



Dokumentation zum Fachtag

# Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen





## Impressum

### Herausgeber

Gesundheitsamt Bremen  
Abteilung Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene  
Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung  
Horner Str. 60-70  
28203 Bremen  
[www.gesundheitsamt.info](http://www.gesundheitsamt.info) oder [www.gesundheitsamt.bremen.de](http://www.gesundheitsamt.bremen.de)  
Tel.: 0421 – 361 15 141

### Redaktion

Andreas Masch	<a href="mailto:Andreas.Masch@GesundheitsamtBremen.de">Andreas.Masch@GesundheitsamtBremen.de</a>
Hartmut Stulken	<a href="mailto:Hartmut.Stulken@Gesundheitsamt.Bremen.de">Hartmut.Stulken@Gesundheitsamt.Bremen.de</a>
Carmen Vogel	<a href="mailto:Carmen.Vogel@Gesundheitsamt.Bremen.de">Carmen.Vogel@Gesundheitsamt.Bremen.de</a>
Irmgard Böschen	<a href="mailto:Irmgard.Boeschen@Gesundheitsamt.Bremen.de">Irmgard.Boeschen@Gesundheitsamt.Bremen.de</a>

### Bearbeitung

Elke Kröncke  
Harald Freytag

Für die finanzielle Unterstützung bedanken wir uns bei der **See-Kranken-Kasse in Bremen** und der **Techniker Krankenkasse – Landesvertretung Bremen**.

### Auflage

300

### Erscheinungsdatum

06/2004



---

**Dokumentation zum Fachtag**

# **Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen**

**veranstaltet von der Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung  
im Gesundheitsamt Bremen**

**am 28. November 2003 im Bürgerzentrum Neue Vahr, Bremen**

**Juni 2004**





## Inhalt

	Vorbemerkung	7
1.	Vorträge	
1.1	Sozialtherapeutische Versorgung und zivilgesellschaftlich geforderte Selbsthilfe – ein Widerspruch? Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker Leiter des Gesundheitsamtes Bremen	9
1.2	Nehmen psychosoziale Probleme in Deutschland zu? Dr. Thomas Hilbert Leiter des Sozialmedizinischen Dienstes für Erwachsene Gesundheitsamt Bremen	15
1.3	Selbsthilfeberatung und Vermittlung in Gruppen bei psychischen Erkrankungen und bei psychosozialen Problemen durch das Gesundheitsamt – Entwicklung und Trends der zurückliegenden Jahre Hartmut Stulken Sachgebietsleiter Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung Gesundheitsamt Bremen	21
1.4	Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke – Erfahrungen an der Schnittstelle zwischen Psychotherapie u. Selbsthilfe Jürgen Matzat Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Gießen	25
1.5	Fragen zu den Vorträgen	33
2.	Workshopergebnisse	
2.1	Workshop I: Wie sind die Möglichkeiten und auch die Grenzen von Selbsthilfegruppen bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen einzuschätzen? Carmen Vogel Sachgebiet Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung Gesundheitsamt Bremen	35
2.2	Workshop II: Welches sind geeignete Gruppenformen bei speziellen psychischen Erkrankungen und psychosomatischen Belastungen? Andreas Masch Sachgebiet Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung Gesundheitsamt Bremen	37
3.	Präsentation der Selbsthilfegruppen	39
4.	Übersicht über die in Bremen bestehenden und im Gesundheitsamt bekannten Selbsthilfegruppen und Initiativen im Bereich psychischer Erkrankungen und psychosozialer Störungen	43
5.	Literatur	45
6.	Glossar	46



---

**Das Veranstaltungsteam der Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung  
im Gesundheitsamt Bremen**





## Vorbemerkung

Der Bedarf an Beratung zum Thema „Selbsthilfe im Bereich psychischer Erkrankungen und psychosozialer Probleme“ hat in Bremen wie auch bundesweit stetig zugenommen. Institutionen und Betroffene nutzen in vielfältiger Weise die in Bremen vorgehaltenen Beratungsangebote zur Vermittlung in Selbsthilfegruppen. Allerdings scheint die wachsende Nachfrage das uns bekannte Angebot an Gruppen zu übersteigen.

Diese Beobachtungen gaben den Anstoß, einen Fachtag zur Bedeutung von Selbsthilfegruppen im Kontext psychischer Erkrankungen und psychosozialer Probleme zu veranstalten. Zur Teilnahme eingeladen wurden Vertreter und Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen und Fachleute, die beruflich mit dem Thema befasst sind. In Fachbeiträgen, Workshops und Diskussionen wurde zusammengetragen, was in Bremen, aber auch überregional aus Sicht von „Selbsthilfeexperten“ zu diesem Thema diskutiert wurde und wird.

Dem von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen geäußerten Wunsch, die Inhalte und Ergebnisse des Fachtages festzuhalten und sie der interessierten Öffentlichkeit zugänglich zu machen, kommen wir mit der Dokumentation, die sie jetzt in den Händen halten, gerne nach.

Der Vormittag stand ganz im Zeichen der Fachvorträge. Im Auftaktreferat gab Prof. Dr. Zenker einen Überblick über die Geschichte der sozialtherapeutischen Versorgung und behandelte die aktuelle Grundsatzfrage, ob diese im Widerspruch zur zivilgesellschaftlich geforderten Selbsthilfe steht.

Anhand von Ergebnissen aus eigenen Erhebungen des Bremer Gesundheitsamtes sowie Daten von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern setzte sich Dr. Thomas Hilbert in seinem Beitrag mit der interessanten Frage auseinander, ob psychische Probleme in Deutschland zunehmen.

Wichtige Informationen über die Selbsthilfeberatung und Vermittlung durch das Gesundheitsamt Bremen sowie die Entwicklungen und Trends der vergangenen Jahre auf diesem Gebiet enthielt der Vortrag von Hartmut Stulken.

Jürgen Matzat schließlich berichtete über Erfahrungen, die in der Arbeit an der Schnittstelle zwischen Psychotherapie und Selbsthilfe gesammelt wurden. Sein Augenmerk richtete sich dabei besonders auf die unterschiedlichen Formen von Selbsthilfegruppen und ihre Bedeutung bei der Bewältigung von Krankheiten, Störungen und Problemen.

Am Nachmittag hatten die Teilnehmenden in zwei Workshops die Möglichkeit sich intensiv gemeinsam mit Grenzen und Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen und geeigneten Gruppenformen auseinander zu setzen.

Die Veranstaltung wurde von einer Präsentation bremischer Selbsthilfegruppen aus dem Bereich psychischer Erkrankungen und psychosozialer Probleme begleitet, die eindrucksvoll die Vielfältigkeit des Selbsthilfeangebots aufzeigte.

Die Ergebnisse des Fachtages und die Anregungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen helfen uns weitere Aktivitäten zu entwickeln, mit denen die Selbsthilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemen in Bremen, z.B. durch die Einrichtung weiterer bedarfsgerechter Gruppen, gestärkt werden kann.

Wir bedanken uns noch einmal bei allen Beteiligten für ihr Engagement, mit dem sie zum Gelingen des Fachtages beigetragen haben!

Carmen Vogel  
Sachgebiet Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung  
Gesundheitsamt Bremen





## 1. Vorträge

### 1.1 Sozialtherapeutische Versorgung und zivilgesellschaftlich geforderte Selbsthilfe – ein Widerspruch?

#### Heinz-Jochen Zenker

Das Thema "sozialstaatliche Versorgung" versus "bürgerliches, zivilgesellschaftliches Engagement" ist so aktuell wie nie zuvor. Mich beschäftigt es seit mehr als 30 Jahren. In meiner Anfang der siebziger Jahre beginnenden sozial- und gemeindepsychiatrischen Sozialisation habe ich auch Prinzipien verinnerlicht, die den Spannungsbogen von Kontrolle und Fürsorge, Selbstbestimmung und Betreuung sowie Selbsthilfe kontra von außen bestimmter professioneller Intervention einbeziehen.

#### 1. Geschichte sozialstaatlicher Versorgung (1)

Zunächst möchte ich einen grundsätzlichen Blick auf die Geschichte des Verhältnisses von Sozialstaat und Bürger- bzw. Selbsthilfe-Engagement eingehen. Vor Mitte des 19. Jahrhunderts, das heißt vor Beginn der Industrialisierung, der Verstädterung und dem Aufbau sozialstaatlicher Sicherung gab es familiäre und ständische Unterstützungssysteme, auch gab es im Rahmen feudalistischer Strukturen tradierte Verantwortlichkeiten. Hinzu kamen von der Kirche und dem Bürgertum getragene Asyl- und Hilfseinrichtungen, die durchaus den seelisch Kranken und Behinderten einen gewissen Schutz boten. Im allgemeinen waren jedoch z. B. besonders schwer psychisch Kranke massiven Tendenzen sozialdarwinistischer Ausgrenzung ausgesetzt.

Mit dem Beginn des Wohlfahrtsstaates setzten zwei Bewegungen ein: eine quasi von unten, häufig getragen von der Arbeiterschaft, die eine Reihe kollektiver Selbsthilfeeinrichtungen schuf; die andere ab 1880 folgte dem Aufbau beitrags- und steuerfinanzierter staatlicher Absicherung („Bismarck'sches Modell“). Parallel dazu nahm im Zeichen der Industrialisierung die Ver(Natur)wissenschaftlichung der Medizin zu und mit ihr die Sehnsucht, auch seelische Störungen und Behandlungen quasi von außen über Medikamente und andere Maßnahmen heilen zu können.

Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelte sich der Wohlfahrtsstaat weiter. Das Spannungsverhältnis zwischen kommunalen, an kollektiver Selbsthilfe orientierten sozialen und gesundheitlichen Bewegungen und staatsmedizinischer Heilsideologie wuchs. Im Faschis-

mus kam es zur zwangsweisen Vereinheitlichung dieser Strömungen, in extremer Ausprägung trug zentralstaatlich organisierte Gewalt über Sterilisation und Euthanasie zur massenweisen Vernichtung sogenannten „unwerten Lebens“ bei. Das System kustodialer Versorgung seelisch Kranker setzte sich nach dem 2. Weltkrieg in der Wiederaufbauphase fort. Allerdings wurden auf Anordnung der Alliierten alle Maßnahmen und Interventionen, die sich auf die faschistische Rassenideologie gründeten, verboten.



#### Geschichte sozialstaatlicher Versorgung (1)

- Mitte/Ende des 19. Jahrhunderts:
  - Industrialisierung und Verstädterung
  - Arbeiterbewegung (erste Formen der kollektiven Selbsthilfe)
  - Soziale- und Gesundheitssicherung als staatliche Aufgabe
  - „Ver(Natur-)wissenschaftlichung“ individueller und gesellschaftlicher Problemlagen
- 20. Jahrhundert:
  - Aufbau des Wohlfahrtsstaates
  - Entwicklung helfender und heilender Institutionen (staatlich und freigemeinnützig)
  - Systematisierung und Professionalisierung der Versorgungssysteme
  - Zunehmende „cost containment“ - Debatte

#### 2. Geschichte sozialstaatlicher Versorgung (2)

Inzwischen wird seit Ende des 20. Jahrhunderts der Wohlfahrtsstaat vor dem Hintergrund der „cost containment-Debatte“ zunehmend in Frage gestellt. Die Agenda 2010 beschreibt den Sozialstaat vor dem Hintergrund der Wirtschafts- und Demographieentwicklung als in der Krise, ein kompletter Umbau sei notwendig. In diesem Rahmen läuft ein wesentlicher Punkt der Kritik am Wohlfahrtsstaat auf dessen Neigung, die Anspruchshaltung und mangelnde Verantwortung der Bürger zu fördern, hinaus. In der Konsequenz heißt dieses, in Zukunft die Verantwortung vor dem Hintergrund des Subsidiaritätsprinzips maßgeblich zum Bürger zurückzuverlagern, das heißt, das Individuum strenger in die Verantwortung zu nehmen. Die damit verbundene Individualisierung der Verantwortung und die Gefahr der gesellschaftlichen Entsolidarisierung im Sinne neoliberalistischer Prinzipien wird offensichtlich in Kauf genommen.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung wird vermehrt Bürgerengagement im Sinne einer Zivilgesellschaft eingefordert, obwohl es derartige Traditionen im Gegensatz zu anglo-amerikanischen Ländern in Deutschland kaum gibt. Auch auf klassische Formen der kollektiven Selbsthilfe kann kaum zurückgegriffen werden. Allerdings gab es in den siebziger und



achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts linksalternative Selbstversorgungsbewegungen, die sich durchaus als Alternative zur vorhandenen wohlfahrtsstaatlichen Absicherung positionierten. Dahinter stand und steht bis heute die Idee des Kommunitarismus, das heißt die Kritik an staatlicher, institutioneller und professioneller Definitionsmacht.



### Geschichte sozialstaatlicher Versorgung (2)

- Beginn des 21. Jahrhunderts
  - Krise und Umbau
    - Grenzen der Finanzierbarkeit (?)
    - Anspruchshaltung und mangelnde Verantwortung der Bürger (?)
    - Ausgabenbegrenzung
    - Rückverlagerung (Individualisierung) der Verantwortung (Stichwort: Subsidiarität) als Notwendigkeit der Haushaltskonsolidierung (?)
    - Gefahr der Entsolidarisierung (Neoliberalismus) (?)

Es wird argumentiert, dass sich die repräsentative Demokratie in einer Legitimationskrise befindet und es um die Stärkung basisdemokratischer Kontrolle und bürgerschaftlicher Teilhabeberechte geht. Es wird also mehr Eigenverantwortung, das heißt die Entwicklung einer Verantwortungsgesellschaft gefordert. Der Bürger wird als politischer Auftraggeber gesehen, das heißt nicht nur als Adressat der Leistungserbringung, sondern auch als Mitgestalter des Gemeinwesens. In den vergangenen 30 Jahren hat diese Sichtweise – insbesondere von der Seite der Bürger mit gesundheitlichen Einschränkungen, das heißt der Betroffenen – an Bedeutung gewonnen. Ihre Kritik am traditionellen Gesundheits- und Sozialwesen läuft insbesondere darauf hinaus, dass eindimensional professionelle Sichtweise vorherrsche und Betroffene mit ihren Vorstellungen bezogen auf Heilung und Lebensgestaltung kaum Rechte zur Teilhabe hätten.

### 3. Dialektik zwischen sozialstaatlicher Versorgung und Bürger-/ Patientenengagement am Beispiel Bremer Psychiatrie

Die Dialektik zwischen sozialstaatlicher Versorgung und Bürgerengagement lässt sich sehr gut in der Psychiatriegeschichte, natürlich auch der Bremens, finden. Sehr interessant ist, dass bereits Mitte / Ende des 18. Jahrhunderts mit der Einführung der sogenannten „familiären Irrenpflege“ bürgerschaftliches Engagement für seelisch Kranke und Behinderte gepflegt wurde. Allerdings kam es wie bereits angeführt Mitte des 19., Anfang des 20. Jahrhunderts vor dem Hintergrund von Industrialisierung, Verstädte-

rung und Ver(Natur)wissenschaftlichung der Medizin zur Konzentration der seelisch Kranken in großen Einrichtungen. Die Psychiatrie war streng fachlich-hierarchisch ausgerichtet. Das Selbsthilfe- und Bürgerengagement nahm ab. Nach dem 2. Weltkrieg setzte erst wieder Anfang der siebziger Jahre eine gesamtgesellschaftliche Auseinandersetzung mit der Psychiatrie ein, damit veränderte sich auch das psychiatrische Versorgungssystem.



### Geschichte der Bremer Psychiatrie seit ca. 1960

#### 1964 - 1980

Erste sozialpsychiatrische Phase: Öffnung (Nachtambulanz, Tagesambulanz, Suchtabteilung). Klinikmitarbeiter rufen einen psychosozialen Hilfsverein "Bremer Werkgemeinschaft" ins Leben, der Patientenclubs und Urlaubsfahrten veranstaltet. Erste sozialpsychiatrische Beratungsstellen werden eingerichtet.

#### 1979

Gründung der Angehörigenselbsthilfegruppe

#### 1981 - 1998

Psychiatrieplan Bremen (Dezentralisierung, Gemeindenähe, Reintegration chronisch Kranker) - Auflösung der Klinik Kloster Blankenburg - Aufbau von Betreutem Wohnen und Tagesstätten - Kulturprojekt Blaumeier spielt "Fast Faust" und erhält einen europäischen Kulturpreis

#### 1999

Gründung des Landesverbandes der Psychiatrieerfahrenen

#### Ab 2002

Aufbau Psychiatrischer Behandlungszentren mit Integration von Hilfe zur Selbsthilfe, Beratung, Behandlung und Rehabilitation in personeller Betreuungskontinuität.

(aus: Netzwerk Seelische Gesundheit Bremen)

In Bremen lässt sich zwischen 1964 und 1980 eine sogenannte erste sozialpsychiatrische Phase beschreiben, die gegenüber früher eindeutig eine stärkere betroffene Betroffenenorientierung aufweist. Ab 1971 gibt es Psychiatriepläne, die die Dezentralisierung der Versorgung und Rückführung der Betroffenen in die Kommune beinhalten. 1979 wird die erste Angehörigenselbsthilfegruppe gegründet. 1999 wird der Landesverband der Psychiatrieerfahrenen gegründet. Die letzte Etappe der bremischen Psychiatriereform wurde im Jahr 2002 eingeleitet. In seinen 5 Regionen baut Bremen psychiatrische Behandlungszentren auf, um der Zielsetzung der personellen Kontinuität und der Integration aller Leistungen von der Beratung bis zur Rehabilitation endlich gerecht zu werden. Damit wird auch die Selbsthilfe- und Angehörigenbewegung gefördert.

### 4. Das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“

Erlauben Sie mir noch einen Blick zurück. In unserem Zwischenbericht des Modellprojektes der Bundesregierung Sozialpsychiatrischer Dienst Uelzen 1978 haben wir uns intensiv mit dem Thema Selbsthilfe befasst und die Begründungszusammenhänge beschrieben. Hilfe zur Selbsthilfe verhindert Ausgrenzung, hat emanzipatorischen Charakter, fordert bürgernahes Engagement, ist präventiv und ökonomisch sinnvoll.



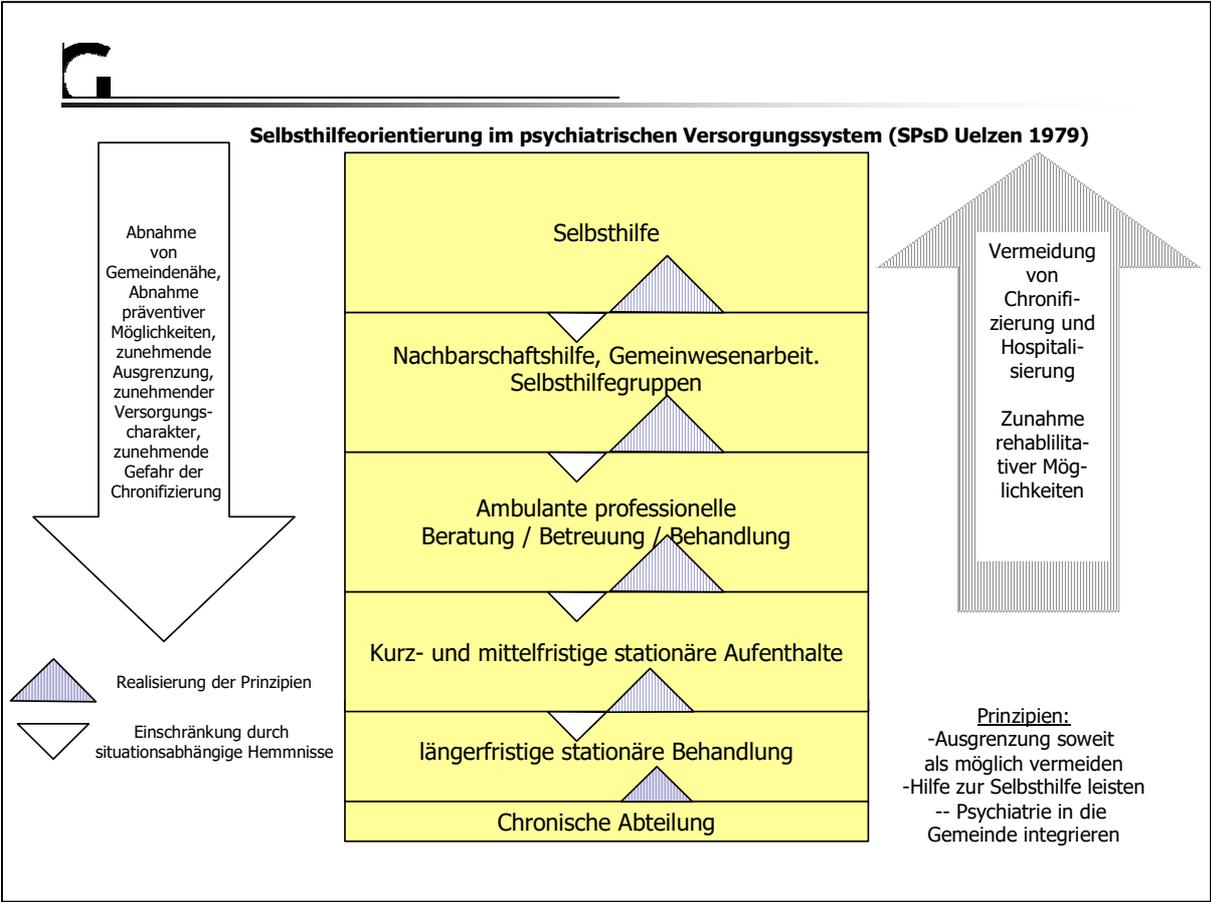
**Hilfe zur Selbsthilfe:**

- verhindert die Verlagerung von Problemen und die Ausgrenzung seelisch Kranker,
- hat immer emanzipatorischen Charakter. Sie verhindert die Professionalisierung und Psychiatrisierung, besonders der gesellschaftlichen Problembereiche im Vorfeld der Psychiatrie.
- fördert bürgernahes Engagement zur Entwicklung von Wohn-, Arbeits- und Kommunikationsalternativen,
- ist präventiv und fördert gemeindeintegrierte bedürfnisorientierte Planung,
- ist ökonomisch sinnvoll, da sie das notwendige personale Potential psychosozialer Hilfe in Grenzen hält.

Das ist zwar 25 Jahre her, hat jedoch an Wichtigkeit und Aktualität nicht verloren. Im damaligen Endbericht an das Bundesgesundheitsministerium 1982 haben wir versucht, in einer Grafik das Prinzip Hilfe zur Selbsthilfe im psychiatrischen Versorgungssystem darzustellen. Es lässt sich daraus ableiten, dass das eigentliche Ziel psychiatrischer Intervention Hilfe zur Selbsthilfe sein muss, wobei bezogen auf die Struktur psychiatrischer Versorgung der Verbleib eines Patienten im Langzeitbereich abzulehnen ist. Es geht immer um die Vermeidung von Chronifizierung und Hospitalisierung. Wenn dieses - unter Einbeziehung gesunder

Anteile und der Selbsthilfepotentiale der Betroffenen - gelingt, nehmen die rehabilitativen Möglichkeiten zu. Im Gegensatz nehmen präventive Möglichkeiten bei Aufgabe des Prinzips der Gemeindenähe und zunehmender Ausgrenzung ab.

Damals hatten wir den Eindruck, mit unseren Prinzipien gegen den Strom zu schwimmen. Ich bin froh und stolz, dass diese heute zu den Selbstverständlichkeiten des psychiatrischen Alltags gehören. Es hat sich eine Menge bewegt – besonders in Bremen. Es gilt, den Stand des Erreichten zu bewahren, denn Bremen kann sich in Bezug auf die Psychiatricentwicklung - auch was die Hineinnahme der Selbsthilfebewegung angeht – in der Bundesrepublik sehen lassen, wenn wir nicht sogar an der Spitze der Bewegung stehen.





## 5. Selbsthilfe und professionelle Hilfe

Selbsthilfe- und Nutzerinitiativen sind wesentlicher Bestandteil des hiesigen psychiatrischen Versorgungssystems. Professionelle psychiatrische Hilfe soll immer nur dann geleistet werden, wenn die Energie und die Möglichkeiten zur Entwicklung von Selbsthilfe nicht ausreichen.



Selbsthilfe und professionelle Hilfe sind keine Gegensätze, sondern

- sind integrale Bestandteile eines betroffenen-orientierten Systems,
- bedürfen der Kommunikation, Aushandlung und ständigen Reflektion (psychiatrisches Testament, Behandlungsvereinbarung, Krisenkarte, Ombudsmann, Nutzerinnen-Bewertungsbogen)
- leben vom gegenseitigen Respekt der Einschätzungen und Grenzziehungen.

Selbsthilfeinitiativen zu fördern ist häufig besser als sich ausschließlich auf Behandlung und Betreuung zu konzentrieren. Insofern ist der organisierte Zusammenschluss von seelisch Kranken, Abhängigkeitskranken, Psychiatrieerfahrenen und deren Angehörigen mit allem Nachdruck zu begrüßen. Es bleibt natürlich ein "hoffentlich konstruktives" Spannungsverhältnis zwischen professioneller Hilfe und Selbsthilfe, wobei diese im eigentlichen Sinne keine Gegensätze darstellen, sondern eher die Aufforderung beinhalten, zu integrativen Bestandteilen eines betroffenenorientierten Systems zu werden.

Die Positionsbestimmung der Münchener Psychiatrieerfahrenen hat mir besonders gut gefallen.



### Münchener Psychiatrieerfahrene e.V.

Unsere Ziele sind:

- Selbstbestimmung, Selbstbewusstsein und Selbstverantwortung der Psychiatrie-Erfahrenen zu fördern,
- durch Austausch unserer Erfahrungen ein neues Verständnis von psychischer Störung als Chance zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit zu erlangen,
- Psychiatrie-Erfahrenen durch Vorträge und Seminare weiterzubilden, durch Öffentlichkeitsarbeit die bestehenden Vorurteile gegen Psychiatrie-Erfahrenen abzubauen,
- Einfluss auf politische Entscheidungen zu nehmen, Selbsthilfe als gleichberechtigten Partner im Gesundheitswesen durchzusetzen,
- die Situation der Psychiatriepatienten in den bestehenden Einrichtungen zusammen mit Professionellen zu verbessern,
- staatliche und therapeutische Gewalt zu kritisieren.

Trotzdem wird es immer Felder geben, in denen es zu unterschiedlichen Einschätzungen von Professionellen und Betroffenen kommt. Wir müssen diese möglichen Dissense aufmerksam aus der jeweiligen Perspektive beobachten und versuchen, sie konstruktiv aufzulösen.

Einige Beispiele: Wenn es um die professionelle Objektivierung und die individuelle Akzeptanz einer seelischen Erkrankung geht, also die Frage *Bin ich krank?* oder *Wie krank ist jemand?*, kann es zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, die einen erheblichen Vermittlungs- und Verständigungsprozess zur Folge haben. Andere Dissense sind möglich, zum Beispiel bei der Einschätzung von Fremd- und Eigengefährdung, bei der Indikation zur Gabe bzw. der Dosierung von Psychopharmaka, bei der Einschätzung des Betreuungsbedarfes eines Patienten, bei der Festlegung der Länge und Art der Behandlung, insbesondere im stationären Bereich, aber auch bei der Festlegung des Unterstützungsbedarfs bei Rehabilitation, Wiedereingliederung und Betreuung.

## 6. Fazit

Lassen Sie mich kurz zusammenfassen: Aus meiner Sicht ist die Dialektik von professioneller und Selbsthilfe absolut nicht auflösbar, aber dennoch durch symmetrische Verständigung unter Einbeziehung von Kompromissen harmonisierbar. Die Einmischung Psychiatrieerfahrenen und deren Angehöriger ist ein wesentlicher Bestandteil der Psychiatriereform. Gefahren drohen aktuell eher vom kostenbescheidenden und neoliberalen Umbau des gesamten sozialen Sicherungssystems und seinen Tendenzen der Individualisierung, Entsolidarisierung und Ausgrenzung langfristig Erkrankter.



### Fazit

- Die Dialektik von professioneller und Selbsthilfe ist absolut nicht auflösbar, Verständigung, (integrative) Vereinbarungen und Kompromisse sind möglich und notwendig.
- Die Einmischung Psychiatrieerfahrenen und deren Angehöriger ist eine Grundvoraussetzung der Psychiatriereform.
- Gefahren drohen eher vom neoliberalen Umbau der sozialen Sicherungssysteme mit seinen Tendenzen
  - der Individualisierung und Entsolidarisierung,
  - des Leistungsabbaus und der
  - Zunahme der gesellschaftlichen Ausgrenzung langfristig schwer Erkrankter.

Schließen will ich mit einem verhalten positiven Ausblick: Im § 140 des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes bringt der Gesetzgeber eindeutig zum Ausdruck, dass die Interessen der



Patientinnen und Patienten und der sie vertretenen Organisationen stärker zu berücksichtigen sind. Die Konkretisierung in Abs. 3 des § 140 f lautet: In den Landesausschüssen (Zusammenschluss der Leistungs- und Kostenträger auf Landesebene – auf Bundesebene entsprechend) nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen und den Berufungsausschüssen (beide sind Teil der kassenärztlichen Versorgung) erhalten die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen maßgeblichen Organisationen ein Mitspracherecht. Ein nicht unbedeutender Schimmer am im Moment etwas düsteren Horizont.



Stärkung der Patientenrechte durch das GKV-Modernisierungsgesetz – GMG (§ 140f-h SGB V)

(1) Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sind in Fragen, die die Versorgung betreffen, nach Maßgabe der folgenden Vorschriften zu beteiligen.

(2) ...

(3) In den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97 ... erhalten die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; ...

Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker  
Leiter des Gesundheitsamtes Bremen





## 1.2 Nehmen psychosoziale Probleme in Deutschland zu?

**Thomas Hilbert**

Seit einigen Jahren bemerken wir eine Zunahme von Fragen und Einzelfallberatungen zu Selbsthilfe in einem direkten, manchmal auch weiteren Zusammenhang mit seelischen Erkrankungen. Patienten fragen nach Gruppen, Angehörige von Patienten wünschen Unterstützung, Therapeuten suchen ergänzende Hilfen für ihre Klienten. Nicht selten wirken die Fragen, mit denen wir oft zunächst am Telefon konfrontiert werden, auf den ersten Blick wenig konkret und eher diffus, und es schließen sich klärende persönliche Gespräche oder weitere Telefonate an. Aber immer steht ein im weitesten Sinne psychosoziales Problem im Raum.

Soweit die Situationsbeschreibung. Mein Beitrag versucht, theseartig Erklärungen anzubieten und zur Diskussion zu stellen. Einige Thesen stützen sich auf Daten und Fakten, andere sind „nur“ plausibel, andere mögen eher hypothetisch sein.

Welche Rolle spielt die gesellschaftliche Entwicklung, was ist der Beitrag des Gesundheitswesens, was ist der Beitrag von sich verändernden Einstellungen und individuellen Deutungsmustern seelischer Befindlichkeit?

### 1. Epidemiologische Daten

#### 1.1. Gesundheitssurvey

Einige Hinweise über die Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland gibt der Nationale Gesundheitssurvey ab 1997. Zwischen 1997 und 1999 wurde im Rahmen eines Zusatzsurveys über Psychische Störungen untersucht, welche Bedeutung affektive Störungen, somatoforme Störungen und Angststörungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung haben.

17,2% der Bevölkerung waren demnach in der Altersgruppe der 18 – 65jährigen von einer dieser Störungen betroffen. Insgesamt waren Frauen signifikant häufiger betroffen. Als weiteres Ergebnis stellte sich heraus, dass somatoforme und affektive Störungen in den alten Bundesländern häufiger nachweisbar waren. Keine Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern zeigten sich bei den Angsterkrankungen.

<b>Psychische Störungen</b>				
Verteilung unter den 18 - 65 jährigen in der deutschen Bevölkerung (nach ICD-10)				
		<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>beide</b>
<b>affektive Störung</b>	<b>F30-34</b>	<b>4,75%</b>	<b>7,82%</b>	<b>6,30%</b>
<b>Angststörung</b>	<b>F40-42</b>	<b>5,25%</b>	<b>12,74%</b>	<b>9,00%</b>
<b>somatoforme Störungen</b>	<b>F45</b>	<b>4,93%</b>	<b>9,99%</b>	<b>7,50%</b>
<b>irgendeine</b>		<b>11,65%</b>	<b>22,75%</b>	<b>17,20%</b>
<b>Es handelt sich um eine 4-Wochen- Querschnitts-Prävalenz.</b>				
<b>Daten des Bundes-Gesundheitssurveys, Zusatzsurvey "Psychische Störungen" 1997 f.</b>				
<b>Quelle: Wittchen, Müller, Winter, Schmidt kunz, Gesundheitswesen 61 (1999), Sonderheft 2, S. 216-222</b>				

### 1.2 Daten der Krankenkassen

Im DAK-Gesundheitsreport 2003 für das Land Bremen, der Arbeitsunfähigkeitstage der Versicherten analysiert, stehen Psychische Erkrankungen mit 9% an vierter Stelle nach Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, der Atmungsorgane und Verletzungen. Die Tendenz bei Psychischen Erkrankungen ist gegenüber den Vorjahren steigend.

Laut Gesundheitsreport 2002 der DAK beträgt der Anstieg der AU- Fälle und der AU- Tage im vergangenen Jahr 51%. Als dramatisch wird die Situation bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 29 Jahren angesehen, bei denen die Zunahme bei beiden Geschlechtern zwischen 70% und 90% beträgt. Vergleichsdaten des BKK– Bundesverbandes und der Technikerkrankenkasse zeigen einen identischen Befund.

Dabei sind die Geschlechtsunterschiede beachtlich, die sich erkrankungsspezifisch noch besonders ausprägen: Depressionen (F30 - 34) sind mit ca. 75% aller AU- Tage führend. Die Prävalenz unter Frauen ist doppelt so hoch wie bei Männern. An zweiter Stelle stehen neurotische Erkrankungen im engeren Sinne (F 40 – 43), gefolgt von somatoformen Störungen (F 45); auch hier ist die Prävalenz unter Frauen deutlich häufiger. Nur bei den Suchterkrankungen überwiegen Männer.



### 1.3 Daten der Rentenversicherung

Analysiert man die Daten der Rentenversicherungsträger nach den Hauptursachen von Frühverrentungen wegen Erwerbsminderung, bietet sich ein dazu passendes Bild.

	2000	2001	2002
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	18%	26%	28%
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (M00-M99)	17%	23%	22%
Neubildungen (C00-D48)	10%	13%	14%
Kreislaufsystem (I00-I99)	9%	12%	12%

In den Jahren 2000 bis 2002 waren Psychische und Verhaltensstörungen (F00 – F99) jeweils die häufigste Diagnosegruppe, die zur Frühverrentung führte, gefolgt von Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems.

### 2. Versorgungsstrukturen als Einflussfaktor?

Scheinbar banal ist die Feststellung, dass Erkrankungen von Ärzten und Therapeuten zunächst festgestellt werden müssen und dann behandelt werden. Gilt daher die Gleichung, dass viele Ärzte viele Diagnosen erheben?

Die Bestandsaufnahme der Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden, die im Juli 2003 von der 76. Gesundheitsminister-Konferenz verabschiedet wurde, legt das nahe. Während in Hamburg 6.800 Einwohner auf einen niedergelassenen Nervenarzt kommen, hat ein Nervenarzt in Brandenburg 28.600 Einwohner zu betreuen. Noch wesentlich dramatischer sind die Unterschiede bei der psychotherapeutischen Versorgung. In Berlin versorgt ein Psychotherapeut 1.580 Menschen, in Sachsen-Anhalt steht ein Psychotherapeut rechnerisch 30.100 potentiellen Patienten gegenüber. Die gleichen Verhältnisse finden wir bei der Kinder- und Jugendpsychiatrischen und bei der Kinder- und Jugendpsychotherapeutischen Versorgung.

Vor voreiligen Schlussfolgerungen sei allerdings gewarnt, weil die Versorgungslandschaft nur einen kleinen Teil unserer gesellschaftlichen Realität erklären kann. Vor allem beantworten diese Zahlen weder die Frage, warum psychische Erkrankungen entstehen oder Störungen der Befindlichkeit als psychische Erkrankungen verstanden werden, noch welche Rolle Selbsthilfe spielt oder einnehmen könnte.

### 3. Seelische Leiden und Psychische Erkrankungen als Weg und Ausweg?

Vielleicht kommt Ihnen so etwas bekannt vor:

Der Angestellte, der vor dreißig Jahren daheim beim Abendessen vom Ärger mit seinem Chef erzählt hätte und anschließend mit seinen wie er gewerkschaftlich organisierten Kollegen bei einem Bier Aktionen diskutierte und Solidarität erfuhrt, wird sich heute mit nicht geringer Wahrscheinlichkeit als Opfer von Mobbing verstehen und vielleicht in einer Selbsthilfegruppe erfahren, dass er eine posttraumatische Belastungsstörung hat.

Die pubertierende 16jährige Tochter aus gutem Hause, die ihre körperlichen Veränderungen erlebt, mit ihrer ersten Verliebtheit nicht zurecht kommt und andere Essgewohnheiten annimmt, leidet heute nach Meinung ihrer besorgten Eltern vielleicht an einer Bulimie und wird fürsorglich in einer Mädchengruppe betreut.

Die Vergrößerungen sollen provozieren und wollen Fragen stellen. Ist alles nur Erfindung? Keineswegs, denn es fanden und finden gesellschaftliche und soziale Veränderungen statt, die erheblich in Lebenspläne und Wertvorstellungen eingreifen, die Menschen extrem verunsichern können.

So fehlen vielfach stabile familiäre Bindungen und Orientierungshilfen. Strategien, wie bestimmte Probleme bewältigt werden können, werden von Eltern, alleinerziehenden Müttern und Vätern nicht mehr erlernt und erfahren, weil sie selbst mit Problemen konfrontiert und selbstunsicher sind. Die Familie hat an Bedeutung verloren als System, das Ziele, Werte, Spielregeln und Grenzen und Bewältigungsstrategien für positive und negative Lebensereignisse vermittelt, das in einem umfassenden Sinne „erzieht“. Es ist nicht zu übersehen, dass sich Kindergärten und Schulen heute nicht mehr darauf verlassen können, bei ihren Kindern und Schülern grundlegende soziale Fähigkeiten vorzufinden. Dies schafft Zündstoff und Belastungen.

Unsere Gesellschaft bietet keine Garantie mehr auf einen Arbeitsplatz. Wer heute eine Ausbildung beendet, kann nicht mehr sicher sein, damit später regelmäßig ein Erwerbseinkommen zu erzielen. Wer einen Arbeitsplatz hat, weiß nicht, ob er ihn in zwei oder fünf Jahren noch haben wird. Der Anteil sicherer Arbeitsplätze ist in den vergangenen Jahren stetig gesunken, und mit der seit vielen Jahren steigenden Arbeitslosigkeit hat sich dieser Prozess beschleunigt.



Das widerspricht dem Bedürfnis nach Sicherheit und verlässlichen Strukturen. Es schafft Unsicherheit und Ängste. Dies widerspricht aber auch dem noch unerschütterten Selbstverständnis vieler Menschen, nach dem sich eine gelungene Lebensplanung nicht zuletzt über gutes und allzeit verfügbares Einkommen definiert. Es sei daran erinnert, dass zur Zeit nur noch 40% der Menschen in diesem Land Einkommen durch Erwerbsarbeit erzielen. Dieser Befund ist in seiner Tragweite noch nicht in das gesellschaftliche Bewusstsein eingedrungen.

Das Gefühl von Unsicherheit wird verstärkt durch eine politisch geförderte Strukturlosigkeit, die sich hinter Begriffen wie Kreativität, Mobilität und Flexibilität verbirgt. Der schrumpfende Markt an Erwerbsarbeit wird als Problem wahrgenommen und soll mit Rezepten kuriert werden, die sich ausschließlich an Individuen richten, deren Belastbarkeit aber an natürliche Grenzen stößt, weil man nicht permanent kreativ, unendlich flexibel und beliebig mobil sein kann. Die Forderung richtet sich natürlich sowohl an Menschen, die noch oder wieder Arbeit haben, als auch an die, die keinen Arbeitsplatz haben. Das schafft subjektiv und objektiv Druck und Konkurrenzangst und führt zu schleichender Entsolidarisierung in den zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Folgen sind Vereinzelung und Rückzug. Der groteske Begriff der Ich-AG – zu Recht als Unwort des Jahres 2001 preisgekrönt – bringt das ungewollt, aber zielsicher auf den Punkt.

Verheerend wirkt sich dieser Prozess auch auf soziale Bezugssysteme aus, an die die Gestalter der jetzt verfolgten Arbeitsmarktpolitik vermutlich nicht gedacht haben. Die in unserer Gesellschaft nach wie vor vorhandenen und gepflegten Leitbilder von Rollen, die uns beispielsweise in der Ehe und in der Familie zugewiesen sind, funktionieren nicht mehr oder immer nur zeitweise: Aus dem für das Einkommen sorgenden Vater wird morgen der Hausmann und übermorgen der Zeitarbeiter, aus der für die Kinder zuständigen Mutter wird morgen eine befristete Mitarbeiterin im Call Center und übermorgen eine Heimarbeiterin und vice versa. Schnelle Rollenwechsel sind gefordert, langfristige Planung geht nicht mehr und Statuspassagen bleiben dabei nicht aus – und betreffen zunehmend auch Mittelschichten.

Es hat nun aber vor einigen Jahren ein weiterer Veränderungsprozess eingesetzt, der das Prinzip des Sozialstaats berührt und das daraus abgeleitete Verständnis von sozialer Absicherung neu bestimmen will. Bisher sicher geglaubte Bezugssysteme werden dazu in Frage gestellt. Es ist natürlich nicht falsch, von Bür-

gern eigene Anstrengungen zu verlangen, um ihre Existenz zu sichern. Momentan erleben wir aber so etwas wie eine Umkehr der Beweislast. Unterstützungsbedürftige – gleich welche Transferleistung sie erhalten – müssen permanent unter Beweis stellen, dass sie sie verdienen. Der Verdacht, ein Arbeitsloser oder eine Empfängerin von Sozialhilfe seien in irgend einer Weise für das Zustandekommen ihrer Lage verantwortlich, wird zur legitimen Methode, Hilfeleistungen zu hinterfragen. Nicht mehr Chancengleichheit für alle Bürger, die der Staat notfalls mit seinen Mitteln garantiert, ist das Staatsziel, sondern die Akzeptanz ungleich verteilter Chancen, weil jeder Bürger seines Glückes Schmied sein soll. Der Abbau des in vielen Erscheinungsformen vielleicht zu Recht kritisierten schwedischen Wohlfahrtsstaates wurde auch als ideologischer Kampf gegen Bevormundung und Lähmung von Eigeninitiative geführt.

Diese Ideologie trägt auch den Namen Zivilgesellschaft. Sie nimmt Ungleichheit in Kauf.

Alle die im vergangenen Jahr eingeleiteten Reformvorhaben – Arbeitsmarktreformen, Gesundheits-Modernisierungsgesetz – scheinen diesen Weg einzuschlagen. Die großen politischen Parteien unterscheiden sich dabei nur noch in Nuancen. Es ist kein Zufall, wenn Gorbatschow kürzlich in einem SPIEGEL-Interview festgestellt hat, in Deutschland gebe es zwei sozialdemokratische Parteien: die SPD und die CDU/CSU.

Zwischenfazit: Die hier dargestellten gesellschaftlichen Veränderungsprozesse, die an mancher Stelle akzentuiert erscheinen mögen, verändern radikal soziale Bezugssysteme, können verunsichern und in vielen Menschen eine seit Jahrzehnten unbekannte Existenzangst erzeugen, die sich in doppelter Hinsicht pathogen auswirkt: Einerseits entstehen tatsächlich Versagens- und Leidenszustände, weil Menschen ohnmächtig erleben, dass sie nicht mehr Herr ihrer Entscheidungen sind. Andererseits wird Krankheit bewusst oder unbewusst als einziger Fluchtpunkt erlebt, an dem man sich, gesellschaftlich akzeptiert, vorübergehend oder länger ausklinken und das Hamsterrad der fremdbestimmten Veränderung verlassen kann. Und schließlich scheinen die Ressourcen von Menschen (auch schichtspezifisch) unterschiedlich gut entwickelt zu sein, wenn es gilt, Belastungssituationen zu bewältigen. Frustrationstoleranz und Leiden wollen gelernt sein, Klaus Dörners Satz, dass Leiden auch stark machen kann, ist heute keine von allen geteilte Erfahrung.



#### 4. Das Angebot der Medizin – ein Danaergeschenk?

Welche Rolle spielt nun die Medizin, ist sie der passive gute Samariter oder hat sie den Boom psychosozialer Leiden und Probleme aktiv mitgestaltet?

Diese Fragen zu stellen ist heikel; sie bleiben uns aber nicht erspart. Richtig ist, dass sich im Gesundheitswesen, das immer noch überwiegend ein Medizinwesen ist, unzählige Betätigungsfelder für Diagnostiker und Therapeuten aller Berufe bieten, die miteinander, teilweise auch gegeneinander, agieren, kommunizieren, auf ihre Klienten einwirken und unter sich wechselwirken. Die Definitionsmacht über das, was noch als normal oder etwa schon als krank anzusehen ist, liegt in aller Regel nicht beim Kunden dieses gut ausgestatteten Systems, also beim Klienten und Patienten, sondern beim Experten, der gern gut und viel tätig sein möchte. Und anständig honoriert werden will.

##### 4.1 Die diagnostische Falle

In allen medizinischen Disziplinen unterliegt das Krankheitsverständnis, also das, was als pathologisch definiert wird, einem Wandel, der sich aus der Weiterentwicklung ätiologischen Verständnisses, diagnostischer Methoden und therapeutischer Prozeduren ergibt. Dieser Entwicklungsprozess kann im Kontext dieses Referates nicht umfassend analysiert werden, es mögen zwei Verweise genügen: Zum einen beschreibt Thure von Uexküll im einleitenden theoretischen Kapitel seines Standardwerkes der Psychosomatik den Übergang vom biomechanischen zum bio-psychosozialen Konzept in der Medizin, das den Menschen oder den Patienten in Interaktion mit seiner sozialen Umwelt sieht.

Zum anderen stellt der Medizinsoziologe Pauli fest, dass Patienten ihre Leiden und Symptome so präsentieren, wie das gültige Medizinsystem es nahe legt und fordert. Das betreffe – so Pauli – sowohl die somatisch orientierte Medizin als auch die Psychotherapie.

Es sind mehrere miteinander verflochtene Probleme und Schwierigkeiten zu erkennen.

1. Manche Störungen werden heute anders beschrieben und anders klassifiziert als früher. Wer die Entwicklung der ICD- Klassifikation kennt, wird das bestätigen.

2. Das System verlangt vom Arzt diagnostische Zuordnungen, weil nur dann abrechnungsfähige Leistungen generiert werden können.

3. Nicht nur in den somatischen Disziplinen mit ihren technisch immer feineren Diagnoseinstrumenten werden heute Erkrankungen

diagnostiziert, die früher schlicht nicht festzustellen waren. Das kennt auch die Geschichte der Psychiatrie und Psychotherapie. Erinnerung sei daran, dass das Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung noch vor 40 Jahren kaum bekannt war und lange umstritten blieb. Andere Störungen kennen wir fast nur noch aus der Geschichte der Medizin und der Psychotherapie. Erinnerung sei an die Damen der besseren Gesellschaft, die bei aufregenden Ereignissen in Ohnmacht zu fallen pflegten.

4. Bestimmte Persönlichkeitseigenschaften oder Verhaltensweisen werden medikalisiert. Das verhilft beiden – Arzt wie Patienten – zu einer Verständigungsebene, auf der beide miteinander kommunizieren können und die dem Patienten zunächst subjektiv Erleichterung schafft, weil das, worunter er leidet oder was andere an ihm stört, so ohne Kränkung ausgesprochen werden kann. Überspitzt formuliert: der Choleriker des 19. Jahrhunderts leidet heute an einer Borderline- Persönlichkeitsstörung, der Sanguiniker ist manisch, der Melancholiker ist depressiv und der Phlegmatiker leidet an einer Antriebsstörung. Klaus Dörner sagt dazu, dass das Terrain des Gesunden sich dauernd zu Gunsten des Terrains des Krankhaften verkleinere.

5. Ein weiteres und sehr ernstes Problem stellen Befindlichkeitsstörungen dar, die von Interessengruppen oder nicht selten interessengeleiteten Experten in den Rang von Erkrankungen gehoben werden, die als unerforscht oder als zu selten diagnostiziert oder dringend behandlungsbedürftig bezeichnet werden. Hier ist regelmäßig allergrößte Skepsis angebracht. Genannt sei beispielhaft die sogenannte Multiple Persönlichkeit; aber auch andere „moderne“ Leiden warten – kritisch betrachtet – noch immer auf den Nachweis ihrer Existenz: Fibromyalgie- Syndrom, MCS, Müdigkeitssyndrom. Schlafstörungen, Essstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen fallen laut Dörner auch in die Kategorie der medizinischen Überblähung.

Empfehlenswert ist die Lektüre von Jörg Blech, der in einem Buch und einer SPIEGEL- Titelgeschichte über die „Krankheitserfinder“ sich provokativ dieses Themas annimmt.

Gemeinsam ist vielen dieser Erkrankungen, dass es zwar keine auch nur annähernd sichere und reproduzierbare Diagnostik gibt, gleichwohl aber damit Deutungsmuster erzeugt werden, die die Sehnsucht von Patienten und Ärzten nach der wahren Ursache, nach der Erklärung allen Leidens befriedigen. Der 1884 von Moebius formulierte Satz über die „Neurasthenie“ könnte heute geschrieben sein: „Der neue Na-



me bezauberte Ärzte und Laien, so dass rasch die neue Krankheit Bürgerrecht erhielt...“

6. Bei psychiatrisch– psychotherapeutischen Diagnosen besteht eine unter Sozialmedizinern bekannte und häufig reproduzierbare Schichtabhängigkeit. Wir können dies mit eigenen Untersuchungsergebnissen aus Begutachtungen des letzten und dieses Jahres bestätigen:

Die Verteilung der Geschlechter ist in beiden Gruppen nahezu gleich; es überwiegen Frauen mit 51,2 % bei HLU und 52,7 % bei Beamtinnen und Beamten. Empfänger von HLU sind mit einem Altersmedian von 43 Lebensjahren über 10 Jahre jünger als Beamtinnen und Beamte mit 54,8 Lebensjahren.

#### **Rangfolge der Diagnosen bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) (164 Patienten):**

	<b>ICD-10</b>	<b>Diagnosen</b>	<b>in % der Fälle</b>
1	M40 - 54	Krankheiten der Wirbelsäule u. des Rückens	48,2%
2	E66	Adipositas	19,5%
3	I10	primärer Hypertonus	17,7%
4	M15 - 19	Arthrosen	15,2%
5	F10	chron. Alkoholkrankheit	11,6%
6	F30 - 34	affektive Störungen (überwiegend Depressionen)	8,5%

#### **Rangfolge der Diagnosen bei Beamten (253 Patienten):**

	<b>ICD-10</b>	<b>Diagnosen</b>	<b>in % der Fälle</b>
1	F30 - 34	affektive Störungen	37,2%
2	M40 - 54	Krankheiten der WS u. des Rückens	20,6%
3	I10	primärer Hypertonus	17,8%
4	F40- F44	Phobische, Angst-, Zwangs- u. Konversionsstörungen	16,2%
5	F45	Somatoforme Störungen	13,4%
6	F60-62	Persönlichkeitsstörungen	11,9%

#### **4.2 Das therapeutische System, seine Fallen und die Selbsthilfe**

Ärzte und Psychotherapeuten können nicht alles behandeln, geschweige denn alles heilen. Vieles muss auch nicht behandelt, sondern kann ersetzt werden durch den Arzt als Zuhörer und Begleiter, der dem Griff nach Rezeptblock oder Verordnungsschein notfalls widersteht und – wieder im Sinne Dörners – den Patienten fordert und an dessen eigene Ressourcen appelliert.

Dieses Gebot gilt besonders für die Vielzahl der zitierten „modernen Leiden“, die nicht nur nachhaltig resistent gegen gut gemeinte therapeutische Bemühungen sind, sondern bei denen ein hohes Risiko der Chronifizierung besteht. Diese Warnung gilt vor allem psychosomatisch wenig versierten Ärztinnen und Ärzten. Nicht wenige diagnostische oder therapeutische Prozeduren tragen zur Fixierung auf Symptome und Leiden bei. Der Orthopäde, der mit rein orthopädischen Mitteln eine Fibromyalgie zu behandeln meint und der Allergologe, der nach der einen, alles Leid verursachenden chemischen Substanz fahndet, wird keinen Erfolg erzielen und möglicherweise verhindern, dass die psychosomatische Störung angemessen angegangen wird. Aus Fällen, die ich als Gutachter kennen gelernt habe, weiß ich, wie perfekt und bequem sich manchmal Ärzte und Patienten – oft unbewusst – gemeinsam in dieser therapeutischen Fallgrube einrichten. Ich glaube aber auch, dass viele Patienten von Ärzten, die mit ihrem therapeutischen Latein am Ende sind, auf Selbsthilfegruppen verwiesen werden. Ich vermute genauso, dass zahlreiche Patienten im Grunde unglücklich und unzufrieden sind und darauf hoffen, in einer Gruppe Hilfe und Unterstützung zu finden. Darin liegt eine Chance, aber zugleich eine große Gefahr, wenn nämlich Erklärungsmuster für Beschwerden und Leiden zum Gruppendogma werden, an dem Zweifel nicht mehr zugelassen sind.

Auch die bereits angesprochenen sozial verursachten Probleme kann der Therapeut nicht lösen, allenfalls mildern. Zweifellos können in einem therapeutischen Setting Bewältigungsstrategien erarbeitet werden, aber sie können Geborgenheit und soziale Sicherheit nicht ersetzen. Es ist vorstellbar, dass Selbsthilfegruppen hier die wichtige Funktion übernehmen können, das gerissene familiäre und soziale Netz wenigstens teilweise zu ersetzen.

Ein weiterer Punkt liegt in der zeitlichen und methodischen Begrenztheit psychotherapeutischer Behandlung als Leistung der Krankenkassen. Die vorgesehene Zeit wird für viele Patienten nicht reichen.



Woher weiß man so genau, dass der Verhaltenstherapeut eine Agoraphobie in 25 Stunden, der Psychoanalytiker eine Angstneurose in 240 Stunden geheilt haben wird?

Für andere Patienten ist das relativ starre Korsett der anerkannten Verfahren nicht angemessen. Es ist nicht gerade einfach, von einer Gruppen- in eine Einzeltherapie und wieder zurück zu wechseln, auch wenn der therapeutische Prozess das manchmal nahe legt. Wieder andere Patienten werden nicht erreicht, weil die Schritte bis zum Beginn einer Psychotherapie ein hohes Maß an sozialer Kompetenz und Durchhaltevermögen erfordern. Und ein weiterer Punkt ist, dass gruppenpsychotherapeutische Verfahren in den letzten Jahren deutlich in den Hintergrund getreten sind zugunsten der Einzeltherapien. Der Wunsch, in eine Selbsthilfegruppe zu gehen, ist ein möglicher Reflex auf diese Entwicklung.

Die Vermutung liegt nahe, dass durch diese – und andere – Grenzen viele Therapeuten dazu neigen, die Teilnahme an Selbsthilfegruppen als einen Ausweg zu suchen, wenn die eigene Therapie zu einem unbefriedigenden, aber wirtschaftlich gesehen zwingenden Ende kommt.

Scheinbar konträr steht dem ein therapeutischer Expansionismus gegenüber, der den gesunden Menschenverstand durch Therapieverfahren ersetzt, denen im nächsten Schritt mit Sicherheit Diagnosen und immer mehr Indikationen zugeordnet werden. Das meint nicht nur esoterische Therapien.

Bei den Recherchen zu diesem Beitrag ist mir das Beispiel der Gelotologie begegnet. Es handelt sich dabei um Forschung über den Zusammenhang zwischen Heiterkeit und Gesundheit. Zweifellos wissen wir alle, dass Lachen oft die beste Medizin ist. Nun aber wird wissenschaftliche Humorforschung betrieben. Aus Kanada erfahren wir, dass durch Gelächter Abwehrzellen aktiviert werden. In der psychiatrischen Klinik der Universität Tübingen wird mit Hilfe der Kernspintomographie untersucht, wie sich die Hirndurchblutung bei der Betrachtung von Karikaturen und beim Hören von Wortwitzen verändert. Bis zur Lachtherapie durch Lachtherapeuten, selbstverständlich medikamentös gestützt, ist es nun nicht mehr weit, erste Lachclubs haben sich bereits etabliert. Selbsthilfegruppen, in denen einfach gelacht wird, hoffen wir auch in Bremen bald gründen zu können.

Dr. Thomas Hilbert  
Leiter des Sozialmedizinischen Dienstes  
für Erwachsene  
Gesundheitsamt Bremen

**Anerkannte Verfahren:**

Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse

**Zeitgrenzen:**

Analytische Psychotherapie:

Einzelbehandlung: 80 - 240, max. 300 Std. /  
2 - 4 Sitzungen pro Woche  
Gruppentherapie: 80 - 120, max. 150 Std. /  
1 - 2 Doppelstunden pro Woche

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:

Einzelbehandlung: 50 - 80, max. 100 Std. /  
1 Sitzung pro Woche  
Gruppentherapie: 40 - 60, max. 80 Std. /  
1 Doppelstunde pro Woche

Kurztherapie:

25 Stunden; bei Verhaltenstherapie bis  
max. 80 Stunden



### 1.3 Selbsthilfeberatung und Vermittlung in Gruppen bei psychischen Erkrankungen und bei psychosozialen Problemen durch das Gesundheitsamt Bremen - Entwicklungen und Trends der zurückliegenden Jahre in Bremen

#### Hartmut Stulken

- Gibt es Entwicklungen und einen Trend, die eine stärkere Bedeutung von Selbsthilfegruppen bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen anzeigen? Die Antwort lautet "ja", wenn man von der gestiegenen Nachfrage nach der Vermittlung in Selbsthilfegruppen ausgeht, die wir in unserer Beratungs- und Vermittlungsarbeit feststellen konnten.
- Belegt das auch bereits die angenommene Zunahme psychosozialer Probleme in unserer Gesellschaft? Sicherlich nur zum Teil, wie die nachfolgenden Beiträge verdeutlichen dürften.
- Worauf stützen sich unsere Erkenntnisse? Aufschluss vermitteln unsere regelmäßigen Dokumentationen und Datenerhebungen über unsere Beratung von Personen, die Kontakte zu Selbsthilfegruppen wünschen. Seit 1998 verfügen wir daher über gut gesicherte Erkenntnisse.

#### Selbsthilfegruppen im Focus

Selbstverständlich wissen alle, was Selbsthilfegruppen sind, aber es gibt sehr unterschiedliche Ausprägungen und Formen: von Gesprächsselbsthilfegruppen über Selbsthilfeinitiativen, die auch sozialpolitische Zielsetzungen haben bis zu sogenannten Selbsthilfeorganisationen, die bundeseinheitlich organisiert sind. Wir können uns aber für diese Tagung auf den Terminus Selbsthilfegruppe einigen, denn die wesentlichen Definitionsmerkmale sind diesen ansonsten unterschiedlichen Organisationen gemein.

Persönliche Voraussetzungen für dauerhaft erfolgreiche Interaktionen in Selbsthilfegruppen sind ein gewisses Maß an Selbstständigkeit und Kommunikationsfähigkeit bei den Mitgliedern, die ein gegenseitiges Geben und Nehmen im Erfahrungsaustausch und Umgang miteinander ermöglichen. Von Bedeutung sind sicherlich auch die Schwere von Erkrankungen und die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die ein Miteinander in einer Selbsthil-

fegruppe im vorgenannten Sinn einschränken können. Eine Selbsthilfeberatung und Vermittlung hat dieses stets zu berücksichtigen.



#### Selbsthilfegruppe: Definitionsmerkmale

- Betroffenheit durch ein gemeinsames Problem
- Keine oder geringe Mitwirkung professioneller Helfer
- Keine Gewinnorientierung
- Gemeinsames Ziel: Selbst- und / oder soziale Veränderung
- Arbeitsweise: Betonung gleichberechtigter Zusammenarbeit und gegenseitiger Hilfe

#### Selbsthilfeberatung und Vermittlung im Gesundheitsamt Bremen

Die Beratung zu Selbsthilfegruppen und ihre Vermittlung ist eine unserer wichtigen selbsthilfeunterstützenden Aufgaben, die überörtlich und bundesweit auch Aufgabe sogenannter Selbsthilfekontaktstellen ist. Mittlerweile besteht in Deutschland ein flächendeckendes Netz von Selbsthilfekontaktstellen, deren Aufgabenprofile sich weitgehend decken.



#### Selbsthilfekontaktstelle / Selbsthilfeunterstützerstelle - Profil

- Information, Beratung und Vermittlung interessierter BürgerInnen
- Beratung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Initiativen
- Finanzielle Förderung der Selbsthilfe (abhängig von der Regelung der Zuständigkeit)
- Kooperation mit Umfeld („Fachleute“)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Organisation und Dokumentation

Ihre Aufgaben richten sich gleichermaßen an die Fachöffentlichkeit, an Gruppen, Initiativen, Vereine, Selbsthilfeorganisationen, aber insbesondere an Patientinnen und Patienten und die allgemeine Öffentlichkeit.



**Selbsthilfeunterstützung** bezieht sich auf

- Personen mit gesundheitlichen Problemen
- Selbsthilfegruppen, -initiativen und Organisationen
- Personen und Institutionen der Fachöffentlichkeit



#### **Personenbezogene Leistungen**

- Beratung und Information
- Vermittlungen in Gruppen
- Gründungshilfen für neue Gruppen  
(2003:Tourette-Syndrom, Chorea Huntington, Ängste)

#### **Leistungen für Gruppen und Fachöffentlichkeit**

- Beratung, Unterstützung und Vermittlung von Hilfen bei der Problemlösung, Organisation, Planung, Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit und – für Gruppen – Raumsuche
- Anlage, Pflege und Einsatz von Daten und Informationen über Selbsthilfegruppen
- Planung und Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen
- Förderung der Zusammenarbeit der Gruppen mit der Fachöffentlichkeit

Obwohl wir in Bremen über ein relativ gutes und weitreichendes Angebot an Gruppen verfügen, gibt es manchmal zu bestimmten Anfragen keine passenden Vermittlungsmöglichkeiten. Daraus ergibt sich der Auftrag, über gezielte Neugründungen nachzudenken und diese zu realisieren.

Das Gesundheitsamt verfügt über eine PC-gestützte Kartei mit Datensätzen von nahezu 1.000 Selbsthilfegruppen, die regelmäßig aktualisiert wird. Sie ist unverzichtbare Grundlage für Beratung und Vermittlung.

Der Zusammenarbeit von Gruppen mit der Fachöffentlichkeit dient auch die heutige Veranstaltung, deren Ziel es ist, zur qualifizierten Weiterentwicklung der Selbsthilfe durch Erörterung von Fragen und Problemen, die in der Praxis aufgetreten sind, beizutragen.

## **Das Beratungsgespräch und die Vermittlung**

Am Anfang steht in der Regel der telefonische Kontakt. Dem folgt in 15 - 20 % aller Fälle ein persönliches Beratungsgespräch mit folgenden Inhalten: Motive, persönliche Vorstellungen und eventuelle Vorerfahrungen mit Selbsthilfegruppen, Klärung der Problemlage inklusive von Erkrankungen, Diagnosen und Behandlungserfahrungen, Klärung der persönlichen Voraussetzungen.

Ziel ist stets eine bedarfsgerechte und möglichst passgenaue Vermittlung, die auf die Besonderheiten einzelner Gruppen (Größe, Gesprächsgruppe, Initiative, nur Gespräche, gemeinsame Freizeitgestaltung, regelmäßige Information unter Einbeziehung von Fachleuten etc.) abgestimmt wird.

In bis zu 30 % aller Fälle ergeben die Gespräche, dass nicht wirklich Selbsthilfegruppen gesucht werden. Zugrunde liegen den Gesprächen dann oft unsachgemäße Weitervermittlungen an uns durch andere Institutionen. Inwieweit dabei ein Trend gegeben ist, werden wir weiterhin aufmerksam beobachten.

Die Probleme, mit denen die Menschen an uns herantreten, sind: psychosoziale Belastungen (Trennung, Scheidung, Unsicherheit, soziale Ängste, Zwänge, Belastungen in der Folge einer körperlichen - oft chronischen - Erkrankung) und psychische Erkrankungen mit Behandlungshintergrund und Diagnose (häufig Depressionen). Häufig sind Patientinnen und Patienten bereits in einer ambulanten Therapie und wurden von der Therapeutin/dem Therapeuten angeregt in eine Selbsthilfegruppe zu gehen.

Kontakt zu Selbsthilfegruppen Suchenden gemein ist das Verlangen nach Verständnis, das Angehörige und das soziale Umfeld oft nicht haben, unabhängig vom Problemhintergrund. Das trifft nicht nur bei psychischen, sondern auch bei chronischen somatischen Erkrankungen zu.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Es gilt der Grundsatz der sorgfältigen Klärung vor einer Vermittlung: Die vorliegende Problematik und die Motive, die dem Wunsch nach einer Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfegruppe zugrunde liegen, werden ermittelt. Es wird geklärt, wer die Kontaktaufnahme zu uns angeregt hat und was dabei zugrundegelegt wurde. Dem gegenüber gestellt werden die Arbeitsweisen von - unterschiedlichen -



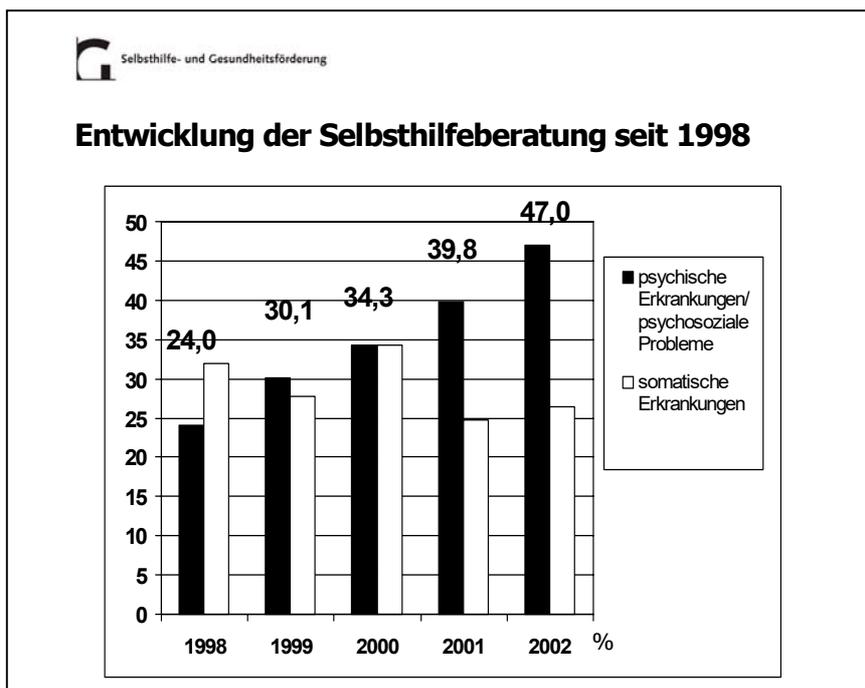
Selbsthilfegruppen und sonstige Umstände, die eventuell gegen eine Vermittlung zu einer Selbsthilfegruppe sprechen. Nur so kann das Ziel einer für beide Seiten - Gruppen und Patienten - möglichst passgenauen Vermittlung zu einer Selbsthilfegruppe oder aber zu einer anderen Hilfe erreicht werden.

Wichtig ist immer die Entscheidung der Betroffenen, die möglichst auch eine selbstkritische Reflektion beinhalten sollte. Die Vermittlung hat dann zu berücksichtigen, was die Person sucht und benötigt und welche Möglichkeiten - aber auch Einschränkungen - auf der Seite der für die Vermittlung in Frage kommenden Selbsthilfegruppen bestehen.

Dann werden die Informationen, die für eine oder mehrere Vermittlungen geeignet sind, in gedruckter Form übergeben und bei Bedarf erläutert. Dieses kennzeichnet den abschließenden Vermittlungsakt.

### Entwicklung und Trends bei der Nachfrage nach der Vermittlung in Selbsthilfegruppen bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Belastungen seit 1998 im Gesundheitsamt Bremen

- Wie hat sich die Nachfrage nach Vermittlung in Selbsthilfegruppen im Bereich psychischer Erkrankungen und psychosozialer Probleme im Verhältnis zu den somatischen Erkrankungen entwickelt? Unsere Ergebnisse verdeutlichen, dass von 1998 bis 2002 - mit einer leichten Unterbrechung dieses Trends im Jahr 2000 - die Nachfrage nach der Vermittlung in Selbsthilfegruppen zu psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen im Verhältnis zu der Nachfrage nach der Vermittlung in Selbsthilfegruppen bei den somatischen Erkrankungen stetig gestiegen ist und 2002 bereits deutlich überwiegt. Wie wir wissen, wird über diesen Trend auch aus einer Mehrzahl der anderen Selbsthilfekontaktstellen in Deutschland berichtet.
- Wir möchten mit Ihnen die folgenden Fragen gemeinsam erörtern: Wie erklärt sich diese Entwicklung aus Ihrer Sicht? Welche Schlüsse müssen wir daraus ziehen? Ständig neue Gruppen gründen? Müssen wir zukünftig andere Gruppenformen entwickeln und fördern?
- Müssen wir noch genauer hinschauen und feststellen, ob und inwieweit Schwachstellen im System der gesundheitlichen Versorgung dafür verantwortlich sind? Der ausgeprägte Wunsch nach Kontakten zu Selbsthilfegruppen bei einer großen Anzahl von Patientinnen und Patienten und das Entstehen neuer Selbsthilfegruppen können wichtige Indikatoren darstellen, mit denen diese Annahme genauer untersucht und gestützt werden kann.



Hartmut Stulken  
Sachgebietsleiter Selbst-  
hilfe- u. Gesund-  
heitsförderung  
Gesundheitsamt Bremen





## 1.4 Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke – Erfahrungen an der Schnittstelle zwischen Psychotherapie und Selbsthilfe

Jürgen Matzat

### Persönliche Vorbemerkungen

Zunächst einmal meine persönliche Schnittstelle: Ich bin Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, arbeite aber seit vielen Jahren als Selbsthilfegruppen-Berater. Ich sage „aber“, weil die Art der Arbeit eine völlig andere ist als die, in der konventioneller Weise Therapeuten arbeiten. Vielleicht unterscheiden sich daher meine therapeutischen Gespräche etwas von denen meiner Kollegen, aber insbesondere meine Selbsthilfegruppen-Arbeit ist wahrscheinlich ein bisschen anders, als sie viele Selbsthilfe-Unterstützer mit anderem persönlichen Hintergrund tun.

Ich komme aus Gießen. Der eine oder andere kann vielleicht noch etwas mit dem Namen von Horst-Eberhard Richter anfangen. Er war viele Jahre Leiter der Klinik, an der ich dort arbeite, und er hat einen bestimmten Ton gesetzt in der psychosozialen Orientierung. An dieser Universitätsklinik, einer "Klinik der Maximalversorgung", wie man so schön sagt, mit all ihren Professoren, Doktoren, Fachärzten und weiterem Fachpersonal, mit ihrer Verpflichtung auf wissenschaftliche Standards und auf Forschung, gibt es seit vielen Jahren auch die institutionalisierte Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Da, wo maximal professionelle Arbeit gemacht wird, hat man sich sehr früh auch damit beschäftigt: Was können eigentlich Betroffene selber machen? Aus dieser Tradition heraus ist dort die Selbsthilfe-Kontaktstelle angesiedelt, so dass ein anderer Kontext besteht, als z.B. hier beim Gesundheitsamt oder bei kleinen Vereinen, bei Wohlfahrtsverbänden usw. Die Psychotherapie und die Selbsthilfe wohnen bei uns unter einem Dach, und die jeweiligen Geister wandern von einem Zimmer ins Nachbarzimmer. Das ist meine institutionelle Schnittstelle.

1977 habe ich dort in einem Forschungsprojekt angefangen. Das war überhaupt das erste Forschungsprojekt in Deutschland, in dem man sich von akademischer Seite mit dem Phänomen von Selbsthilfegruppen wissenschaftlich beschäftigt hat. Natürlich gab es damals schon Selbsthilfegruppen, z.B. die Anonymen Alkoholiker, die Frauenselbsthilfe nach Krebs und die Lebenshilfe für das geistig

behinderte Kind. Aber es gab noch keine professionelle Beschäftigung mit diesen Gruppen, nicht in der Forschung, nicht bei den Krankenkassen, nicht in der Politik. Über diesen akademischen Weg habe ich meinen Zugang gefunden, und zehn Jahre später, 1987, gab es ein Modellprogramm der Bundesregierung zur Erforschung der Kontaktstellen. Ich habe mich damals entschieden, hauptberuflich in diesen Bereich zu gehen, mich – nachdem ich das Thema beforscht und lauter kluge Sätze gesagt und geschrieben hatte – noch stärker in diesem Bereich zu binden.

Im Jahr 2002 haben wir in der Kooperation zwischen der Universitätsklinik und der Kontaktstelle, also an der Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis, ein neues Forschungsprojekt begonnen, was sich genau mit dieser Schnittstellenproblematik beschäftigt. Es geht darum, wie in psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Kliniken Patienten darüber informiert werden, dass es Selbsthilfegruppen gibt – als eine Möglichkeit der Nachsorge, wenn wir das technisch so benennen wollen. Wird das eigentlich von den Therapeuten dort nahe gebracht, und können wir durch bestimmte Interventionen – indem wir die Therapeuten informieren oder direkt die Patienten – dazu beitragen, dass die „Überweisungsrate“ steigt, dass die Schnittstelle zwischen professioneller Versorgung und Selbsthilfe überwunden wird?

Die fachliche Arbeit in der Kontaktstelle ist natürlich von meiner therapeutischen Orientierung beeinflusst. Ich mache klare Unterschiede zwischen einer Information: „*Die Anonymen Alkoholiker tagen in der Bahnhofstr. 9, montags 19 Uhr, da können Sie einfach hingehen*“, und einer Beratung, in der ich mich wirklich mit einem Menschen, meist per Telefon, seltener im direkten Kontakt, auf seine Situation einlasse, mir mit ihm ein Bild mache von seiner Situation, hin und her wende, wie das überhaupt zu verstehen ist – ein Stück Diagnostik, wenn man so sagen will. Vielfach rufen auch Leute an, die im Grunde nur sagen: „*Mir geht es schlecht!*“ Dann muss man erst mal dahinter kommen, was eigentlich los ist. Oder die Leute sagen gleich mehrere Sachen: „*Mein Mann säuft, der Sohn ist drogenabhängig, ich bin ganz depressiv, und außerdem hab ich die Arbeit verloren.*“ – Was für eine Selbsthilfegruppe soll man da empfehlen?

Zu meinem Umgang mit Selbsthilfegruppen: Ich verfolge keine Anleitungskonzepte, sondern eher ein Supervisionskonzept. Das heißt, dass ich mit Gruppen – natürlich nur, wenn sie es wollen – in ein Gespräch eintrete, in dem wir auf einer übergeordneten Ge-



sprachsebene über das reden, was die Gruppen selber machen. Ich vergleiche es immer damit, wie es in guten Erziehungsberatungsstellen zugeht. Da ist es nämlich auch nicht der Fall, dass man das kranke Kind in Reparatur gibt. Der Erziehungsberater übernimmt es und gibt es später geheilt in die Familie zurück. Vielmehr sagt der Erziehungsberater: „*Sie sind die Eltern, Sie haben die Verantwortung. Und im übrigen glaube ich, dass Sie im Grunde auch die Kapazität haben, das gut zu machen! Wir können hier aber darüber reden, wo es eigentlich klemmt nach Ihrer eigenen Auffassung und was Sie verändern könnten.*“

### **Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe-Organisationen und Selbsthilfe-Kontaktstellen**

#### Selbsthilfegruppen

Ich möchte Ihnen ganz kurz ein paar Informationen über die Verbreitung von Selbsthilfe in Deutschland geben, und zwar nicht nur im Psycho-Bereich, sondern insgesamt, um deutlich zu machen, wie relevant dieser Bereich der „Versorgung“ inzwischen geworden ist. Wir schätzen, dass es über alle Themen hinweg – von A bis Z, von Allergie bis Zöliakie, von Alleinerziehend bis Zwillingseletern – circa 70.000 – 100.000 Selbsthilfegruppen in Deutschland gibt. Ich vermute, dass die meisten von Ihnen so hoch nicht getippt hätten. Wir rechnen damit, dass es vielleicht 2,5 bis 3 Millionen Menschen sind, die in einer Selbsthilfegruppe sind. Das sind mehr Menschen als in politischen Parteien, nur um die Größenordnung einmal zu verdeutlichen.

Unser Kanzler würde vermutlich sagen: *Die Selbsthilfe ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen.* Vor 10, 20, 30 Jahren waren das nur ein paar besonders Engagierte, manche hätten gesagt: besonders Verrückte, die in irgendwelchen Ecken saßen und irgendwie unordentlich und aufgeregt taten. Inzwischen kann man relativ leicht sagen, dass man in einer Selbsthilfegruppe ist.

Im Kern geht es um den Gesundheitsbereich, deswegen sind wir hier beim Gesundheitsamt auch ganz richtig. Etwa 4.000 Gruppen haben wir im Rahmen dieses neuen Forschungsprojekts bundesweit finden können, die im weitesten Sinn zu dem – wie wir sagen – „Psycho“-Thema zählen, also beispielsweise zu Angst, Depression, Angehörigengruppen, Zwang, Ess-Störungen, neue Suchtformen (Spielsucht etc.). Tatsächlich wird es natürlich noch etliche mehr davon geben. Wir haben die stoffgebundenen Süchte, Alkoholismus usw., dabei nicht mitgezählt, weil das ja ein Riesensektor für sich ist. Wir waren sehr erstaunt über diese Zahl, die man mal mit der Zahl pro-

fessioneller Gruppentherapien vergleichen müsste.

#### Selbsthilfe-Organisationen

Ein Teil der Selbsthilfe hat sich hochgradig organisiert. Das ist im Psycho-Bereich weniger der Fall, aber im Bereich der organischen Erkrankungen gibt es Selbsthilfe-Organisationen mit Bundesebene, Landesebene und Ortsgruppen. Mehr als 100 von ihnen sind wiederum in Dachorganisationen zusammengeschlossen. Das ist der Teil der Selbsthilfe, der auch politisch aktiv geworden ist, sich als Verhandlungspartner für Ärzteschaft, für Krankenkassen profiliert hat. Diese Verbände, die z. B. in Hearings zu neuen Gesetzesvorlagen gehört werden, haben großes Interesse an der ganz neuen Entwicklung, in der es um Patientenvertretung, Patientenrechte, Patientenmit-sprache geht, und sind zur Mitwirkung bereit. Außerdem haben sie Enormes vollbracht in der Aufklärung und Information von Patienten.

### **SELBSTHILFE ALS „VIERTE SÄULE DES GESUNDHEITSWESENS“ IN DEUTSCHLAND**

ca. 70.000 bis 100.000 *Gruppen*

ca. 75% der Gruppen im *Gesundheitsbereich*

ca. 4.000 „*Psycho*“-Selbsthilfegruppen

ca. 100 *Organisationen* in Dachverbänden (BAGH – Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, DPWV – Paritätischer Wohlfahrtsverband und DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen)

ca. 300 *Selbsthilfe-Kontaktstellen*

ca. 75% der Bevölkerung *potentielle* Selbsthilfegruppen-Teilnehmer

#### Selbsthilfe-Kontaktstellen

Das dritte Element der Selbsthilfe-Bewegung sind die professionell betriebenen Selbsthilfe-Kontaktstellen: Inzwischen haben wir etwa 300 davon in der ganzen Bundesrepublik, also ein nahezu flächendeckendes Netz.



## Definition

Nicht zufällig habe ich die Worte *Gruppe*, *Organisation* und *Kontaktstelle* auf der Folie kursiv geschrieben. Das sind nämlich inzwischen Begriffe, die in Gesetzestexten auftauchen. Zwar kann man in der Fachdiskussion über diese Begriffe noch ein bisschen debattieren. (Stichwort: Umfang der professionellen Beteiligung). Aber durch die Gesetzestexte im Zusammenhang mit der Krankenkassenförderung gibt es doch klare Definitionen und die Begriffe sind nicht mehr ganz beliebig zu benutzen.

### DEFINITION

In Selbsthilfegruppen *kommen* Menschen *zusammen*,  
die unter einem gemeinsamen *Problem leiden*,  
um *mit vereinten Kräften*  
*ohne* professionelle Leitung  
etwas zu dessen Überwindung *beizutragen*.

Interessant ist vielleicht auch, dass laut einer Umfrage einer Krankenkasse etwa  $\frac{3}{4}$  der Bevölkerung sagen: "*Wenn mich so eine Erkrankung erwischt* (gedacht ist eher an Rheuma, Krebs, vielleicht aber auch an Depression), *könnte ich mir vorstellen, mich an eine Selbsthilfegruppe zu wenden, um dort Rat zu suchen und dort mitzumachen.*" Das ist natürlich keine Maßzahl für das tatsächliche *Verhalten* der Menschen, sondern für ihre *Einstellung*. Aber sie zeigt uns, dass in der Bevölkerung die Einstellung zu Selbsthilfegruppen außerordentlich positiv ist. Wir haben eine Vergleichszahl von vor ca. 15 Jahren, da lag sie erst bei 35%. Es gibt also inzwischen eine sehr hohe Akzeptanz. Ich kenne leider keine Vergleichszahl, wie die Akzeptanz unter den Profis ist.

Schließlich ein von mir außerordentlich gern zitiertes Wort: die Selbsthilfe als "Vierte Säule des Gesundheitswesens". Das hat Horst Seehofer gesagt, als er noch Bundesgesundheitsminister war. Und er dachte bei den drei anderen Säulen an die Krankenhäuser, die Praxen der niedergelassenen Ärzte und den öffentlichen Gesundheitsdienst, also das Gesundheitsamt. Er sagte das aus politischer Perspektive: "*Wir müssen wahrnehmen, dass ein zunehmend wichtiger Faktor das ist, was die Menschen selber leisten, an Beiträgen zu ihrem Gesundwerden, Genesung, Rehabilitation, Integration in unsere Gesellschaft.*" Das war ein wichtiges Signal für die Selbsthilfe,

dass in der Politik wahrgenommen wird, was zunächst als eine „stille Revolution“ begonnen hatte.

## Typologie

Wenn es eine so große Menge – 70.000 - 100.000 – Selbsthilfegruppen gibt, gibt es die unterschiedlichsten Möglichkeiten, Typologien zu bilden. Natürlich nach den Inhalten, das ist das Wichtigste, aber auch nach Strukturen, nach dem Unterstützungsbedarf, nach dem Finanzbedarf, nach ihrem Verhältnis zum Versorgungssystem usw.

Ein Typ von Selbsthilfegruppen, den man immer nennen muss, weil sie vielleicht die Mutter aller Selbsthilfe sind, sind die Anonymen Gruppen. Sie kennen alle die Anonymen Alkoholiker. Die haben in diesem Jahr in Deutschland ihren 50. Geburtstag gefeiert. 1953 ist die erste Selbsthilfegruppe für Alkoholiker nach diesem Muster entstanden, und in meiner Heimatstadt Erfurt fand das 50jährige Jubiläum statt. Als Nichtbetroffener durfte ich als eine Art Ehrengast teilnehmen. Ich weiß nicht, ob Sie schon mal auf einer Tagung in einer Messehalle mit 5.000 Leuten waren. Da kam ein chic aussehender Mensch zur Eröffnung auf die Bühne – es war alles abgedunkelt, klassische Musik – und ich dachte, das ist jetzt der Oberbürgermeister oder vielleicht der Chef der Messe AG. Aber dieser Mann sagte: "*Ich heiße Jochen und ich bin Alkoholiker.*" Diese ehemaligen „Säufer“ hatten es geschafft, einen Kongress zu organisieren, ohne professionelle Hilfe, ohne öffentliche Zuschüsse, ganz aus eigener Kraft – das war außerordentlich eindrucksvoll! Die Profis unter Ihnen kann ich nur ermuntern, einmal als Gast an einer AA-Gruppensitzung teilzunehmen – es gibt manchmal sog. offene Meetings – und den Geist dieser Bewegung zu spüren. Das AA-Konzept hat sich dann ja ausgebreitet in viele andere Suchtbereiche, auch für Angehörige von Suchtkranken usw.

Mit Selbsthilfeorganisationen meinen wir die eben geschilderten großen Organisationen, die stark auf Interessenvertretung und Aufklärung ausgerichtet sind. Bei ihren Gruppensitzungen auf örtlicher Ebene geht es sehr viel um Information, etwa durch Vortragsveranstaltungen mit Profis.

Die Gruppen im somatischen Bereich und im Suchtbereich sind für unser heutiges Thema der Psychosomatik und Psychotherapie durchaus relevant, weil deren Aktivitäten teilweise in die Psychosomatik hineingehen. Es ist nämlich interessant zu beobachten, wie bei einem scheinbar somatischen Thema in sehr unterschiedlicher Weise auch psychologische Aspekte mit bearbeitet werden. Da wird nicht



nur Freizeit gestaltet und Informationsvorträgen gelauscht, sondern die Krankheitsbearbeitung spielt ebenfalls eine Rolle. Man redet etwa darüber: *"Wie hängt das mit meinem Leben zusammen, wie hängt das mit meiner Partnerschaft, mit meiner Familie zusammen?"* Wenn man z.B. einen künstlichen Darmausgang hat, soll man das nun den Kindern zeigen? Wie ist das abends im Schlafzimmer, soll man da jetzt das Licht ausmachen? Soll man den Arbeitskollegen sagen, dass man das oberste Regal nicht mehr erreichen kann, weil das nicht mehr geht? Das sind alles Fragen, die der Chirurg nicht beantworten kann. Der Chirurg sagt: *"Die Operation ist erfolgreich verlaufen. Sie sind nun wieder gesund!"* Und dann kommt der große Horror, der Tag der Entlassung, und man sitzt da mit seinem Beutel. Wie soll man damit umgehen? Es ist interessant, die Zeitschriften, die auf Bundesebene von diesen Verbänden herausgegeben werden, daraufhin durchzusehen, wo psychotherapeutische Aspekte eine Rolle spielen.

Der dritte Typus sind Gesprächs-Selbsthilfe-Gruppen, die man vielleicht kurz charakterisieren kann als eine Art Gruppentherapie ohne Therapeut. 6 oder 8 Leute in einer relativ geschlossenen Gruppe treffen sich einmal die Woche für 1½ oder 2 Stunden und sprechen über das, was sie bewegt. Über ihre Lebensgeschichte, über ihre aktuelle Lebenssituation, über Partnerschaft, über Familie, Symptomatik, Verhältnis zum Profi-System, darüber, dass ihr Therapeut wieder so blöd gewesen ist, und was weiß ich nicht alles.

Das ist der Kern, der mich unter dem Aspekt der Schnittstelle am meisten interessiert, weil man sich hier wirklich fragen kann: Ist diese Form der Gruppentherapie ohne Therapeut vergleichbar im Ergebnis und in der Indikationsstellung in gleicher Weise geeignet für die selben Leute oder für andere Leute? Wo ist der Unterschied zur professionellen Psychotherapie?

Aus meiner Sicht ist zusammenfassend zu sagen: Selbsthilfegruppen sind so etwas wie eine psychosoziale Basistherapie. Basistherapie bedeutet: es kann fast jeder machen, es kostet fast nichts – außer Mut und Engagement. Es ist im Grunde grenzenlos verfügbar, wenn nur genug Leute da sind, die mitmachen wollen. Es gibt eigentlich keine äußeren Grenzen, weil Geld keine Rolle spielt – wo keine Therapeut ist, muss kein Therapeut bezahlt werden. Und es kann in vielen Bereichen, von der Sucht über die psychischen Probleme bis zur Verarbeitung von organischen Erkrankungen, angewandt werden. Die Einschränkung liegt in der Motivation der Betroffenen und in ihren fehlenden oder vorhandenen Ressourcen

sowie in der Frage der "Passung" von Person und Methode. Selbsthilfegruppen sind nicht für jeden das Richtige, gerade so wie es sich auch mit psychotherapeutischen Methoden verhält.

### **Selbsthilfe-Kontaktstellen**

Bei dieser Folie über die Funktionen von Selbsthilfekontaktstellen will ich nur auf zwei Punkte eingehen, weil sie unmittelbar mit der Schnittstellenproblematik zu tun haben.

Das eine ist die Information über Idee und Konzept von Selbsthilfegruppen. Natürlich bekommen wir einen Haufen Anrufe von Leuten, die berichten: *"Dr. Müller hat gesagt, ich soll bei Ihnen anrufen!"*. Und wenn man fragt: *"Worum geht es denn?"*, dann sagen sie im Extremfall: *"Na, das weiß ich auch gar nicht, warum der das gesagt hat. Ich dachte, Sie könnten mir jetzt sagen, was ich machen soll."* Da muss man erst einmal aufklären, was eine Selbsthilfegruppe ist. Gerade das Element der „Leiterlosigkeit“ verursacht bei vielen Menschen einen Schreck. *"Ja, ist da kein Psychologe dabei, wie kann das dann gehen?"* Oder jemand ruft aus einer Klinik an, in der er behandelt worden ist, und sagt: *"Ich soll mich nach den EA-Gruppen erkundigen."* EA-Gruppen – Emotions Anonymous – sind die Anwendung des AA-Programms bei seelischen Störungen. Wenn man demjenigen sagt: *"Es gibt aber auch noch andere Selbsthilfegruppen. Wollen Sie speziell zu EA, oder suchen Sie generell etwas für seelische Störungen?"*, dann antwortet er: *"Ja, das weiß ich jetzt auch nicht. Was meinen Sie denn, was ist denn da der Unterschied?"* Man kommt also in ein inhaltliches Gespräch, und das ist etwas anderes als Information. Ich würde z.B. auch fragen: *"Haben Sie schon mal über Psychotherapie nachgedacht? Wenn ja, wo gehen Sie da hin, wenn nein, warum nicht?"*

#### **KONTAKTSTELLE FÜR SELBSTHILFE-GRUPPEN**

- *Information* über Idee und Konzept von SHG
- *Zugang* zu bestehenden Gruppen
- Unterstützung bei der *Gründung* neuer SHG
- Beratung von / mit SHG
- Vermittlung von *Räumen*, Finanzen etc.
- Hilfe bei *Öffentlichkeitsarbeit*
- *Drehscheibe* zwischen professionellem Versorgungssystem und Selbsthilfesystem
- *Sprachrohr*-Funktion



Dann ist da der Punkt Beratung von – oder wie ich lieber sage – mit Selbsthilfegruppen. Ich hatte schon angesprochen, dass es mir wichtig ist, ein Konzept zu praktizieren, das immer wieder deutlich macht: Es ist nicht so, dass Ihr es nicht könnt, Ihr seid zu blöd oder zu kindisch oder irgend etwas. Aber ich, der große Experte, weiß, wie es geht, weil ich mich schon so lange damit beschäftige, weil ich ein Diplom habe usw. Vielmehr gehe ich von der Haltung aus: Natürlich weiß ich allerlei als Psychotherapeut, natürlich weiß ich allerlei aus meiner jahrelangen Praxis als Selbsthilfegruppen-Berater, aber wie es jetzt genau für Eure Gruppe richtig ist, das kann ich nicht wissen, denn ich bin ja nicht dabei.

Das ist das Grunddilemma der professionellen Beratung von Selbsthilfegruppen über einen Prozess, an dem man selber nicht teilnimmt. Das ist übrigens auch ein Problem in der Forschung. Ich bin in dieser Frage puristisch. Ich finde nicht, dass man ab und zu doch mal so ein bisschen professionell dabei sein kann in der Gruppe, z.B. während einer „Anleitungsphase“. Für mich hört dann sehr schnell die Selbsthilfe auf. Gegen professionelle Gruppenarbeit ist ja überhaupt nichts einzuwenden – aber gegen begriffliche Unklarheit oder gar Etikettenschwindel.

Das ist genau die Kunst dabei: Wie kriegt man es als Profi hin, seine Fähigkeiten, die man ja hat, zur Verfügung zu stellen, anzubieten, verfügbar, verständlich, benutzbar zu machen, also z.B. auch eine Sprache zu finden, wie wissenschaftliche Konzepte auch für Otto Normalverbraucher verständlich und umsetzbar werden, und es auf der anderen Seite so zu gestalten, dass man nicht „an die Spitze der Parade“ kommt und die Führung der Truppe übernimmt. Natürlich gibt es Einladungen von Gruppen, die sagen: „*Der Abend, als Sie da waren, war viel interessanter als sonst. Können Sie nicht öfters kommen?*“ Dann müssen bei mir die Alarmzeichen angehen, dann darf ich nicht zu mir sagen: Au ja, die haben ganz richtig erkannt, was für ein toller Hecht ich bin – das will ich öfters hören! Sondern dann muss ich sagen: „*Nein. Aber das heißt nicht, dass mich Ihr Prozess nicht interessiert. Der interessiert mich sogar enorm. Können wir nicht ausmachen, dass wir uns vielleicht in einem halben Jahr wieder treffen und Sie mir dann erzählen, wie es weiter gegangen ist?*“

### **Selbsthilfegruppe und Psychotherapie**

Meine Erfahrung zum Verhältnis von Selbsthilfe und Psychotherapie ist, dass es in beiden Richtungen durchlässige Systeme sind, die sogar immer durchlässiger werden, und dass

jedes mögliche Verhältnis in der Realität existiert.

### **SHG UND PSYCHOTHERAPIE**

oder  
anstatt  
Selbsthilfegruppe vor Psychotherapie  
neben  
nach  
in (?)

Die Indikation zu einer Selbsthilfegruppe ist letztlich eine **SELBST-INDIKATION!!!**

Es gibt keine Alternative „entweder Selbsthilfe oder Psychotherapie“. Es gibt einige wenige Menschen, die sagen: „*Mit Therapie will ich gar nichts zu tun haben, ich gehe nur in eine Selbsthilfegruppe.*“ Das kann in einigen seltenen Fällen ein Widerstands-Phänomen sein. Jemand vermeidet mit dem Hinweis (z.B. zu seiner Ehefrau): „*Ich geh’ ja in eine Selbsthilfegruppe, nun gib doch endlich mal Ruhe!*“ das, was eigentlich notwendig wäre: eine Psychotherapie. Das ist durchaus möglich, ist aber ein sehr seltener Fall.

Dann gibt es den Fall Selbsthilfe vor Psychotherapie. Das sind Leute, die ein, zwei Jahre lang in der Selbsthilfegruppe eine Art „selbstdiagnostische Phase“ durchlaufen und sich selber so weit kennen lernen, dass sie irgendwann sagen: „*Ich habe verstanden, ich muss jetzt etwas machen, eine professionelle Psychotherapie.*“

Es gibt Selbsthilfegruppen-Teilnahme neben Psychotherapie. Das ist bei uns in Gießen, einer therapeutisch sehr gut versorgten Region, relativ häufig der Fall, dass Leute sich bei uns melden und sagen: „*Ich bin seit einem Jahr in Einzeltherapie. Mir ist aufgefallen: ich rede da eigentlich über nichts anderes als über meine Beziehungen, zu meinem Partner, zu meinen Eltern, zu meinen Kindern, zu meinen Arbeitskollegen. Ich müsste mal irgendwo hingehen, wo Beziehung stattfindet, wo nicht nur darüber geredet wird, deswegen würde ich gerne in so eine Gruppe gehen.*“

Historisch gesehen gibt es da eine interessante Veränderung. Ich frage nämlich gerne zurück: „*Haben Sie das mit ihrem Therapeuten besprochen?*“ Da wurde vor 10 oder 15 Jahren oft geantwortet: „*Nee, nee, das soll der auch*



gar nicht wissen.“ In eine Selbsthilfegruppe zu gehen, bedeutete damals, fremdzugehen, weil man ja in einem engen Bündnis mit dem Therapeuten war. Heutzutage ist das ganz anders, heutzutage sagen viele: *„Habe ich mit dem besprochen, und der findet das sehr gut.“* Viele sagen sogar: *„Der hat mich überhaupt auf die Idee gebracht. Der hat nämlich gesagt: Also, jetzt müssen Sie mal den Hintern hochkriegen und auch was machen, nicht nur hier immer sagen, wie schlimm die Welt ist. Sie müssen mal selber aktiv werden.“* Oder die Leute sagen zu mir: *„Bin ich gar nicht drauf gekommen, ich habe das ganz unabhängig voneinander gesehen. Aber ich werde das mit dem besprechen, das ist eine gute Idee.“*

Aus meiner Sicht gibt es überhaupt kein Problem damit, das parallel zu machen, Selbsthilfegruppe und Psychotherapie. Ich habe eher die Erfahrung gemacht, dass das eine das andere befruchtet. Schwieriger fände ich es jedoch, wenn Patienten, die in Gruppentherapie sind, daneben noch eine Selbsthilfegruppe besuchen. Diese beiden Arrangements sind sich so ähnlich, dass ich nicht wüsste, was das zusätzlich bringen soll. Da würde ich vermuten, dass jemand der Gruppentherapie ausweichen will und lieber woanders etwas erzählt. Und dann sitzt er in der Selbsthilfegruppe und sagt auch nichts, weil er das doch lieber in der Therapiegruppe erzählt. Das wäre natürlich kontraproduktiv.

Wir kennen häufig Fälle von Selbsthilfegruppe nach Psychotherapie. Da spielt die Begrenztheit von Psychotherapien eine Rolle, d.h., dass Patienten wegen der Kassenregelung nicht so lange behandelt werden können, wie sie es eigentlich brauchen – was ja ein merkwürdiges Phänomen ist. Niemand würde einem Diabetiker sagen: *„Sie kriegen jetzt Insulin, aber nur so und so viel oder so und so lange.“* Dabei sind seelische Erkrankungen doch häufig zur Chronifizierung neigende oder rezidivierende Erkrankungen. Hier werden therapeutische Prozesse durch äußere Intervention durch die Krankenkassen abgebrochen. Die Leute sagen: *„Ich weiß, ich bin fern davon, gesund zu sein, ich muss hier etwas machen.“* Oder die Selbsthilfegruppen-Teilnahme wird als eine Art Rückfallprophylaxe gesehen: *„Im Moment geht es mir eigentlich ganz gut, ich bin zufrieden mit der Therapie, das hat mir sehr geholfen. Aber ich weiß, wenn das jetzt zu Ende ist, werde ich in den alten Trott zurückfallen, ich werde mich wieder isolieren, ich werde nicht mit Leuten ins Gespräch kommen, also irgendetwas muss passieren.“*

Zunehmend haben wir diese Verbindung auch zwischen Selbsthilfegruppen und stationärer Behandlung – im wesentlichen aus dem

Rehabilitationsbereich. Da werden – was der organisierte Wahnsinn ist – Patienten durch Deutschland hin- und hergeschoben. Gießener Patienten werden an der Ostsee und Bremer im Schwarzwald behandelt. Natürlich haben die Kollegen dort gar keine Chance, eine vernünftige Nachsorge zu organisieren, die ja nach den Regeln der Kunst unabdingbar ist. In vielen dieser Kliniken hat sich herumgesprochen, dass Selbsthilfegruppen eine Möglichkeit der Nachsorge sind. Es ruft dann ein Sozialarbeiter aus der Reha-Klinik an und fragt: *„Was gibt's denn da bei Ihnen?“* Oder es ruft ein Patient an: *„Mein Sozialarbeiter hat mir ihre Nummer gegeben, und ich wollte mich mal erkundigen.“*

Ganz neu habe ich schließlich das „in“ hinzugefügt. Das hat wieder mit unserem neuen Forschungsprojekt zu tun. Wir sind nämlich auf eine Klinik gestoßen, in der es zum therapeutischen Standard-Programm auf den Stationen gehört, dass die Patienten auch an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen. Das ist Selbsthilfe-ethisch ein bisschen problematisch, weil eine verordnete Selbsthilfegruppe ja eigentlich ein Paradoxon ist. Da steht einfach im Therapieplan: morgens Frühsport, dann Einzelgespräch, dann kreatives Gestalten und dann Selbsthilfegruppe. Das kann man natürlich kritisch sehen – deshalb auch das Fragezeichen. Aber es ist interessant, was die Therapeuten darüber berichten, welche Funktionen das hat. Häufig haben diese Patienten nach der stationären Behandlung große Lust, in Selbsthilfegruppen weiterzumachen.

Es ist immer wieder wichtig zu sagen: Wir Profis sind bei der Selbsthilfe nicht diejenigen, die eine Indikation stellen. Indikation heißt ja sonst in der Medizin: der Doktor diagnostiziert und sagt dann irgendwann: *„Ich hab's jetzt rausgefunden, was Sie haben. Sie müssen jetzt 3x täglich diese blaue Pille nehmen.“* Das kann niemand von uns über Selbsthilfegruppen zu einem Patienten sagen. Wir können nur dem Patienten darüber berichten, ihm davon erzählen, können sagen, dass viele Menschen positive Erfahrungen damit gemacht haben, und wir können ihm sagen: *„Ich würde Ihnen dringend empfehlen, darüber nachzudenken. Ich sage Ihnen eine Anlaufadresse, rufen Sie noch mal in der Kontaktstelle an. Mit denen können Sie das alles ausführlich besprechen.“* Aber am Ende muss eine Selbstindikation stehen. Der Betroffene muss am Ende selber sagen: *„Ja, ich will das machen, ich fühle mich dazu bereit, ich fühle mich dazu in der Lage, regelmäßig, z.B. einmal in der Woche, da hinzufahren und mich daran zu beteiligen.“*

Das ist – im Jargon der Tiefenpsychologen gesprochen – eine „Ich-Funktion“, die viele Pa-



tienten einfach gar nicht erbringen können. Da wäre es sinnlos, Selbsthilfe zu indizieren. Ob er das kann, kann der Betroffene eigentlich nur selber klären.

Aber bei diesem Entscheidungsprozess können wir wiederum Beistand leisten, z. B. bei der „Ambivalenzklärung“. Es gibt ja kaum einen Menschen, der auf die Empfehlung: „*Machen Sie mal eine Psychotherapie!*“ sofort sagt: „*Au ja, das ist eine prima Idee!*“ Sondern jeder sagt erst einmal: „*Muss das sein? Hab' ich das nötig? Ich bin doch nicht verrückt!*“ Natürlich ist es bei der Empfehlung ‚Selbsthilfegruppe‘ genauso, dass viele Leute nicht gleich begeistert sind. Die sagen erst einmal: „*Oh je!*“ Und da gibt es durchaus auch ernst zu nehmende Bedenken. Ich sage Ihnen ein Beispiel aus dem Krebsbereich. Da fragt jemand: „*Wird es nicht so sein, dass da öfters Gruppenmitglieder sterben? Wird mich das nicht zusätzlich belasten?*“ Ja, das wird so sein, da werden Leute aus der Gruppe sterben. Und es ist gut sich im Vorfeld zu überlegen: „*Diese Trauerarbeit, die ich dann leisten muss, nehme ich die auf mich, weil ich vorher genug Unterstützung gefunden habe?*“ Oder sage ich: „*Nein, das ist mir zu viel!*“ Solche Prozesse des Durchdenkens im Vorfeld sollte man mit dem interessierten Betroffenen gemeinsam machen.

### Warum hilft Selbsthilfe?

Zum Abschluss biete ich Ihnen ein paar Spekulationen zu der Frage an: Wieso kann denn das nun eigentlich helfen? Das ist ja das große Rätsel: Wieso können Selbsthilfegruppen oder Menschen in Selbsthilfegruppen im Psychobereich sich gegenseitig helfen, obwohl sie nicht ausgebildet sind – im Gegensatz zu uns, die wir uns doch eifrig bemüht haben mit Studium, Weiterbildung und Zusatzqualifikation.

Ich habe hier aus den unterschiedlichsten Feldern der Psychologie und Psychotherapie ein paar Wirkmechanismen zusammengestellt, die üblicherweise diskutiert werden. Natürlich finden viele dieser Prozesse sowieso im alltäglichen Leben statt, in Selbsthilfegruppen aber eben besonders stark.

Das erste kommt aus der Verhaltenstherapie: Modell-Lernen. Der Mensch lernt nicht so wie die Ratte. Die Ratte rennt durch ein Labyrinth, irgendwo sitzt der Psychologe und belohnt mit einem Futterkügelchen. Dann rennt sie natürlich wieder da hin. Menschen sind ein bisschen komplizierter. Menschen richten sich eher danach, wie andere Menschen sind. Das ist mit dem Modell-Begriff gemeint. Man sucht sich Leute, die einem ähnlich sind oder denen man ähnlich sein möchte, und guckt, wie die sich in bestimmten Situationen verhalten. In

Selbsthilfegruppen sieht man, wie Menschen, die das selbe oder ein sehr ähnliches Problem haben – eine Krebserkrankung oder eine Angsterkrankung oder ein Alkoholproblem – damit umgehen. Ich bekomme in der Selbsthilfegruppe praktisch einen Strauß von Möglichkeiten geboten und kann mir das rausuchen, was zu mir passt, was ich realisieren kann.

Das zweite kommt aus der sog. Gesprächspsychotherapie im Sinne von Rogers. Es wurde herausgefunden, dass die Verbalisierung von emotionalen Inhalten etwas sehr Heilsames ist, dass man also über seine Gefühle sprechen kann, und natürlich geht es im wesentlichen um sog. negative Gefühle, z. B. Angst- oder Schamgefühle, die sonst oft unausgesprochen bleiben. Wir wissen, dass das in Selbsthilfegruppen besser zum Ausdruck kommen kann, als in anderen Zusammenhängen. Wir wissen es aus Berichten von Patienten, wenn sie die Selbsthilfegruppe mit professioneller Gruppentherapie vergleichen. Wir wissen auch aus Berichten, dass viele Kranke in ihren Familien nicht gerne über die Probleme reden, weil sie fürchten, die anderen damit zu belasten, und weil sie sich schämen.

Die „korrigierende emotionale Erfahrung“ bedeutet, dass viele Menschen in ihrem Leben bestimmte Einstellungsmuster entwickeln, z. B. „*Das schaffe ich nie!*“ oder „*Mich mag sowieso keiner*“, oder „*Mich kann niemand wirklich verstehen*“. Dann ist es wichtig, ein Erlebnis herzustellen, bei dem durch das Auftauchen einer gegenläufigen Erfahrung eine andere Sichtweise, ein Perspektivwechsel möglich wird. Dafür sind Gruppen besonders geeignet, die einem Menschen neutral begegnen, in denen z. B. plötzlich jemand sagt: „*Das ist doch gar nicht so schlecht, was du da gemacht hast!*“ oder „*Ich finde gar nicht, dass deine Mutter so schrecklich ist, wie du das hier immer erzählst. Ich finde, die hat sich doch auch sehr bemüht*“, oder „*Das hat mir sehr geholfen, was Du dazu gesagt hast*“.

Ein weiterer Erklärungsansatz: Die „High Hoppers“. Das sind Ergebnisse von Untersuchungen aus Amerika, die zu einer Reihe organmedizinischer Erkrankungen gemacht worden sind, und bei denen man herausgefunden hat, dass es für die Genesung enorm hilfreich ist, wenn Leute Hoffnung haben. Hoffnung, dass etwas passiert, dass sie selber wieder etwas machen können, dass sie aktiv werden können, dass sie ihre passive Patientenrolle verlassen können. Das ist ein Ansatz, der bei Selbsthilfegruppen immer gegeben ist. Denn wenn man nicht hoffen würde, dass das etwas bringt, dann würde man nicht mitmachen.



---

Wir haben auch Untersuchungen darüber, dass es etwas sehr Hilfreiches ist, in der *Rolle des Helfers* zu sein. „Helfen hilft“ sozusagen. Deswegen haben ja die meisten von uns solche Helferberufe ergriffen. Das spielt auch in Selbsthilfegruppen eine große Rolle. Man geht nicht nur hin, weil man der Hilfe bedarf, sondern auch, weil man im Laufe der Zeit die Erfahrung macht, dass man selber anderen Menschen helfen kann, z. B. Leuten, die neu in die Gruppe kommen. Da wird ein neues Selbstbewusstsein aufgebaut, was wiederum zum Genesungsprozess beiträgt.

Und der allerletzte Punkt – die Zeit erlaubt nicht mehr: Wir wissen, dass der Genesungsprozess sehr stark abhängig ist von Informationen. Selbst die Überwindung von Folgen von Operationen ist davon beeinflusst, ob bzw. wie gut Menschen aufgeklärt worden sind, ob sie verstehen, was los ist. Auch das ist eine Wirkung, die wir aus Selbsthilfegruppen immer wieder berichtet bekommen: „*Der Doktor hat mir da was erzählt, ich hab's gar nicht verstanden.*“ Oder: „*Was seelisch mit mir passiert, ich krieg's gar nicht auf die Reihe.*“ Durch das, was andere Betroffene in der Selbsthilfegruppe an Informationen einbringen, was man dort zusammentragen kann – heutzutage auch viel aus dem Internet –, bekommt man ein Stück Orientierung, und man kann sich ein wenig von dem distanzieren, was vorher nur über einen hinweggerollt ist. Man gewinnt wieder etwas mehr Kontrolle über sein Leben.

Jürgen Matzat  
Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen  
Gießen



## 1.5 Fragen zu den Vorträgen



Gibt es Möglichkeiten der Supervision für Selbsthilfegruppen in Bremen?

Ja, über das Paritätische Bildungswerk, das mit der organisierten Selbsthilfe, d.h. dem Netzwerk Selbsthilfe und dem Gesundheitsamt, zusammenarbeitet.



Gibt es eine Übersicht über Selbsthilfegruppen von/für Migranten und Migrantinnen?

Weshalb werden bestehende Migrantenorganisationen, auf die die Merkmale zutreffen, nicht als Selbsthilfegruppen anerkannt?

Es geht hier um den Gesundheitsbereich und da gibt es nur sehr wenige Migranten, die in Selbsthilfegruppen sind.

Zentrales Problem bei den auf Gespräche beruhenden Gruppen ist die Sprachkompetenz.

Auch ist in den Herkunftskulturen häufig der Ansatz von Eigenverantwortlichkeit und Patientenbeteiligung nicht so verbreitet. Das gilt z.B. auch für westliche Länder wie Frankreich.

Entscheidend für die Teilnahme an Selbsthilfegruppen sind einerseits die persönlichen Ressourcen, die jemand mitbringt, andererseits die Bereitschaft der Gruppenmitglieder zur Integration von Migranten.

Mit Anerkennung kann nur die finanzielle Förderung durch Krankenkassen oder andere Geldgeber gemeint sein. Dafür gibt es klare Kriterien, die von allen Antragstellern zu erfüllen sind.

Welche Erwartungen werden an die Berufsgruppe der Psychotherapeuten/-therapeutinnen gestellt?



Es sollte mehrsprachige Therapeuten geben, die mit Migranten/Migrantinnen in deren Muttersprache arbeiten können.

Therapeuten sollten auch bereit sein, auf Nachfrage von Selbsthilfegruppen punktuell unentgeltlich fachlich zu beraten.



Könnten psychisch kranke Migranten nicht auch von Refugio betreut werden?

Nein, denn Refugio betreut nur Traumapatienten.

Aber gerade diese Patienten könnten selbst sehr von Selbsthilfegruppen profitieren, da sie häufig keinen Zugang zu therapeutischer Intervention haben.

Dem steht aber häufig entgegen, dass sie auf das traumatisierende Erleben mit Isolation und Rückzug reagieren. Hier müsste Motivationsarbeit geleistet werden.



Welche finanziellen Fördermöglichkeiten für Selbsthilfegruppen gibt es?

Förderanträge können an das Gesundheitsamt gestellt werden. Über jeden Einzelfall wird entschieden. Keine Zuschüsse zu Personalkosten!

Auch bei Krankenkassen können Fördergelder beantragt werden.

Die Möglichkeiten in Bremen sind besser als in anderen Städten.

Nach welchen Kriterien wird im Sachgebiet entschieden, ob eine Selbsthilfegruppe aus fachlicher Sicht empfehlenswert ist oder nicht?

Grundsätzlich: Es gibt kein „Anerkennungs-Monopol“ des Gesundheitsamtes. Das ist weder sinnvoll noch wünschenswert.

Bei der Vermittlung durch das Gesundheitsamt muss allerdings die Qualitätsfrage gestellt werden. Problematisch sind z.B. Gruppen, die kommerzielle Interessen verfolgen oder einem Gruppendogmatismus unterliegen.

Werden konkret Daten solcher Gruppen nachgefragt und ist weitere Beratung deutlich nicht gewünscht, so werden diese Daten vermittelt. Dies gehört zu unserem Verständnis von Patientensouveränität.



## 2. Workshopergebnisse

In den beiden Workshops sollten Vertreter und Vertreterinnen der Fachöffentlichkeit und Mitglieder von Selbsthilfegruppen anhand konkreter Fragestellungen und Beispiele aus der Praxis miteinander ins Gespräch kommen. Vier Selbsthilfegruppen hatten sich bereit erklärt ihre Gruppenprofile und ihre Gruppenarbeit vorzustellen bzw. vorab erarbeitete Gruppendarstellungen präsentieren zu lassen.

### 2.1 Workshop I: Wie sind die Möglichkeiten und auch die Grenzen von Selbsthilfegruppen bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen einzuschätzen?

Zwei Selbsthilfegruppen stellen sich vor:

#### „Nachtschwärmer“ e. V.

Der „Nachtschwärmer“ e. V. hat es sich seit 1996 zur Aufgabe gemacht die Lebensumstände psychiatriebetroffener Menschen zu verbessern und die Öffentlichkeit über die besonderen Probleme dieser Menschen zu informieren, um mehr Verständnis und Akzeptanz zu erreichen. Ferner möchte der Verein Menschen in Krisen in den Nachtstunden die Möglichkeit geben Hilfe zu finden, um so Klinikaufenthalte zu vermeiden.

Der Verein betreibt donnerstags bis sonntags von 20.00 bis 02.00 Uhr ein Nachtcafé. Hier treffen sich die Menschen und können an verschiedenen Gruppenangeboten (Zeitungs-, Literatur-, Philosophie-, Fotografie-, Frauengesprächs-, gemischte Gesprächsgruppe) teilnehmen, sich ehrenamtlich am Getränkeauschank oder Küchendienst beteiligen und Einzel- oder Gruppengespräche führen.

Der Bedarf für eine Begegnungsstätte in den Abend- und Nachtstunden ist groß, da die meisten psychischen Krisen wie auch die meisten Suizidversuche in dieser Zeit stattfinden. Pro Abend treffen sich 20-30 Menschen.

Die Arbeit im Café und die Vorstandsarbeit werden überwiegend ehrenamtlich von psychiatriee erfahrenen Menschen geleistet.

Zur Konzeption des Vereins gehört es, dass die Verantwortung und Handlungskonzepte für den Verein von Betroffenen entwickelt und getragen werden und diese durch professionelle Kräfte unterstützt werden, die wiederum maßgeblich für die Kontinuität und Stabilität des Ablaufes verantwortlich sind.

Zurzeit verfügt der Verein über eine ABM-Stelle für eine Dipl. Sozialpädagogin.

Der „Nachtschwärmer“ e.V. will erreichen, dass psychiatriebetroffene Menschen ihr Leben eigenverantwortlich in die Hand nehmen, dabei helfen sich ein soziales Umfeld aufzubauen, gemeinsam mit anderen ein Ziel zu erreichen und sich für die eigenen Belange einzusetzen. Die soziale Komponente ist im Bereich psychiatriebetroffener Menschen oft überlebenswichtig, da häufig durch lange Klinikaufenthalte und Krisenzeiten keine Kontakte zur Familie und/oder früheren Freunden mehr bestehen. Im „Nachtschwärmer“ Café entstehen für viele Menschen Kontakte, die auch über die Öffnungszeiten hinausgehen und viele finden Bestätigung und Anerkennung, indem sie an Gruppenaktivitäten teilnehmen, selbst Gruppen initiieren oder den Verein in der Öffentlichkeit vertreten und somit selbst anderen Menschen Hilfsangebote aufzeigen.

Dieses Selbsthilfeangebot basiert auf einem Konzept, welches das Miteinander von ehrenamtlich-tätigen Betroffenen und in der Sozialarbeit ausgebildeten und im Verein angestellten Fachkräften vorsieht. Ohne die professionelle Anleitung und Unterstützung, würde ein Angebot in dieser Form nicht möglich sein.

Kürzungen bei der Bereitstellung von ABM-Mitteln und Auflagen bezüglich der Weiterbildung von ABM-Kräften bedeuten deshalb für Selbsthilfegruppen, die von Fachkräften abhängig sind, häufig existenzielle Problemlagen.

#### Selbsthilfegruppe der Angehörigen psychisch kranker Menschen in Bremen

Unsere Gruppe wurde in den 70er Jahren von zwei Ärztinnen - auf psychiatrischem Gebiet tätig – gegründet, die nicht als Ärztinnen, sondern als Angehörige plötzlich feststellen mussten, dass die Situation auch für sie völlig neu war und dass sie bei ihren Berufskollegen, kein offenes Ohr fanden. Die Gruppe trifft sich zweimal im Monat, dabei finden sich zwischen 10 und 20 Personen ein.

In unserem Flyer stellt sich die Selbsthilfegruppe wie folgt vor:

Wenn die Seele krank wird, sehen sich die Betroffenen selbst wie auch ihre Angehörigen und Freunde vor eine Fülle von Problemen gestellt, die von ihnen allein nur sehr schwer gelöst werden können.



Es haben sich Betroffene, Angehörige und Freunde psychisch kranker Menschen in Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen. Diese helfen ihren Mitgliedern durch Solidarität, Erfahrungsaustausch und Information. Auch führt die Gruppenarbeit zu wachsender Akzeptanz und Verständnis für Kranke und Angehörige im sozialpolitischen Umfeld.

Was sind die Ziele unserer Arbeit? Wir wollen hilfesuchende Angehörigen in die Lage versetzen vom Erdulden müssen zum selbstbestimmten Handeln zu gelangen. Uns durch die Erfahrung, die jeder von uns machen musste, gegenseitig zu unterstützen und voneinander zu lernen. Als Angehörige eine eigene Identität zu entwickeln, die nicht durch psychiatrische Profis bestimmt wird und ganz einfach einmal ganz offen mit Schicksalsgefährten sprechen.

Zum einen sind wir Teil des Landesverbandes "Arbeitsgemeinschaft Angehöriger psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e.V.", zum anderen sind wir in vielen Konferenzen, Arbeitskreisen usw. vertreten. Beispielhaft sei der Arbeitskreis „Nutzerinteressen, Nutzerkontrolle“ im Zentralkrankenhaus Bremen-Ost genannt, die Begleitung der Regionalisierung in Konferenzen, besonders der Regionalkonferenz Bremen-Nord, die Vertretung in der ZAG (Zentrale Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkrank Menschen in der Stadtgemeinde Bremen) und im Psychiatrie-Ausschuss, die Teilnahme an Psychose-Seminaren, Konferenzen und anderen Arbeitskreisen. Auch bemühen wir uns nach Kräften, das Stigma, das psychischen Erkrankungen anhaftet, soweit wie möglich abzubauen.

Ganz wichtig ist uns der Dialog, d.h. das Gespräch zwischen den Psychiatrie-Erfahrenen, ihren Angehörigen und den Profis auf gleicher Augenhöhe.

Diese Selbsthilfegruppe sieht ihr Hauptproblem in der - für die vielfältigen Aufgaben der Gruppe - zu geringen Zahl an Personen, die gewillt sind ehrenamtlich tätig zu sein. Grenzen sind auch dort gesetzt, wo das Fachwissen nicht ausreicht den oft recht speziellen Diskussionen in den Gremien und Arbeitskreisen folgen zu können. Hier helfen regelmäßige Fortbildungen, die allerdings auch finanzierbar sein müssen.

In der Diskussion wurde deutlich, dass bestimmte Bedingungen als Grundlage für die erfolgreiche Arbeit einer Gruppe erfüllt sein müssen.

Dazu gehören die - je nach Gruppe unterschiedlichen - äußeren Bedingungen, wie Räumlichkeiten mit entsprechender Ausstattung und ein gewisses finanzielles Polster. Genauso wichtig ist aber das gemeinsame Ziel, das definiert sein muss und gelegentlich von den Gruppenmitgliedern gemeinsam überprüft werden sollte. Selbsthilfe stößt immer dann an Grenzen, wenn Ziele und Konzepte fehlen, wenn Aufgaben nicht mehr koordiniert werden können und wenn der Einsatz der überwiegend ehrenamtlich Tätigen über das Maß des Zumutbaren hinaus geht.

Einig sind sich alle Beteiligten darüber, dass die Selbsthilfegruppe kein Therapierersatz, sehr wohl aber eine sinnvolle Ergänzung zur Therapie ist. Wünschenswert sind Kooperationen mit Personen und Institutionen, die für die professionelle Behandlung und Beratung psychisch Erkrankter zuständig sind. Dies können bezüglich der fachlichen Weiterbildung Mediziner/innen und Psycholog/innen sein. Ebenso wichtig ist die Kooperation mit Institutionen wie Kliniken, den Häusern der Familie und Behandlungszentren des Sozialpsychiatrischen Dienstes, die für manche Ratsuchende die erste Anlaufstelle sind. Schon hier kann der Hinweis auf Selbsthilfegruppen erfolgen.

Nicht zuletzt sind die Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfe abhängig von den Menschen, die sich für ihr Anliegen einsetzen. Ihre persönlichen Ressourcen, ihr Engagement und ihr fester Wille, sich für ihr gemeinsames Ziel einzusetzen, bestimmen maßgeblich über den Erfolg der Selbsthilfegruppe.

Carmen Vogel  
Sachgebiet Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung  
Gesundheitsamt Bremen



## 2.2 Workshop II: Welches sind geeignete Gruppen- formen bei speziellen psychischen Erkrankungen und psychosomati- schen Belastungen?

Die nebenstehenden Darstellungen je einer Selbsthilfegruppe mit und einer Gruppe ohne Anleitung dienten als Einstieg und Grundlage für die Diskussion der Teilnehmer/innen.

Ergänzend zu diesen Darstellungen wurden im Workshop weitere unterschiedliche Ansätze von Selbsthilfgruppenarbeit vorgestellt und Erfahrungen ausgetauscht.

Es wurde deutlich, dass sich die Entscheidung für eine Gruppenform an den jeweiligen Problemlagen/Krankheitsbildern der Betroffenen und deren Selbsthilfemöglichkeiten orientieren muss.

Die Teilnehmer/innen des Workshops stellten fest, dass die Anleitung von Selbsthilfgruppen, deren Mitglieder aufgrund ihrer psychischen Problemlage nur eingeschränkte Selbsthilfemöglichkeiten besitzen, oftmals eine wichtige Voraussetzung für die funktionierende Gruppenarbeit ist. Eine (professionelle) Begleitung kann hier – im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe - den Gruppenprozess anleiten und konstruktiv steuern.

Problematisiert wurden von Teilnehmer/innen jedoch die Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen angeleiteten Selbsthilfgruppen und therapeutischen Gesprächsgruppen im professionellen Unterstützungssystem. Als ein entscheidendes Kriterium benannten die Vertreter/innen der Selbsthilfgruppen, selbst über Form, Inhalte und Qualität einer Anleitung entscheiden zu können.

Andreas Masch  
Sachgebiet Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung  
Gesundheitsamt Bremen

### **Agoraphobie Bremen e. V.**

Agoraphobie Bremen e.V. ist ein Verein zur Beratung und Initiierung von Selbsthilfgruppen im Bereich von Angsterkrankungen.

Wir beraten im Rahmen der Selbsthilfe und in Ergänzung zu bestehenden ambulanten oder stationären Hilfsangeboten in allen Fragen, die die Angst und den Umgang damit betreffen, so beispielsweise zu Therapien, Medikamenten und Selbsthilfgruppen. Bei Bedarf vermitteln wir in unsere bestehenden Selbsthilfgruppen.

Zurzeit existieren vier angeleitete Gruppen für Menschen mit Angst- und Panikstörungen und eine Gruppe für deren Angehörige. Die Gruppen sind offen für Menschen mit neurotischen Angstproblemen, wie z. B. sozialen Ängsten, Agoraphobie, Klaustrophobie und diffusen Ängsten (Angst vor der Angst). Außerdem gibt es eine angeleitete Borderline Gruppe. In diese Gruppe können nur Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgenommen werden, die therapeutisch betreut werden bzw. in absehbarer Zeit eine Therapie beginnen.

Alle Angebote sind kein Ersatz für notwendige therapeutische Hilfen oder eine Therapie.

Die gegenseitige Unterstützung und der Erfahrungsaustausch durch die Gespräche in den Gruppen haben das Ziel, den Umgang mit der Angst zu verbessern und deren Bewältigung zu fördern.

### **Selbsthilfegruppe Seelische Probleme / Depressionen - Süd**

In dieser Selbsthilfegruppe treffen sich Frauen und Männer im Alter von 40 – 80 Jahren, die sowohl an endogenen als auch an exogenen Depressionen leiden. Zu den Gruppentreffen sind auch Angehörige willkommen.

Die wöchentlich stattfindenden Gruppentreffen haben das Ziel, insbesondere durch gemeinsame Gespräche die Entlastung und die Gesundung der Teilnehmer/innen zu erreichen. In den Gesprächen stehen die eigenen Erfahrungen und der Austausch damit verbundener Erkenntnisse im Vordergrund. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist ein vertrauensvoller Umgang miteinander, der es den Teilnehmer/innen ermöglicht, offen über Probleme und Schwierigkeiten zu sprechen.

Bei Bedarf können auch Einzelgespräche mit Gruppenmitgliedern geführt werden, die vertraulich behandelt werden. In Krisenfällen wird ggf. auch die Aufnahme einer ärztlichen Behandlung empfohlen.

Über die regelmäßigen Treffen hinaus werden auch gemeinsame Freizeitaktivitäten geplant und durchgeführt.

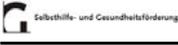




### 3. Präsentation der Selbsthilfegruppen

22 Selbsthilfegruppen haben am Fachtag ihre Leistungen und Möglichkeiten einmal anders dargestellt. In einer "virtuellen Ausstellung" präsentierten sie die Profile, Angebote, Themen und Ziele ihrer Gruppen und gaben damit einen Einblick in das vielfältige Angebot, das in Bremen besteht.

Einen Ausschnitt aus der Präsentation sehen Sie hier:



---



**Agoraphobie Bremen e.V.**

Ein Verein zur Selbsthilfberatung und Initiierung von Selbsthilfgruppen im Bereich von Angsterkrankungen wie z.B. Klaustrophobie, Agoraphobie, Panikattacken und sozialen Ängsten. Es bestehen zur Zeit 6 begleitete Selbsthilfgruppen für betroffene Frauen und Männer. Die Gruppenangebote dienen der Unterstützung und Ergänzung zu evtl. notwendigen therapeutischen Maßnahmen.

Beratung, Gesprächsgruppen für Angstbetroffene und Angehörige, Gesprächsgruppe Borderline



---

**Anonyme Arbeitssüchtige (AAS)**

Anonyme Arbeitssüchtige sind eine Gemeinschaft von Frauen und Männern, mit dem gemeinsamen Problem der Arbeitssucht. In den Meetings, die sich an dem 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker orientieren, geht es um die Unterstützung bei der Bewältigung der Arbeitssucht und der Arbeitsvermeidungssucht sowie das Erlernen einer neuen Lebensweise.

Regelmäßige Gruppentreffen



---



**Blaue Karawane e.V.**

Die Blaue Karawanserei ist ein soziokulturelles Integrationsprojekt. Hier finden Begegnungen zwischen Normalen und Verrückten, Geraden und Krümmen, Alten und Jungen, Menschen mit und ohne Kohle, mit und ohne Arbeit, Migranten und Lebenskünstlern statt. Die Art der Begegnung ist dreifacher Natur: - Künstlerisch auf verschiedene Weise, - Handwerklich, - in gemeinsamen Aktivitäten, planen und organisieren, klönen, essen, trinken und Feste feiern.



---



**Gesprächsgruppe für Angehörige  
krebskranker Menschen  
c/o Bremer Krebsgesellschaft e.V.**

Eine Gesprächsgruppe für Angehörige oder nahe FreundInnen krebskranker Menschen. Im Mittelpunkt der Gespräche stehen die körperlichen und seelischen Belastungen der TeilnehmerInnen. Zur Entlastung können Erfahrungen ausgetauscht, Kontakte geknüpft und über weitere Unterstützungsmöglichkeiten informiert werden.

Regelmäßige Gespräche, Informationen



---



**CoDA – Co-Dependents Anonymous /  
Anonyme Co-Abhängige basierend auf dem  
12-Schritte-Programm der Anonymen  
Alkoholiker (Folie 1)**

CoDA ist eine Gemeinschaft von Frauen und Männern, deren gemeinsames Problem die Unfähigkeit ist, gesunde Beziehungen einzugehen und aufrecht zu erhalten. Co-Abhängigkeit ist eine Beziehungsstörung in dem Sinne, dass wir uns in schädlicher, ungesunder Weise von anderen Menschen abhängig machen.



---

**CoDA – Co-Dependents Anonymous (Folie 2)**

Wir neigen dazu, andere Menschen (Partner, Eltern, Kinder etc.) als einzige Quelle unserer Identität, unseres Wertes und unseres Wohlbefindens zu benutzen.

Wir lernen zu uns selbst zu finden und in jeder Lebenslage gut für uns selbst zu sorgen, um so auf gesunde und angemessene Weise mit anderen umgehen zu können. Die einzige Voraussetzung für die Zugehörigkeit ist der Wunsch nach gesunden und erfüllenden Beziehungen zu uns selbst und zu anderen.

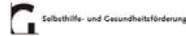
Regelmäßige Gesprächsgruppen



### **Angeleitete Gesprächsgruppe Depression und Ängste c/o Gesundheitstreffpunkt West**

Eine angeleitete Gesprächsgruppe für Frauen und Männer mit Depressionen und Ängsten. Mit der Unterstützung einer erfahrenen Anleiterin können die eingebrachten Themen der TeilnehmerInnen bearbeitet werden. Die Ziele sind dabei die Entlastung und die Unterstützung bei der Bewältigung belastender Lebenssituationen.

Angeleitete Gesprächsgruppe



### **Emotions Anonymous (EA)**

Emotions Anonymous ist eine Gemeinschaft von Frauen und Männern mit emotionalen und seelischen Problemen (Neurosen, Ängsten, Zwängen, Depressionen etc.) Das Ziel im Rahmen der Meetings auf der Grundlage des 12-Schritte-Programms der Anonymen Alkoholiker, ist die Unterstützung bei der Bewältigung der Probleme und die langfristige Gesundung betroffener Menschen.

Regelmäßige Gesprächsgruppen



### **Selbsthilfegruppe der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Bremen (Folie 1)**

Im Mittelpunkt steht der Gesprächskreis, der Angehörige von PatientInnen berät, die an einer endogenen Psychose (Schizophrenie/manisch depressiver Formenkreis) erkrankt sind. Hilfesuchende Angehörige finden im Rahmen der Angebote Unterstützung und Hilfe außerhalb professioneller psychiatrischer Versorgungssysteme.



### **Selbsthilfegruppe der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Bremen (Folie 2)**

Zum anderen vertritt die Selbsthilfegruppe-als Teil der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V.- die Interessen der Angehörigen in psychiatrischen Gremien, in Ausschüssen und Konferenzen in Bremen.

Regelmäßige Treffen und Informationsveranstaltungen



### **Selbsthilfegruppe für Menschen mit seelischen Problemen**

Eine Selbsthilfegruppe für Männer und Frauen im Alter von 45-70 Jahren, die unter Depressionen leiden. Die Gespräche, der Erfahrungsaustausch und die gemeinsamen Freizeitaktivitäten zielen auf Entlastung und Gesundung.

Regelmäßige Gruppentreffen mit der Möglichkeit der Teilnahme von Angehörigen



### **Selbsthilfegruppe Messies**

Eine Gesprächsgruppe für Menschen, die unter Ordnungsproblemen wie Sammelsucht und Nicht-weg-werfen-können leiden, bis hin zur sogenannten Vermüllungsproblematik. Die Mitglieder versuchen gemeinsam die Ergründung der Ursachen für ihr Verhalten und mit dem Ziel, sich von ihren Zwängen zu befreien, voneinander zu lernen, Leidensdruck abzubauen und das Leben lebenswerter zu gestalten.

Regelmäßige und angeleitete Gesprächsgruppe



### **Selbsthilfegruppe für Mütter, die getrennt leben von ihren Kindern c/o Haus der Familie Mitte**

**Austausch und Unterstützung bei der Suche nach  
Umgangswegen mit den Kindern, gemeinsame  
Trauer- und Schuldbewältigung.**

1 Gesprächsgruppe 14- tägig

### **Nachtschwärmer e.V.**

**Angebot eines Nachtcafés für Menschen mit  
Psychiatrieerfahrung. Es bietet den Besuchern die  
Möglichkeit, persönliche Krisen und psychische  
Belastungen in den Abendstunden und in der Nacht  
gemeinsam bewältigen zu können.**

Betreibung eines Nachtcafés. Außerdem bestehen unterschiedliche  
Gruppenaktivitäten wie eine Gesprächsgruppe, eine  
Literaturgruppe und Gruppen zu Kreativangeboten.

### **Treffpunkt ehemaliger Psychatriepatienten**

**Eine gemischte Selbsthilfegruppe ehemaliger  
PsychosepatientInnen ab 30 Jahre. Der Gespräche  
und der Austausch miteinander zielen auf den Erhalt  
psychischer Stabilität zur Vermeidung eines erneuten  
Krankenhausaufenthaltes.**

Regelmäßige Treffen und Austausch

### **Anonyme Selbsthilfegruppe für Angehörige von Sexsüchtigen (S-Anon)**

**Eine Selbsthilfegruppe für Ehe-, LebenspartnerInnen  
und FreundInnen von Menschen mit dem Problem der  
Sexsucht.**

Regelmäßige Gesprächsgruppe

### **StadtneurotikerInnen**

**Selbsthilfegruppe von Frauen und Männern im Alter  
zwischen 20-45 Jahren mit Klinikerfahrung, die  
psychosomatisch erkrankt sind (Ängste,  
Depressionen und Essstörungen). Der Austausch in  
der Gesprächsgruppe zielt auf die Unterstützung und  
Hilfe zur Stabilisierung im Alltag und zur  
Persönlichkeitsreifung.**

Regelmäßige Gesprächsgruppe mit Anleitung

### **Selbsthilfegruppe Transsexuelle Menschen in Bremen**

**Eine Gruppe von Mann-zu-Frau und Frau-zu-Mann-  
transsexuellen Menschen. Durch die Gespräche und  
über Informationen stehen die gegenseitige  
Unterstützung und das Entgegenwirken von Isolation  
zur Entwicklung einer positiven Lebensperspektive im  
Vordergrund der gemeinsamen Arbeit.**

Regelmäßige Gespräche, Information, Freizeitaktivitäten.  
Kontaktvermittlung zu Angehörigen, Begleitung zu Ärzten,  
MDK etc.



### **Trennungs- und Scheidungsgruppen c/o Haus der Familie Mitte**

**Gesprächsgruppe für Menschen zur Unterstützung  
und Hilfe bei Neuorientierung bei Trennung und  
Scheidung**

Gesprächsgruppe



### **Trennungs- und Scheidungsgruppen c/o Haus der Familie Walle**

**Gesprächsgruppen für Menschen zur Unterstützung  
und Hilfe bei Neuorientierung bei Trennung und  
Scheidung. Bewältigung des Lebensalltags für  
alleinerziehende und von ihren Kindern getrennt  
lebende Eltern.**

"Nach der Trennung Vater bleiben": angeleitete Männergruppe  
"Der Lebensalltag allein mit Kind"



### **Zeitungsinitiative Irrtu(r)m c/o Initiative zur sozialen Rehabilitation und Vorbeugung psychischer Erkrankungen e.V. (Folie 1)**

**Ziel der Gruppenmitglieder, die mit psychischen  
Beeinträchtigungen leben, ist es, ein  
selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben  
führen zu können. Aufgrund eigener Erfahrungen als  
Patienten und Patientinnen streben sie dabei die  
Überwindung traditioneller medizinisch-  
psychiatrischer Denk- und Handlungsmuster an.**

### **Zeitungsinitiative Irrtu(r)m c/o Initiative zur sozialen Rehabilitation und Vorbeugung psychischer Erkrankungen e.V. (Folie 2)**

**Darüber hinaus geht es um Wege aus der Isolation  
und Gettoisierung sowie um die soziale Integration in  
die Gemeinde.**

Selbsthilfegruppe, die ein Forum für Information,  
Kommunikation und Publikation bietet und regelmäßig  
die Zeitschrift IRRTU(R)M herausgibt, um die LeserInnen  
über persönliche Erfahrungen mit der Psychiatrie, deren  
Kritik und zukünftige Anliegen zu informieren.

### **"Wühlmäuse"**

**Eine Gesprächsgruppe für Menschen, die unter  
Ordnungsproblemen wie Sammelsucht und Nicht-  
weg-werfen-können leiden, bis hin zur sogenannten  
Vermüllungsproblematik. Die Mitglieder versuchen  
gemeinsam die Ergründung der Ursachen für ihr  
Verhalten und mit dem Ziel, sich von ihren Zwängen  
zu befreien, voneinander zu lernen, Leidensdruck  
abzubauen und das Leben lebenswerter zu gestalten.**

Regelmäßige Gruppentreffen und Gespräche

### **Selbsthilfegruppe Zwangserkrankte**

**Eine Gruppe von Frauen und Männern, die von  
Zwangserkrankung betroffen sind. Im Mittelpunkt der  
Gruppengespräche stehen der Erfahrungs- und  
Informationsaustausch zur gegenseitigen  
Unterstützung, der jedoch keine ambulante oder  
stationäre Therapie ersetzen soll. Das Ziel der  
gemeinsamen Arbeit ist das langfristige und  
nachhaltige Ablegen zwanghafter Verhaltensweisen.**

Regelmäßige Gespräche



#### **4. Übersicht über die - dem Gesundheitsamt bekannten - Selbsthilfegruppen und Initiativen in Bremen im Bereich psychischer Erkrankungen und psychosozialer Störungen**

**(Stand: November 2003)**

- Agoraphobie Bremen e. V.
- Anonyme Arbeitssüchtige Bremen (AAS)
- Blaue Karawane e. V.
- CoDA SHG Anonyme Beziehungssucht
- Die Brücke c/o Hoffnungskirche
- Elternkreis essgestörter Töchter und Söhne
- Emotions Anonymous
- Frauenaufbruch ab 50
- Frauengesundheitstreff Tenever
- FrauenGesundheitsZentrum Bremen e. V.
- Gamblers Anonymous (GA)
- Gesprächsgruppe Einsame und Allein-stehende
- Messies
- Nachtschwärmer e. V.
- Obsessive Eaters Anonymous (OEA)
- Overeaters Anonymous (OA)
- Projekt SeelenReiter
- Psychose-Selbsthilfegruppe des ASB
- S-Anon Kontaktstelle (Angehörige Sex-süchtiger)
- Selbsthilfegruppen im Gesundheitstreff-punkt West
- Selbsthilfegruppen im Haus der Familie Mitte
- Selbsthilfegruppe im Haus der Familie Walle
- Selbsthilfegruppe der Angehörigen psy-chisch erkrankter Menschen in Bremen
- Selbsthilfegruppen in der Bremer Krebs-gesellschaft e. V.
- Selbsthilfegruppe "Lebensfreude"
- Selbsthilfegruppe Depression und Ängste
- Selbsthilfegruppe depressiver und psy-chosomatisch erkrankter Frauen
- Selbsthilfegruppe für Menschen mit seeli-schen Problemen - Süd
- Selbsthilfegruppe Transsexuelle Men-schen in Bremen
- Selbsthilfegruppe Zwangserkrankte
- StadtneurotikerInnen
- Stadtteilprojekt Frauen in Findorff
- Treffpunkt ehemaliger Psychiatrie-patienten
- Wühlmäuse (Messies)
- Zeitungsinitiative IRRTU(R)M

Nähere Informationen, sowie Vermittlung von Kontakten über das Sachgebiet Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt Bremen: Tel.: 361 – 1 51 41.





## 5. Literatur

### **Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden**

Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren, verabschiedet von der 76. GMK, Chemnitz, Juli 2003, S. 15 f.

### **Blech, Jörg**

Die Krankheitserfinder  
Frankfurt 2003

### **Blech, Jörg**

Das Streben nach Gesundheit wird ausgenutzt  
Interview in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 43, 2003, S. 2764 – 2767

### **DAK Gesundheitsmanagement (Hrsg.)**

DAK Gesundheitsreport 2002  
Hamburg 2002

### **DAK Gesundheitsmanagement (Hrsg.)**

DAK Gesundheitsreport 2003  
Hamburg 2003

### **Dörner, Klaus**

Der chronische Arzt  
in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 3, 2003, S. 117

### **Dörner, Klaus**

Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung  
München 2003

### **Erster gemeinsamer Erfahrungsbericht der Beteiligten am Modellverbund (1976-1979)**

Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch / psychosomatische Versorgung"

Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 161, 1982.

### **Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003**

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 55, Bonn, 19. November 2003, S. 2190 - 2258

### **Marx, C.**

Multiple Chemical Sensivity. Kongressbericht  
in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 22, 1999, S. 1096 – 1097

### **Münchener Psychiatrieerfahrene**

Positionsbestimmung – Ziele:  
[http://www.muepe.org/Ueber\\_Uns/ueber\\_uns.htm](http://www.muepe.org/Ueber_Uns/ueber_uns.htm)

### **Netzwerk Seelische Gesundheit Bremen**

Geschichte der Bremer Psychiatrie seit ca. 1960

<http://www.netzwerk-bremen.de>

### **Pauli, Hannes G.**

Gesundheit und Krankheit: Sozialmedizinische und medizinsoziologische Aspekte  
in: Thure von Uexküll, Psychosomatische Medizin, 5. Aufl., Studienausgabe, München 1998, S. 63 – 72

### **Stärk, C.**

Das Fibromyalgiesyndrom – eine Störung aus dem affektiven Formenkreis – zum Problem der gutachterlichen Beurteilung des Schmerzes.  
in: Med. Sach (1999) No. 4, S. 134 – 136

### **Uexküll, Thure von u. Wesiack, W.**

Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell

in: Thure von Uexküll, Psychosomatische Medizin, 5. Aufl., Studienausgabe, München 1998, S. 13 – 52

### **Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. und Schmidtke, B.**

Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“  
in: Gesundheitswesen 61 (1999), Sonderheft 2, S. 216 – 222

### **Zwischenbericht: Sozialpsychiatrische Dienste in einer ländlichen Region, Projekt Uelzen.**

Modellverbund „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“.

Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 165, 1983.

Ergänzende Veröffentlichungen zum Thema:

### **Hellerich, Gert**

Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener  
Bonn 2003

### **Das normale Leben nach der Schizophrenie**

(Film – DVD, € 19,- inkl. Versand)

Bremen 2004

Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.)

Zu bestellen über Gesundheitsamt Bremen

Tel. 361 – 15 116 / 361 – 15 117



## 6. Glossar

- Adipositas**  
*Fettsucht, Fettleibigkeit*
- affektive Störungen**  
*Störungen des Gefühlslebens – s. auch somatoforme Störungen*
- ätiologisch**  
*die Lehre von den Krankheitsursachen betreffend*
- Bulimie**  
*Ess-Störung mit Heißhungeranfällen und absichtlich herbeigeführtem Erbrechen  
weitere Ess-Störung: anorexia nervosa - Magersucht*
- Choleriker**  
*reizbarer, jähzorniger Mensch - einer der vier Typen, die Hippokrates in seiner Temperamentenlehre beschreibt, s. auch: Phlegmatiker, Sanguiniker u. Melancholiker*
- coping-Mechanismen**  
*Mechanismen mit Situationen und Problemen umzugehen*
- Danaergeschenk**  
*Geschenk, das sich im Nachhinein für den Beschenkten als unheilvoll oder Schaden bringend erweist (aus der griechischen Geschichte: Trojanisches Pferd)*
- High Hoppers**  
*Menschen mit großen Hoffnungen*
- Hypertonus**  
*Bluthochdruck*
- ICD-Klassifikation**  
*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - System zur international einheitlichen Klassifizierung von Krankheiten*
- Kommunitarismus**  
*von den USA ausgehende politische Bewegung, die besonders Gemeinsinn u. soziale Tugenden in den Vordergrund stellt u. eine gemeinwohlorientierte Erneuerung gesellschaftlicher Institutionen jenseits liberaler u. staatlicher Programme anstrebt*
- MCS**  
*Multiple Chemical Sensitivity, Empfindlichkeitssymptome gegenüber chemischen Substanzen*
- Melancholiker**  
*zu Depression und Schwermütigkeit neigender Mensch – s. auch Choleriker*
- Neurasthenie**  
*nervöser Erschöpfungszustand, Nervenschwäche ohne krankhaften somatischen Befund – 1878 erstmals von G.M. Beard beschrieben (Beard-Syndrom) und bald zur Mode-Diagnose geworden, insbesondere bei Frauen*
- Phlegmatiker**  
*ruhiger, schwerfälliger, langsamer Mensch – s. auch Choleriker*
- Phobie**  
*krankhafte Angst*
- Prävalenz**  
*Vorherrschen*
- Sanguiniker**  
*lebhafter, temperamentvoller Mensch – s. auch Choleriker*
- somatoforme Störungen**  
*den Körper betreffende Störungen – s. auch affektive Störungen*
- Statuspassagen**  
*Übergang von einem Lebensabschnitt in den anderen, z.B. vom Junggesellen zum Ehemann*
- Subsidiarität**  
*gesellschaftspolitisches Prinzip, nach dem der Staat nur solche Aufgaben übernehmen soll, die von nicht-staatlichen Einheiten (z.B. Familie) nicht geleistet werden können*
- Survey**  
*Erhebung, Ermittlung, Befragung, Gutachten*