der Patient, Desinteresse	28 %
Inkompetenz, Unzuverlässigkeit Unzureichendes Fachwissen, unzureichende Aufklärung, Oberflächlichkeit	19 %
Zu lange Wartezeiten	11 %
Überheblichkeit Patient wird nicht ernstgenommen, Arzt ist arrogant	8 %

Aus den Nennungen wird deutlich, dass die medizinische Kompetenz im engeren Sinne erst an zweiter Stelle steht. Kommunikation und menschlicher Umgang mit den Patienten haben Vorrang. Die Formulierungen weisen die Richtung für den Handlungsbedarf im Bereich menschlicher Kommunikation. Diese Kompetenz kann von Ärzten offenbar nicht selbstverständlich erwartet werden. Aber gerade hier könnten sie - und das wurde sowohl von Ärzten als auch Selbsthilfegruppen-Mitgliedern betont - von den Selbsthilfegruppen lernen. Sie

⁴ Bahrs, O. / Klingenberg, A. (1995) Die Beurteilung ärztlicher Arbeit durch Teilnehmer von Selbsthilfegruppen. In: Szecsenyi, J. / Gerlach, F.: Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin, Stuttgart, 81-96

könnten beispielsweise erfahren, welche Probleme chronisch kranke Menschen im Alltag zu bewältigen haben, aber auch konkrete Behandlungserfahrungen auswerten.

Notwendig sei daher, so Astrit Essdorff-Klee⁵, ein Prozess, in dem **erlernte Kompetenz** und **erlebte Kompetenz** fruchtbar zusammengeführt werden.

2 Beispiel Hamburger Selbsthilfe-Forum⁶ Ärztammer-Befragung zu 'Qualitätsverbesserung aus Patientensicht'

Ein Versuch, einen solchen Austauschprozess konkret in Gang zu bringen, ist das Hamburger Selbsthilfe-Forum, ein gemeinsamer regelmäßiger Arbeitszusammenhang von Ärztekammer und Selbsthilfe-Kontaktstelle, das sich in seiner 6. Sitzung 1998 das Thema 'Patientenorientierte Qualitätsverbesserung - wie erfahren Patienten ärztliche Qualität ?' gesetzt hatte.

Bei diesem Forum konnten die Selbsthilfegruppen jeweils drei Wünsche an die Ärzte formulieren, zu denen diese dann Stellung nehmen und selbst eigene Anliegen an die Gruppen äußern konnten. Die Diskussionen wurden protokolliert und dienen dem Selbsthilfeausschuss der Ärztekammer als Grundlage für seine Arbeit.

Grundlage des 6. Forums war eine **Befragung von 700 Gruppen**, von denen 59 geantwortet haben. Eingeladen wurden neben 236 Selbsthilfegruppen auf der Ärzteseite vor allem diejenigen, die für Qualitätsverbesserung zuständig sind, eingeladen wurden. Mit immerhin 80 Teilnehmer/innen wurde eine Fülle von sehr konkreten Kritikpunkten zusammengetragen und dafür jeweils Vorschläge für eine Verbesserung aus der Sicht der Selbsthilfe formuliert.

Die genannten Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge sind so zahlreich und vielfältig, dass es nur schwer ist, verallgemeinernde Aussagen zu treffen. Sie beziehen sich auf konkrete Örtlichkeiten, krankheitsspezifische Erfahrungen und reichen von Anregungen zur Ausstattung bis zur Erreichbarkeit in all ihren Dimensionen. Eindeutig ist, dass auch in dieser Befragung vor allem die Wünsche auf der kommunikativen Ebene und bezüglich einer besseren Kooperation im Vordergrund stehen.

Grundsätzliche Wünsche sind immer wiederkehrend z.B.:

Wünsche an die Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses

der Arzt als Partner, Patienten als mündigen Partner ernstnehmen

mehr Aufklärung und Information

umfassendere Aufklärung, insbesondere in der Anfangsphase einer Krankheit

die Realisierung von Ganzheitlichkeit

den Patienten als ganzen Menschen sehen; das sind Aufforderungen zur Kommunikation und fachlichen Kooperation und der Anerkennung alternativer Heilansätze

die Verbesserung der vielfältigen Kooperationen

Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Selbsthilfe

⁵ Essdorff-Klee, Astrid: Warum sollen Patienten befragt werden ?, In: Ruprecht s.o. S. 11-13

⁶ Trojan, Alf (1998): Auswertungsmanuskript des Ausschusses der Ärztekammer Hamburg für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, Hamburg

Wünsche an den ambulanten Bereich

- ausführliche Anamnesen
- bereitwilliges Überweisen
- weniger Medikamente
- Einbeziehung von Selbsthilfe in die Praxen
- Dienstleistungsqualität

Wünsche an das Krankenhaus

- Patientenschulungen durchführen
- Patientenbibliothek aufbauen, in der systematisch Erfahrungsberichte von Selbsthilfegruppen dokumentiert werden
- insbesondere die Verbesserung der Kooperation mit der Selbsthilfe:
 - Besuchsdienste für Selbsthilfegruppen organisieren
 - Reha-Selbsthilfe-Initiativen vorstellen
 - Material besser zugänglich machen
 - Informationsveranstaltungen durchführen
 - Selbsthilfeförderung im Krankenhaus absichern
 - Räume zur Verfügung stellen für Gruppen und Infoabende

3 Beispiel Mitarbeit in Gremien⁷

Ein anderes Beispiel von wünschenswerter Kooperation aus Patientensicht ist die Beteiligung von Selbsthilfevertreter/innen in Gremien.

Wieder ein Beispiel aus Hamburg⁸: Hier hat der 'Landesbetrieb Krankenhäuser' ein **Kuratorium 'Qualität im Krankenhaus'** eingerichtet, in dem ein Vertreter einer Selbsthilfeorganisation berufenes Mitglied ist.

Ein Erfahrungsbericht dieses Vertreters einer auch bundesweit tätigen Selbsthilfegruppe für Dialysepatienten fasst seine Anforderungen an die Qualität im Krankenhaus in zwei Forderungen zusammen, die auch wir aus unserem Diskurs bestätigen können:

Das Krankenhaus muss als Dienstleistungsunternehmen wahrgenommen werden. Das bedeutet, dass die Patienten die Kunden sind, die sich dann einerseits selbstbewusster verhalten müssen, denen aber andererseits mit voller **Kosten- und Leistungstransparenz** (vergleichbar eines Vertragsabschlusses bei anderen Dienstleistungen z.B. im Handwerk) begegnet werden muss. Zu klären ist, wie eine bessere Information der Patienten als Kunden über alles, womit er im Krankenhaus konfrontiert ist, aussehen muss. Das beginnt mit der Institution Krankenhaus, geht über die Stationen und ihre Besonderheiten und sollte vor allem den medizinischen Bereich umfassen. Hier geht es um Routinen im Ablauf, Behandlungsleitlinien und Standards. Der *Kunde* muss über die Zielvorstellung Bescheid wissen, eben auch über die Kosten.

⁷ Brandtner, Jochen: Welche Vorstellungen möchten wir als Patienten im Kuratorium 'Qualität im Krankenhaus' verwirklichen ?. In: Ruprecht 1998 s.o., S. 117 - 119

⁸ Die auffällige Häufung aktiver Patientenorientierung gerade in Hamburg hat sicher mit dem großen Krankenhausskandal zu tun. Wir wünschen und ähnliche Initiativen auch ohne solche massiven Anlässe.

Der zweite Punkt sind Anforderungen in Richtung **ganzheitlicher Pflege**. Er verweist auf eine Erhebung seines Verbandes der Dialyse-Patienten, in der deutlich geworden ist, dass aus der Sicht der Patienten ein Krankenhausaufenthalt besonders durch den Begriff 'Angst' geprägt ist. Nur eine Behandlung und Pflege, die dies berücksichtigt, kann zur Heilung beitragen.

Die Bedeutung der Selbsthilfe an diesem Punkt ist offensichtlich. Die realen Kooperationen entsprechen dem aber noch nicht.

4 Beispiel DAK - Patientenbefragung zur Qualität Hamburger Krankenhäuser im Frühjahr 1996⁹

Viele Krankenhäuser haben in den letzten Jahren Anstrengungen zur Verbesserung ihrer Servicequalität unternommen. Hausinterne oder krankheitsbezogene Patientenbefragungen sind immer häufiger.

In Hamburg hat die DAK 1996 22.745 Versicherte zu ihren Krankenhausbehandlungserfahrungen befragt. Die Hälfte, also immerhin 11.409 Versicherte haben den 77 Fragen umfassenden Fragebogen beantwortet. Dabei ging es um die **Themenbereiche**

- Aufklärung über die Abläufe
- medizinisch-ärztliche Versorgung
- pflegerische Versorgung
- Organisation und Wartezeiten
- Ausstattung und Service
- Hilfen im Umgang mit der Krankheit
- Informationen über die Nachbetreuung
- subjektiver Behandlungserfolg

Neben der Erhebung von subjektiven Aspekten zur Verbesserung der Dienstleistungsqualität ging es hier vor allem darum herauszufinden, ob sich daraus auch Anregungen für externe und interne Vergleiche von Krankenhäusern mit dem Ziel einer Qualitätsverbesserung (im Sinne eines brancheninternen Benchmarkings) entwickeln lassen.

Das Gesamtergebnis zeichnet zunächst ein positiv interpretierbares Bild der Hamburger Krankenhauslandschaft. In einer Bewertungsskala von 1 für sehr gut bis 5 für mangelhaft lagen die Antworten zwischen den Werten 1,6 bis 2,4.

Positiv beurteilt wurden

- Organisation und Wartezeit (1,7)
- Medizinische Versorgung (1,8)
- Pflegerische Versorgung (1,9)
- Aufklärung über die Abläufe (2,1)

Eher Kritisch beurteilt wurden

- Hilfen im Umgang mit der Krankheit (2,7)
- Ausstattung und Service (2,3)

⁹ Schulte, Thomas / Hildebrandt, Helmut: DAK-Patientenbefragung zur Qualität Hamburger Krankenhäuser. In: Ruprecht s.o., S. 121-137

Information zur Entlassung und Nachbetreuung (2,3)

Im Vergleich zu den sehr positiven Werten der ersten Themen sind Einzeleinstufungen von 3,5 beim letzten Thema ein Indiz für die Bedeutung der wieder vor allem **kommunikativen und kooperativen Aspekte** der emotionalen und fachlichen Unterstützung.

Insgesamt wurde deutlich, dass nach Ansicht der Versicherten die Kommunikation zwischen den niedergelassenen, einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus verbessert werden muss. Das gilt ebenso für den Übergang nach Hause oder in die Nachsorge.

Interessant in diesem Zusammenhang sind die Schilderungen der Reaktionen der 23 beteiligten Krankenhäuser auf die Befragung.¹⁰

Allgemein wird der Nutzen von Patientenbefragungen hoch eingestuft. Die angegebenen Probleme und Grenzen von Patientenbefragungen spiegeln die häufig genannten Einwände wider:

- Beurteilungskompetenz der Patienten
- unterschiedliche Strukturen der Krankenhäuser
- methodische Probleme.

Der Sinn von öffentlichen externen Qualitätsvergleichen wird überwiegend kritisch beurteilt. Der pauschale Effekt auf die medizinische Versorgung wird als mittelmäßig bis eher gering eingeschätzt. Immerhin wurden von 65 % (15 von 23) konkrete Veränderungen bzw. Maßnahmen als Folge der Befragung angegeben.

Die Autoren fassen ihre Einschätzung so zusammen:

Externe öffentliche Vergleiche können über drei Mechanismen zu Qualitätsverbesserung beitragen:

- Erhöhung des indirekten Drucks auf die Leistungserbringer durch Information der Öffentlichkeit
- durch direkte Sanktionen entsprechend den Ergebnissen
- Verbesserung der Kooperation der Leistungserbringer und der Kostenträger

Und man kann sicher ergänzen:

Eine Qualitätsverbesserung wird durch eine Stärkung der Patienten in ihrer Kundenrolle erreicht, durch die langsame Schaffung eines Bewußtseins bei den Patienten über die Möglichkeit eben auf *die* Aspekte mehr Wert zu legen und sie einzuklagen, die in den Erhebungen erfragt wurden.

Die Krankenhäuser haben zur Enttäuschung der Auftraggeber die Ergebnisse in nur unzureichendem Maße für interne und externe Vergleiche genutzt.

¹⁰ Strum, Heidrun / Trojan, Alf / Hildebrandt, Helmut: Wie reagieren Krankenhäuser auf die Beurteilung durch vergleichende Patientenbefragungen ?. In: Rupprecht s.o.: S. 139 - 150

Anforderungen an die Kooperation zwischen der Selbsthilfe und dem System professioneller gesundheitlicher Versorgung - Ergebnisse des SEKIS-Forschungsprojekts (1999)

Angesichts der Tatsache, dass sich der Tenor der Ergebnisse von Patientenbefragungen auch über Jahre hinweg so ähnelt, stellt sich die Frage (*Astrid Essdorff-Klee*¹¹):

Wie viel Sinn haben weitere Befragungen, wenn jahrelang keine Schlußfolgerungen aus der Kritik an der mangelnden Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten gezogen werden.

Offensichtlich stehen einer Veränderung der gesundheitlichen Versorgung im Sinne der Patienten nicht nur ökonomische, strukturelle und fachliche Hindernisse im Weg, sondern es gilt insbesondere auch das **'doppelte Ungleichgewicht'** beider Bereiche aufzubrechen.

Das ist eine der zentralen Thesen, die das Forschungsprojekt zur Kooperation von Selbsthilfe und professioneller gesundheitlicher Versorgung ergeben hat, das SEKIS in den letzten Jahren im Rahmen des Berliner Zentrums Public Health durchgeführt hat.¹²

Die Einstellung gegenüber der Selbsthilfe als Institution ist demnach äußerst positiv. Fachleute und Mitglieder von Selbsthilfe-Initiativen stimmen in ihrer Meinung überein, dass Selbsthilfe eine sinnvolle und notwendige Ergänzung zur professionellen Gesundheitsversorgung darstellt. Das kulturelle Muster Selbsthilfe hat sich etabliert.

Dennoch gibt es aus der Sicht der Selbsthilfe ein Akzeptanzproblem: weniger als die Hälfte der Mitglieder von Initiativen fühlt sich gleichberechtigt und in ihrer Kompetenz anerkannt. Die Arbeitsbasis für eine erfolgreiche Kooperation muss hier erst noch geschaffen werden.

Der Widerspruch 'positive Einstellung' einerseits und 'mangelnde Akzeptanz' andererseits, läßt sich u. E. damit erklären, dass Selbsthilfe als zusätzliches Angebot zwar einen festen Platz in der Gesundheitsversorgung erhalten hat, aber im Kontakt zwischen Fachleuten und Selbsthilfe, bei dem sich meist Einzelpersonen gegenüber treten, z.B. ein Arzt und ein Patient bzw. Mitglied einer Selbsthilfegruppe, die gegenseitige Akzeptanz nicht immer gegeben ist oder die Vorstellung vorherrscht, sie wäre nicht gegeben. Darüber hinaus liegt u. E. ein weiterer Aspekt von mangelnder Anerkennung in dem Wunsch nach dem Gehörtwerden des eigenen subjektiven Krankheitserlebens.

Selbsthilfe ist an der Zusammenarbeit mit Professionellen, insbesondere Ärzten und Krankenhäusern existentiell interessiert, für Professionelle ist dies aber kein prioritäres Anliegen. Fachleute kooperieren mit der Selbsthilfe überwiegend indirekt (ohne persönlichen Kontakt, sie informieren über Selbsthilfe, legen Material aus und verweisen). Selbsthilfe sucht und braucht den persönlichen Kontakt. Die Fachleute sind damit für die Selbsthilfe wichtiger als umgekehrt. Im Gegensatz zur konkreten Anerkennung in einer Zusammenarbeit wird diese strukturelle Asymmetrie nur schwer aufzulösen sein. Das hierarchische Verhältnis zwischen

¹¹ s.o.

¹² Leisenheimer, Claudia (1999): Anforderungen an die Kooperation zwischen dem System der professionellen Gesundheitsversorgung und der Selbsthilfe, Abschlußbericht des Forschungsprojekts im Rahmen des Berliner Zentrums Public Health, SEKIS, Berlin

kranken und gesunden Menschen, zwischen Laien und Experten, die mit einer institutionell legitimierten Definitionsmacht ausgestattet sind, ist ein Ungleichgewicht, das unseres Erachtens in den Mittelpunkt möglicher Veränderungsüberlegungen gestellt werden muss.

„Ziel aller Heilkunst ist es, die Autonomie von betroffenen Menschen trotz ihres körperlichen, seelischen oder sozialen Handikaps zu stärken. Heilen und Helfen ist im Grunde eine Beziehungsleistung“, sagt Ellis Huber.¹³ Daran müssen Professionelle im Gesundheitswesen immer wieder erinnert werden.

Karin Stötzner

SEKIS, Albrecht-Achilles-Str. 65, 10709 Berlin

Tel. 030 – 890 285 37

e-mail: sekis@sekis-berlin.de

Netz: www.Sekis-berlin.de

¹³ Anlässlich einer Tagung zu Patienteninteressen in Dresden im März 1999