SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Selbsthilfegruppen als Ausdruck zivilgesellschaftlicher Selbstorganisation

Schaurhofer, Martin

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Schaurhofer, M. (2001). Selbsthilfegruppen als Ausdruck zivilgesellschaftlicher Selbstorganisation. *SWS-Rundschau*, *41*(3), 293-306. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-165387

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

Selbsthilfegruppen als Ausdruck zivilgesellschaftlicher Selbstorganisation

Martin Schaurhofer (Wien)

„Hilf' Dir selbst, dann hilft dir Gott" heißt es in einem alten Sprichwort und Selbsthilfe hat sich heute in sehr vielen Lebensbereichen etabliert. In diesem Artikel geht es um Selbsthilfegruppen im Gesundheitssystem als selbstorganisierende Netze sozialer Unterstützung. Dabei stehen Prozesse von gemeinsamem Erfahrungs- und Wissensaustausch ebenso im Vordergrund wie das Wahrnehmen von Eigenkompetenz in der Situation von Krankheit. Ich will folgende Fragen beantworten: Was ist eigentlich eine Selbsthilfegruppe? Wie entstehen Selbsthilfegruppen? Welchen Platz nehmen sie in der Gesellschaft ein? Wie werden Selbsthilfegruppen unterstützt? Künftig wird eine verstärkte Etablierung und Einbindung der Selbsthilfebewegung in unser staatliches Gesundheits- und Sozialsystem erwartet. Dies ergibt sich aus folgenden sieben Trends, die am Ende dieses Artikels vorgestellt werden: Medizinischer Fortschritt und höhere Lebenserwartung, erwartete Verschlechterung des Gesundheits- und Sozialsystems, Selbsthilfegruppen als Versorgungseinrichtungen, mehr unterstützende AkteurInnen, Einbindung bei Gesetzgebung, Etablierung der Selbsthilfegruppen, Verbreitung des Selbsthilfegedankens. Dieser Artikel plädiert dafür, dass dem Prinzip Selbsthilfe in vielfältiger Weise Unterstützung zukommt, und warnt davor, Selbsthilfe allzu schnell als Ersatz und nicht mehr als Ergänzung staatlicher Institutionen des Sozial- und Gesundheitssystems zu betrachten.

1. Was ist eigentlich eine Selbsthilfegruppe?[1]

Selbsthilfegruppen sind durch zwei Prinzipien bestimmt: Durch das Selbsthilfeprinzip und durch das Gruppenprinzip. Eigene Probleme werden in erster Linie ohne die Hilfe von ProfessionistInnen gelöst, wobei eine gemeinschaftliche Bewältigung im Vordergrund steht. Selbsthilfegruppen können Individual- und Gruppeninteressen effizient verbinden: Man muss sich in eine Gemeinschaft einbringen, um davon wiederum profitieren zu können. Passiv-resignative Haltungen sind auf Dauer in einer Selbsthilfegruppe gar nicht möglich. Wesentlich ist dabei, die psychischen und physischen Kräfte zu bündeln und auch ein gewisses Maß an Zuversicht zu besitzen. Denn neben den strukturellen Möglichkeiten müssen auch individuelle Fähigkeiten vorhanden sein und von den Betroffenen erst einmal wahrgenommen werden.

Selbsthilfegruppen im Gesundheitssystem sind trotz ihrer Unterschiede (Organisationsgrad, inhaltliche Schwerpunktsetzungen, Gruppendynamik) auch durch gemeinsame Charakteristika verbunden: Es sind dies immer die persönliche Betroffenheit, der Leidensdruck und ebenso die Wahrnehmung von Eigenverantwortung und Eigenkompetenz, um in einem gruppendynamischen Prozess individuelle Erfahrungen und Hilfe auszutauschen. Selbsthilfe ist somit ein selbstorganisierter Versorgungsprozess mit dem Zweck, eigenen Bedürfnissen gerecht zu werden. Die Gruppe wird dabei als „eine

1 Dieser Beitrag beruht auf einer vom Autor verfassten Studie über Wege der Unterstützung von Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich in Wien, die im Sommer 2000 im Auftrag der Österreichischen Forschungsgemeinschaft durchgeführt wurde.

besondere Form und (als) ein Teil gemeinsamen Arbeitens oder Lebens gesehen“ (zit. nach Asam u.a. 1989, 17).

„Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist die Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmäßigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die Gruppe ist dabei ein Mittel, die äußere (soziale) und die innere (persönliche, seelische) Isolation aufzuheben. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich auf ihre Mitglieder und nicht auf Außenstehende; darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements“ (Matzat 1997, 18f. in seiner gegenwärtig im deutschsprachigen Raum am weitesten anerkannten Definition).

Darauf aufbauend lassen sich fünf Definitionsmerkmale für Selbsthilfezusammenschlüsse im Gesundheitsbereich[2] bestimmen, die idealerweise eine Selbsthilfegruppe ausreichend beschreiben. Natürlich findet man in der Praxis unterschiedliche Ausprägungen dieser Kriterien vor:

1.1 Ausgangspunkt: Betroffenheit durch ein gemeinsames Problem

Die gemeinsame Problem- oder Bedürfnislage führt Betroffene zusammen. Dies geschieht immer auf Basis von Freiwilligkeit, wobei nicht unbedingt eine unmittelbare Betroffenheit gegeben sein muss. So existieren Zusammenschlüsse von Angehörigen genauso wie Vereinigungen, die sich der Prävention oder der Verbesserung des Gesundheits- und Sozialsystems widmen. Zu Beginn stehen aber immer das eigene Erkennen der Problem- oder Bedürfnislage und der Wunsch nach Veränderung.

1.2 Erster Wegweiser: Keine oder geringe Mitwirkung professioneller HelferInnen

Selbsthilfegruppen leben von der Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit ihrer Mitglieder. Viele Menschen finden durch Selbsthilfegruppen wieder Verantwortung für ihr Leben (siehe dazu u.a. Trojan 1986 und Janig 1999). So werden Menschen in Selbsthilfegruppen aufgrund ihrer vielen Erfahrungswerte oftmals als „ExpertInnen in eigener Sache“ bezeichnet. Gerade dieser Umstand bedingt, dass sehr leicht ein „Konkurrenzverhältnis“ zu nicht betroffenen ExpertInnen und ProfessionistInnen entsteht. Dabei nehmen allerdings in der Praxis die gegenseitige Anerkennung und Kooperation immer mehr zu.

1.3 Zweiter Wegweiser: Keine monetäre Gewinnorientierung

Die Arbeit von Selbsthilfegruppen ist nicht geldorientiert ausgerichtet. Dies stellt einen erheblichen Unterschied zu Interventionen der Fremdhilfe dar, bei der laufend

2 Nach Winkelvoss/ Trojan/ Itzwerth 1981, 134ff. Vor allem das Hamburger Forschungsprojekt „Gesundheitsselbsthilfegruppen“ um Alf Trojan nimmt eine entscheidende Rolle in der Forschung über Selbsthilfe im deutschsprachigen Raum ein.

Kosten (zumindest Personalkosten) für Hilfe als Dienstleistung erwachsen und getragen werden müssen. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist im Prinzip kostenfrei. Die anfallenden Kosten entstehen durch die für die Gruppentreffen benötigte Infrastruktur. Gruppen, die aber gewinnorientiert arbeiten und als Selbsthilfegruppen dargestellt werden, sind professionell angeleitet und entsprechen nicht der Definition einer Selbsthilfegruppe.

1.4 Gemeinsames Ziel: Selbst- und/oder soziale Veränderung

Der hohe Grad an Übereinstimmung zwischen Gruppen- und Individualzielen, nämlich die Verbesserung der jeweiligen Lebenssituation, ist sicherlich ein Grund für den Erfolg von Selbsthilfegruppen. Es wird erkannt, dass die Gruppe das wesentliche Instrument zur Veränderung der belastenden Situation ist. Im Zeitverlauf kann sich diese Zielvorstellung allerdings in Richtung „Veränderung des sozialen und politischen Umfeldes" bewegen. Das zeigt sich vor allem dann, wenn die Gruppe an die Öffentlichkeit tritt, um auch Nicht-Betroffene zu informieren. So ist zu unterscheiden zwischen Zielen geringer Reichweite (Unterstützung anderer Gruppenmitglieder, Bewältigung der eigenen Krankheit, gemeinsame Freizeitgestaltung), mittlerer Reichweite (Einstellungsänderung bei Betroffenen außerhalb der Gruppe und deren Interessenvertretung, Einstellungsänderung nahestehender Personen) und Zielen großer Reichweite, wie Verbesserung von Institutionen im Gesundheitssystem, Einstellungsänderung bei ProfessionistInnen (siehe dazu die umfangreichen Untersuchungen von Trojan u.a. 1986).

1.5 Arbeitsweise: Betonung gleichberechtigter Zusammenarbeit und gegenseitiger Hilfe

Im Unterschied zur Fremdhilfe existiert in der Selbsthilfegruppe ein gleichberechtigtes Arbeitsbündnis. Das heißt, die zwischenmenschliche Begegnung findet auf einer äquivalenten Ebene statt, und es gibt keine Aufspaltung in ProfessionistInnen und PatientInnen. Dies ist aufgrund der gemeinsamen Selbstbetroffenheit möglich, die Ausgangspunkt jeder Selbsthilfegruppe ist. Mittlerweile ist ein sehr breites Spektrum an Selbsthilfegruppen im Gesundheitssystem auch in den verschiedensten Themen- und Lebensbereichen entstanden (etwa BürgerInneninitiativen gegen gesundheitsschädigende Umwelteinflüsse, Angehörigeninitiativen). Drei Differenzierungsmerkmale erweisen sich hier als sinnvoll: Das Verhältnis von Handlungs- zu Gesprächsorientierung, vorbeugender zu versorgender Ausrichtung und die Ausprägung der gewünschten individuellen bzw. sozialen Veränderung. So haben etwa krankheitsbezogene Zusammenschlüsse, bei denen die Bewältigung einer medizinisch klassifizierten Krankheit im Vordergrund steht, andere selbstgewählte Aufgaben als etwa stark handlungs- und außenorientierte BürgerInneninitiativen.

2. Einbettung von Selbsthilfegruppen in das gesellschaftliche System

Die Selbsthilfegruppenbewegung ist Teil der sogenannten Neuen Sozialen Bewegungen. Diese werden in ihrer Entstehung und mittlerweile sehr großen Verbreitung als Ausdruck von gesamtgesellschaftlichen Transformationsprozessen betrachtet. Sie zielen

auf individuelle und gesellschaftliche Veränderungsprozesse ab und sind vor allem stark durch soziale Problemlagen definiert. Man könnte auch von sozialen Problembewegungen sprechen. Diese Neuen Sozialen Bewegungen weisen in Anlehnung an Nowak (1988) folgende Charakteristika auf:

- *Mobilität*: Neue Soziale Bewegungen suchen laufend die Unterstützung anderer Initiativen, um die Bewegung weiterhin in Gang zu halten.
- *Hohe symbolische Integration*: Neue Soziale Bewegungen erzielen ihren Zusammenhalt durch ein stark symbolisch orientiertes Gemeinschaftsgefühl.
- *Geringe Rollenspezifikation*: In vielen Neuen Sozialen Bewegungen sind besonders anfangs die Aufgaben- und Rollenverteilung noch nicht ausdifferenziert und festgelegt.
- *Variable Organisations- und Aktionsformen*: Neue Soziale Bewegungen sind sehr flexibel in der Wahl ihrer Organisationsform und Handlungen.
- *Kontinuität*: Neue Soziale Bewegungen machen mittels kontinuierlicher Aktivitäten auf sich aufmerksam.
- *Ziele*: Neue Soziale Bewegungen wollen die Gesellschaft als Ganzes oder zumindest Teilbereiche des gesellschaftlichen Zusammenlebens verändern.

Viele der oben beschriebenen Merkmale treffen auch auf die Selbsthilfegruppenbewegung zu. Ab 1970 ist ein regelrechter Boom von Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich festzustellen, wofür einerseits die „68er-Bewegung", andererseits die damals vorherrschende Gesundheits- und Sozialpolitik verantwortlich waren. Diese war besonders mit Effizienzproblemen konfrontiert, und Betroffenen wurde wenig bis gar kein Gehör geschenkt. Die Anonymen Alkoholiker sind weltweit die älteste derartige Selbsthilfegruppenbewegung: 1935 von zwei alkoholkranken Menschen in den USA gegründet, waren die Anonymen Alkoholiker Vorbild für viele andere Selbsthilfegruppen (Team für Öffentlichkeitsarbeit der AA Landesgruppe Hamburg 1981, 27). 1953 entstanden in der BRD und 1960 in Österreich die ersten AA-Gruppen. Eine umfangreichere Selbsthilfegruppenbewegung (etwa Elterngruppen, BürgerInneninitiativen, Selbsthilfegruppen, etc.) etablierte sich in Österreich erst Ende der 70er-Jahre.

Generell lässt sich sagen, dass der Non-Profit-Sektor von Selbsthilfegruppen (mit Merkmalen wie: Mindestmaß an formaler Organisation, Nicht-Staatlichkeit, keine Gewinnausschüttung, Elemente der Selbstverwaltung, Mindestmaß an Ehrenamtlichkeit) in Österreich ein erhebliches quantitatives und qualitatives Wachstumspotenzial besitzt. Indizien dafür sind die eher geringe Gruppenanzahl, aber auch die insgesamt noch geringe wissenschaftliche Forschungstätigkeit in diesem Bereich. So existieren über ein Dutzend Dachverbände und Kontaktstellen für Selbsthilfeunterstützung, 64 Bundesverbände von Selbsthilfeorganisationen und lassen sich im Verzeichnis „Österreichische Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich" einzelne Selbsthilfegruppen zu 112 krankheitsbezogenen Themenbereichen finden. Dabei fällt die Unterschiedlichkeit zwischen den einzelnen Selbsthilfeorganisationen in Bezug auf Größe, Grad der Betroffenheit und Organisationsstrukturen auf. Für den alltäglichen Gebrauch ist die Einteilung im bestehenden Verzeichnis sehr vorteilhaft, reicht aber nicht aus, um wissenschaftlich sinnvolle Aussagen über Art und Anzahl der Selbsthilfeorganisationen und

deren Gruppen zu treffen. Schätzungsweise existieren in Österreich 1.500–2.000 Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich. Im europäischen Vergleich ist diese Zahl allerdings als gering zu betrachten. In der BRD sind je nach Definitionsradius und Erhebungsmethode 0,5%–1,5% der Gesamtbevölkerung in Selbsthilfeinitiativen aktiv (persönliche Schätzung aufgrund der Angaben von Winkelvoss/ Trojan/ Itzwerth 1981, 138). Matzat schätzt die Zahl von Selbsthilfegruppen auf 100.000 (Matzat 1997, 19).

In der Selbsthilfegruppenbewegung spiegelt sich die jeweils zeitgenössische Situation der Zivilgesellschaft wider. Vereinfacht formuliert, lässt sich unsere österreichische Zivilgesellschaft im internationalen Vergleich eher mit einer abwartenden resignativen Haltung als mit aktivem eigenverantwortlichem Handeln der Menschen beschreiben (dazu etwa Schaurhofer u.a. 2000). Dennoch ist auch in Österreich ein langsames und stetes Wachstum der Selbsthilfegruppenbewegung festzustellen.

3. Wie entstehen Selbsthilfegruppen?

3.1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Die österreichische Tradition der sozialpartnerschaftlichen Politikgestaltung hat bisher viele Bereiche des gesellschaftlichen Lebens – so auch den Gesundheitsbereich – durchdrungen. Dies zeigt sich deutlich bei der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger, die derzeit politisch besonders umstritten ist. Auch das international anerkannte österreichische Ombudswesen in Form der Anwaltschaften – Volksanwaltschaft, Umweltanwaltschaft, Kinder- und Jugendanwaltschaft, Patientenanwaltschaft – führt uns vor Augen, wie staatliche Institutionen zivilgesellschaftliche Agenden übernehmen können. Diese Interessenvertretungen können zivilgesellschaftliche Entwicklungen sowohl bremsen als auch fördern. Erstens werden Interessen legitimiert und stärker in politisch-administrative Entscheidungsprozesse eingebracht, zweitens werden Anliegen der BürgerInnen staatlicherseits weiter verfolgt, drittens wird aber auch zivilgesellschaftlicher Widerstand vom Staat abgefangen.

Selbsthilfegruppen sind ein wesentliches Element zivilgesellschaftlicher Bewegung im Gesundheitssystem. Der Zusammenhang zwischen der Selbsthilfebewegung und dem Wohlfahrtsstaat wird oftmals in Form von Krisenszenarien dargestellt. Manchmal wird behauptet, dass der Sozialstaat weniger unter einer Finanzierungskrise leide als vielmehr eine Krise des Sozialen erfahre. Diese ist meiner Meinung nach auch als eine Krise des sozialen Inputs in politische Entscheidungsprozesse zu begreifen: Der Dialog (mit Wissens- und ErfahrungsexpertInnen) und das Bestreben, „gemeinsam klüger zu werden“, sind unzureichend. Vor allem in den Räumen der Zivilgesellschaft könnte aber ein derartiger Diskurs wichtig werden. Die entscheidende Frage lautet somit: Wie kann – ausgehend von der Gemeindeebene – in den politischen und sozialen Prozessen partizipatives Engagement der BürgerInnen gefördert werden? Das bisher bekannte partizipative Engagement im zivilgesellschaftlichen Raum war hauptsächlich altruistisch motiviert und durch eine starke Bindung an Organisationen und Weltanschauungen geprägt. Moderne Formen lassen sich durch eine geringe Organisationsbindung und neue Organisationstypen (Tauschringsysteme, Freiwilligenagenturen, Zeitkontenmo-

delle, etc.) sowie durch eine projektbezogene Motivation beschreiben. Wir sehen allerorts, dass die traditionellen Netzwerke (etwa Kirchen) zusehends unter starken Legitimationsdruck ihrer Mitglieder geraten. Meiner Meinung nach sind neue Modelle partizipativen Engagements gefragt: Darum leisten die Selbsthilfebewegung wie auch Lokale Agenda 21-Prozesse (orientiert auf eine stärkere BürgerInnenbeteiligung auf Gemeindeebene) einen elementaren Beitrag für das Wohlergehen in unserer Gesellschaft.

Wenn man nun nach den Hauptursachen für das vermehrte Aufkommen von Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich fragt, so zeigen sich drei Themenkomplexe, die auch für gesamtgesellschaftliche Phänomene des Fortschritts stehen:

3.1.1 Veränderung der „PatientInnenlandschaft" durch medizinischen Fortschritt

Der Berufsstand der ÄrztInnen verfügt heute über ein hohes Maß an Definitions- und auch Behandlungsmacht in Bezug auf Krankheit. Mit den Erfolgen in der medizinischen Forschung ging gleichzeitig auch eine Veränderung der „PatientInnenlandschaft" einher: PatientInnen können heute schneller, effektiver und nachhaltiger therapiert werden als noch vor 30 Jahren. Damit stieg die Anzahl der chronischen PatientInnen, für die es nun andere Umgangs- und Behandlungsformen im Spitalswesen geben muss als etwa für AkutpatientInnen. Anscheinend wird dies noch nicht ausreichend erkannt, und Selbsthilfegruppen decken daher in diesem Bereich ein institutionenspezifisches Defizit (Mangel an Zeit, persönlicher Bindung und Kommunikation) ab. Dies führt uns zur zweiten Ursache.

3.1.2 Mangel an Kommunikation und Aufklärung

Oftmals wird Kritik am Spitalswesen insofern geäußert, als es zwar ausreichend Medikation, aber zu wenig Kommunikation gäbe. Die heutige Hochleistungsmedizin kann eine Vielzahl an Möglichkeiten anbieten, aber die persönliche Betreuung der PatientInnen kommt scheinbar zu kurz. Die Medizin übernahm aufgrund des hohen Wissensstandes sehr viel Verantwortung für den Krankheitsverlauf. Aufklärung über Entstehung und Folgen der Erkrankung waren nicht überall primäres Ziel. Die Folge war eine „Versorgungsmentalität", wodurch die PatientInnen viel an Eigenverantwortlichkeit und auch an Kontrolle über den Verlauf der eigenen Krankheit verloren. In politischen Zusammenhängen würde man an dieser Stelle von einer starken obrigkeitsstaatlichen Orientierung sprechen. Aber auch in der medizinischen Versorgung ist ebenso wie in der Gesamtgesellschaft eine Veränderung zu spüren: Engagierte PatientInnen sind genauso gefragt wie engagierte BürgerInnen. So nahm etwa die Fitnessbewegung gerade von den USA ihren Ausgang, wo angesichts des schlechten Gesundheitssystems ein gesundheitsförderliches, eigenverantwortliches Verhalten zu einem Kostenfaktor für den Einzelnen wird. Nach dem Motto: „Ich jogge am Morgen prophylaktisch für meine Gesundheit und für meine Brieftasche."

3.1.3 Mangel an vor- und nachgelagerten Versorgungsleistungen

Die Betreuung außerhalb des Spitals und Übergänge zwischen verschiedenen Krankheitsstadien werden nach wie vor zu wenig beachtet. Das Wahrnehmen von Prozess-

verläufen im Zusammenhang mit Gesundheit findet im medizinischen und sozialen System zu wenig Berücksichtigung. Im Allgemeinen wird in unserer Gesellschaft von einem statischen Bild ausgegangen, das entweder durch Gesundheit oder Krankheit bestimmt ist. Aber besonders Selbsthilfegruppen ermöglichen eine individuelle Betreuung während des Lebens- und Krankheitsverlaufs. Außerdem werden die Diskussionen über die Finanzierbarkeit des medizinischen Versorgungssystems intensiver, wobei Selbsthilfegruppen manchmal zu kostengünstigen und effizienten Versorgungseinrichtungen umdefiniert werden. Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang auch eine öffentliche Diskussion, wie Selbsthilfegruppen als gleichberechtigte Partner in das Gesundheitssystem einzubeziehen sind. Dabei darf nicht vergessen werden, dass hier mutige und engagierte Menschen freiwillig arbeiten, um sich in einem gemeinsamen Prozess primär selbst zu helfen. Von diesen Menschen kann man nicht das gleiche erwarten wie von staatlichen Versorgungseinrichtungen, weil sonst Selbsthilfe zur Fremdhilfe instrumentalisiert wird.

3.2 Individuelle Bedarfslagen

Motive für einen Beitritt zu einer Selbsthilfegruppe können sehr unterschiedlich sein. An dieser Stelle wird ein dreifaches Motivbündel vorgestellt, das durch persönliche Betroffenheit, durch das Bedürfnis, Hilfe zu geben und zu empfangen und durch den Erwerb von Wissen als Orientierungshilfe gekennzeichnet ist (Janig u.a. 1999, 60).

3.2.1 Verzweiflung

„Potenzielle Gruppenteilnehmer befinden sich oft in einer Situation der Desorientierung, großer Deprimiertheit, Verzweiflung, Einsamkeit, verbunden mit dem Gefühl, alleine gelassen zu sein“ (zit. nach Janig u.a. 1999, 62). Dieses Gefühl kann in Selbsthilfegruppen ausgedrückt werden und führt somit oft zu einer verringerten psychischen Belastung. Durch diese wesentliche Auffang- und Entlastungsfunktion wird die Selbsthilfegruppe zu einer Quelle sozialer und emotionaler Unterstützung. In diesem Zusammenhang eröffnet sich ein weiteres Diskussionsfeld: Häufig wird von einem Zerfall der primären sozialen Netzwerke gesprochen, der auf die nachlassende Binde- und Integrationskraft in Familien oder Nachbarschaftsbeziehungen zurückzuführen ist. Aber vielleicht macht es mehr Sinn, von einer Transformation der sozialen Beziehungsstrukturen zu sprechen, um andere Maßstäbe als die bisherigen traditionellen, familienorientierten Beziehungsmuster anzulegen. Soziale Versorgungsleistungen können auch aus anderen Beziehungen geschöpft werden und nicht ausschließlich aus der Familie als primärem sozialem Netzwerk. Dies heißt aber meiner Meinung nach nicht, dass Familien- und Verwandtschaftsbeziehungen mittlerweile einen zu vernachlässigenden Stellenwert erreicht haben, sondern viel eher, dass es heute vielfältigere Möglichkeiten für soziale Unterstützung gibt.

3.2.2 Bedürfnis, Hilfe zu geben und zu empfangen

Selbsthilfegruppen leben in einem ständigen Austauschprozess von Hilfe und Vorsorge durch emotionale Unterstützung. Ähnlich wie beim Weiterreichen einer Schwenk-

türe steigt die Bereitschaft, Hilfe an andere weiter zu geben, wenn man vorher selbst Unterstützung erhalten hat. In krankheits- oder lebensproblembezogenen Selbsthilfegruppen werden die produzierten Dienstleistungen (wie etwa psychische Unterstützung) wiederum von den ProduzentInnen selbst gemeinschaftlich konsumiert. Das heißt, ProduzentInnen und KonsumentInnen sind ident, und dies macht auch den besonderen Charakter von Selbsthilfegruppen aus. Während der Entwicklung von Selbsthilfegruppen zeigt sich sehr oft eine Wandlung hin zur Außenorientierung. Dabei kommt es auch zu einer Veränderung von Produktionsweisen und Produktionsgütern, weil man das Ziel verfolgt, für andere zu arbeiten. Selbsthilfegruppen entfernen sich so von ihrem ursprünglichen Ziel und werden dadurch auch ProduzentInnen für andere KonsumentInnen.

3.2.3 Wissenserwerb und Erfahrungsaustausch

Orientierung wird durch den gemeinsamen Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen möglich; es ist das Ziel aller, „gemeinsam klüger zu werden". Das auszutauschende Gut umfasst auch die gemachten Erfahrungen und die gewonnenen Informationen. Damit steht die Selbsthilfegruppe in einem Prozess der gemeinsamen Sammlung von Erfahrung und Wissen. Häufig wird argumentiert, dass Selbsthilfegruppen die besseren ExpertInnen haben, da ihre TeilnehmerInnen gemeinsam über einen höheren spezifischen Wissensstand verfügen als etwa einzelne medizinische ProfessionistInnen.

4. Wie wird der Selbsthilfeprozess unterstützt?

Gerade wegen des hohen Grades an Informalität und Ehrenamtlichkeit brauchen Selbsthilfegruppen bestimmte Formen der Unterstützung. Das heißt, sie benötigen in erster Linie infrastrukturelle Ressourcen und Unterstützungsleistungen für den Gruppenprozess (Moderation, etc.), wenn dies die Gruppe wünscht. Selbsthilfegruppen, die sich zu Selbsthilfeorganisationen (gekennzeichnet durch überregionale Vertretung, formalisierte Arbeits- und Verwaltungsabläufe, höhere Mitgliederzahl, stärkeren Kontakt zu Institutionen im Gesundheitssystem) zusammengeschlossen haben, benötigen aufgrund der geänderten Zielvorstellung weitere Formen der Unterstützung. Im Mittelpunkt ihrer Tätigkeit stehen außengerichtete Aktivitäten, die wiederum einen höheren finanziellen Aufwand mit sich bringen. In manchen Untersuchungen wird generell von Selbsthilfezusammenschlüssen gesprochen, ohne dass eindeutig hervorgeht, welche Ebene des Organisationsgrades gemeint ist. Ich halte diese Vorgehensweise für sehr problematisch, da es – wie aus folgender Tabelle hervorgeht – eine Vielzahl an Organisationsmöglichkeiten im Bereich der Selbsthilfe gibt. Die Aufgaben einer Selbsthilfegruppe, die auf kommunaler Ebene mehr innen- als außengerichtete Tätigkeiten betreibt, sind andere als die eines Landes- oder gar Bundesverbandes, der im Institutionengefüge des Gesundheitssystems eine weit einflussreichere Rolle spielen kann. Selbsthilfeorganisationen haben als Hauptziel die Einflussnahme auf das Gesundheits- und Sozialsystem und nicht die regelmäßige individuelle gesprächs- und gruppenorientierte Unterstützung. Für Selbsthilfegruppen und deren Organisationen gilt,

dass sie das staatliche Gesundheitssystem zwar in erheblichem Ausmaß ergänzen, aber nicht ersetzen. Weiters sind mehrere Arten von Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen zu unterscheiden, die intermediäre Instanzen sowohl zwischen den einzelnen Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen als auch zwischen den Institutionen des medizinisch-professionellen Gesundheits- und Sozialsystems sowie der Öffentlichkeit bilden (SIGIS-Doku 1997). Um dies besser zu veranschaulichen, wird in Tabelle 1 der Unterschied zwischen den *Selbsthilfeorganisationen* und den *Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen* verdeutlicht.

Tabelle 1: Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen im Gesundheitsbereich

	Selbsthilfeorganisationen	**Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen**
	themenspezifisch & gruppenspezifisch	**themenübergreifend & gruppenunspezifisch**
Bundesebene	Bundesverband	Zusammenschluss der Dachverbände und Kontaktstellen
		Bundesweite Service- und Informationsstelle
Landesebene	Landesverband	Dachverband der Selbsthilfegruppen
Kommunalebene	Gruppenzusammenschluss*	Kontaktstellen (autonom/ in der Verwaltung)
		Sonstige Einrichtungen und Initiativen
	Selbsthilfegruppen (offen – geschlossen)	

Anmerkung: *Oftmals ab dieser Ebene als Selbsthilfezusammenschluss bezeichnet.

Themen- und problemübergreifende Unterstützungseinrichtungen stehen generell allen Selbsthilfe-Interessierten zur Verfügung. Dies unterscheidet sie von themen- und problembezogenen Selbsthilfezusammenschlüssen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Grundsätzlich gilt, dass Unterstützungseinrichtungen nicht die Arbeit von Selbsthilfegruppen übernehmen, sondern im Bedarfsfall methodische Ressourcen (wie etwa Moderation) und Infrastruktur selbsthilfegerecht bereitstellen. Ein Spannungsfeld eröffnet sich bei der Interessenvertretung. Unterstützungseinrichtungen werden dabei aufgrund ihrer problemübergreifenden Aufgabenstellung angerufen. Jedoch liegt es gerade im Prinzip der Selbsthilfe begründet, dass die Interessen von Betroffenen selbst vertreten werden. Unterstützungseinrichtungen können aufgrund zugeschriebener Kompetenz – stellvertretend für einzelne Gruppen – im Bedarfsfall deren Interessenartikulation übernehmen und als Sprachrohr dieser Gruppierungen dienen; die Betroffenen selbst sollten dennoch laufend eingebunden sein. Die Mitsprachestruktur und damit die Möglichkeit der Selbstbestimmung auf einer formalisierteren Ebene sind ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen den ein-

zelnen Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen. Weiters differieren die Selbsthilfeunterstützungsmodelle in ihren Organisationsformen, in der Finanzierung, in den Methoden der Unterstützung sowie in ihrem Selbstverständnis.

In Österreich übernimmt SIGIS, die Service- und Informationsstelle für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen des Fonds Gesundes Österreich, als bundesweite Servicestelle die Aufgabe, Hilfestellungen für Dachverbände und Kontaktstellen anzubieten. Sie koordiniert Aufgaben und organisiert diverse Weiterbildungsveranstaltungen. Darüber hinaus wird wichtiges Informationsmaterial zur Verfügung gestellt (Verzeichnis der Selbsthilfegruppen, Leitfaden für die Gründung einer Selbsthilfegruppe, etc.). Dachverbände widmen sich in ihrer Arbeit ausschließlich der Unterstützung von Selbsthilfegruppen und deren Zusammenschlüssen. Die Arbeit in diesen Dachverbänden auf Landesebene sollte von hauptamtlichen MitarbeiterInnen geleistet werden, während im Vereinsvorstand Betroffene ehrenamtlich tätig sind. Meist existiert auch ein beratender Beirat, der sich aus Verwaltungsbeamten, PolitikerInnen und WissenschafterInnen zusammensetzt. Die Finanzierung wird im Allgemeinen vom jeweiligen Bundesland, der Landeshauptstadt oder den regionalen Krankenkassen getragen. Beispiele dafür sind die Selbsthilfe Kärnten, Oberösterreich, Salzburg und Tirol. In Wien wurde Anfang 2000 ein Dachverband gegründet.

Bei den autonomen Kontaktstellen handelt es sich um Vereine, die Selbsthilfegruppen auf lokaler Ebene unterstützen. Ein Großteil der Kontaktstellen in Österreich widmet sich auch noch anderen Aufgaben neben der Unterstützungsarbeit für Selbsthilfegruppen. Ihre MitarbeiterInnen sind hauptamtlich tätig. Unterschiede zwischen autonomen Kontaktstellen und solchen in der Verwaltung ergeben sich aufgrund ihrer Zugehörigkeit zum NPO-Bereich bzw. zum öffentlichen Sektor. Autonome Kontaktstellen sind der Club Antenne Dornbirn, das Sozial- und Begegnungszentrum Graz und teilweise auch das Martha Frühwirt-Zentrum in Wien.

Auch innerhalb der zuständigen Kommunalverwaltungen gibt es Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen. Diese sind den jeweiligen Gesundheits- und Sozialabteilungen zugeordnet und daher ebenso hauptamtlich besetzt. Ihr Einflussbereich kann aufgrund der Verwaltungsverankerung größer oder kleiner als jener einer autonomen Kontaktstelle sein. Derartige Kontaktstellen gibt es im Magistrat der Stadt Wels sowie in St. Pölten. Die Servicestelle für Selbsthilfegruppen der Stadt Wien wurde als erste einschlägige österreichische Initiative 1984 eingerichtet.

Einige Selbsthilfegruppen werden auch durch Einrichtungen des medizinisch-professionellen Versorgungssystems konkret unterstützt, wie etwa durch das Rote Kreuz, das Hilfswerk oder einzelne Krankenanstalten. In diesem Fall werden Selbsthilfegruppen bei ihrer Gründung anlassbezogen gefördert und auf Wunsch auch begleitet. Hier scheinen zwei Bemerkungen sinnvoll: Erstens erfolgt die Unterstützung nur sehr beschränkt problemübergreifend, da einzelne Gruppenanliegen im Vordergrund stehen, und zweitens zeigt sich gerade bei Selbsthilfegruppen – etwa in Anbindung an Krankenanstalten – die Ambivalenz zwischen Ergänzung und Ersatz des bestehenden Gesundheitssystems. Genaue Zahlen über das Ausmaß dieser Unterstützungsangebote existieren nicht. Schließlich sei noch das Beispiel einer privaten Krankenversicherung

in Österreich erwähnt, die in geringer Form Unterstützung von Selbsthilfegruppen anbietet (Übernahme von Vortragskosten, etc.) und eine eigene Telefonhotline für medizinische Anliegen der Kunden betreut, um Gesundheitsvorsorge konkret zu unterstützen. Die Bereitschaft, mit Selbsthilfegruppen vermehrt zu kooperieren, ist hier besonders stark ausgeprägt (persönliche Mitteilung des UNIQUA Vital Club an den Autor, 13. 9. 2000).

Fazit: Selbsthilfeunterstützung kann als ein neues, abgrenzbares Arbeitsfeld im professionellen Dienstleistungssektor des Gesundheitssystems gelten. Aufgabe von Einrichtungen der Selbsthilfeunterstützung ist die Schaffung und in weiterer Folge auch Bereitstellung von Ressourcen, um Selbsthilfegruppen und ihre (Dachverbands-) Organisationen zu fördern. Aufgrund der Entwicklungsprozesse in den Selbsthilfegruppen ergibt sich ein dynamisches Anforderungsprofil an eine Selbsthilfeunterstützungsstelle. Das Aufgabenspektrum reicht von der Information und Beratung Interessierter bis hin zur Gründungshilfe und Öffentlichkeitsarbeit für Gruppenanliegen. Die wesentlichen Anforderungen an derartige Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen sind: Beratung und Information, Initiierungs- und Gründungshilfen, Unterstützung bestehender Gruppen, Vernetzung von Gruppen, Öffentlichkeitsarbeit und Kooperation. Für die Arbeit der SelbsthilfeunterstützerInnen gilt grundsätzlich eine *„subsidiäre Orientierung der Experten"* (Asam u. a. 1989, 68). Das heißt, die Interessen der Betroffenen stehen bei der Auftragserteilung und letztlich auch bei der Aktionsrichtung im Vordergrund.

Die Arbeit der Selbsthilfegruppen beschränkt sich allerdings nur auf einen zeitlich befristeten Arbeitsauftrag, den die Gruppen selbst formulieren. Weiters richtet sich die Selbsthilfeunterstützung an die Gruppe und nicht an die/ den Einzelne/n – ein wesentliches Differenzierungsmerkmal zur Arbeit in den einzelnen Selbsthilfegruppen. Drittens sind Selbsthilfegruppen aufgrund des hohen Grades an individueller Betroffenheit und des Gruppenprinzips einem ständigen Wandlungsprozess unterworfen, dem Unterstützungsorganisationen ausreichend Rechnung tragen sollten.

5. Sieben zukünftige Trends und Visionen

Die im Folgenden beschriebenen Trends geben Einschätzungen maßgeblicher ExpertInnen im Selbsthilfebereich wieder, die im Rahmen der eingangs erwähnten Studie über Wege der Unterstützung von Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich in Wien gewonnen wurden. Ziel dieser Studie war es, die aktuelle Situation der Selbsthilfeunterstützung in Wien zu erheben und künftige Kooperationsszenarien aufzuzeigen. Dazu wurden ExpertInnen des Gesundheitssystems (Wiener Gebietskrankenkassa, Bundessozialamt, etc.) ebenso befragt wie Betroffene selbst.

5.1 Medizinischer Fortschritt und höhere Lebenserwartung

Es gibt eindeutige gesellschaftliche Trends, die bereits heute aufzeigen, dass Selbsthilfegruppen in 10 Jahren mehr Einfluss haben werden. Dies lässt sich aus den effizienter werdenden medizinischen Leistungen ableiten, die Menschen eine höhere Le-

benserwartung ermöglichen. Ebenso sind heute Akutkrankheiten besser kontrollierbar und daher seltener, wodurch der Anteil der chronisch Erkrankten steigt. Nach Prognosen werden im Jahr 2035 österreichweit nicht mehr 30% der Bevölkerung (wie Ende der 90er-Jahre) über 60 Jahre sein, sondern rund 60%. Damit einhergehend wird im Gesundheits- und Sozialwesen der Ambulanzbereich ausgebaut werden, um institutionalisierte Versorgungsebenen zu entlasten (Hofmarcher 1997, 6).

5.2 Erwartete Verschlechterung des Gesundheits- und Sozialsystems

Der Großteil der befragten ExpertInnen meint, dass die bestehenden Sicherungsinstrumente der Sozialversicherung und vor allem das umfassende Solidaritätsprinzip stark in Frage gestellt werden. Darüber hinaus wird vermutet, dass eher konservative Regierungen die Selbstvorsorge forcieren und Veränderungen im Gesundheitswesen besonders chronisch kranke Menschen treffen werden. Ein befragter Experte meint dazu: „*Das, so glaube ich, ist auch zukünftig ein Aufgabenfeld, dem wir uns widmen müssen, weil eben der Staat sich aus der klassischen Vollzugsarbeit mit zusätzlichen Leistungen sicher zurückzieht. Aber auch das ist die andere Seite der Zivilgesellschaft, oder wenn man so will des Empowerments, wo ja die Frage der individuellen Verantwortung oder der Anspruch an die Bürger in dem Land, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen, ja auch formuliert wird.*“

5.3 Selbsthilfegruppen als Versorgungseinrichtungen

Die Versorgungshierarchien im Gesundheitsbereich sind durch drei Sektoren gekennzeichnet: Ambulanter Sektor (niedergelassene ÄrztInnen, Ambulatorien, Tageskliniken), Spitalsambulanzen, stationärer Bereich. Als vierter Sektor ist der Bereich der eigenständigen Gesundheitsvorsorge ebenso zu berücksichtigen. Die klassischen drei Sektoren sind vor allem durch Fremdbestimmung und Versorgung der PatientInnen geprägt. Künftig wird aber eine selbstbestimmte und präventive Versorgung mehr Gewicht erlangen. Dabei stehen gesundheitsfördernde, staatliche Maßnahmen ebenso wie die Selbsthilfe im Vordergrund. Das heißt, die Selbsthilfebewegung wird vermehrt in das Gesundheits- und Sozialsystem eingebunden werden, weshalb alle interviewten ExpertInnen allgemein anerkannte Interessenvertretungen der Betroffenen als unbedingt notwendig erachten.

5.4 Mehr unterstützende AkteurInnen

Es wird verschiedene unterstützende AkteurInnen geben, die sich der Anliegen von Selbsthilfegruppen annehmen. Dies macht bereits heute eine Koordination und wechselseitige Kooperation notwendig. Vor allem ist zu erwarten, dass vermehrt private Unternehmen auf den Markt der Selbsthilfebewegung drängen werden.

5.5 Einbindung bei Gesetzgebung

Im Zuge der Erhebung war sehr oft zu hören, dass Selbsthilfegruppen stärker in den Gesetzgebungsprozess einbezogen sein wollen. Gerade im Bereich der Sozialgesetzgebung ist aber eine Verschlechterung hinsichtlich der Begutachtungspraxis zu re-

gistrieren. Darüber hinaus erfordern juristisch komplexe Materien einen sehr hohen Ressourceneinsatz, und einige ExpertInnen stellen fest, dass die von ihnen geäußerten Bedenken zu einem Gesetzesvorschlag praktisch kaum eingearbeitet werden. Dennoch meinen sie, dass Interessenvertretungen von PatientInnen vermehrt befugt sein sollten, zu Gesetzesvorlagen ebenso wie auch zu langfristigen Planungsvorhaben im Gesundheitsbereich Stellung zu beziehen. Bis jetzt wird dieser Bereich in Österreich kaum zur Kenntnis genommen, *„da Gesundheitspolitik vor allem aufgrund der finanziellen Lage gemacht wurde“,* wie eine Expertin argumentiert. Beispiele für eine derartige Einbindung gibt es bereits: So sind bei Krankenversicherungsträgern VertreterInnen der PensionistInnen bzw. der PflegegeldbezieherInnen im Beirat repräsentiert. Die befragten ExpertInnen halten es auch für möglich, dass ein allgemein anerkanntes und bundesweit legitimiertes Vertretungsorgan der Selbsthilfegruppen Österreichs eines Tages in den Hauptverband der Sozialversicherungsträger kooptiert wird, um dort speziell die Probleme von Selbsthilfegruppen einzubringen.

5.6 Etablierung der Selbsthilfegruppen

Gemäß der Einschätzung aller ExpertInnen gilt: Die Selbsthilfegruppen werden in 10 Jahren auf jeden Fall weit stärker etabliert sein. Als ein wichtiges Zukunftsthema gilt dabei die Partizipation der PatientInnen und BürgerInnen in der Gesundheitsversorgung. Damit ist das Mitreden, das Mitentscheiden und letztlich auch die Mitverantwortung für das Gesundheitswesen gemeint; allerdings gestaltet es sich als sehr schwierig, PatientInnen als entscheidungsbefugte Mitwirkende zu erfassen, da es außer bei chronisch erkrankten Menschen kaum langfristig orientierte Interessenlagen gibt. Dieses Problem gilt es zu lösen.

5.7 Verbreitung des Selbsthilfegedankens

Durch die Veränderung tradierter Beziehungsstrukturen auf familiärer, beruflicher und gesamtgesellschaftlicher Ebene erwarten die befragten ExpertInnen, dass Menschen vermehrt den Kontakt zueinander suchen, um sich über ähnliche Lebenssituationen auszutauschen. So wird angenommen, dass die Bereitschaft zum Zusammenschluss von Menschen in ähnlich gelagerten Lebenssituationen zunimmt, um persönliche Problemlagen gemeinsam zu bewältigen.

Medizinischer Fortschritt und höhere Lebenserwartung, eine erwartete Verschlechterung des Gesundheits- und Sozialsystems, Selbsthilfegruppen als neue Versorgungseinrichtungen, mehr unterstützende AkteurInnen, bessere Einbindung bei Gesetzgebung, stärkere Etablierung der Selbsthilfegruppen und *eine Verbreitung des Selbsthilfegedankens* sind einerseits Einschätzungen von Zukunftsperspektiven für die Entwicklung des Selbsthilfeprinzips, andererseits aber auch Konsequenzen unseres Sozial- und Gesundheitssystems.

Kurz gesagt: Der Selbsthilfebewegung wird vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt. Eine solche Verbreitung des Selbsthilfegedankens kann durchaus positive Konsequenzen hervorbringen, und führt uns wiederum zum respektvollen, zivilgesellschaft-

lichen Diskurs über die Aufgaben des Staates und die Pflichten der BürgerInnen, den es mancherorts noch zu entwickeln gilt.

Aber wie heißt es in einem alten Sprichwort:

„Hilf' Dir selbst, dann hilft dir Gott."

Literatur

Asam, Walter H. u.a. (HgInnen) (1989) *Hilfe zur Selbsthilfe. Ein Konzept zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen.* München.

Hofmarcher, Maria M. (1997) *Das Gesundheitswesen in Österreich. Neue Trends und Fakten.* Forschungsbericht des Instituts für Höhere Studien. Wien.

Janig, Herbert u.a. (1999) *Wirkung von Selbsthilfegruppen auf Persönlichkeit und Lebensqualität.* Forschungsbericht im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich. Klagenfurt.

Matzat, Jürgen (1997) *Wegweiser Selbsthilfegruppen.* München.

Nowak, Jürgen (1988) *Soziale Probleme und soziale Bewegungen: eine praxisorientierte Einführung.* Weinheim.

Schaurhofer, Martin u.a. (2000) (Hg.) *Räume der Civil Society in Österreich.* Wien.

SIGIS-Doku (1997) *Ein professionelles Netzwerk: Die Unterstützung von Selbsthilfegruppen im Gesundheits- und Sozialbereich durch österreichische Dachverbände und Kontaktstellen.* Dokumentation des Fonds Gesundes Österreich. Wien.

Team für Öffentlichkeitsarbeit der AA Landesgruppe Hamburg (1981). *Zur Arbeit der Anonymen Alkoholiker in Hamburg.* In: Kickbusch, Ilona/ Trojan, Alf (HgInnen) Gemeinsam sind wir stärker. Frankfurt, 42-56.

Trojan, Alf (Hg.) (1986) *Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen.* Frankfurt.

Trojan, Alf u.a. (1986) *Aktivitäten, Ziele und Erfolge von Selbsthilfegruppen.* In: Trojan, Alf (Hg.) Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt, 163-210.

Winkelvoss, Heide/ Trojan, Alf/ Itzwerth, Ralf (1981) *Zur Definition und Verbreitung von Gesundheitsselbsthilfegruppen.* In: Kickbusch, Ilona/ Trojan, Alf (HgInnen) Gemeinsam sind wir stärker. Frankfurt, 133-139.