

Formen der Expertisierung in Selbsthilfegruppen

MMG 10 (1985) 39–44
© Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

Doris Schaeffer

ZUSAMMENFASSUNG: Selbsthilfeinitiativen haben sich im Gesundheitsbereich deutlich etabliert. Fiel der Aufbruch der Selbsthilfebewegung noch zusammen mit der Kritik an den Mängeln medizinischer und sozialer Versorgung, so ist ihre Etablierung mit der Ansiedlung in den Nischen eben dieses Versorgungssystems verbunden. Hier übernehmen die Selbsthilfegruppen mehr und mehr die Funktion eines „Mittlers“ zwischen der offiziellen Versorgung und ihren Nutzern. Am Beispiel der Selbsthilfegruppen krebskranker Frauen wird im folgenden Beitrag der Frage nachgegangen, welche Formen der Expertisierung mit der Wahrnehmung dieser „Mittler“funktion verbunden sind und auch welche Folgen diese Entwicklung ihrerseits nach sich zieht.

SUMMARY: Self-help groups have become firmly established in health care. While the self-help movement came into being at the same time as criticism was being levelled at shortcomings of the medical and social care system, it nevertheless became established by settling in the niches of this same system. It is here that self-help groups are increasingly assuming the role of "mediators" between the official care system and its users.

Taking the example of self-help groups of women with cancer, the present article examines the question as to what forms of "expertizing" are associated with the performance of this "mediator" function, and what consequences this development brings in its train.

Die Ideologisierung und Mythologisierung der Selbsthilfebewegung ist in letzter Zeit wachsendem Pessimismus gewichen. Spätestens seit es offensichtlich geworden ist, daß Teile dieser Bewegung in ihrer Zielsetzung mit den Vorstellungen konservativer Sozialpolitik vereinbar sind, wenden sich viele Beobachter der Selbsthilfebewegung – in der Regel sogenannte „kritische“ Professionelle – ab und verleihen ihren enttäuschten Hoffnungen und Erwartungen vermehrt durch polemische Stellungnahmen und herbe Kritik Ausdruck (s. 13).

Die Distanzierung der ehemals freundlich gesonnenen Beobachter setzt ein zu einer Zeit, da sich die Gründungseuphorie der Gruppen gelegt hat, die Bewegung sich konsolidiert und etabliert. Im Gesundheitsbereich tut sie dies vor allem innerhalb und am Rande des professionellen Systems medizinischer Versorgung und stellt damit einen nicht unbeträchtlichen Fundus unbezahlter Dienstleistungen zur Verfügung.

Die Gründung und Etablierung von Selbsthilfeinitiativen im Gesundheitsbereich fällt zusammen (das ist bereits hinreichend diskutiert worden, vgl. u.a. 1 oder 8) mit der wachsenden Kritik an den Mängeln des medizinischen und sozialen Versorgungssystems in der Öffentlichkeit. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, daß

den Selbsthilfegruppen u.a. solche Aufgaben vom professionellen System überlassen und zum Teil direkt an diese delegiert werden, die ursprünglich konstitutiver Bestandteil professionellen medizinischen Handelns waren. Dazu gehören vor allem kommunikative und interaktionsintensive Tätigkeiten wie z.B. die Erläuterung von Diagnosen und therapeutischen Maßnahmen, von Möglichkeiten des alltäglichen Lebens mit der jeweiligen Erkrankung, von Operationsvor- und nachbereitungen (wie dies etwa bei Krebserkrankungen häufig der Fall ist) usw. Allein dieser Sachverhalt zeigt, daß die Existenz der heutigen Selbsthilfebewegung nur möglich ist vor dem Hintergrund der zunehmenden Deprofessionalisierung der Medizin.

Die Deprofessionalisierung der ärztlichen Professionen ist mittlerweile in einer Reihe von Dimensionen vorangeschritten (vgl. dazu 3, 16). Sie vollzieht sich aufgrund der Bedingungen der Großkrankenhäuser, d.h. der wachsenden Bürokratisierung und Unterordnung unter Institutionen, aber auch aufgrund der Technisierung in der apparateorientierten Organmedizin. Zu den Erscheinungsformen der Deprofessionalisierung gehört auch die Spezialisierung, die solche Auf- und Abspaltungen in der Medizin nach sich zieht, die nicht mehr zur Synthese gebracht werden können und zur Reduktion des „ärztlichen

Blicks“ (6) führen. Diese Entwicklung ist nicht ohne Rückwirkung auf das Wesen und das Erscheinungsbild des ärztlichen Professionellen und besonders auch auf das therapeutische Beziehungsgeflecht zwischen Arzt und Patient. Gerade die Elemente des *therapeutischen* Umgangs von Ärzten mit Patienten werden zurückgedrängt und machen einer Depersonalisierung der Beziehung auf verschiedenen Ebenen Platz (9, S. 340).

Gesellschaftliche Voraussetzungen und Selbstverständnis der Selbsthilfegruppen krebskranker Frauen

Die Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen entstehen da, wo die Deprofessionalisierungstendenzen zu offensichtlichen Mängeln, ja zu Lücken in der Versorgung der Kranken führen. Sie siedeln sich – bis auf wenige Ausnahmen – in den Nischen des Versorgungssystems an und übernehmen hier zunehmend mehr die Funktion eines „Mittlers“ zwischen dem offiziellen System medizinischer Versorgung und den Patienten. In dieser Funktion expertisieren sich die Selbsthilfegruppen und tragen mittel- und längerfristig zur Entstehung neuer Berufe im Gesundheitswesen bei, solcher Berufe, in deren Tätigkeitsfeld Teile ehemals professionellen Handelns aufgehoben sind und auf eine niedrigere Stufe transformiert werden. Wie dieser Prozeß vonstatten geht, soll im folgenden am Beispiel der Selbsthilfegruppen krebskranker Frauen dargestellt werden. Dabei ist die Rede von den Berliner Selbsthilfeinitiativen krebskranker Frauen, die sich von anderen Gruppen dadurch unterscheiden, daß sie – angesiedelt in den verschiedenen Bezirken – weitestgehend dezentral organisiert sind und eigenständig arbeiten, d.h. sie sind allesamt unabhängig von der „Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.“, dem größten bundesweit verbreiteten Selbsthilfedachverband in diesem Bereich.

Von diesen Gruppen gibt es derzeit sieben in Berlin, die alle bereits seit längerer Zeit – zum Teil seit mehreren Jahren – existieren. Bis auf eine Ausnahme verstehen sie sich als Interessengemeinschaften brustamputierter Frauen, ein Faktum, das auf den besonderen Stigmatisierungsgrad der mit der Krankheit einhergehenden körperlichen Behinderung verweist. In ih-

rer Entwicklung sind diese Fraueninitiativen fast alle eng miteinander verwoben: Die Mehrzahl der Berliner Selbsthilfegruppen geht auf die Initiative von zwei Krankenschwestern und einer Krankengymnastin zurück, die in ihrem beruflichen Alltag massiv mit den Problemen krebskranker Frauen konfrontiert wurden. Im Gesundheitswesen ist es häufig der Fall, daß der Initialfunke zur Gründung von Selbsthilfeinitiativen von Professionellen oder Experten ausgeht, solchen, die aufgrund ihrer Kritik am Versorgungssystem an Innovationen interessiert sind, oder auch solchen, die aktiv nach Ergänzungsmöglichkeiten des professionellen medizinischen Systems suchen (z.B. Herzinfarktgruppen).

Bemerkenswert ist, daß die Mitglieder der Selbsthilfegruppen krebskranker Frauen bis auf eine Ausnahme *nicht* – wie dies immer wieder für die Selbsthilfebewegung behauptet wird (z.B. 7, 12) – jüngeren Altersgruppen und der Mittelschicht angehören. Vielmehr zeichnet sich die überwiegende Mehrzahl der Gruppen durch einen hohen Anteil älterer und alter, oftmals alleinstehender Mitglieder aus, die eher der unteren Mittelschicht bzw. der Unterschicht angehören. Dieses trifft auch für andere Gruppen und Verbände Krebskranker zu, etwa der Deutschen ILCO, der Gruppe der Prostataoperierten usw. Die meisten Mitglieder der Selbsthilfegruppen krebskranker Frauen sind Hausfrauen, oder aber nach der Krebserkrankung frühberentet worden. Zwei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der sozialen Zusammensetzung. Die eine ist – ursprünglich aus der Frauenbewegung hervorgegangen – ganzheitsmedizinisch orientiert und zieht aus diesem Grund andere Interessenten an, Interessenten, die eher in das herkömmliche Bild von der Neuen Sozialen Bewegung bzw. der Selbsthilfebewegung passen als die der anderen Gruppen. Die andere Ausnahme bildet die Gruppe der „Jüngeren berufstätigen brustamputierten Frauen“. Der Name dieser Gruppe weist bereits auf die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale zu den anderen Gruppen hin und ist wohl auch wesentlich aus dem Motiv der Abgrenzung entstanden: Die Gruppe will vor allem Forum für beruflich engagierte Frauen der jüngeren Altersgruppen sein. Tatsächlich aber scheint sich hinter diesem Namen noch etwas anderes zu verbergen – eine soziale Abgrenzung. De facto gehören einige Mitglieder durchaus höheren Altersgruppen an, so daß die im

Namen benannten Eigenschaften für diejenigen zum Anziehungspunkt werden, die sich nicht alt und passiv fühlen und dieses aus gesellschaftlichen Gründen auch nicht tun müssen: die den mittleren und höheren sozialen Schichten angehörenden Frauen.

Die Gruppengröße bewegt sich bei allen um 20 bis 25 Teilnehmerinnen, wobei ungefähr 10 bis 15 zum „festen Stamm“ und weitere 10 bis 15 (über die ca. 25 hinaus) zum loserem Umkreis der Gruppen gehören. Die Zahl der Interessenten wächst kontinuierlich, und da die meisten keine über diese Größe hinausgehende Gruppe haben möchten, ist die Gründung neuer Gruppen geplant bzw. sind neue bereits im Entstehen begriffen.

Das Aktivitätsspektrum der Selbsthilfegruppen krebskranker Frauen ist trotz geringfügiger Abweichungen sehr ähnlich; es umfaßt wöchentliche Gruppennachmittage und -abende (meist mit gemeinsamem Kaffeetrinken), Einzelgespräche, gemeinsame gesundheitliche Aktivitäten (Turnen, Schwimmen, Wandern), gemeinsame Information und Freizeitgestaltung (Theaterbesuche, bei einigen Initiativen auch Dampferfahrten und sonstige Ausflüge). In diesem eher gruppeninternen Teil gleicht das Aktivitätsspektrum durchaus dem Angebot von Einrichtungen des Seniorenbereichs (vgl. 5), und interessanterweise treffen sich einige der Initiativen auch in solchen Einrichtungen, ohne jedoch deren Angebote in Anspruch zu nehmen. Daneben stellen fast alle Initiativen gruppenexterne Angebote zur Verfügung, zu denen die Bereitstellung von Telefondiensten und -ketten und individueller Beratungen gehören, aber auch Krankenhaus- und Krankenbesuchsdienste, Hilfen bei der Beschaffung von Nachsorgemaßnahmen und sozialen Diensten, Informationsbeschaffungen und -verteilungen über die die Krankheit tangierenden Problembereiche. Einige Gruppen führen auch die Betreuung Sterbender durch, eine der schwersten und in unserer Kultur wenig beliebten Aufgaben. Darüber hinaus widmen sich die Gruppen einem besonderen Stiefkind der medizinischen Versorgung: der Beschaffung geeigneter Prothetik. Aufgrund des hohen Stigmatisierungsgrades, der dem Verlust eines sogenannten sekundären Geschlechtsmerkmals – einer Brust – anhaftet, und auch angesichts der herrschenden Mythologisierung der Krebserkrankung,

die nach wie vor als mysteriöses Übel gilt, sind Fragen der Prothetik für die betroffenen Frauen von besonderer Wichtigkeit. Abgesehen vom Ausgleich organischer Probleme (Gleichgewichtsstörungen usw.) verhilft ihnen die Prothetik dazu, der gesellschaftlichen Diskriminierung zu entgehen, der all diejenigen ausgesetzt sind, die offensichtlich Zeichen körperlichen Defekts oder körperlicher Behinderung tragen.

Bereits in der Auflistung der gruppeninternen Aktivitäten wird deutlich, was auch für die gruppenexternen Angebote charakteristisch ist: sie sind in erster Linie auf die individuelle Bewältigung der Krankheit und auf die Entwicklung von Normalisierungsstrategien für das alltägliche Leben ausgerichtet, weniger auf die (soziale und politische) Problematisierung der Situation. Das zeigt auch ein Blick auf die Art des Engagements. Die Wahrnehmung der Fülle von selbstgestellten Aufgaben gilt den Frauen als unentgeltliches, soziales Engagement für andere und als karitative Tätigkeit. Beides bleibt in seiner politischen Dimension unreflektiert, wird aber mit großer Intensität und einem ungeheuren, nur als frauenspezifisch zu bezeichnendem Ausmaß an Fürsorge betrieben. Fast alle der aktiven Frauen verbringen die Hälfte oder nahezu ein Drittel des Tages mit Tätigkeiten, die zum Aufgabenfeld der Selbsthilfegruppen brustamputierter Frauen gehören. Bei vielen der Frauen, die nach der Krebserkrankung frühberentet wurden und in der Selbsthilfebewegung engagiert sind, läßt sich vermuten, daß dieses Engagement für sie auch die Funktion einer Ersatzbeschäftigung für das zurückliegende und oftmals wahrscheinlich unbefriedigende Berufsleben einnimmt oder mit der Zeit eingenommen hat. Die Art dieses Engagements ist vergleichbar mit den traditionellen Formen ehrenamtlicher Hilfe. Und da, wo im institutionellen Rahmen derzeit vermehrt Probleme entstehen, ehrenamtliche Helfer zu finden, gibt es diese Schwierigkeiten in den Selbsthilfeinitiativen nicht. Zwar sind auch hier eine Reihe eher passiver, konsumorientierter Besucher zu finden, doch die Mehrzahl der Frauen in den Selbsthilfegruppen ist aktiv und auch über einen längeren Zeitraum engagiert für die Gruppe tätig. Das schließt jedoch nicht aus, daß eine Vielzahl von Aktivitäten bei ein bis drei Frauen der Gruppen gebündelt sind. Diese Frauen fühlen sich für die gesamte Gruppe verantwortlich. Sie übernehmen im Laufe der Zeit eine koordinierende Funktion

für die Gruppe und werden ihrem Status nach mehr und mehr in einem scheinbar naturwüchsigen Prozeß zur Gruppenleiterin.

Bei allem Engagement jedoch wollen die Frauen ihre Autonomie gewahrt wissen. Und es ist diese Autonomie, die sie im eigenen Bewußtsein von ehrenamtlichen Helferinnen unterscheidet, wenngleich sich diese Autonomie dem ketzerischen Blick von außen im Zuge der augenblicklichen Vereinnahmungstendenzen und Selbstinstrumentalisierungen nicht immer unmittelbar erschließt. Doch in der Tat unterscheiden sich die Aktivitäten der Selbsthilfegruppen von den traditionellen Formen ehrenamtlicher Hilfe durch den autonomen Status der Gruppen: Sie sind nicht innerhalb einer etablierten Institution tätig, sondern arbeiten als autonome Gruppe in eigener Sache mit den Institutionen der gesundheitlichen Versorgung zusammen und passen sich diesem Gefüge gegebenenfalls an. Sie unterscheiden sich auch durch ihre institutionelle Ungebundenheit und die zielgruppenspezifische Eingrenzung ihrer Aktivitäten (ausschließliche Zuständigkeit für brustoperierte oder allgemein krebserkrankte Frauen).

Die Auflistung des Aktivitätsspektrums der Initiativen krebserkrankter Frauen unterstreicht auch den eingangs erwähnten Sachverhalt, daß die Selbsthilfegruppen jenen Bereich kommunikativen- und interaktionsintensiver Tätigkeiten übernehmen, dessen sich die Medizin im Zuge ihrer Deprofessionalisierung mehr und mehr entledigt. Mit ihrem Angebot schalten sich die Gruppen zwischen das offizielle, professionelle System medizinischer Versorgung und dessen Klientel und werden hier vermittelnd tätig. Sie tun dies, weil sie die besonderen Belastungen der Erkrankung (vgl. dazu u.a. 2, 10), die Schwachstellen und Mängel der Betreuung innerhalb der verschiedenen Versorgungsbereiche selbst erfahren haben und zukünftige oder andere Krebserkrankte zumindest partiell vor diesen, mit „negativ“ nur unzureichend beschriebenen Erfahrungen bewahren möchten. Auf der sozialen Ebene übernehmen die Selbsthilfegruppen damit eine kompensierende Funktion für das Versorgungssystem.

Pointiert läßt sich die von den Selbsthilfegruppen krebserkrankter Frauen wahrgenommene „Mittlerfunktion“ folgendermaßen beschreiben:

Sie versuchen, stellvertretend für das offizielle System medizinischer Versorgung die Wünsche ihrer krebserkrankten Leidensgenossinnen zu befriedigen – wie dies etwa in Form der bereits erwähnten Betreuung vor und nach Operationen geschieht – oder aber die Belange der Patienten anstelle ihrer selbst gegenüber dem Arzt und dem Pflegepersonal zu vertreten.

Grob charakterisiert lassen sich zwei Gruppentypen unterscheiden, die besonders hinsichtlich des Verständnisses dieser „Mittlerfunktion“ variieren. Die einen verstehen sich eher als „Helferinnen“ (durchaus im *Geisslerschen* Sinn) und sind bereit, sich zum Zweck der Erfüllung ihrer Aufgaben dem Versorgungssystem anzugliedern bzw. auch unterzuordnen. Dabei unterliegen sie teilweise recht obskur anmutenden Funktionszuschreibungen und werden mitunter als Informations(zu)träger zwischen Arzt und Patient benutzt. Dagegen unterscheiden sich die anderen aufgrund ihres politischen Selbstverständnisses: Sie fühlen sich enger an die Neue Gesundheitsbewegung angelehnt, sehen ihre Existenz in den Mängeln der Versorgung begründet und artikulieren das direkt (im Gegensatz zu den erstgenannten Gruppen, die dieses nur indirekt – allein durch ihre Existenz – tun). Sie versuchen, die Kompetenz ihrer Leidensgenossinnen zu erhöhen, und sehen ihre Aufgabe ebenfalls in der Unterstützung der Krebserkrankten, jedoch weniger in Form „handfester Hilfen“, sondern eher in der psychischen Stabilisierung, der Ermutigung zur Erprobung unterschiedlicher Therapien und Therapieformen bzw. auch – wie es eine Gruppe konkret nennt – zur „therapeutischen Arbeit an sich selbst“.

Diese Gruppen arbeiten eher am Rande des Versorgungssystems, versuchen aber gerade in jüngster Zeit ebenfalls, sich diesem – z.B. in Form von Modellvorhaben oder Projekten – anzugliedern und auch unterzuordnen. Beide Gruppen kompensieren auf unterschiedliche Art und Weise und auch auf unterschiedliche Klientel bezogen (was deren soziale Herkunft anbetrifft) die Mängel des Versorgungssystems durch eine Vielzahl unbezahlter Dienstleistungen.

Es ist interessant, daß damit die Selbsthilfegruppen ein Spannungsfeld reproduzieren, das mit dem krankheitsbedingten Verhältnis zum professionellen Versorgungssystem nahezu identisch

ist. Bei aller Kritik am offiziellen System medizinischer Versorgung und bei allem Mißbehagen, sind gerade die Krebskranken in einem höheren Maße von diesem System abhängig, als das bei anderen Erkrankungen der Fall ist. Für die Behandlung der Krankheit sind sie auf das medizinische Versorgungssystem verwiesen und verbunden mit ihm – trotz aller Aversionen – die Hoffnung auf Heilung und Überleben. Die Ambivalenz, die sich aus diesem Spannungsfeld ergibt, ist entscheidend für das Verständnis der Aktivitäten der Selbsthilfegruppen von Krebskranken, und sie erklärt auch die Stellung gegenüber dem System medizinischer Versorgung: Ablehnung und Mißtrauen bei gleichzeitiger Anerkennung.

Etablierung, Expertisierung und deren gesellschaftliche Folgen

Die kontinuierliche Wahrnehmung der selbstgestellten und der vom professionellen Versorgungssystem vernachlässigten und schließlich übertragenen Aufgaben verlangt von den Gruppen zunehmende Etablierung und vermehrte Expertisierung und wird schließlich begleitet von Verberuflichungstendenzen. Allein um die kommunikativen Aufgaben erfüllen zu können, sind die betroffenen Frauen mehr oder weniger gezwungen, sich durch Wissenszuwachs (z.B. hinsichtlich der Operationsverfahren, der Therapiemöglichkeiten, des Krankheitsverlaufs usw.) zu expertisieren. Und ebenso sind sie zur Expertisierung im Hinblick auf die Bewältigung spezifischer, nicht alltäglicher Situationen und Interaktionsergebnisse gezwungen, denkt man etwa an die beratenden Gespräche oder die Gestaltung der Gruppennachmittage, von Veranstaltungen usw.

So betonen die Frauen immer wieder, daß allein die Gepflogenheiten der Gruppenkommunikation für sie der Eingewöhnung und des Erlernens bedurften. Gemeint sind damit Gewöhnungen an elaborierte Kommunikationsstile wie Diskussionen, Argumentationen (etwa im Gegensatz zu Erzählungen) und überhaupt Sprechhemmungen zu überwinden, sich verbal zu explizieren usw. Um so mehr mußten und müssen sie nach eigenen Aussagen lernen, Veranstaltungen zu planen und zu realisieren, Einzelgespräche mit Betroffenen durchzuführen, wobei die Interaktionen mit den akut Erkrankten und den Schwerkranken als die schwierigsten gelten.

Der Belastung solcher helfenden Interaktionssituationen nur unzureichend gewachsen, suchen einige, sich durch psychotherapeutische Aus- und Fortbildung zu entlasten, aber zugleich für die Zukunft besser zu wappnen – eine Möglichkeit, die in Zeiten des Psychobooms besonders anziehend auf die eher mittelschichtigen intellektuell orientierten Frauen wirkt. Andere etablieren eine Gruppe in der Gruppe, eine in-group von besonders Aktiven in der Selbsthilfeinitiative, innerhalb derer sie über die aktuellen Probleme und besonders belastenden Momente der Selbsthilfearbeit relativ offen sprechen und sie gemeinsam durch Routinisierungsstrategien und den Erwerb praktischer Kompetenzen zu bewältigen suchen.

Neben den Expertisierungen im Hinblick auf interaktive Situationen und der damit einhergehenden Erhöhung sozialer Handlungskompetenz findet auch eine Erhöhung der Kompetenz in medizinischen Fragen statt. Diese wird allerdings offiziell gegenüber den ärztlichen Professionen verschwiegen und sogar abgestritten. Sie nimmt ihren Beginn bei der „Expertisierung eigenen Leidens“, geht aber im Lauf der Zeit weit darüber hinaus. Vor diesem Hintergrund ist interessant, daß die meisten Krebskranken – mißtrauisch gegenüber den Heilungschancen von Therapieangeboten der Schulmedizin – sich zusätzlichen Behandlungen anderer Schulen unterziehen und sich auf die Suche nach anderen, „heimlichen“ Experten begeben, letzteres oft „inoffiziell“, da solche Vorgehensweise in der Regel von den behandelnden Ärzten offen mißbilligt wird.

Deutlich ist auch die Aneignung von Expertentum im Hinblick auf die Behebung gravierender Mängel des Versorgungssystems. Gerade in Fragen der Prothetik sind die Selbsthilfegruppen krebskranker Frauen in jüngster Zeit mehr und mehr zur Anlaufstelle von Betroffenen, aber auch von Ärzten und nicht zuletzt von Vertretern der Prothetikindustrie geworden. Letztere haben die Möglichkeit der Vermarktung dieser Lücken und der Nutzbarmachung von Selbsthilfegruppen längst entdeckt. Und auch die Funktion als „Wegweiser“ durch das unüberschaubare Netz an Instanzen und Anlaufstellen der verschiedenen Bereiche gesundheitlicher und sozialer Versorgung ist mittlerweile allseits akzeptiert und beansprucht.

All diese Expertisierungstendenzen ziehen un-

übersehbare Folgen nach sich, vor allem, was die Organisationsstruktur und den weiteren Gruppenverlauf anbetrifft. Gruppenintern gehen sie einher mit Tendenzen zur Hierarchisierung (vgl. 17), der Etablierung „offizieller“ Ansprech- und Leitpersonen, die zunehmend mehr den Charakter von Gruppenleiterinnen bekommen, kurz, der Formalisierung von Gruppenprozessen und dem drohenden Verlust der originären Merkmale von Selbsthilfe. Gruppenextern gehen sie mit der Bereitschaft zunehmender Subsumtion unter das Versorgungssystem einher, um der Funktionalität für dieses System und damit der eigenen Existenz nicht zu entgehen. Expertisierung und Institutionalisierung von Selbsthilfe verlaufen hier parallel. Die Folge ist auch die wachsende Entfernung und Entfremdung von der Welt der Krebskranken, die sich aus der Perspektive einer mittleren hierarchischen und auch halb-offiziellen Position anders ausnimmt als aus der gleichermaßen Betroffenheit. Dies zeigt auch der alltägliche Sprachgebrauch der Gruppenleiterinnen, die vermehrt von „Patientinnen“ sprechen, geht es um Leidensgenossinnen, oder von „Frischoperierten“, eine der Sprache des Krankenpflegepersonals entnommene Bezeichnung zur Charakterisierung eben operierter Patienten.

Was aus den Unzulänglichkeiten der Gesellschaft entstand, endet so mittel- oder längerfristig in einer Synthese mit eben dieser Gesellschaft – ein „Schicksal“, das aus den Ergebnissen der Erforschung sozialer Bewegungen (z.B. 15, 18) und subkultureller Strömungen (z.B. 4, 11) längst antizipierbar war, vor dem in der Diskussion der neuen Selbsthilfebewegung jedoch immer die Augen verschlossen wurden. Daß diese Synthesen unterschiedliches Aussehen haben können, ist unbestritten (vgl. dazu für den Bereich der Gesundheitsselbsthilfe z.B. 14). Eine der Möglichkeiten verkörpern sicher Vermarktungsstrategien, Instrumentalisierungen und Institutionalisierungen sind weitere. Im Bereich der Gesundheitsselbsthilfe zeichnet sich ab, daß die von der professionellen Medizin delegierten und die aus den Mängeln dieser Medizin gewachsenen Aufgabenbereiche zunächst laisiert und später in expertisierter und verberuflichter Form erneut integriert werden. Solcherlei „Umverteilungen“prozesse sind im Gesundheitswesen nicht neu, so daß hier bereits von sogenannten

„medizinischen Delegationsberufen“ gesprochen wird (19, S. 243).

Literatur

- 1 *Badura, B., C. v. Ferber*: Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. München-Wien 1981
- 2 *Blumenstock, J., K. Ortmann*: Psychosoziale Betreuung Krebskranker im Krankenhaus. Berlin, unveröffentl. Manuskript, erscheint voraussichtlich 1984
- 3 *Bollinger, H., J. Hohl*: Der Arzt: Medizinischer Reduktionismus und professionelle Existenz. In: *H. Bollinger* (Hrsg.), *Medizinerwelten. Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation*. München 1981, S. 145
- 4 *Clarke, J.* u. Mitarb.: Jugendkultur als Widerstand. Milieus, Rituale, Provokationen. Frankfurt 1981
- 5 *Fluck, B., D. Möller*: Seniorenfreizeitstätten ohne Zukunft? In: *Soziale Arbeit* 5, 1980
- 6 *Foucault, M.*: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt-Berlin-Wien 1976
- 7 *Franzkowiak, P., A. Füller, U. Laaser*: Zum Verhältnis von Selbsthilfe und organisierter Prävention. In: *Demokratisches Gesundheitsw.* 5, 1982
- 8 *Gross, P.*: Der Wohlfahrtsstaat und die Bedeutung der Selbsthilfe. In: *Soziale Welt* 1 (1982) 26
- 9 *Grote, C. v., E. Weingarten*: Technikgebundene Handlungsabläufe auf der Intensivstation: Zum Zusammenhang von medizinischer Technologie und therapeutischer Beziehung. In: *Z. Soz.* 4 (1983) 328
- 10 *Hahn, M.*: Lebenskrise Krebs. Hannover 1981
- 11 *Hebdige, D.*: Subculture. Die Bedeutung von Stil. In: *D. Diederichsen, D. Hebdige, O.-D. Marx*, Schocker. *Stile und Moden der Subkultur*. Reinbek 1983, S. 8
- 12 *Hembach-Schuhmacher, A.*: Perspektiven der Selbsthilfebewegung. In: *MMG* 8 (1983) 111
- 13 *Kreuzer, U.*: Zwischen Sozialpolitik und Experten herrschaft. Über den Verlust originärer Merkmale von Selbsthilfegruppen. In: *Gruppenpsychotherapeutische Gruppendynamik* 18 (1982) 297
- 14 *Labisch, A.*: Selbsthilfe zwischen Auflehnung und Anpassung. In: *Argument Sonderband A 77*. Berlin 1983, S. 11
- 15 *Lenk, K.*: Institutionalisierung – Endstation sozialer Bewegungen? In: *Frankf. Hefte, FH extra* 5, Mai 1983, S. 56
- 16 *Oevermann, U.*: Professionalisierung und Professionalisierbarkeit pädagogischen Handelns. Unveröffentl. Manuskript. Berlin 1981
- 17 *Schaeffer, D.*: Gesundheitsselbsthilfegruppen – Wunsch und Wirklichkeit. Entstehung, Entwicklung und Etablierung der Selbsthilfegruppen krebskranker Frauen. In: *Argument Sonderband AS 77*. Berlin 1983, S. 151
- 18 *Touraine, A.*: Soziale Bewegungen: Spezialgebiet oder zentrales Problem soziologischer Analyse? In: *J. Matthes* (Hrsg.), *Krise der Arbeitsgesellschaft? Verhandlungen des 21. Dt. Soziologentages in Bamberg 1982*. Frankfurt-New York 1983, S. 94
- 19 *Viefhues, H.*: Berufe im Gesundheitswesen. In: *H. Viefhues* (Hrsg.), *Lehrbuch Sozialmedizin*. Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1981, S. 232