

Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland

Zur Geschichte der Selbsthilfebewegung

Selbsthilfe und Sozialstaat

Die gesundheitliche und soziale Selbsthilfe hat in Deutschland eine ausgeprägte Tradition. Genossenschaften, Gewerkschaften, Pensionskassen und Krankenkassen, die Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit und die großen Wohlfahrtsverbände entstanden mit den Anfängen der Industriegesellschaft als Organisationen der Selbsthilfe [1]. Die heute bestehenden Strukturen der sozialen Sicherungssysteme sind ein Ergebnis dieser erfolgreichen Selbstorganisation, die über die Bismarckschen Sozialreformen zur Ausgestaltung des modernen Sozialstaates führten. Die Selbstverwaltungskultur der Krankenkassen und der Gesundheitsversorgung wurde in diesem Entwicklungsprozess ebenso geprägt wie die sozialpflegerischen und gesundheitlichen Dienste der großen Wohlfahrtsverbände.

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege – Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV), Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk und Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland – verstehen sich selbst als Interessensvertreter der „Sozialpolitischen Selbsthilfeorganisationen“. Sie beschäftigen heute rund

1,4 Millionen Menschen hauptamtlich. Schätzungsweise 2,5–3 Millionen Bürger leisten ehrenamtlich engagierte Hilfe in Initiativen, freiwilligen Diensten und Selbsthilfegruppen. Die Arbeit der Wohlfahrtsverbände wird überwiegend aus Mitgliedsbeiträgen, staatlichen Mitteln und durch Leistungsentgelte der Sozialversicherungen finanziert [2].

Neben und teilweise im Konflikt mit den institutionalisierten Strukturen der Wohlfahrtsverbände und der sozialstaatlichen Organisationen entstanden ab der Mitte des letzten Jahrhunderts neue Selbsthilfeinitiativen und Selbsthilfevereinigungen. Sie artikulierten Kritik an den sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen von Staat und Wohlfahrtspflege und reagierten auf Mängel des Gesundheits- und Sozialwesens. Diese neue Selbsthilfebewegung verzeichnet vier Entwicklungswellen, die ebenso Versorgungsdefizite wie innovative soziale Bewältigungskräfte widerspiegeln.

Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen entstanden zunächst als reformorientierte und kreative Gegenwelt zum professionellen Versorgungssystem [3]. Inzwischen sind sie anerkannter Teil der sozialen Sicherung und vielfältig mit den klassischen Strukturen der sozialen und gesundheitlichen Dienste verknüpft. Das innovative Potenzial der Selbsthilfebewegung gilt heute als Hoffnungsträger

für die Optimierung der gesundheitlichen und sozialen Sicherungssysteme [4]. Die Enquêtekommision „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ des Deutschen Bundestages bewertet Selbsthilfegruppen als Motor für ein neues bürgerschaftliches Engagement [5].

Die neue Selbsthilfebewegung

In der Bundesrepublik entstanden zunächst die Gruppen und Organisationen der Alkohol- und Suchtkranken. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) wurde 1947 gegründet, um den in der Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbänden und gemeinnützigen Vereinen eine Plattform zu geben [6]. Das Versorgungssystem der Suchtkrankenhilfe umfasst inzwischen über 1400 Beratungsstellen, 160 Fachkliniken und 7500 Selbsthilfegruppen mit über 120.000 Mitgliedern.

Die erste Welle der neuen Selbsthilfebewegung war eine Antwort auf die soziale Ausgrenzung und medizinische Vernachlässigung der Suchtkranken und das geringe Ansehen der Suchtkrankenhilfe im medizinischen Versorgungssystem. Sie begründete ein erfolgreiches Bündnis zwischen professionellen Diensten und betroffenen Menschen und öffnete das medizinische Versorgungssystem der Suchtkranken für die Beachtung der psychosozialen Zusammenhänge.

Etwas später organisierten sich zunehmend Menschen mit körperlichen Behinderungen und chronischen Krankheiten und deren Angehörige in neuen Selbsthilfeorganisationen. Im Jahr 1967 entstand die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH) als Dachverband von 8 bundesweiten Organisationen. Heute firmiert der Verein als Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE) und vereint 104 bundesweit tätige Selbsthilfeorganisationen, 15 Landesarbeitsgemeinschaften und 3 Fachverbände (Stand 12/2007) [7].

Etwa 1970 bildeten 38 Selbsthilfeorganisationen das Forum chronisch Kranker und behinderter Menschen im DPWV. Das Forum arbeitet unter dem Dach des Wohlfahrtsverbandes und betreibt selbst keine eigenständige Organisation oder Geschäftsstelle [8]. Diese zweite Welle der Selbsthilfebewegung war eine Reaktion auf die soziale Ausgrenzung und Benachteiligung von Menschen mit Behinderung. Die Organisationen wollten konkrete Lebenshilfe und soziale Teilhabe erreichen. Menschen mit chronischen Krankheiten schlossen sich später dieser Bewegung an. Die BAGS wirkt als Repräsentant der verbandlichen Selbsthilfe und als Dachverband von Selbsthilfeorganisationen im Bereich von Behinderungen und chronischen Erkrankungen.

Selbsthilfegruppen und gesellschaftlicher Aufbruch

Ab 1970 und verstärkt ab 1980 entwickelten sich Selbsthilfeinitiativen und Selbsthilfegruppen für beinahe alle gesundheitlichen Fragestellungen und Krankheiten. Die Frauenselbsthilfe nach Krebs ist ein Beispiel für diesen Entwicklungsschub der neuen Selbsthilfebewegung, die einen biopsychosozialen Blick auf die Probleme einforderte und gemeinsam mit den damaligen sozialen Bewegungen auch gesellschaftspolitische Veränderungen erreichen wollte. Horst Eberhard Richter veröffentlichte 1972 das programmatisch wegweisende Buch „Die Gruppe“ [9]. Michael Lukas Moeller erforschte die heilende Wirkung der psychotherapeutischen Selbsthilfegruppen.

Seine wegweisenden Lehrbücher für die Selbsthilfebewegung erschienen 1978 und 1981 [10, 11].

Die psychosoziale Bewältigung der Krankheit und die gegenseitige Unterstützung von Menschen mit vergleichbaren Problemen waren das vorherrschende Bedürfnis in den Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen, die sich jetzt formierten und auch bundesweite Verbände bildeten. Die professionelle Förderung und Unterstützung ging vornehmlich von Psychotherapeuten und sozial engagierten Gruppen aus, die von vielen Ärzten und der herrschenden Medizin kritisch bewertet wurden. Die Selbsthilfegruppen forderten einen Leitbildwechsel vom paternalistischen Fürsorgesystem hin zu partnerschaftlicher Kooperation, zu Empowerment und Emanzipation, Selbstorganisation und Autonomie.

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) wurde 1982 in diesem Kontext als Fachverband für Selbsthilfegruppen von Möller initiiert [12]. Sie sollte den Selbsthilfegedanken politisch durchsetzen, für eine selbsthilfeförderliche Unterstützungskultur im Gesundheitswesen sorgen und die dafür erforderliche Infrastruktur aufbauen. Ein Leitbild war das Bürgerinitiativzentrum als Service- und Unterstützungsstelle für soziale Selbstorganisation. Die DAG SHG vertritt die Interessen der regionalen Selbsthilfekontaktstellen und unterstützt sie bei ihren fachlichen Aufgaben, insbesondere durch ihr Projekt NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen), das seit 1984 besteht.

Diese dritte Welle der neuen Selbsthilfebewegung kann verstanden werden als Antwort auf die Vernachlässigung der psychosozialen Aspekte und Zeichen eines emanzipatorischen Aufbruchs, an dem sich selbstkritische Gesundheitsexperten aktiv beteiligten. Die mit der Gesundheitsbewegung als Teil der damaligen sozialen Bewegungen einhergehenden Reformprojekte einer integrierten, biopsychosozialen Medizin und einer integrierten, sektoral und interdisziplinär vernetzten Sozial- und Gesundheitsversorgung wurden im Kontext dieser Entwicklungsprozesse ausgebaut. Die mit der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung

von 1986 einhergehenden neuen Sichtweisen und Handlungsorientierungen der WHO für eine zukunftsfähige Gesundheitssystementwicklung stimmen mit den Denk- und Handlungsfeldern der Gesundheitsbewegung in Deutschland weitgehend überein [13, 14].

Institutionalisierung von Selbsthilfe und Engagementförderung

Die Ottawa-Charta kann gleichermaßen als Produkt der dritten Welle und Ausgangspunkt dessen gelten, was wir hier als 4. Phase der Selbsthilfebewegung bezeichnen. Mit ihr wurde der gesundheitspolitische Aufgabenbereich erstmals auf die Gestaltung des sozialen Lebens und der ökologischen Verhältnisse erweitert. Die WHO vollzog damit konzeptionell nach, was in der Praxis der Selbsthilfe schon weitgehend verschmolzen war. Mit dem Healthy-City-Projekt wurde explizit auf Vernetzung und Vermittlung in gesundheitlichen und sozialen Aufgabenfeldern und psychosoziale Ansätze orientiert. In jeder teilnehmenden Kommune wird nach dem Neun-Punkte-Programm des bundesdeutschen Gesunde-Städte-Netzwerks die Koordination gemeinsam von Gesundheitsämtern und nichtstaatlichen Bürgerinitiativen durchgeführt, wobei vielfach Selbsthilfekontaktstellen diese Partnerrolle des Gesundheitsamtes übernehmen. Auch Freiwilligenagenturen und Seniorenbüros sind wichtige Bestandteile lokaler Gesundheitsförderung in diesem Sinne und entwickelten sich z. T. parallel, z. T. in Initiative oder in Kooperation mit den Selbsthilfekontaktstellen [15]. Auch die lokale Agenda als Parallelprojekt aus dem Umweltbereich setzt auf die Selbstorganisation der Menschen in ihren lokalen Lebensräumen [16]. Solche Netzwerkpolitik ist eine Strategie gegen überholte Verbandsstrukturen, für flexible Reaktionen auf den sozialen Wandel und ein effizientes sowie effektives Zusammenwirken unterschiedlicher Partner für gemeinsame soziale oder gesundheitliche Ziele.

Neben dem Netzwerkansatz werden in der Politik weitere Konzepte zur Verstärkung des bürgerschaftlichen Engagements entwickelt. Auch wenn der Begriff vom „Aktivierenden Sozialstaat“ zumeist mit Sparmaßnahmen assoziiert wird [17], gilt

es steuerungspolitisch als Modernisierungskonzept [18]. So verstehen die gesundheitspolitischen Leitlinien der Europäischen Union Gesundheit heute als dynamischen Prozess, als integralen Teil des Alltags der Menschen und als Interaktion zwischen Lebensweisen und Lebensumständen. Gesundheit gilt als Maßstab für den sozialen Fortschritt und als Ressource und Produktivfaktor für die gesellschaftliche Entwicklung [19]. Ilona Kickbusch spricht heute von der kommenden „Gesundheitsgesellschaft“: Leistungen, die Gesundheit, Lebensqualität und Selbstbestimmung bis ins hohe Alter ermöglichen, werden zu Wachstumstreibern der Gesundheitswirtschaft und der neuen Dienstleistungsmärkte, so ihre These [20].

Nachhaltigkeit und Weiterentwicklung

Eine neue Dachorganisation von Selbsthilfe, sozialökologischer Bewegung und Gesundheitsförderung hat sich bisher noch nicht herausgebildet. Vielmehr scheint die zermürbende Diskussion um ein bundesdeutsches Präventionsgesetz die notwendigen Organisationsanstrengungen zu blockieren [21].

Mit dem 2002 von der DAG SHG, dem Verbund der Freiwilligenzentren im Deutschen Caritasverband, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen und der Seniorenbüros gegründeten Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement besteht nun zumindest eine erste Dachstruktur der Engagementförderung als Zusammenschluss der in der dritten Phase entstandenen 3 Säulen. Diese 3 Säulen sind inzwischen durch Mehrgenerationenhäuser, Bürgerstiftungen und lokale Bündnisse für Familien ergänzt. Der Eindruck, dass in Deutschland eine gut entwickelte und fachlich äußerst differenzierte Infrastruktur von Engagement fördernden Einrichtungen bestehe, muss jedoch relativiert werden, da keine dieser Infrastruktureinrichtungen auf eine verlässliche Regelfinanzierung bauen kann [23].

Die ständigen Finanzierungsorgen erschweren aktuell die Diskussion um Weiterentwicklung in Richtung einer fünften Phase, die sich bereits andeutet. Hier sind

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2009 · 52:11–20
DOI 10.1007/s00103-009-0743-6
© Springer Medizin Verlag 2009

R. Geene · E. Huber · J. Hundertmark-Mayser · B. Möller-Bock · W. Thiel

Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland

Zusammenfassung

Die in den letzten hundert Jahren entstandenen und gewachsenen Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen sind heute ein wichtiger Bestandteil der sozialen Sicherung. Selbsthilfekontaktstellen, Seniorbüros, Freiwilligenagenturen, Bürgerzentren oder Mehrgenerationenhäuser verbinden bürgerschaftliches Engagement mit innovativer Professionalität. Diese wichtigen lokalen Einrichtungen können leider nicht auf eine verlässliche Regelfinanzierung bauen. Es gibt in Deutschland rund 280 Selbsthilfekontaktstellen und mehr als 400 überregionale Selbsthilfezusammenschlüsse. Gesunde Gemeinden, gesunde Betriebe und gesunde Bürger benötigen eine dezentralisierte, in den Stadtteilen verankerte Selbsthilfe und Selbstorganisation der Zivilgesellschaft. Die dafür bereits vorhandenen professionellen Unterstützungs-

strukturen sollten sich auf kommunaler Ebene zusammenschließen. Hier bestehen bereits neue Formen der Kooperation von kommunaler Politik und Verwaltung, von Unternehmen und Akteuren der Zivilgesellschaft und um regional integrierte Versorgungsprojekte mit den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Aktuell stellen sich die Qualitätsentwicklung sowie die Inklusion von sozial Benachteiligten und Menschen mit Migrationshintergrund als zentrale Herausforderungen der Selbsthilfe. Hierfür ist eine sicher finanzierte und politisch gestützte Infrastruktur eine unverzichtbare Voraussetzung, ihr Ausbau eine zentrale Gesundheitsinvestition.

Schlüsselwörter

Selbsthilfe · Bürgerschaftliches Engagement · Selbsthilfegruppen · Selbsthilfekontaktstellen · Gesundheitsförderung

Development, situation and perspective of self-help support in Germany

Abstract

Self-help groups and self-help associations are an important part of the social security system. In Germany, self-help contact points, senior citizen centers, volunteer agencies, citizen centers and multi-generation houses combine citizen participation with innovative professional services. Unfortunately, there is no guarantee of continuous financial support for these important, locally administered institutions. There are about 280 self-help contact points and more than 400 federal self-help associations that support and promote self-help in Germany. Healthy communities, healthy workplaces and healthy people need a decentralized system of self-help programs operated at local and regional levels, in districts and towns. Thereby, professional support systems that operate self-help programs and promote citizen participation in the self-

help programs must be managed in a similar regional format. New forms of cooperation from the regional and local governments, private companies, and citizen engagement already exist. Additionally, regional projects of integrated maintenance systems with the regional health maintenance institutions have been established. Currently, the central challenges of the self-help programs are quality development, inclusion of people with social disadvantages and of people with migrational background. The essential prerequisites for this work are continuous financial support and a politically supported infrastructure, which is in fact an important health investment.

Keywords

self-help · citizen's engagement · self-help groups · self-help contact points · health promotion

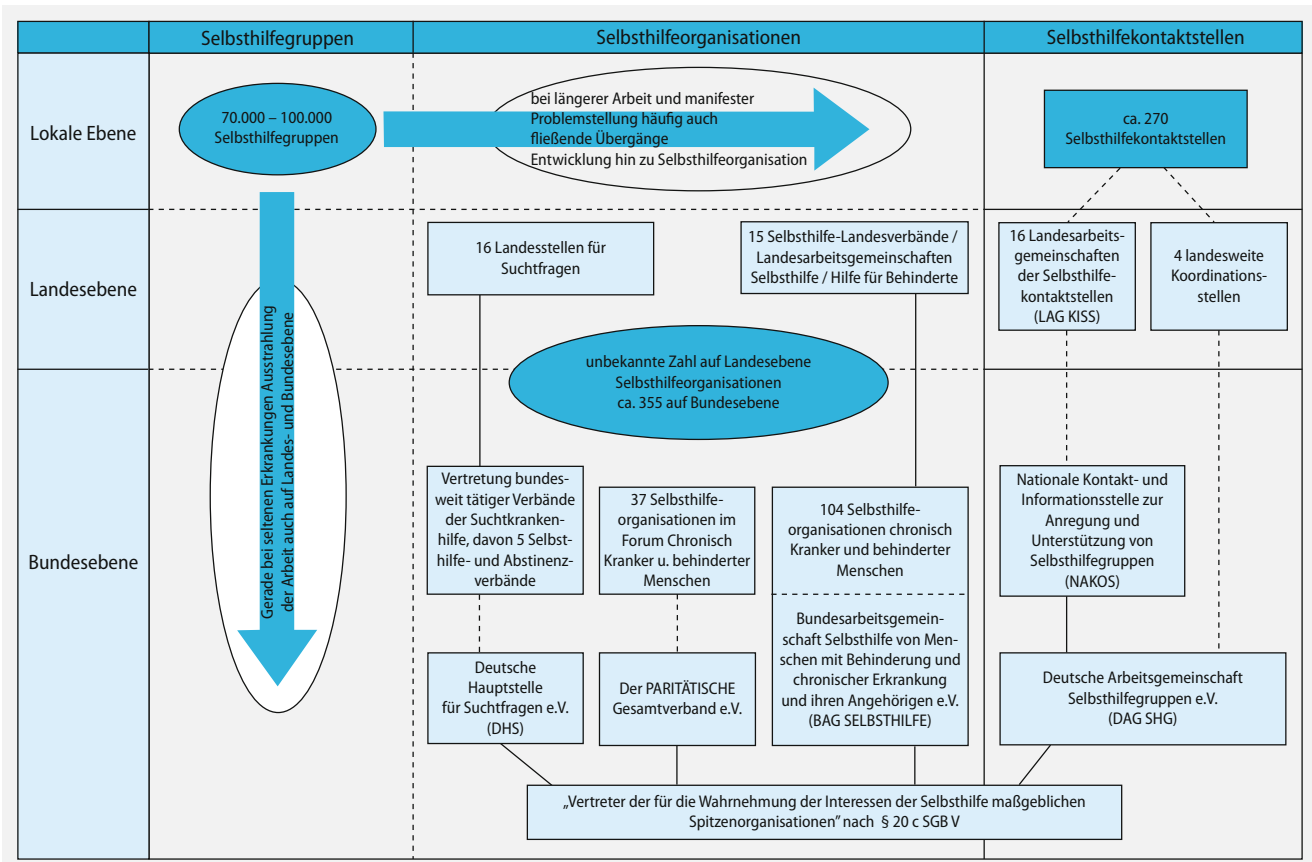


Abb. 1 ▲ **Übersicht Selbsthilfelandchaft in Deutschland**

3 Thesen im Raum: erstens der mögliche Wandel der Engagementkultur mit den Stichwörtern „Individualisierung“ und sogenannter „Eventisierung“. Nach dieser These sinkt die Nachhaltigkeit von Projekten, auch bedingt durch die Förderbedingungen der öffentlichen Hand. Ersetzt werden sie vielfach durch punktuelle öffentlichkeitswirksame Maßnahmen, für deren Übernahme in den Regelbetrieb keine Fördermittel vorgesehen sind. Die zweite These beleuchtet die Informationsüberflutung, ausgelöst durch den Google-Boom und die damit verbundene Konsumhaltung gegenüber Informationen, die weniger im Gruppenprozess erarbeitet werden als vielmehr permanent vorhanden scheinen. Schließlich geht es in der dritten These um Segmentierungserfordernisse, nach denen sich Selbsthilfe im Zuge ihrer Professionalisierung entsprechend spezifischen Anforderungen von unterschiedlichen Zielgruppen ausdifferenzieren muss. Gerade der wachsende Migrationsanteil in Deutschland zeigt,

dass es hier nicht um eine erforderliche Differenzierung geht, sondern um eine Vielfalt unterschiedlicher Kulturen, die gemäß dem Diversity-Ansatz immer wieder in ihrer Eigenart verstanden und unterstützt werden müssen.

Die Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ greifen diese Zukunftsanforderungen bereits teilweise auf und sehen Selbsthilfeförderung hier als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Leider wurden diese Empfehlungen aber bislang kaum in gesetzlichen Bestimmungen verankert. Institutionalisierte Selbsthilfeförderung und Kodifizierung von Beteiligungsrechten gibt es bisher zwar in Regelungen des SGB V und SGB IX sowie mit der Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung auch im SGB XI, insgesamt ist die Selbsthilfe aber weiterhin eher ein Fremdkörper im Sozialgesetz [23, 24].

Die Selbsthilfelandchaft in der Bundesrepublik Deutschland

Die in Deutschland inzwischen entstandene Selbsthilfelandchaft ist sehr differenziert und vielfältig. Vertikale (Organisationen und Verbände) und horizontale Organisationsformen (kleine Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Netzwerke) ergänzen sich, bestehen nebeneinander oder gehen ineinander über [24, 26]. Die verschiedenen Formen der Selbsthilfefürsorge und die Strukturen und Netzwerke der ersten 3 Entwicklungswellen zeigt **Abb. 1**.

Die Spitzenorganisationen der Selbsthilfe

Mit Beginn des Jahres 2000 wurde die Selbsthilfeförderung im § 20 Abs. 4 SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen geregelt. Diese wurden per Gesetz zur Erarbeitung gemeinsamer Fördergrundsätze mit den „für die Wahrnehmung

mung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen“ verpflichtet [27].

Als Vertreter der Selbsthilfe auf Bundesebene wurden die vier Dach- und Fachverbände BAGS, DPWV, DAG SHG und DHS als Spitzenorganisationen anerkannt, die mit den einzelnen Entwicklungswellen der neuen Selbsthilfebewegung gegründet wurden. Sie vertreten die Interessen der Selbsthilfe bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben, etwa der Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger. Sie sind „Selbsthilfe-Partner“ für die Leistungsanbieter wie Kassenärztliche Bundesvereinigung oder Bundesärztekammer und für die Kostenträger wie Kranken- oder Rentenversicherungen.

Die gesundheitspolitische Bedeutung der Selbsthilfegruppen

Selbsthilfe wird heute von allen beteiligten Akteuren als wichtige „Säule“ im System der gesundheitlichen Versorgung gesehen. Die geschätzten 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen mit ca. 3 Millionen aktiven Mitgliedern leisten einen bedeutenden Beitrag zur Gesunderhaltung, Problemverarbeitung und Aufgabenbewältigung, insbesondere von Menschen mit chronischer Erkrankung und Behinderung, aber auch von Menschen mit psychosozialen, sozialen oder soziokulturellen Problemen. Ein großer Teil der Selbsthilfegruppen auf örtlicher Ebene ist nicht als Verein organisiert oder einer größeren Selbsthilfeorganisation angeschlossen. Die Anzahl solcher gering organisierter Selbsthilfegruppen wird auf 40.000–50.000 geschätzt. Diese Gruppen entstehen durch die Arbeit von örtlichen Selbsthilfekontaktstellen, die als Infrastruktureinrichtungen die Kompetenzen von Bürgern zur Selbsthilfe und Selbstorganisation ausbilden und unterstützen [28].

Die besondere Bedeutung von Selbsthilfegruppen im Sozialstaat liegt darin, über bürgerschaftliches Engagement soziale Problemlagen aufzuschließen: Selbsthilfe in Gruppen ist selbst bestimmte gemeinsame Suche nach Unterstützung sowie kritische Auseinandersetzung mit Mängeln, Defiziten und Lücken in der so-

zialen und gesundheitlichen Versorgung. „Selbsthilfe in Gruppen hat die Fähigkeit, aus individueller Betroffenheit sowohl kollektive Erfahrungen und Integration als auch Teilhabe und Interessenvertretung zu erzeugen.“ [29]

Selbsthilfegruppen produzieren auf diese Art soziales Kapital, also Vertrauen, kooperative Handlungsfähigkeit und kooperationsbezogene Werte und Einstellungen, die insgesamt gemeinschaftsbezogenes und gemeinwohlorientiertes Handeln der Bürger hervorbringen und fördern [30]. In den Selbsthilfegruppen wird Solidarität, Anteilnahme, Verantwortungübernahme, Kooperationsbereitschaft und gegenseitige Hilfe erfahren. Die beteiligten Menschen lernen, ihre Probleme selbst zu bewältigen und für sich und andere heilsame Entwicklungen zu bewirken. Die dadurch erarbeitete Kompetenz der betroffenen Menschen wirkt als Rückmeldeinformation und Innovationsimpuls auf das professionelle Versorgungssystem ein. Patienten aus Selbsthilfegruppen gestalten selbstbewusster und kompetenter die Arzt-Patient-Beziehung mit und werden in helfenden Prozessen zu Koproduzenten [33]. Insbesondere im Bereich der seltenen Erkrankungen wird der Selbsthilfe heute zugestanden, „häufig eine Fachkompetenz erworben“ zu haben, „die mitunter weit besser ist als die der Anbieter der medizinischen Primärversorgung“ [34].

Die gesundheitspolitischen Konzepte der Gesundheitsförderung zielen auf eine Umgestaltung der sozialökologischen Rahmenbedingungen der Gesellschaft und eine Neuorientierung der Gesundheitsversorgung. Die mit diesen Zielen verbundene Entfaltung von sozialkommunikativen Fähigkeiten oder von Gesundheitskompetenz erfolgt in Selbsthilfegruppen. Selbsthilfekontaktstellen sind Seismographen für die Auswirkungen des gesellschaftlichen Wandels und Lernwerkstätten für die Bewältigung der damit einhergehenden Herausforderungen. Selbsthilfeunterstützung ist ein Beitrag zur Stabilisierung und Integration von Menschen, die verdeckt oder offen von psychosozialen Krisen, Benachteiligung oder Ausgrenzung betroffen sind. Die sozialepidemiologische Forschung konnte in den letzten Jahren die herausragende Bedeu-

tung von sozialem Kapital nachweisen und Solidarität und Teilhabe als wesentliche Gesundheitsressourcen identifizieren [32]. Menschen, die sich als kompetent erfahren, die soziale Resonanz finden und die bei Entscheidungen mitwirken können, können ihre Belastungen aktiver bewältigen und sind weniger krank. Selbsthilfearbeit wirkt in diesem Sinne. Vielfach nachgewiesen ist der hohe Bedarf an solchen Beziehungsqualitäten, die in Selbsthilfegruppen entwickelt werden können [35, 36, 37].

Überall in der Pädagogik, der Sozialarbeit, der Entwicklungsförderung oder auch im Management der Wirtschaft hat sich in diesem Kontext der Begriff „Ressourcenorientierung“ eingebürgert. Handlungskompetenz in gesundheitlichen Fragen wird im Begriff „Gesundheitskompetenz“ zusammengefasst: „Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken: Zuhause, in der kommunalen Gemeinschaft, am Arbeitsplatz, im System der medizinischen Versorgung, beim Einkaufen und im politischen Umfeld. Den Menschen ein höheres Maß an Einfluss über ihre Gesundheit zu ermöglichen sowie ihre Fähigkeit hierfür die richtigen Informationen auszuwählen und mehr Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, sind entscheidende Empowermentstrategien.“ [38]

Selbsthilfeunterstützung stärkt für die betroffenen Menschen individuelle und soziale Ressourcen und hilft ihnen, die Probleme des sozialen Wandels selbstständig und selbstbestimmt zu bewältigen. Eine wirksame und breite Infrastruktur der Selbsthilfeförderung produziert effizient und effektiv das soziale Kapital, das die Gesellschaft zukunftsfähig macht. Selbsthilfegruppen sind so gesehen Bildungseinrichtungen für Gesundheitskompetenz, sie bekämpfen soziale Desintegration und Armutprobleme ebenso wie den Verlust sozialer Netzwerke oder die individuelle Vereinzelung.

Die Unterstützung und Beratung von Selbsthilfegruppen

Selbsthilfeunterstützungsarbeit ist nicht statisch angelegt, sondern ein Prozess, der

sozial- und gesundheitspolitische Entwicklungen ebenso berücksichtigt wie die daraus entstehenden strukturellen Rahmenbedingungen. Die inzwischen ausgebauten Selbsthilfeförderungen in Deutschland ist ein Modell für andere europäische Länder, die mit vergleichbaren Problemen der Globalisierung, der sozialen Desintegration und der demografischen Veränderungen zu kämpfen haben.

Eine kompetente und erfolgreiche Unterstützung zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich auf die vorhandenen Potenziale, Wünsche und Ziele der Interessierten bzw. Selbsthilfegruppen bezieht, um individuellen Selbsthilfekräften zur Entfaltung zu verhelfen. Die zentralen Handlungsperspektiven der Selbsthilfeunterstützung sind dabei kooperative Beratung und Netzwerkorientierung.

Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfekontaktstellen sind eigenständige professionelle Facheinrichtungen, die Menschen unterstützen, damit sie eigenverantwortlich und gemeinschaftlich nach Lösungsmöglichkeiten für ihre Belange suchen und diese in Handeln umsetzen können. Sie arbeiten ressort-, problem- und trägerübergreifend und bieten für Bürger einen niedrigschwelligen Zugang zu Selbsthilfegruppen. Sie sind Vernetzungsstellen in sozialen und gesundheitlichen Handlungsfeldern und für das bürgerschaftliche Engagement in der Gemeinde. Sie unterstützen Selbsthilfegruppen in organisatorischen, finanziellen und gruppendynamischen Fragen, durch die Bereitstellung von Räumen, beim Aufbau einer Gruppe, bei der Vermittlung von Interessierten, bei Konflikten in der Gruppe, bei der Kontaktvermittlung zu Fachleuten, bei der Öffentlichkeitsarbeit und durch die Vertretung ihrer Belange in Gremien und Arbeitskreisen.

Ende 2007 gab es in der Bundesrepublik Deutschland 273 Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen, die zusätzlich 46 Außen- oder Zweigstellen unterhielten. Von den 273 Einrichtungen sind 203 in den alten und 70 in den neuen Bundesländern tätig. Bezogen auf die Einwohnerzahl liegt das Angebot der örtlichen fach- und themenübergreifenden Selbsthilfeunterstützung in den neuen Ländern bei 5,2 Einrichtungen und in den

alten Ländern bei 2,9 Einrichtungen je 1 Million Einwohner.

In Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bayern und Berlin existieren das Selbsthilfebüro Niedersachsen, die KOSKON NRW, die Seko Bayern und Sekis Berlin als Selbsthilfe-Koordinationsstellen, die landesweite Informations-, Beratungs- und Vernetzungsdienste erbringen. Die NAKOS übernimmt die bundesweiten Service- und Koordinationsdienstleistungen.

Nach Angaben von 255 Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen im Bundesgebiet erstrecken sich die Unterstützungsleistungen dieser Einrichtungen auf insgesamt 38.052 örtliche Selbsthilfegruppen. Bundesweit unterstützt eine örtliche Selbsthilfekontaktstelle also durchschnittlich 149 Selbsthilfegruppen [39].

Mehr als 60 % der Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen sind in der Trägerschaft eines freien Trägers, direkt bei Wohlfahrtsverbänden (34,1 %) oder bei kleineren Vereinen (26,2 %). Ein Viertel befindet sich in öffentlicher Trägerschaft, zumeist bei den kommunalen Gesundheits- und Sozialämtern, aber auch in Landratsämtern oder Volkshochschulen.

Lokale Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen arbeiten fach-, themen- und trägerübergreifend. Sie tragen zu einer Verankerung der Selbsthilfe in der Versorgung und im Gemeinwesen bei. Dabei kooperieren sie mit örtlichen Verbänden, Vereinen oder kommunalen Ämtern und arbeiten in Netzwerken (Gesunde-Städte-Netzwerke, Lokale Bündnisse für Familien) oder Beteiligungsgremien (Arbeitskreise zur Selbsthilfeförderung, Patientenbeteiligung nach § 140 SGB V). Sie vernetzen die Selbsthilfe mit Organisationen, Institutionen oder Versorgungs- und Beratungseinrichtungen vor Ort [25].

Selbsthilfeorganisationen

NAKOS verzeichnet etwas über 400 überregionale Selbsthilfezusammenschlüsse in Deutschland. Davon werden mehr als zwei Drittel dem Gesundheitsbereich zugerechnet. Die Organisationen umfassen nahezu das gesamte Spektrum körperlicher Erkrankungen und Behin-

derungen: allergische, asthmatische und andere Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Tumorerkrankungen, Sucht und Abhängigkeit, psychische Erkrankungen und seelische Probleme oder geistige Behinderung. Das restliche Drittel engagiert sich für Probleme aus dem psychosozialen und sozialen Bereich. Dabei geht es um Schwierigkeiten in der Familie, in der Partnerschaft, bei der Erziehung, im Alter oder in der Nachbarschaft. Selbsthilfeorganisationen helfen bei Umweltproblemen, bei Lebenskrisen und in besonderen Lebenslagen. Ein zentrales Anliegen ist die gesellschaftliche Integration benachteiligter Personen oder von Menschen mit Handicaps.

Eine eindeutige Zuordnung im Selbsthilfebereich ist schwierig, da viele gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen und -vereinigungen auch in sozialen Bereichen aktiv sind und ihre Arbeit häufig auch mit der körperlichen Erkrankung oder Behinderung einhergehende psychische oder psychosoziale Probleme einschließt. Ebenso befassen sich psychosoziale und soziale Selbsthilfegruppen mit gesundheitsrelevanten Problemstellungen.

Finanzierungssituation von Selbsthilfekontaktstellen in 2007

Die Finanzierung der Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen erfolgt sowohl durch die öffentliche Hand als auch durch die Sozialversicherungsträger, vorrangig die gesetzlichen Krankenkassen. Im Durchschnitt erhalten Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen Fördermittel von drei verschiedenen Geldgebern. Obwohl die Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen substanzielle Arbeit leisten, ist deren finanzielle Absicherung nicht ausreichend. Durchschnittlich fast ein Drittel ihres Finanzierungsbedarfes ist jeweils zu Jahresbeginn ungesichert. Die **Abb. 2** zeigt kursorisch die Anteile verschiedener Kostenträger.

Rund 45 % der örtlichen Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen erhielten im Jahr 2007 Fördermittel von ihrem Bundesland. Mit der Förderung von insgesamt knapp 4 Mio. Euro durch die Länder wurden im Durch-

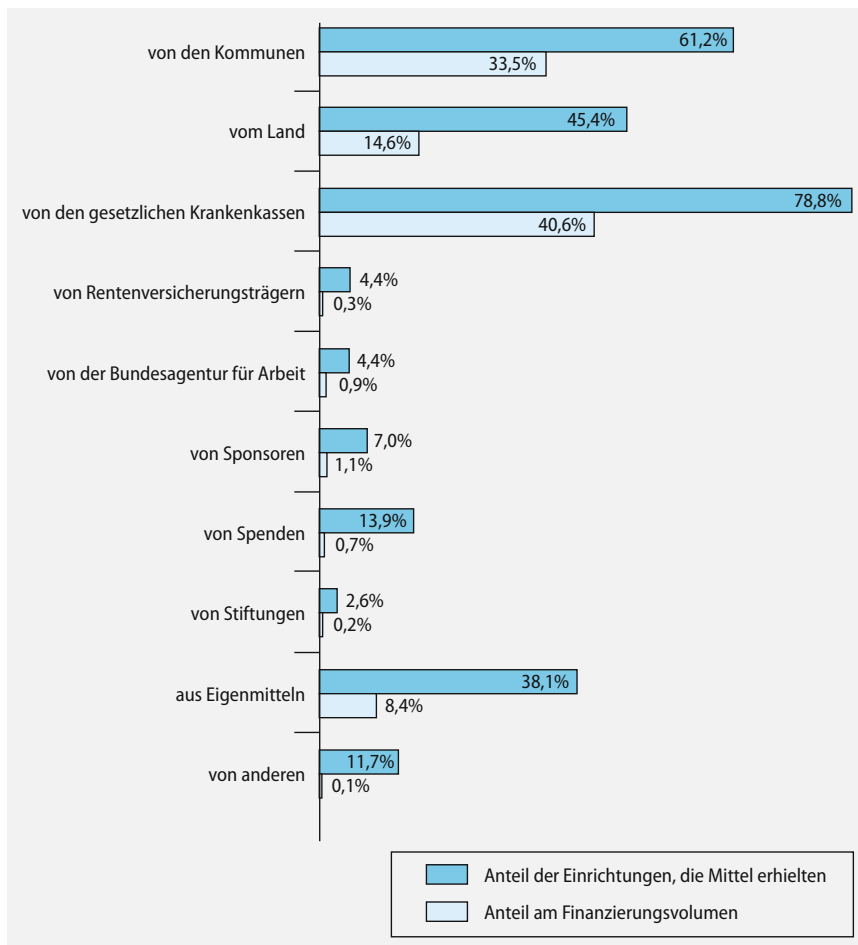


Abb.2 ▲ **Finanzsituation von Selbsthilfekontaktstellen und -Unterstützungseinrichtungen im Jahr 2007 (n = 191)**

schnitt knapp 15 % des Finanzierungsbedarfs gedeckt. Von den rund 11,4 Mio. Euro, die die Landesministerien der Selbsthilfe insgesamt zur Verfügung stellten, erhielten die Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen – allerdings nicht in allen Ländern – etwas mehr als ein Drittel. Im Vergleich zu den Vorjahren liegt die Förderung für alle Bereiche der Selbsthilfe durch die Bundesländer im Jahr 2007 auf dem niedrigsten Niveau; seit 1995 ist diese Förderung um 30 % gesunken.

Gut 60 % der Einrichtungen finanzierten ihre Arbeit aus kommunalen Mitteln. Damit deckten diese durchschnittlich rund 33 % ihres Gesamtfinanzierungsbedarfes ab. Nahezu 80 % der Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen erhielten für ihre gesundheitsbezogene Arbeit Fördermittel von den gesetzlichen Krankenkassen (Landesver-

bänden). Mit diesen Fördermitteln in Höhe von 5,75 Mio. Euro deckten Selbsthilfekontaktstellen durchschnittlich 40 % ihres Finanzierungsbedarfes [39].

Implikationen der Finanzentwicklung

In der verstärkten Finanzierung durch die Krankenkassen bei gleichzeitiger Förderreduktion durch die öffentliche Hand bildet sich eine Spezifizierung des Aufgabenspektrums der Selbsthilfe ab (■ **Tabelle 1**), die – sosehr die deutliche Finanzzuständigkeit der Krankenkassen zu begrüßen ist – auch kritisch reflektiert werden muss. Abgesehen von der Problematik der sogenannten „Verschiebebahnhöfe“ vom staatlichen in den parastaatlichen Bereich der Sozialversicherung deutet sich hier auch eine Einengung auf den gesundheitlichen und, so steht zu befürchten, hin zum

(bio-)medizinischen Bereich an. Die Stärke der Selbsthilfe besteht aber gerade in ihrem innovativen Ansatz, in dem auch neue soziale Probleme aufgegriffen und thematisiert werden. Dieses umfassende Wirkungsspektrum wird bei einem Fortschreiben der sich abzeichnenden Entwicklung um wesentliche Gestaltungselemente beschnitten.

Zugespitzt ist diese Problematik in der Finanzierung der NAKOS durch den Bund. Während das Gesundheitsministerium die Förderung der NAKOS und ihres Trägers DAG SHG für 2009 fortsetzt, hat das Familienministerium mit haushaltsrechtlicher Begründung angekündigt, nach dem Ende 2008 auslaufenden Projekt die Förderung der NAKOS einzustellen, obgleich diesem Ministerium die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements als Querschnittsaufgabe zugeordnet ist. Eine nachhaltige Stärkung der Selbsthilfe als gesellschaftliche und gesundheitliche Aufgabe erfordert gerade eine solche themenübergreifende Einbindung und Förderung und ist durch Engführung bedroht [41].

Entwicklungsperspektiven der Selbsthilfeförderung

Die gesellschaftlichen Veränderungsprozesse mit Verlust an sozialer Geborgenheit und Sicherheit, wachsenden Bevölkerungsgruppen mit mangelhafter sozialer Integration oder besonderem Hilfebedarf und die demografische Entwicklung verweisen auf Problemlandschaften, die nach innovativen Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems verlangen. So muss eine effektive Gesundheitsstrategie gegen die Zunahme chronischer Erkrankungen in den Lebenswelten der Menschen und in allen Lebensphasen ansetzen, Risiken und Belastungen minimieren und Ressourcen fördern.

Gesundheitsförderung

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt

Tabelle 1

Selbsthilfeförderung durch die Bundesministerien, die Bundesländer, die gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund 1997 – 2007 (gemäß vorliegenden Informationen)**Ausgaben in Millionen Euro für Selbsthilfeförderung durch die Bundesministerien, die Bundesländer, die gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund 1997–2007 (gemäß vorliegenden Informationen)**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bundesministerien											
Bundesministerium für Gesundheit	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,5	2,5
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ministerien der Bundesländer^a											
Für Selbsthilfe insgesamt	12,5	–	15,0	–	14,7	–	12,9	–	12,1	–	11,4
Davon für Selbsthilfegruppen	5,2	–	6,1	–	5,9	–	5,4	–	5,4	–	4,6
Davon für Selbsthilfeorganisationen	2,4	–	3,7	–	3,9	–	3,1	–	2,8	–	2,9
Davon für Selbsthilfekontaktstellen	4,9	–	5,2	–	4,8	–	4,4	–	3,9	–	3,9
Gesetzliche Krankenversicherung											
Für Selbsthilfe insgesamt^b	12,8	8,4	7,5	9,6	15,7	21,5	24,2	26,4	27,1	27,5	28,8
Davon für Selbsthilfekontaktstellen ^c	0,3	0,3	0,3	0,7	1,9	2,7	3,7	4,2	4,3	5,4	5,7
Davon für bundesweite Selbsthilfeorganisationen ^e	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6,0	6,4
Deutsche Rentenversicherung Bund^d											
Für Selbsthilfe insgesamt	–	–	3,4	3,4	3,2	3,2	3,2	3,2	3,3	3,1	3,2

Quellen: ^aNAKOS Studien 1.1 Selbsthilfe im Überblick, 2-jährliche Befragung (bis 2005: NAKOS PAPER 5); ^bBMG: Statistik KJ1; ^cNAKOS-Befragung von Selbsthilfekontaktstellen; ^dDeutsche Rentenversicherung Bund (früher BfA), ^eAngaben der Spitzenverbände der Krankenkassen; – keine Informationen/Angaben

ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“, heißt es in der Ottawa-Charta von 1986 [40]. Oben haben wir bereits den großen Einfluss der Selbsthilfe in Deutschland auf die Charta beschrieben [14] und gleichzeitig die Stagnation des Handlungsfeldes beklagt. Mit der Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten (Setting-Ansatz) [42] liegt nun ein neues Konzept vor, das für Selbsthilfe insbesondere im Sozialraum prädestiniert scheint. Der Setting-Ansatz zielt darauf ab, die unterschiedlichen sozialisierenden, produzierenden und kreativen Lebenswelten der Menschen wie Schulen, Familien, Betriebe, Stadtteile oder Vereine (z. B. Sport- und ethnische oder religiöse Vereine) gesundheitsförderlich zu gestalten. Selbsthilfe kann dazu beitragen, soziale Netze, Gewohnheiten, Werte und Standards in Lebenswelten zu verändern [14], insbeson-

dere in einem politischen Verständnis, das den Setting-Ansatz als „synthetisch induzierte soziale Reformbewegung“ [43] sieht. Als Modellfall kann hier die AIDS-Selbsthilfe betrachtet werden, in der die Politisierung der Krankheit gleichermaßen zu Emanzipation und zur Professionalisierung genutzt wurde [44].

Vernetzung und Synergie

Angesichts der sozialen sowie gesundheitlichen Probleme ist eine Vernetzung von Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros, Freiwilligenagenturen, Freiwilligenzentren sinnvoll, um die vorhandenen Aktivitäten abzustimmen und mögliche Synergien zu schöpfen. Innerhalb dieser Netzwerke kann das jeweils spezifische Wissen der Beteiligten zusammenfließen. Lebenswelt- und Ressourcenorientierung, Quartiersbezug und multiprofessionelle Teams, Empowerment und Bürgerbeteiligung sind handlungsleitende Konzepte, die von der Selbsthilfeförderung über die Gemeindepsychologie, die soziale Arbeit

oder die Gesundheitsförderung verfolgt werden [22].

Von der Kinderbetreuung bis zur Arbeit mit älteren Menschen setzen kommunale Verantwortungsträger heute auf Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement: Mehrgenerationenhäuser, Nachbarschaftsheime, Sozial- und Bürgerzentren, Selbsthilfekontaktstellen oder Pflegestützpunkte verstehen sich als Entwicklungsprojekte, als Treffpunkte und Orte sinnvoller Aktivität für Menschen in ihrer „Gemeinde“. Sie führen Nachbarschaftshilfe, Familienhilfe, Selbsthilfe und professionelle Dienste zusammen und schaffen so ein umfangreiches Angebot für Jung und Alt. Bürgerhäuser, Stadtteilzentren oder Kulturzentren stellen in vielen Städten einen Bestandteil der sozialen Infrastruktur dar.

Die Stadt München hat die sozialen Dienste regionalisiert und sozialraumorientiert dezentralisiert. In „Sozialbürgerhäusern“ werden durchschnittlich 33 Dienstleistungen unter dem Aspekt der Bürgerorientierung und der regionalen

Zuständigkeit zusammengeführt. Die Angebote sollen interdisziplinär nach dem Prinzip der Hilfen an einem Ort und aus einer Hand organisiert sein und auf diese Weise ein einheitliches Hilfeangebot entstehen lassen. Bei Bedarf arbeiten mehrere Fachrichtungen im Team zusammen [45].

Die jetzt neu entstehenden Pflegestützpunkte verfolgen eine vergleichbare Orientierung und könnten als Gesundheitszentren die Integration unterstützen. Dabei geht es um eine kreative Verbindung von professioneller Hilfe, bürgerschaftlichem Engagement, Selbsthilfe und regionaler Gesundheitswirtschaft für eine qualitativ und wirtschaftlich bessere Problembewältigung bei Einschränkungen durch Krankheit, Behinderung oder soziale Not [46].

Eine Herausforderung für die Selbsthilfe besteht darin, Bevölkerungsgruppen mit besonderem Förderbedarf zu erreichen und zu aktivieren. Im Rahmen der Funktion der Selbsthilfe als Patientenvertretung haben sich DAG SHG, BAGS und DPWV mit der Bertelsmann-Stiftung zum Projekt „Weiße Liste“ zusammengeschlossen, mit dem unabhängige Patienteninformationen im Internet bereitgestellt werden. In den weiteren Entwicklungsstufen ist angestrebt, die Selbsthilfe aktiver einzubeziehen [47].

Neben Patienten bilden sozial benachteiligte Gruppen [48] sowie, zum Teil eine Schnittmenge bildend, Menschen mit Migrationshintergrund [49] eine wichtige Zielgruppe für die Selbsthilfe. Im Kapitel „Nachhaltigkeit und Weiterentwicklung“ haben wir mit der Segmentierungsthese bereits dargestellt, wie der Diversity-Ansatz Ausgangspunkt dafür sein kann, die Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit zu erkennen und eine Vielfalt von Handlungsmöglichkeiten anzubieten. Es bestehen hier schon durchaus ermutigende Beispiele, die zeigen, dass Selbsthilfepotenziale auch bei Menschen aktiviert werden können, die im Übrigen nur über wenige Ressourcen verfügen. Es bleibt jedoch jeweils im Einzelfall zu prüfen, inwieweit das Methodenprogramm aus der Praxis der Selbsthilfekontaktstellen diesem Diversity-Anspruch angemessen ist, und welche neuen Formen der Aktivierung Erfolg versprechend sein können.

Mithin handelt es sich hierbei um einen Entwicklungsauftrag im Rahmen einer Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung [26]. Bislang kann von einer systematischen Qualitätspolitik weder von der politischen Steuerung noch selbsthilfeintern die Rede sein. Sie wird auch nicht von einzelnen Akteuren sichergestellt werden können, sondern bedarf eines aus Theorie und Praxis fachlich und politisch angestoßenen Strukturbildungsprozesses, in dessen Zuge für diese veränderten und erweiterten Aufgaben entsprechendes Wissen und Finanzmittel bereitgestellt werden.

Gesunde Gemeinden, gesunde Betriebe und gesunde Bürger

Selbsthilfekontaktstellen und lokales bürgerschaftliches Engagement benötigen offene Räume im Stadtteil, die niedrigschwellig zu erreichen sind und durch kompetentes Personal betreut werden. „Statt Expertentum muss eine veränderte professionelle Haltung vorhanden sein, Eigenaktivitäten zuzulassen und lediglich beratend und unterstützend tätig zu werden. (...) Selbsthilfekontaktstellen, die an der Schnittstelle zwischen Profession und Ehrenamt arbeiten, verfügen hier über die langjährig entwickelten Kompetenzen, die sie zur Qualifizierung anderer Fachkräfte im Sinne von Empowerment einbringen sollten.“ [22] Um diesen breiten Erfahrungsschatz zu heben und zu sichern, braucht es über den unmittelbaren Erfahrungsaustausch hinaus ebenfalls Anreiz- und Wirkungssysteme für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung [26].

Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros und Freiwilligenagenturen können auf kommunaler Ebene zusammenwirken, neue Formen der Kooperation von kommunaler Politik und Verwaltung, Unternehmen und Akteuren der Zivilgesellschaft auf den Weg zu bringen, und regional integrierte Versorgungsprojekte mit den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ausbauen [50].

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, muss eine sicher finanzierte und politisch mit Priorität gestützte Infrastruktur in den lokalen Räumen bereitgestellt werden. Auch auf der bundespolitischen Ebene wird eine integrierte bürgerschaftliche

Engagementpolitik notwendig, die eine Aufspaltung zwischen Gesundheits-, Familien-, Umwelt- und Wirtschaftspolitik oder Verbraucherschutz zugunsten eines integrierten Ansatzes überwindet. Eine grundständige, langfristige und aufeinander abgestimmte Förderung von Selbsthilfe, bürgerschaftlichem Engagement, Gesundheitsförderung und professioneller Hilfe im Rahmen einer Gemeinschaftsaufgabe der öffentlichen Hand und gesetzlichen Sozialversicherungen kann auf nationaler Ebene, in den Ländern und Kommunen ein wesentliches Element einer nachhaltigen Gesundheitssicherungsstrategie darstellen.

Korrespondierender Autor

Raimund Geene

Hochschule Magdeburg-Stendal
Osterburger Straße 25
39576 Stendal
E-Mail: raimund.geene@hs-magdeburg.de

Literatur

1. Braun J, Opielka M (1992) Selbsthilfeförderung durch Selbsthilfekontaktstellen. Abschlussbericht der Begleitforschung zum Modellprogramm „Informations- und Unterstützungsstellen für Selbsthilfegruppen“. Schriftenreihe des BMFS, Bd. 14. BMFS, Stuttgart Berlin Köln
2. Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (2008) Wir über uns. <http://www.bagfw.de>
3. Kickbusch I, Trojan A (1981) Gemeinsam sind wir stärker, Selbsthilfegruppen und Gesundheitssicherung. Fischer Alternativ, Frankfurt
4. Borgetto B (2004) Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
5. Deutscher Bundestag Enquête-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ (2002) Bürgerschaftliches Engagement: Auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft. Bericht. Schriftenreihe Bd. 4. Opladen
6. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2008) <http://www.dhs.de/>
7. Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (2008) <http://www.bag-selbsthilfe.de/>
8. Der Paritätische Gesamtverband, Forum für Behinderte (2008) <http://www.selbsthilfe.paritaet.org/index.php?id=464>
9. Richter HE (1972) Die Gruppe. Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
10. Moeller ML (1978) Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

11. Moeller ML (1981) Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Klett-Cotta, Stuttgart
12. Matzat J (2008) Zur Erinnerung an Michael Lukas Moeller. Die Gründung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 11–15
13. Huber E, Langbein K (2004) Die Gesundheitsrevolution. Aufbau, Berlin
14. Geene R (2008) Gesundheitsförderung als Handlungsfeld und als Identität der Selbsthilfe. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 110–117
15. Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland (2000) Das Neun-Punkte-Programm. Kriterien zur Teilnahme im Gesunde Städte-Netzwerk. In: Geene R, Denzin C (Hrsg) Berlin – Gesunde Stadt? Das Healthy-City-Programm der Weltgesundheitsorganisation: Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik? Schmengler-Verlag, Berlin, S 349–350
16. Trojan A, Legewie H (2001) Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. VAS-Verlag, Frankfurt
17. Schmidt B (2007) Von der Gesundheitsförderung zur Selbstoptimierung. In: Schmidt B, Kolip P (Hrsg) Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit. Juventa, Weinheim München, S 95–104
18. Dingeldey I (2006) Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung. Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ):8–9
19. Händeler E (2008) Die echte Gesundheitsreform. Die BKK Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung. 96. Jahrgang, 07/2008
20. Kickbusch I (2006) Die Gesundheitsgesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
21. Geene R (2008) Gesundheitsförderung und Prävention im bundesdeutschen Korporatismus. Ansätze und Hemmnisse einer soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. In: Bittlingmayer UH, Sahrai D, Schnabel PE (Hrsg) Normativität und Public Health. Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (im Druck)
22. Hill B (2008) Selbsthilfe und soziales Engagement – Motor für die Zivilgesellschaft? Vortrag zur Jahrestagung der DAG SHG, Juli 2008. Veröffentlichung in Vorbereitung: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2009. Psychosozial-Verlag, Gießen
23. Helms U (2007) Die Verankerung des Selbsthilfegedankens in den Büchern des Sozialgesetzbuches. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2007. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 152–162
24. NAKOS (2008) Selbsthilfe im Überblick. Zahlen und Fakten 2007. NAKOS Studien. Berlin
25. Trojan A (2006) Selbsthilfeszusammenschlüsse als 4. Säule im Gesundheitswesen? In: Essers M et al. (Hrsg) Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 41. Prävention. Argument-Verlag, Hamburg, S 86–104
26. NAKOS (2006) Selbsthilfe unterstützen. Fachliche Grundlagen für die Arbeit in Selbsthilfekontaktstellen und anderen Unterstützungseinrichtungen. Ein Leitfadens. Reihe NAKOS Konzepte und Praxis, Bd. 1. NAKOS, Berlin
27. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006) Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006. Siegburg
28. Hundertmark-Mayer J (2007) Struktur und Angebote der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Forum Public Health (15):55
29. Thiel W (2007) Bürgerschaftliches Engagement, Selbsthilfe und Welfare Mix. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2007. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 143–151
30. Wallacher J (2001) Das soziale Kapital. Stimmen der Zeit 219, Nr. 5:306–318
31. Marmot M, Wilkinson R (2003) Social determinants of health: the solid facts, 2nd edn. WHO Regional Office Europe Copenhagen
32. Siegrist J, Dragona N, von dem Knesebeck O (2006) Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 157–170
33. Borgetto B (2007) Wirkungen und Nutzen von Selbsthilfegruppen. Forum Public Health (15):55
34. von Kries R, Klar R (2008) Seltene Erkrankungen – von der Forschungs- zur Patientenperspektive. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 51:480
35. Trojan A (1986) Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt
36. Matzat J (2004) Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke – Ergebnisse einer Umfrage bei Selbsthilfekontaktstellen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 153–160
37. Meyer F, Roth H, Höflich A et al. (2008) Selbsthilfegruppen im Rahmen stationärer psychotherapeutischer Behandlungen. Psychotherapeut 53:198–205
38. Kickbusch I, Wait S, Maag D (2005) Gesundheit navigieren, die Rolle der Gesundheitskompetenz. Bericht der Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK
39. NAKOS (2008) NAKOS Studien. Selbsthilfe im Überblick. Zahlen und Fakten 2007. NAKOS, Berlin
40. WHO (2000) Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. In: Geene R, Denzin C (Hrsg) Berlin – Gesunde Stadt? Das Healthy-City-Programm der Weltgesundheitsorganisation: Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik? Schmengler-Verlag, Berlin, S 339–344
41. DAG SHG (2008) NAKOS-Förderung. Stellungnahme des Vorstandes der DAG SHG vom 14. Januar 2008. NAKOS-Info 94, März 2008
42. Geene R, Rosenbrock R (2004) Gesundheitsförderung im Setting als Beitrag zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen. In: Göpel E, Schubert-Lehnhardt V (Hrsg) Gesundheit gemeinsam gestalten: Kommunale Gesundheitsförderung. Mabuse, Frankfurt, S 221–243
43. Rosenbrock R (2004) Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Rosenbrock R, Schröer A, Bellwinkel M (Hrsg) Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Befunde zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, S 7–151
44. Geene R (2000) AIDS-Politik. Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung. Mabuse-Verlag, Frankfurt
45. Landeshauptstadt München, Sozialreferat (2008) <http://www.muenchen.de/Rathaus/sozialbuergerhaeuser/37950/index.html>
46. Helms U (2008) Reform der Pflegeversicherung – Neue Handlungsfelder für Selbsthilfekontaktstellen? NAKOS-Info 94, März 2008
47. Geene R (2008) Unabhängige Patienteninformation. Bertelsmann Stiftung und Patientenorganisationen veröffentlichen das Internetportal weisse-liste.de. NAKOS-Info 96, September 2008
48. Kolba N, Borgetto B (2007) Gesundheitsbezogene Selbsthilfe und soziale Ungleichheit. Forum Public Health (15) 55:17–18
49. Kofahl C (2007) Zur Migrantenorientierung in der Selbsthilfeunterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2007. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 112–119
50. Oik T (2008) Selbsthilfeförderung als Bestandteil einer umfassenden Engagementförderung. Vortrag zur Jahrestagung der DAG SHG, Juli 2008. Veröffentlichung in Vorbereitung: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2009. Psychosozial-Verlag, Gießen