

selbsthilfegruppenjahrbuch
2000

DAG SHG

selbsthilfegruppenjahrbuch 2000

Herausgeber:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Friedrichstr. 28, 35392 Gießen

Redaktion:

Anita Jakubowski, Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in
Nordrhein-Westfalen der DAG SHG e.V. (KOSKON),
Friedhofstr. 39, D-41236 Mönchengladbach, Tel.: 02166/248567
Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V.,
Friedrichstr. 33, D-35392 Gießen, Tel.: 0641/99-45612
Wolfgang Thiel, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung
und Unterstützung von Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V. (NAKOS),
Albrecht-Achilles-Straße 65, D-10709 Berlin, Tel.: 030/ 8914019

Umschlag:

Lutz Köbele-Lipp, Kubik, Berlin

Satz und Layout:

Focus Verlag GmbH, Gießen

Druck:

Fuldaer Verlagsanstalt, Fulda

Namentlich gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der
Redaktion wieder. Nachdruck einzelner Artikel nur mit ausdrücklicher
Genehmigung der Redaktion und der Autoren.

Herstellung und Versand dieser Ausgabe des »selbsthilfegruppenjahrbuchs«
wurde gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend, von der »GlücksSpirale« und von folgenden Krankenkassen:
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Barmer Ersatzkasse, Deutsche Angestellten
Krankenkasse, Kaufmännische Krankenkasse, Schwäbisch Gmünder Ersatz-
kasse, Techniker Krankenkasse.
Wir bedanken uns ganz herzlich!

*Zur Unterstützung unserer Vereinsarbeit bitten wir Sie herzlich um eine
Spende (steuerlich abzugsfähig) auf unser Konto Nr. 6.3030.05 bei der
Volksbank Gießen (BLZ 513.900.00).*

Zusammenarbeit – fünfmal anders ... Von der Selbsthilfe- zur Kooperationsförderung?

Einleitung

Aktuelle und zukünftige Veränderungen des Gesundheitssystems zielen mit neuen Leitbildern darauf ab, Standards und Entwicklungen in der Medizin verstärkt an den Bedürfnissen der Patient/innen zu orientieren und Betroffene/Angehörige selbst in den Umgestaltungsprozeß mit einzubeziehen (Stark et al.1996). Dabei wächst die versorgungs- und gesundheitspolitische Bedeutung von Selbsthilfe-Initiativen (SHI). Verschiedene Studien der letzten Jahre (Engelhardt et al. 1995, Büchner et al.1996) haben den Wert und die besondere Beratungsqualität von gesundheitsbezogenen SHI nachgewiesen. Eine systematische und institutionalisierte Verbindung von Fach- und Erfahrungswissen vor dem Hintergrund der Struktur- und Qualitätsdebatte im Gesundheitswesen ist daher von größter Bedeutung

Die neue Verankerung der Förderpflicht der Krankenkassen für Selbsthilfe-Gruppen, -Organisationen und -Kontaktstellen im § 20 (4) SGB V und die gesetzliche Vorgabe, einheitliche Förderrichtlinien unter Einbeziehung von Vertretern der Selbsthilfe zu erarbeiten, bilden einen hoffnungsvollen Hintergrund für die aktuellen Entwicklungen.

Das PH-Projekt C2

Das Projekt C2 »Modelle der Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem« des Bayerischen Public Health-Verbundes (Laufzeit von Juli 1997 bis Juni 2000) geht davon aus, daß im Sinne einer Nutzer/innen-orientierten Gesundheitsversorgung die Potentiale der Verbindung beider Teilsysteme noch lange nicht ausgeschöpft werden. Zwar arbeiten gesundheitsbezogene Selbsthilfe-Initiativen seit langem regelmäßig mit Ärzt/innen, Kliniken und anderen Einrichtungen und Fachkräften der gesundheitlichen Versorgung zusammen. Diese vielfältigen Formen der Zusammenarbeit sind jedoch nur selten institutionalisiert und meist vom Engagement einzelner Personen und Gruppen abhängig.

Ziel des Public Health-Projektes C2 ist daher die Analyse der fördernden und hemmenden Bedingungen verschiedener Formen von Kooperation zwischen SHI und professionellen Einrichtungen und Fachkräften. Dabei bestimmen folgende Fragestellungen das Vorgehen der qualitativen Studie:

- Wodurch zeichnen sich Modelle guter Kooperationspraxis aus?
- Wie werden Zielsetzungen und Vorgehensweisen ausgehandelt?

- Wie müssen die Schnittstellen zwischen den Kooperationspartner/innen bzw. den Teilsystemen gestaltet werden?
- Wie lassen sich die Bedingungen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit verbessern?

Eine bundesweite und internationale Befragung (n=600) von SHI und Kontaktstellen sowie die Prozeßbegleitung fünf ausgewählter Kooperationsmodelle durch Workshops, Fokusgruppen, evaluationsorientierte Nutzer/innenbefragungen, qualitative Interviews und teilnehmende Beobachtungen bilden das methodische Grundgerüst der Studie.

Aus der Sekundäranalyse vorhandener Studien und der Auswertung der Befragung wurden analytische Dimensionen für Kooperationsprozesse entwickelt: Bedeutsam für das Gelingen oder Scheitern von Kooperationen sind (1) die Anzahl und Kontinuität der am Prozeß beteiligten Personen und Interessengruppen, (2) vorhandene/nicht-vorhandene gemeinsame Ziele und Visionen (Leitbilder), (3) der Grad bewußter Reflexion über das Geschehen, (4) Sprache und Kommunikation (Laien- vs. Expertensprache), (5) Ambivalenztoleranz (z.B. Umgang mit Konflikten und Konkurrenz), (6) die Fähigkeit, strukturelle Bedingungen zu erkennen und zu nutzen und (7) die gemeinsame Bewegung auf dem Raum-Zeit-Kontinuum (z.B. Phasen im Kooperationsprozeß).

Die Forschungsphase der Prozeßevaluationen umfaßt die gemeinsame Arbeit mit ausgewählten Kooperationsmodellen, die Aufschlüsse über prozeßbestimmende Dynamiken und fördernde/behindernde Bedingungen einer Kooperation an der Schnittstelle zwischen Laien- und Profisystem gibt. Je nach Krankheitskontext (z.B. AIDS, Epilepsie, Schädel-Hirn-Trauma oder Tinnitus), jeweils unterschiedlichen Beziehungskonstellationen (z.B. Selbsthilfegruppe und niedergelassene Arzt/Ärztin, Selbsthilfe-Verband und öffentliche Beratungsstelle etc.) und dem historischen Vorlauf der jeweiligen Kooperation erfährt das Forschungsteam sozusagen »am eigenen Leib«, wie die Definitionsmacht verteilt ist, welchen Nutzen sich jede Interessengruppe erhofft, wie verbindlich die Zusammenarbeit ist, wer aus welchen Gründen bereit ist, sich für eine systematische Kooperation zu engagieren.

Design der Prozeßbegleitungen

Für die systematische Begleitung und Evaluation der fünf ausgewählten Kooperationsmodelle über einen Zeitraum von neun bis fünfzehn Monaten wurde nachstehendes Design zugrunde gelegt:

- *Vorgespräche*, um die Interessenlagen und mögliche Zielrichtungen abzuklären,
- *Kooperationsvertrag* zwischen den beteiligten Interessengruppen (einschließlich des Forschungsteams) mit dem Inhalt, sowohl die zu verfolgenden Ziele als auch grundsätzliche Rechte und Pflichten in der Zusammenarbeit festzuschreiben,

- Qualitative *Einzelinterviews* mit den Hauptakteuren der Kooperationsgruppen,
- *Workshop 1*: Rückmeldung der Ist-Analyse durch die Forscherinnen und Entwicklung konkreter Teilziele sowie Planung der Umsetzung für die Zeit der Forschungsbegleitung,
- *Kooperationstreffen* mindestens einmal pro Monat,
- *Fokusgruppen* nach Bedarf,
- Entwicklung eines *Selbstevaluationsinstrumentes*,
- *Workshop 2*: Gemeinsame Evaluation der Kooperation (Prozeß- und Ergebnis-Ebene) am Ende der Kooperationsbegleitung.

Zu allen Gesprächen und Treffen wurden Ablauf-Protokolle und teilnehmende Beobachtungen verfaßt unter Berücksichtigung der Kriterien ›Interaktion‹, ›Jargon und Sprache‹, ›Transparenz und Offenheit‹, ›Kommunikationsstil‹, ›Einstellung zur Selbsthilfe‹, ›Interessengruppen‹, ›Machtverhältnisse‹, ›Rollen‹, ›Stressreaktionen‹, ›Führungsstil‹, ›wiederkehrende Abläufe‹, ›Rituale‹, ›Regeln‹, ›individuelle und Gruppenstrategien‹, ›Verbindlichkeiten‹ und ›gemeinsame Narrationen‹. Die Interviews und Workshops wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Während der Forschungsbegleitung wurden Zwischenergebnisse kontinuierlich in den Auswertungsprozeß eingespeist und in aufbereiteter Form an die Kooperationspartner/innen zurückgemeldet.

Die Kooperationsmodelle

Im Krankheitsbereich *Tinnitus* kooperierte die Leitung einer privaten Klinik, dort angestellte Psychologinnen, Therapeutinnen und Ärzte mit einem Vertreter der Deutschen Tinnitus-Liga und einer Expertin des Selbsthilfezentrums München, um das Element der Selbsthilfe in ein Tinnitus-Retraining-Programm zu integrieren. Der qualitative Anspruch war, die Grenze zwischen dem medizinisch-physiologischen und dem psychologischen Behandlungsabschnitt zu überwinden und dabei gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie alternative Ansätze einzubeziehen. Die Zusammenarbeit war gekennzeichnet von sehr unterschiedlichen Modi der Institutionalisierung und extrem divergierenden professionellen Zugangsweisen. Während der Forschungsbegleitung waren die Personen der Lenkungsgruppe hauptsächlich damit beschäftigt, sich mit der Idee an sich zu identifizieren, eine gemeinsame Sprache zur Überwindung der ›kulturellen‹ bzw. professionellen Unterschiede zu finden und die eigenen Positionen und Qualitätsansprüche zu sichern. Trotz der unterschiedlichen Zugangsweisen konnte das Ziel, eine Selbsthilfegruppe in das Behandlungsschema zu integrieren, erreicht werden. Dabei wurden die vertraglich festgeschriebenen Angebote des Forschungsprojektes von der Kooperationsgruppe nicht voll abgerufen, die Begleitung nach einem ersten Intervall von neun Monaten nicht verlängert.

Im Krankheitsbereich *Epilepsie* kooperierten die Beratungsstelle eines Wohlfahrtsverbandes mit einer hoch professionalisierten Selbsthelferin, die sowohl Leiterin einer örtlichen Gruppe als auch Geschäftsführerin des Landesverband Epilepsie Bayern ist. Das gemeinsam gesetzte Ziel, die Erarbeitung eines Faltblattes mit dem Thema »Epilepsie und Alter« in Vorbereitung zum WHO-Gesundheitstag am 5.10.99 konnte zügig verfolgt, die Ressourcen des Forschungsprojektes gezielt abgefragt werden. Zentrales Thema der Kooperation neben der genannten konkreten Zielsetzung war auch die Bearbeitung eines grundlegenden strukturellen Konfliktes, der zum Ende der kooperativen Bemühungen eskalierte und die gemeinsame Präsentation der Ergebnisse verhinderte. Der Kooperationsprozeß wurde trotzdem von allen Beteiligten als »wertvolle Lernphase« eingeschätzt.

Im Krankheitsbereich *AIDS* kooperierte die psychosoziale Beratungsstelle einer großen Selbsthilfe-Organisation, eine Selbsthilfe-Initiative und Delegierte einer Vereinigung von ärztlichen Schwerpunktpraxen. Der Institutionalisierungs- und Professionalisierungsgrad auf allen Seiten war hoch. Das gemeinsam erarbeitete Ziel – die Einrichtung einer »Therapie-Hotline« – konnte vor Ablauf der Begleitforschung erreicht werden. Als problematisch erwies sich das strukturelle Ungleichgewicht zwischen ärztlichen und Selbsthilfe-Profis: Die Selbsthilfe-Seite war zu größeren Zugeständnissen an die Ärzte gezwungen, um die Kooperation zu sichern. Allgemein herrschte Übereinstimmung, daß zielorientiertes, effektives und schnelles Arbeiten qualitätsbestimmend ist. Gegen Ende der Forschungsbegleitung kristallisierte sich seitens der Selbsthilfe jedoch ein stärker werdendes Bedürfnis nach systematischer Selbstreflexion und Prozeßevaluation heraus.

Im Krankheitsbereich *Hirnverletzungen* kooperierte eine ambulante Rehabilitationspraxis mit einer Selbsthilfegruppe Angehöriger von hirnverletzten Menschen. Der Institutionalisierungsgrad ist gering, die Selbsthilfegruppe ist eine Basisgruppe betroffener Frauen, d.h. die Ressourcen auf allen Ebenen sind knapp. Ziel der Kooperation war die Überprüfung einer Vision, pflegende Angehörige durch die Einrichtung eines regionalen Netzwerkes zur stundenweisen Betreuung der Betroffenen zu entlasten. Durch die Forschungsbegleitung wurde diese Projekt-Idee neu belebt. Erste Schritte waren die Konzeption eines Faltblattes und die Schaffung von Öffentlichkeit für die Problematik. Darüber hinaus bestand grundsätzliches Interesse an den Reflexionsmöglichkeiten durch Begleitforschung. Das Faltblatt konnte zum Ende der Forschungsbegleitung fertiggestellt werden. Die gemeinsame Teilnahme an einer Fachtagung zur Herstellung von Öffentlichkeit wurde intensiv gemeinsam vorbereitet, scheiterte dann aber an der Absage der Tagung durch den Veranstalter wegen zu geringer Anmeldungen. Die Mitglieder der Kooperation waren zum Ende der Forschungsbegleitung enttäuscht über den Mißerfolg und gaben ihrer Erschöpfung Ausdruck.

In der *Initiative »Ärzte und Selbsthilfe gehen aufeinander zu«* kooperierten Delegierte des ÄKBV München mit Delegierten des Selbsthilfezentrums München auf einer hohen Institutionalisierungs- und Professionalisierungsebene. In dieser Kooperation wird die Verknüpfung mit den strukturellen Rahmenbedingungen durch die Gesundheitsreform am deutlichsten. Durch die Notwendigkeit taktischen Vorgehens auf beiden Seiten war/ist eine Meta-Ebene der Materialsammlung (Aktenanalyse, Protokolle) nötig. Das Forschungsdesign wurde kontextspezifisch umformuliert mit der Idee, die Kooperationsbemühungen als »strukturelle Folie« für die anderen Modelle zu nutzen. Für Frühling 2000 ist eine Fokusgruppe mit den Kooperationsmitgliedern geplant.

Zwischenergebnisse

Für die Auswertungsarbeiten und die Darstellung von Ergebnissen ist es zunächst wichtig zu explizieren, was innerhalb der Forschungsgruppe unter einer »guten Kooperation« verstanden wurde. Denn mit der Verwendung des Begriffes Kooperation sind höchst unterschiedliche Erwartungen und Vorstellungen verbunden (vgl. auch DJI, 1999, S. 16ff.), die von loser, gelegentlicher Zusammenarbeit bis hin zu hochgradig verbindlichen und institutionalisierten Arbeitsbeziehungen reichen. Zudem spielt in der Zusammenschau der Kriterien die Beziehung der Faktoren »Zeit« (mit dem Gegensatzpaar offen – begrenzt) sowie »Ziel« (mit den Ausprägungen kurzfristige/ konkrete (Teil-)Ziele – langfristige Zielsetzungen) eine große Rolle für die Definition der unterschiedlichen qualitativen Phasen von Kooperation. Vor dem Hintergrund der Literaturrecherche und der Bestandsaufnahme von »Modellen guter Kooperationspraxis« zwischen Selbsthilfe und professionellem Versorgungssystem zu Beginn der Forschungsarbeit hat sich folgende Arbeitsdefinition herauskristallisiert: *Eine »gute« Kooperation ist ein reflexiver Prozeß mit einer gemeinsamen Vision, der durch die Vielfalt der einzelnen, gleichberechtigten Interessensvertreter in Bewegung bleibt.*

Kooperationsphasen

Der Kooperationsprozeß wurde dem Design entsprechend in eine Vorphase, Hauptphase und Abschlußphase bzw. Phase der Neudefinition unterteilt. Da sich die *Vorphase* entweder länger hinzog als angenommen oder unerwartete Wendungen nahm, wurde sie auch als »*Inkubationsphase*« bezeichnet: Je nach Verhandlungsstand vor der Begleitforschung und der Bewertung der Ansprüche und Wünsche des Forschungsteams an die Kooperationspartner, dauerte es drei bis sechs Monate bis zur Unterschrift des Kooperationsvertrages bzw. deren Verweigerung. Ausgangspunkt des jeweiligen Aushandlungsprozesses der von uns beobachteten Arbeitsbeziehungen war zunächst eine grundsätzliche »Unbalance« im Beziehungsverhältnis der potentiellen Partner: Eine Seite hatte jeweils ein ausgeprägteres Anliegen oder Motiv, um sich auf die andere Seite zuzubewegen. Je weniger machtvoll die Ausgangsposition war, desto deutlicher entstand die Aufgabe, den Verhandlungspartner mit einer Idee zu »infiltrieren« und für eine Kooperation zu gewinnen.

Die *Hauptphase* begann mit der Vertragsunterzeichnung (mit dem die Kooperationsmodelle das geplante Design und die daraus resultierenden Verpflichtungen symbolisch bestätigten). Darauf folgte eine Ist-Analyse durch qualitative Interviews, eine als Bestandsaufnahme notwendige Vorarbeit für die Initial-Workshops. Diese ersten Workshops dienten dann der Formulierung von konkreten Teilzielen, die während der Zeit der Forschungsbegleitung verfolgt werden sollten.

Für die Einschätzung des Grades der Identifikation der Einzelnen mit ihrer Kooperationsgruppe und den vereinbarten Zielen bietet das Konzept der Community Narrative (Rappaport 1994) wertvolle Ansatzpunkte. In den Modellen existieren einerseits unterschiedliche individuelle Geschichten der Beteiligten, die eine jeweils persönliche Motivation zur Zusammenarbeit illustrieren, aber auch Geschichten von Teilgruppen (Profis, Selbsthelfer), die eine gruppenspezifische Logik des Engagements spiegeln. Im Verlauf der kooperativen Aushandlungsprozesse werden verschiedene Teilerzählungen auf die Ebene des gemeinsamen Vorhabens gehoben und miteinander verknüpft, so daß in »Hochphasen« der Zusammenarbeit (z.B. wenn ein Ergebnis produziert wird) eine modellspezifische Narration Gestalt annimmt. Das Erzählmuster wird von der einflußreicheren Seite dominiert und funktioniert dadurch auch richtungsgenerierend. Je nachdem, wie konfliktfreudig die verschiedenen Partner sind, verläuft der weitere Aushandlungsprozeß. Die Geschichte wird weiter erzählt, verändert sich oder bricht ab.

In die *Abschlußphase* der Kooperationsbeziehungen fällt der zweite Workshop, der auch der rückblickenden gemeinsamen Reflexion der Zusammenarbeit dient. Auf der Ergebnisebene entsteht eine Bilanz der Wünsche, der gesteckten und erreichten Ziele. Auf dieser Basis werden nächste wichtige Schritte der Kooperationspartner geplant, die dann ohne Begleitforschung umgesetzt werden (sollen). Auf der Prozeßebene wird die Beziehungsqualität während des Zeitraumes der Kooperation diskutiert. Jedes Mitglied formuliert seine Wahrnehmung/Beurteilung des Vorgehens und des Miteinanders und illustriert den qualitativen Verlauf durch Einzeichnen einer »Fieberkurve« in ein vorbereitetes Ablaufschema. Durch den Abschied vom Forschungsprojekt entsteht eine Zäsur für die Modelle, eine Art Ausnahmesituation, die gestattet, die internen Beziehungsverhältnisse zu reflektieren, zu bewerten und neu über Kooperationsverpflichtungen bzw. deren Auflösung zu verhandeln.

Schnittstellen

Für die Verbindung und Zusammenarbeit von Selbsthilfe- und Profi-Bereich im Gesundheitswesen birgt die *Terminologie* »Schnittstelle« eine besondere Problematik (Schachl et al., 2000) Schnittstellen lassen sich in einem organisationspsychologischen Sinne nicht nur als Elemente von Aufbau und Ablaufstrukturen verstehen, sondern sind immer auch die Menschen, die Kooperation machen und erleben. Dies wird besonders dann spürbar und nachvollziehbar, wenn Forscher/innen an den Grenzlinien und Übergängen sozusagen »Kooperationen am eigenen Leibe erfahren« (durch die im Forschungsansatz

liegende Rollenaufteilung von Datenerhebung und –analyse einerseits und qualitätsfördernder Interventionen andererseits entstand ein besonderes Austauschverhältnis mit den Kooperationsmodellen an den unterschiedlichen Schnittstellen, z.B. durch strukturelle Unterstützungsmaßnahmen durch das Forschungsprojekt und die damit einhergehende partielle Identifikation mit modellspezifischen Zielen).

Darüber hinaus haben Schnittstellen, je nach Kontext, unterschiedliche Definitionsebenen:

- Schnittstellen sind Berührungspunkte oder Überschneidungen von Selbsthilfe und professionellem Bereich in der Zusammenarbeit und im Kontakt mit der gemeinsamen Zielgruppe.
- Schnittstellen entstehen sowohl durch raum-zeitliche Situationen, in denen Themen und Probleme bearbeitet werden, als auch durch Personen, die über einen längeren Zeitraum hinweg durch gemeinsames Reflektieren, Planen und Handeln bestimmte Ziele verfolgen.
- Für den Kontext von Kooperationen umreißt der Begriff »Schnittstelle« mit einer psychologischen Betrachtungsweise sowohl die Übergänge in und zwischen Personen, als auch innerhalb und zwischen Strukturen und Organisationen – und steht damit synonym für Aushandlungs- und Koordinationsorte und -prozesse, denen konkrete Maßnahmen folgen.

Für das Forschungsanliegen, die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität bestehender Kooperationsbeziehungen durch eine formative Evaluation zu verbessern, eröffnet die Analyse der Schnittstellen die Möglichkeit, kooperationshemmende und kooperationsfördernde Faktoren zu erkennen und zu benennen. Bei dieser Beschreibung begegnen sich Begrifflichkeiten und Inhalte des Psychosozialen mit denen aus dem Bereich der Organisationsentwicklung (vgl. Bobzien et al. 1996). Für den Kooperationsprozeß entsteht durch diese Betrachtungsweise eine Reflexionsebene der Erschließung brachliegender Potentiale.

Schlußgedanken

Die im Titel formulierte Frage »Von der Selbsthilfe- zur Kooperationsförderung?« läßt sich in Bezug auf die vorliegenden Zwischenergebnisse an erster Stelle mit der Hoffnung auf eine neue Ressourcenverteilung beantworten. Angesichts der momentanen Veränderungen in der Gesundheitspolitik sind neue, gleichberechtigte Beziehungs- und Arbeitsformen zwischen Profis und Laien zu entwickeln. Alte Selbstverständlichkeiten professioneller Definitionsmacht kommen durch die »eigenmächtige« Professionalisierung von Laien aus dem Lot. Eine solchermaßen entstehende Unbalance des Systems erzeugt weitreichende Bewegung, die sich momentan auch in einer massiven Verunsicherung zeigt: Die Angst vor Veränderung bewirkt bei den Mächtigen zunächst Stillstand und das Beharren auf ihrer Position. Im Gegensatz dazu verfügt die Selbsthilfe – traditionell basisdemokratisch gefärbt – über mehr Flexibilität. Die unauflösbare Verbundenheit der beiden Aspekte von Statik

und Dynamik läßt immer wieder neue Möglichkeiten der Begegnung entstehen, erschafft neue Räume und Gebilde. Als Schnittstellen bezeichnet und beleuchtet können sie zu sichtbaren Meilensteinen einer neuen – erhofften und tatsächlichen – Beweglichkeit des Gesundheitssystems werden. Genau an diesen Schnittstellen sollte eine systematische, institutionen- und strukturübergreifende Kooperationsförderung ansetzen.

Literatur

- Büchner, Britta; Stark, Wolfgang; Bachl, Annelore: Beratung durch Betroffene – Verbindung von sozialer Unterstützung und Dienstleistung. Public Health Forum Jg. 4, 13/1996, 6-7
- DJI. Deutsches Jugendinstitut e.V.: Kooperation zwischen Mythos und Praxis. Unveröffentlichter Forschungsbericht zu Kooperationsbeziehungen in der Jugendhilfe. Projekt: Jugendhilfe und sozialer Wandel – Dauerbeobachtung von Jugendhilfe. 1999
- Engelhardt, Hans Dietrich et al.: Was Selbsthilfe leistet ... Ökonomische Wirkungen und sozialpolitische Bewertungen. Lambertus, Freiburg 1995
- Findeiß, Petra; Schachl, Tonia; Stark, Wolfgang: Laien und professionelle Fachkräfte – Synergieeffekte durch Kooperation verschiedener Expertensysteme? Public Health Forum, Jg. 7, 26/1999, 22
- Schachl, Tonia; Findeiß, Petra; Stark, Wolfgang: Die Schnittstelle als Zeichen – neue Begegnungsmöglichkeiten von Selbsthilfe-Initiativen und dem medizinischen Versorgungssystem werden definiert. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. (Veröffentlichung geplant für Januar 2000.
- Rappaport, Julian: Narrative studies, personal stories an identity transformation in the mutual-help context. In: Powell: Understanding the self-help organisation. Sage, London, 1994, 115-135
- Stark, Wolfgang; Trojan, Alf: Laiensystem und Selbsthilfe – Bedeutung und Perspektiven im Rahmen von Public Health. In: Public Health Forum, Jg. 4, 13/1996, 4-6

Petra Findeiß, Dr. Tonia Schachl und Prof. Dr. Wolfgang Stark führten dieses Projekt im Rahmen des Bayerischen Forschungsverbundes Public Health – Öffentliche Gesundheit in München durch. Wolfgang Stark hat inzwischen eine Professur an der Gesamthochschule Essen angenommen.