

## Ausgewählte Aspekte aus der Expertise

### „Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland

Zu Genealogie, Gestalt, Gestaltwandel und Wirkkreisen solidargemeinschaftlicher Gegenseitigkeitshilfe und deren verbandlichen Organisationen“

Frank Schulz-Nieswandt, Francis Langenhorst, Ursula Köstler

#### Vorbemerkungen

Die Studie (Gliederung im Anhang) ist konzipiert als eine umfassende, interdisziplinär orientierte Gesamtanalyse „**Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland**“ (so der Obertitel) und kann schwerlich auf wenige *Höhepunkte* hin zusammengefasst werden, denn – wie der Untertitel („**Zu Genealogie, Gestalt, Gestaltwandel und Wirkkreisen solidargemeinschaftlicher Gegenseitigkeitshilfe und deren verbandlichen Organisationen**“) andeutet – liegt der besondere Wert in der theoriegeleiteten, systematischen sowie viel-dimensionalen und Aspekten-reichen Gesamtschau.

Deshalb sollen nachfolgend nur einige Aspekte ausgewählt werden, die für die Diskussion besonders anregend sein könnten.

#### Ausgewählte Diskussionspunkte

**1. Morphologische Aspekte:** Gerade die US-amerikanische Forschung, die oftmals von *mutual aid groups* spricht, bestätigt die Möglichkeit, auf der Mikroebene das Gruppenleistungsgeschehen wie eine genossenschaftliche Förderpraxis zu verstehen.

Der Gruppencharakter der Selbsthilfe ist gerade deshalb wieder zu betonen, weil allgemein (auch in den neueren [*health literacy*]-Diskursen über Gesundheitskompetenz) Gefahren bestehen, die Selbsthilfe als individualisierte Eigenverantwortlichkeit zu verkürzen und so die spezifischen Solidaraspekte zu übergehen. Es geht ja gerade um Settings sozialer Lernfelder, um gemeinsam (genossenschaftsartig) die Sorgearbeit in der Daseinsführung zu fördern. Kompetenzentwicklung bedarf Settings des gemeinsamen Lernens durch Partizipation und sichert so die Erarbeitung der Gemeingüter (*Commons*).

**2. Aspekte der Wirkungsanalyse:** Wirkungsanalysen sind aus methodologischen Gründen (Untersuchungsdesign mit Blick auf Goldstandard; Uneinheitlichkeit der Gegenstandsbestimmung; Vielfalt der Wirkungsvariablen) sehr schwierig. Geht man etwas weniger puristisch (positiv formuliert: gelassener) an die Forschungssituation heran, kann dem Stand der Forschung eine gewisse evidente Plausibilität abgewonnen werden. Es liegen einige gute Survey-Artikel vor. Dabei können die Ergebnisse natürlich nicht indikationsbezogen verallgemeinert werden.

- a) **Daseinsanalyse des Gruppengeschehens:** Es bestätigt sich die positive Funktionalität in einem daseinsanalytischen Sinne: Wie erfolgreich leben mit Krankheit/Behinderung? Hier geht es um Fragen des gelingenden Lebenslaufs im Lichte von Persönlichkeitswachstum im „Mut zum Sein“, sich selbst als ein personales Selbst und seine Entwicklungsaufgaben anzunehmen, sich positiv zu erfahren: selbstwirksam, selbstbewusst, selbstwertgefühlt etc. Die Auswirkungen auf Lebensqualität und Zufriedenheit sind evident. So wird eine offene Welt-Bezogenheit und somit Partizipation am erfüllenden Gemeinwesen möglich. Selbsthilfegruppenaktivitäten befähigen hierzu.
- Vor allem ist ein „Familienversagen“ (allgemeiner formuliert: die Grenzen der Problemlösungskapazität von *strong ties* in emotional sehr nahen/dichten Beziehungen) nicht ganz auszuschließen: Die Themen der Selbsthilfe kommen auf Grund der erforderlichen psychodynamischen Gleichgewichte von Nähe und Distanz gerade in Selbsthilfegruppen zu einer optimalen Passung; abgesehen von der Funktionalität der Selbsthilfe dort, wo auf der Ebene von Familie/Verwandtschaft/Freundschaft Netzwerklücken bestehen.
- b) **Klinische/gesundheitsökonomische Aspekte:** Uneindeutiger sind klinische Effekte und gesundheitsökonomische Auswirkungen. Bei manchen Problemen (z. B. AA) kann „Leben mit ...“ Überwindung des Problems sein; bei anderen (z. B. MS) geht es um ein „differentiell verlaufbares Leben mit ...“. Andere Aspekte (z. B. Verminderung von Drehtüreffekten in der Krankenhausinanspruchnahme) sind in bestimmten Indikationen (Diabetes) denkbar.
- c) **Politische Systemwirkungen:** Die Mitwirkung der organisierten Selbsthilfe im Governance der gemeinsamen Selbstverwaltung als untergesetzliche Normierungspraxis des staatsmittelbaren Bereiches kann als Demokratisierungsschub der Gesundheitspolitik verstanden werden. Dennoch ist dieser Befund nicht ohne Ambivalenzen. Zumal kein systematisches empirisches Wissen hierzu vorliegt. (Zur Rolle der Verbände [Landes-, Bundes-, Spitzenverbände der Selbsthilfe] ist gleich nochmals zurückzukommen.)
- Allerdings kann man sich fragen, ob einer Steuerfinanzierung der verbandlichen Mitwirkung in dieser politischen Arena nicht problemangemessener ist. Sozialbeitragsfinanzierung im SGB V-Feld (§ 20c SGB V) sollte an unmittelbare gesundheitsbezogene Aktivitäten gebunden sein. Wenn der soziale Rechtsstaat im Modus des Gewährleistungsstaates die Erledigung quasi-öffentlicher Aufgaben an Verbände im staatsmittelbaren Selbstverwaltungssektor delegiert, muss er selbst auch die Funktionsfähigkeit durch finanzielle Förderung sicherstellen.

**3. Die weitgehend unerforschte Meso-Ebene: Selbsthilfe im Sozialraum kommunaler Daseinsvorsorge:** Bisherige Klassiker der Analyse der Rolle von Selbsthilfegruppen mit Blick auf die Überwindung brüchiger, fragmentierter Versorgungsgeschehen im lokalen Raum der alltäglichen Lebenswelten sind a) die Kooperationskultur der Betriebstypen der niedergelassenen GKV-Vertragsärzte sowie b) die Kultur des Entlassungsmanagements der Betriebstypus der solitären Krankenhäuser (§ 11 [4] SGB V) sowie die post-hospitale Versorgungssicherstellung. Das sind zwei strategisch wichtige Schnittstellen.

Von der Beantwortung der Fragen nach einer systematisch geklärten Rolle des Selbsthilfegruppengeschehens in einer integrierten und nachhaltigen Sozialraumentwicklung (Untereinheit: lokaler Quartiersbezug) ist die Forschung noch weit entfernt. Dies überrascht angesichts der drängenden Implementation der Rechtsphilosophie der Inklusion des *homo patiens*.

**Community-building:** Es liegt kein systematisches Wissen über die Mitwirkung der Selbsthilfe in der Netzwerkarbeit zur Gewährleistung von Versorgungsketten und der Erarbeitung von Caring Communities vor. Dort, wo Bundesländer kommunale/regionale Pflegekonferenzen oder Gesundheitskonferenzen (ohnehin selten mit choreographischer Effektivität zur Steuerung kommunaler Versorgungslandschaften) nutzen, ist nicht ersichtlich, wie hier die Befundelage einzuschätzen ist. Das gilt ebenso für Pflegestützpunkte. Das gilt auch für die kommunalen Teilhabepflichtkonferenzen.

**Rolle der Verbände/Rolle der Kontakt- und Informationsstellen:** In der verbandssoziologischen Forschung ist es üblich, die Mitgliedschaft in und die Finanzierung von Verbänden im sozialen Tausch mit der verbandlichen (in der Regel professionalisierten) *Hilfe zur Selbsthilfe* der Mikroebene zu sehen. Nach *Innen* haben die Verbände die erfolgreiche Tätigkeit ihrer Mitglieder zu fördern; nach *Außen* sollen Verbände im *Agenda Setting* der politischen Arena wirksam sein. Die Analyse möglicher Ambivalenzen übergehen wir hier.

Die Förderung der Partizipation von Selbsthilfegruppen in lokal vernetzten Lebenswelten als Teil einer nachhaltigen, integrierten Sozialraumentwicklung können Verbände jedoch nicht leisten. Hier siedelt sich die Funktionalität der Kontakt- und Informationsstellen an. U. E. besteht hier ein auf Konsensbildung abstellender Klärungsbedarf zum Leistungsprofil. Zu empfehlen wäre u. E. eine fundierte Partizipation an *community-building*-Prozessen zur lokalen Generierung von *caring communities*. Ferner gehört hierzu eine offensiv(er)e Rolle im Gründungsmanagement von Selbsthilfegruppen.

**Gesundheitskassen statt Finanzierung der Krankenversorgungsindustrie (Christian von Ferber)?** Erheblich klärungsbedürftig und auch weiterhin entwicklungsfähig ist aber auch die kassenseitige Kultur der Förderung nach §

zoc SGB V. Hier wäre noch mehr niedrigschwellige zugehende soziale Arbeit seitens der Kassen erforderlich.

**4. Wettbewerbs- und sozialrechtliche Aspekte:** Wettbewerbsrechtliche Probleme bestehen weitgehend nicht mit Blick auf das europarechtlich überformte nationale Ausschreibungs- und Vergaberecht, denn hier sind *de minimis*-Regelungen wirksam. Diskriminierungstatbestände angesichts des Marktbezugs von Selbsthilfegruppen (professionelle Therapieangebote sind ein prinzipiell mögliches funktionales Äquivalent, womit der Tatbestand des funktionellen Unternehmens vorliegt) und somit Möglichkeiten zur Konkurrentenklage bestehen aber nicht, weil in der Förderpraxis – analog zu vergabefremden Kriterien – hier die Präferenz für eine genossenschaftsartige Leistungserstellung (Selbsthilfe, Selbstorganisation, Selbstverwaltung, Demokratie- und Identitätsprinzip) zur Geltung bringen kann. Dieses Formprinzip liegt in Arzt-Patienten-Beziehungen nicht vor, die asymmetrisch als Prinzipal-Agenten-Relationen zu modellieren sind.

Dennoch ist das sozialrechtliche Dreieckverhältnis des SGB V, das nach vorherrschender Rechtsauffassung das Wettbewerbsrecht, vor allem die Geltung von Dienstleistungskonzessionstatbeständen, als nicht relevant gelten lässt, im § 20c SGB V modifiziert: Die Mitglieder der Selbsthilfegruppen sind in einem hybriden Status: Sie sind (bei kasseninterner wie auch kassenartübergreifender Förderung) in der Rolle des Versicherten und in der Rolle des Versorgers (Leistungserbringer). Allerdings ist in § 1 SGB V im Kontext des Solidarcharakters der GKV die Rolle des Versicherten mit seiner eigenen Mitverantwortlichkeit und somit seine Rolle als Co-Produzent im gesundheitsbezogenen Versorgungsprozessgeschehen kodifiziert.

Auf die Ambivalenz einer Evidenzdokumentationsdebatte auf dieser Mikroebene (Autonomie, Fördern, Kontrolle) ist hier nicht einzugehen.

**5. Nosologische Fehlernungen im fragmentierten System der Sozialgesetzbücher:** Die Trennung von Krankheit, Pflege, Behinderung und sozialen Bedarfen macht im Alltag komplexer Lebenslagen keinen Sinn. Das Kausalprinzip im deutschen Sozialrecht fördert aber leistungs- und kostenträgerschaftliche Fragmentierungen und führt zu des-integrierten Sektoralismen und Problemen integrierter Multi-Professionalität. Insofern ist auch die Unterscheidung von gesundheitsbezogenen und sozialen Selbsthilfegruppen problematisch. Und dies auch, weil die Wirkungszusammenhänge zwischen dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit einerseits und den sozialen Lagen angesichts der leiblichen Funktionsinterdependenz von Körper, Geist und Seele andererseits in der Forschung (verwiesen sei etwa auf die Salutogenetik des Kohärenzgefühls oder verwandter Resilienzkonzepte, aber eben auch der sozialen Stützsyste) evident sind.

**6. Spannungen im Feld der Selbsthilfeorganisationen:** Vor dem Hintergrund der Trennung von Krankheit/Behinderung einerseits und sozialen Problemlagen andererseits hat sich auch das Feld der Selbsthilfeorganisationslandschaft spannungsreich entwickelt. Dies zeigt sich in einer Asymmetrie in der Mehr-Ebenen-Architektur: Betont die BAG SH die zwei-stufige Logik von Selbsthilfegruppen „unten“ und den (von uns als verbandlich bezeichneten) Selbstorganisationen als Hilfe zur Selbsthilfe „oben“, so besetzt die DAG SHG, Mitglied im Paritätischen Verband, explizit eine drei-stufige Logik mit besonderer Betonung der Meso-Ebene der Kontakt- und Informationsstellen.

Unter dem Aspekt der oben besonders herausgestellten Bedeutung des Themas der inklusiven Gemeinde als kommunaler Raum der Daseinsvorsorge mit der Aufgabe der Generierung Personen-zentrierter lokaler *Caring Communities* wäre eine kooperative Klärung der Vorgehensweise einer Engagementförderpolitik (zählt man, wie von uns präferiert, die Selbsthilfe“bewegung“ als Form bürgerschaftlichen Engagements als Teil des Dritten Sektors) auf der Meso-Ebene im Dreieck zwischen BAG SH, DAG SHG und den Gebietskörperschaften des sozialen Gewährleistungsstaates sinnvoll.

## ANHANG: Gliederung

### Ziel der Arbeit

### Ergebnisse

#### I. Zugänge und Grundlagen

Exkurs: Über die Bedeutung des anthropologischen Blicks

##### 1. Aufgabe/Ziel der Analyse

Exkurs: Laien und Professionen: Irritationen

##### 2. Was meint Morphologie?

##### 3. Zur Morphologie – die Nähe zu Sozialgenossenschaften

##### 4. Das Gierke'sche Referenzsystem

##### 5. Terminologie-Kontroversen: mehr als ein Streit um Worte

Exkurs: Das Soziale – eine doppelte Semantik

##### 6. Ordnungspolitische Überformungen – von den Diskursen der 1980er/90er Jahre zu aktuellen Staatlichkeitsdebatten

#### II. Dimensionen und Aspekte einer Ambivalenzenanalyse des Feldes

##### 7. Ambivalenzen im Feld

Exkurs: Grenzen wissenschaftlicher Wirksamkeitsforschung in diesem Feld

Exkurs: Strukturelle Darstellung der vertikalen Ambivalenz in Verschachtelung mit den horizontalen Ambivalenzen (Grammatik der Feld-Ambivalenzen)

##### 8. Wurzeln der Ambivalenzen

##### 9. Selbsthilfe und Sozialraumentwicklung

#### III. Zur Wirkungsanalyse im Feld

##### 10. Zur Analyse der Funktionalitäten der Gesundheitsselbsthilfegruppen mit Blick auf das Versorgungsprozessgeschehen

Exkurs: Eine psychodynamische Barriere der etablierten Professionen gegenüber der Laienpartizipation

##### 10.1 Daseinsanalytische Wirkungssicht

##### 10.2 Klinische Wirkungen

##### 11. Die These der (verdeckten) Gemeinwirtschaftlichkeit von Genossenschaftsgebilden

##### 12. Selbsthilfegruppen als Teil steuernder regionaler Pflegekonferenzen?

Empirischer Exkurs: Eine sozialraumorientierte inklusive Kommune zwischen Wollen und Können

#### IV. Aspekte rechtlicher Regime

##### 13. Wettbewerbsrechtliche Aspekte

##### 14. Sozialrechtliche Aspekte

#### V. Das Feld als empfindsame Kulturlandschaft

#### VI. Ausblick

**Zusammenfassung: Gesundheitsselbsthilfe: Stand der Entwicklung und Ambivalenzen**

Literaturverzeichnis