

Kooperation von Pflege und Selbsthilfe in der Onkologie

Angaben des Robert Koch-Instituts zufolge leben in Deutschland knapp 1,5 Millionen Menschen bereits mindestens fünf Jahre mit ihrer Krebserkrankung, bei rund zwei Millionen liegt die Erstdiagnose Krebs sogar schon mehr als zehn Jahre zurück (Robert Koch-Institut 2010). Mit dem Anstieg der Überlebenszeit wird diese Krankheit zunehmend zu einer chronischen. Die Diagnose und Behandlung von Krebs bringt starke Veränderungen im Leben der betroffenen Menschen mit sich. Dies hat Auswirkungen auf deren Lebensaktivitäten, den Beruf, die Beziehungen und auf ihre familiären Rollen. Eine im Herbst 2011 durchgeführte Forsa-Umfrage ergab, dass die Deutschen vor der Krankheit „Krebs“ die größte Angst haben. Nicht nur deshalb bedürfen die Betroffenen neben der körperlichen im Besonderen psychischer und sozialer Unterstützung.

Pflegekräfte bauen einen sehr engen Kontakt zu krebserkrankten Menschen und deren Familien auf. Dies beginnt bereits bei der stationären Aufnahme in ein Krankenhaus. In der schwierigen Zeit der Diagnostik nehmen Pflegekräfte Anteil an den quälenden Gedanken und Ängsten der Patienten, und zwar rund um die Uhr, also auch dann, wenn es in der Klinik ruhig wird und die meisten Berufsgruppen nach Hause gehen. Die belastenden Begleitsymptome und Symptome der Erkrankung und der Therapie erfordern eine gewissenhafte Erfassung, Unterstützung und Beratung Krebskranker. Pflegekräfte lernen dabei die intimste körperliche, psychische und soziale Bedürfnisse krebserkrankter Menschen und deren Familien kennen. Bei Betrachtung der Pflegedokumentation in onkologischen Kliniken fällt auf, dass die Selbstständigkeit krebserkrankter Menschen ein zentraler Leitgedanke der Pflege darstellt. Grundlage hierzu bilden mehrere Pflege-theorien. Nach Virginia Henderson leisten die Pflegekräfte ihre Hilfe auf eine Weise, dass der Patient seine Selbstständigkeit so rasch wie möglich wiedergewinnt. Roper-Logan-Tierney, die dies in ihrem „Modell des Lebens“ mit dem Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuum hervorheben oder nach Dorothea Orem, bei der die „Selbstpflegekompetenz“ ein wesentlicher Baustein darstellt (Schaeffer/Steppe 1997). Damit möchten Pflegekräfte Angebote für die „Hilfe zur Selbsthilfe“ machen. Konkret bedeutet es, die körperlichen und psychosozialen Funktionen krebserkrankter Menschen soweit zu fördern, dass diese selbstständig urteilen, entscheiden und handeln können.

Aufgrund des DRG-Abrechnungssystems werden die stationären Behandlungszeiten immer kürzer. Für das bedeutende Aufgabenfeld der reibungslosen Entlassung bzw. nahtlosen Überweisung in andere Behandlungsstrukturen zeichnen auch Pflegekräfte verantwortlich. Mit der Förderung und dem Er-

halt der Selbstständigkeit von Menschen mit Krebs verfolgen Pflegekräfte im Grunde die gleichen Ziele wie die Selbsthilfe. Von daher liegt es nahe, dass diese Bereiche eng zusammen arbeiten. Eine der wenigen Studien zu dieser Kooperation kommt aus Rehabilitationseinrichtungen, und sie bestätigt, dass Pflegekräfte einen wichtigen Kooperations- und Ansprechpartner für Selbsthilfegruppen darstellen (Klein, Borgetto 2003).

Bedeutung der Selbsthilfe für krebserkrankte Menschen und deren Familien

Wie kann nun die Selbsthilfe in dieser Situation unterstützen? Adamsen und Rasmussen haben in einer hermeneutisch interpretativen Studie drei zentralen Motive krebserkrankter Menschen für die Selbsthilfe herausgestellt, die De-Individualisierung, das Zusammensein und die Autonomie. Die Erfahrungen der Patienten zeigen, dass sich ihre Beziehungen zur Familie oder Freunden mit der Erkrankung verändern und sie sich mit Gleichgesinnten identifizieren möchten (Adamsen 2003). Selbsthilfegruppen dienen zur Informationsgewinnung und zur gegenseitigen sozialen Unterstützung. Sie führen zu Einstellungsänderungen bei den Betroffenen und in deren sozialem Umfeld. Damit werden ihre persönlichen Netzwerke entlastet (Borgetto 2005). Selbsthilfe ist heutzutage nicht mehr gleich zu setzen mit *Selbsthilfegruppen*. Die Selbsthilfeorganisationen bieten zunehmend Einzelberatungen online an, wenn sich der Ratsuchende keiner Gruppe anschließen möchte. Besuchsdienste der Selbsthilfegruppen haben einen sehr positiven Einfluss auf die psychische Verfassung durch eine Entängstigung und durch den Aufbau von Zuversicht (Slesina 2011).

Die Selbsthilfe in der Onkologie

Die Selbsthilfebewegung hat sich in den letzten Jahren in der Onkologie Deutschlands sehr stark verbreitet. Dies zeigt sich im Besonderen an der Berücksichtigung der Selbsthilfe bei Zertifizierungsanforderungen von organ-spezifischen Zentren wie Brustzentren, Darmkrebszentren etc. Selbsthilfegruppen müssen mit ihrem Ansprechpartner hinterlegt sein, die mit den Kliniken zusammen arbeiten. Die in den Zertifizierungsanforderungen beschriebenen Aufgaben der Kliniken in Bezug auf Selbsthilfegruppen sind:

- Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie
 - Bekanntgabe der Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen
 - Möglichkeiten der Auslage von Informationsbroschüren der Selbsthilfegruppen
 - Regelmäßige Bereitstellung von Räumlichkeiten für Patientengespräche
 - Beteiligung an Qualitätszirkeln
 - persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und der Klinik mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam durchzuführen
 - Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppe
- (Deutsche Krebsgesellschaft 2011)

Jürgen Matzat wies zwar bereits vor sechs Jahren darauf hin, dass die Skepsis und Ablehnung der Selbsthilfebewegung unter Fachleuten längst vorbei sei und die Selbsthilfe nirgends so akzeptiert sei wie in der Onkologie (Matzat 2006). Trotzdem nutzen Schätzungen zufolge nur 5 bis 8 % der Menschen mit Krebs in Deutschland eine Selbsthilfegruppe. Warum dies nicht mehr sind, könnte an Vorurteilen gegenüber Selbsthilfegruppen liegen. Dies seien nur Kaffeekränzchen oder Jammergruppen, dort würde nur über die Krankheit gesprochen und viel über die Ärzte gelästert. Jeder Teilnehmer müsse sich dort mit seinen individuellen Problemen „outen“. Diese Vorurteile machen sicher auch vor Pflegekräften nicht Halt. Hier gilt es Aufklärung zu betreiben.

Doch zunächst muss die Rolle der Pflege bei der Kooperation zwischen der Klinik und der Selbsthilfegruppe betrachtet werden. Die zentralen Fragestellungen der im Folgenden dargestellten Studie lautete deshalb:

Wie kooperieren Pflegekräfte in der Onkologie mit der Selbsthilfe?

Welche Einstellungen haben Pflegekräfte in der Onkologie zur Selbsthilfe?

Methode

Da keine Daten zur Kooperation von Pflege und Selbsthilfe in der Onkologie Deutschlands bekannt sind, wird zunächst eine Befragung von Pflegekräften durchgeführt. Dies mit dem Ziel, Pflegekräfte für diese Kooperation zu sensibilisieren. Die Zielgruppe setzt sich aus den Besuchern des 13. Onkologischen Pflegekongresses, des 29. Deutschen Krebskongresses in Berlin, des 16. Krebskrankenpflegesymposiums in Heidelberg und des Pflegekongresses der BVPRO bei der 16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie in Magdeburg zusammen. Diese Kongresse zählen zu den größten Veranstaltungen für Pflegekräfte der Onkologie Deutschlands. Damit setzt sich die Stichprobe aus interessierten und engagierten Pflegekräften zusammen, die ihr Handeln hinterfragen und reflektieren. Die Befragung erfolgt mit einem selbst entwickelten, standardisierten Fragebogen. Bei dessen Konstruktion werden Experten der onkologischen Pflege und der Selbsthilfe einbezogen.

Studienteilnehmer

Insgesamt bringt die Befragung einen Rücklauf von 283 Fragebögen. Die Stichprobe setzt sich aus 265 Pflegekräften, 10 Medizinischen Fachangestellten, 2 Ärzten und 6 Sonstigen zusammen. Die Studienteilnehmer kommen aus sehr unterschiedlichen Fachbereichen der Onkologie (Abb. 1).

Bei Betrachtung der Berufserfahrung der Studienteilnehmer kommt eine in etwa gleiche Verteilung auf drei Gruppen zum Vorschein. Die Gruppe bis zu 6 Jahren Berufserfahrung mit 32 %, bis zu 12 Jahren mit 26 %, und die stärkste Gruppe über 12 Jahre Berufserfahrung mit 42 %.

Ergebnisse der Befragung

Auf die Frage: „Wie häufig war die Selbsthilfe im letzten Jahr Gegenstand von Gesprächen zwischen Ihnen und Ihren Patienten?“ antworten 34,9 % der Befragten, mindestens wöchentlich ein Gespräch über Selbsthilfe zu führen, aber 26,5 % nur jährlich ein oder gar kein Gespräch darüber zu führen. Bei ge-

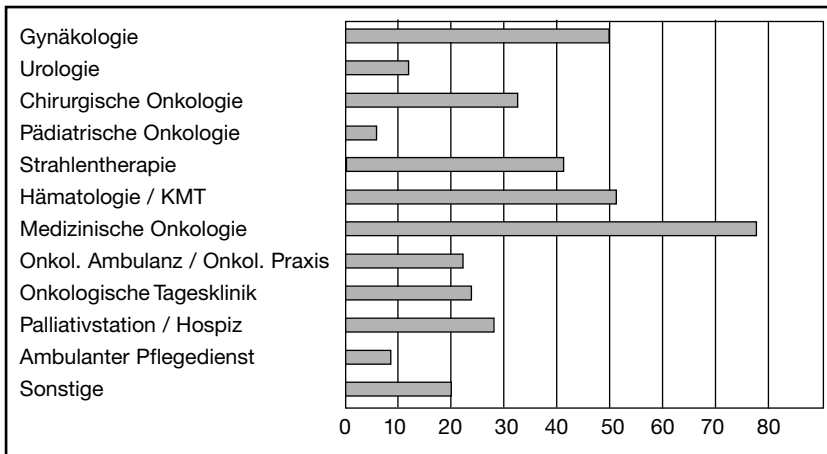


Abb. 1: Anzahl der Studienteilnehmer/Fachbereich der Onkologie

nauer Betrachtung dieses Ergebnisses unter Berücksichtigung der Berufserfahrung der Befragten fällt auf, dass die Häufigkeit der Gespräche in den einzelnen Gruppen im Gegensatz zueinander stehen (Tab. 1).

Häufigkeit Berufserfahrung	täglich	wöchent-lich	monat-lich	viertel-jährlich	jährlich	nie
0 – 6 Jahre	3,4 %	19,3 %	21,6 %	13,6 %	6,8 %	35,2 %
6 – 12 Jahre	7,1 %	24,3 %	22,9 %	25,7 %	4,3 %	15,7 %
mehr als 12 Jahre	10,0 %	36,4 %	27,3 %	8,2 %	3,6 %	14,5 %

Tab. 1: Häufigkeit der Gespräche mit Patienten über die Selbsthilfe nach Berufserfahrung

Die Teilnehmer der Gruppe mit wenig Berufserfahrung führen sehr viel weniger Gespräche mit Patienten über Selbsthilfe als die Gruppe mit viel Berufserfahrung. Auf die Frage, welche Berufsgruppe für den Verweis an die Selbsthilfe zuständig sind, meinen 89,75 % die Gesundheits- und Krankenpflege, gefolgt von den Psychoonkologen mit 75,27 %, den Ärzten mit 69,61 %, dem Sozialdienst mit 66,78 % und der Seelsorge mit 38,58 %. (Diese Frage erlaubt Mehrfachnennungen.) Betrachtet man die Korrelation dieser beiden Fragen, so fällt auf, dass 25 % der Gruppe, die Gesundheits- und Krankenpflege als Vermittler zur Selbsthilfe ansehen, nur jährlich oder gar nicht an die Selbsthilfe verweisen.

Eine weiterführende offene Frage hinsichtlich der Begründung für die Empfehlung einer Selbsthilfegruppe zeigt ein breites Spektrum an Motiven auf. Diese werden vom Autor folgendermaßen in Gruppen zusammengefasst:

- das Fehlen sozialer Kontakte,
- die mentale Stärke des Patienten,
- die Krankheitsverarbeitungsphase und entsprechende Schwierigkeiten,

- in schwierigen Situationen,
- der Patientenwunsch,
- der Zeitpunkt der Therapie,
- das eigene Gefühl, dass dies dem Patienten gut tun würde
- die eigene Ratlosigkeit und
- bei Ausreizung der professionellen Angebote.

Die Frage, zu welchem Zeitpunkt der Versorgung krebserkrankter Menschen auf die Selbsthilfe hingewiesen werden soll, ist mit fünf Antwortmöglichkeiten hinterlegt. Die Antwort ist in einer Intervallskala einsortiert. Die Skala bietet ein Spektrum von „1“ für „gar keinen Nutzen“ bis zu „10“ für „sehr großen Nutzen“ der einzelnen Kriterien. Die Verteilung der Antworten bezogen auf die einzelnen Kriterien wird in Boxplots veranschaulicht (Abb. 2). Die Mittelwerte variieren von 5,5 bei der Diagnosestellung, 6,71 nach der Primärtherapie, 8,56 bei Beratungsgesprächen zur Krankheitsverarbeitung, 7,86 bei Entlassungsgesprächen aus der Klinik und 7,76 in der Nachsorge beim Hausarzt. Eine Verschiebung des Gesprächs weg von der Akutsituation (Diagnosemitteilung und Primärtherapie) hin zu Gesprächen zur Krankheitsverarbeitung, zur Entlassungsgesprächen aus der Klinik und 7,76 in der Nachsorge beim Hausarzt. Eine Verschiebung des Gesprächs weg von der Akutsituation (Diagnosemitteilung und Primärtherapie) hin zu Gesprächen zur Krankheitsverarbeitung, zur Entlassungsgesprächen aus der Klinik und 7,76 in der Nachsorge beim Hausarzt.

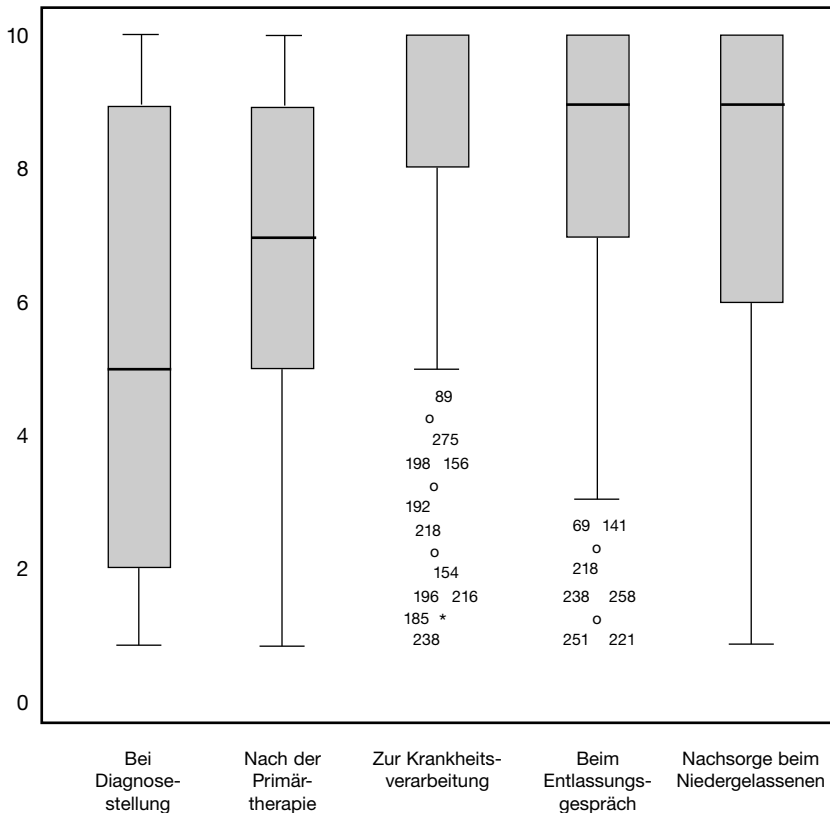


Abb. 2: Zeitpunkt des Hinweises auf die Selbsthilfegruppe

sung oder zur Nachsorge wird hierbei deutlich. Die stärkste Streuung der Ergebnisse ist bei der Diagnosemitteilung mit einer SD von 3,357 gegeben.

Einstellungen von Pflegekräften der Onkologie zur Selbsthilfe

Welchen Nutzen sehen nun Pflegekräfte in der Selbsthilfe? Dieser Nutzen wird ebenfalls mit einer Intervallskala von „1“ für „gar kein Nutzen“ bis „10“ für „maximaler Nutzen“ aufgezeigt und ebenfalls in Boxplots dargestellt (Abb. 3). Die „psychosoziale Unterstützung“ und „Hilfestellung beim Umgang mit der Erkrankung“ wird mit einem Median von „9“ eingeschätzt. Es folgen mit einem Median von „8“ für die „zusätzliche Informationen über die Erkrankung“ und die „Stärkung des Selbstvertrauens“ sowie mit einem Median von „6“ die „Entlastung von Arzt und Pflege“.

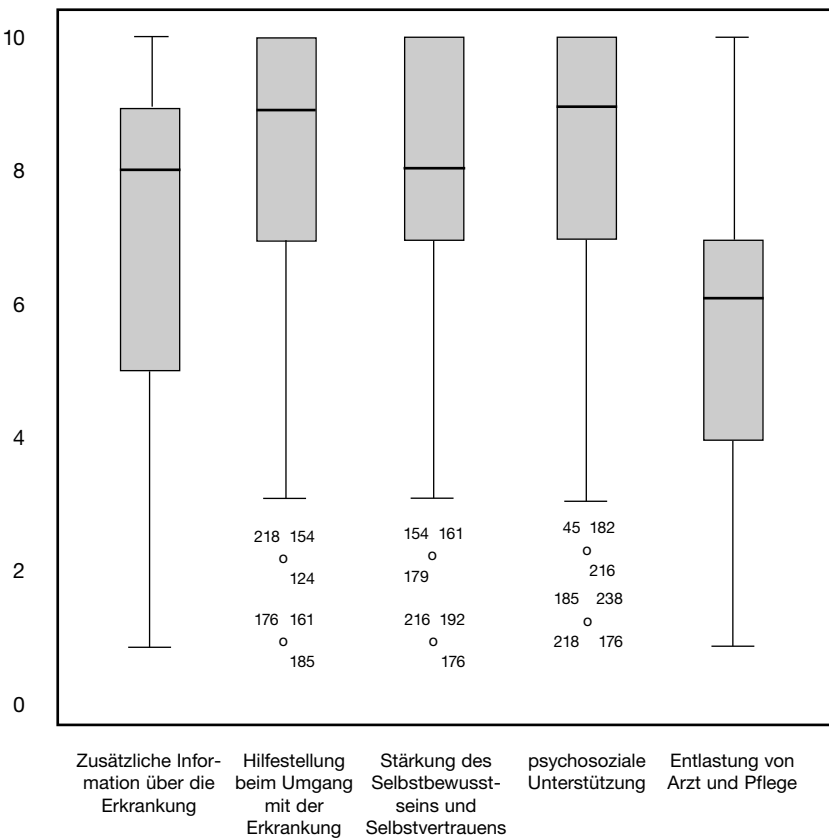


Abbildung 3: Nutzen der Selbsthilfegruppe

Die Präsenz der Selbsthilfe vor Ort wird von den Teilnehmern der Studie mit 76,3 % über den Flyer, mit 25,8 % über Plakate, mit 27,2 % über einen Ansprechpartner, mit 17,3 % über Informationsveranstaltungen und mit 16,6 %

über Gruppentreffen in der Klinik angegeben. (Mehrfachnennungen sind auch hier möglich.)

Diskussion

Verschiedene Pflege-theorien zeigen zwar Ziele der Pflege auf, die sich mit den Zielen der Selbsthilfe weitgehend decken, geben aber der Bedeutung gegenseitiger Unterstützung von Patienten und Selbsthilfegruppen als ein wesentlicher Faktor des sozialen Wohlbefindens der Patienten kaum Spielraum. In der Praxis ist die Implementierung der Selbsthilfe zwar formal anhand der Qualitätsanforderungen in onkologischen Kliniken geregelt, aber offensichtlich noch nicht gelebt. Dies deckt sich mit Folgerungen des Organisationsentwicklers Wolfgang Stark aus der Studienlage. Er beschreibt, dass sich die Kooperation von Selbsthilfe-Initiativen und Professionellen nicht einfach technisch-organisatorisch herstellen lässt, es bedürfe hierzu einer Beziehungsgestaltung auf personeller und kultureller Ebene (Findeiß, Schachl, Stark 2001). Die Kooperation mit den Selbsthilfegruppenleitungen ist noch ausbaubar, wenn doch nur bei 25% der Befragten der Ansprechpartner vor Ort bekannt ist.

25% der Pflegekräfte führen nur einmal im Jahr oder gar keine Gespräche mit Patienten über Selbsthilfe. Pflegekräfte sehen dies aber als ihre Aufgabe. Berücksichtigt man die Zusammensetzung der Stichprobe aus fortbildungsinteressierten Pflegekräfte, so kann man davon ausgehen, dass in der durchschnittlichen Alltagspraxis noch weniger Gespräche mit Patienten über die Selbsthilfe geführt werden. Damit scheint zunächst einmal das Ergebnis einer Umfrage der Frauenselbsthilfe nach Krebs unter ihren Mitgliedern bestätigt, dass über die Berufsgruppe der Pflege am seltensten ein Kontakt zur Selbsthilfe entsteht. Dies ist sehr verwunderlich, da Pflegekräfte doch die gleichen Ziele verfolgen sowie den quantitativ und qualitativ intensivsten Kontakt mit krebserkrankten Menschen pflegen. Es wird aufgezeigt, dass mit Zunahme der Berufserfahrung von Pflegekräften auch die Gespräche über die Selbsthilfe zunehmen. Pflegekräfte mit mehr Berufserfahrung scheinen mehr Mut zu haben, die Selbsthilfe anzusprechen. Möglicherweise sind Vorurteile gegenüber Selbsthilfegruppen die Ursache, hier zurückhaltend zu sein. Diese gilt es durch mehr Transparenz abzubauen. Die fehlende Berufserfahrung, verbunden mit fehlender Lebenserfahrung und Defiziten einer hilfreichen Gesprächsführung könnten Gründe seltener Gespräche über die Selbsthilfe sein.

Aus den Ergebnissen der offenen Frage lässt sich ableiten, dass Pflegekräfte sehr stark auf ihre Intuition hören, wenn es darum geht, wann die Selbsthilfe weiterhelfen kann. Die subjektive Einschätzung von Pflegekräften und ihr persönliches Gespür für die Zumutbarkeit einer Selbsthilfegruppe in der Belastungssituation krebserkrankter Menschen, scheint hier ein wesentlicher Faktor der Vermittlungsmotivation zu sein. Der Schutz des Patienten vor der Situation, dass in der Klinik alles getan ist, könnte hier neben dem Eigenschutz stehen, diese Nachricht zu übermitteln. Die psychische Belastung von Pflegekräften in der Onkologie scheint ein Thema zu sein, das noch genauer Be-

trachtung bedarf. Gleichwohl zeigt die Frage zum Nutzen der Selbsthilfe hinsichtlich der Entlastung von Ärzten und Pflegekräften eine Zustimmung mit einem Mittelwert von 5,57 (Abb. 4.). Die hinterlegte Kurve der Gaußverteilung zeigt auf, dass dies Ergebnis sehr nah an der Normalverteilung liegt, auch wenn der Mittelwert nicht sonderlich hoch ist.

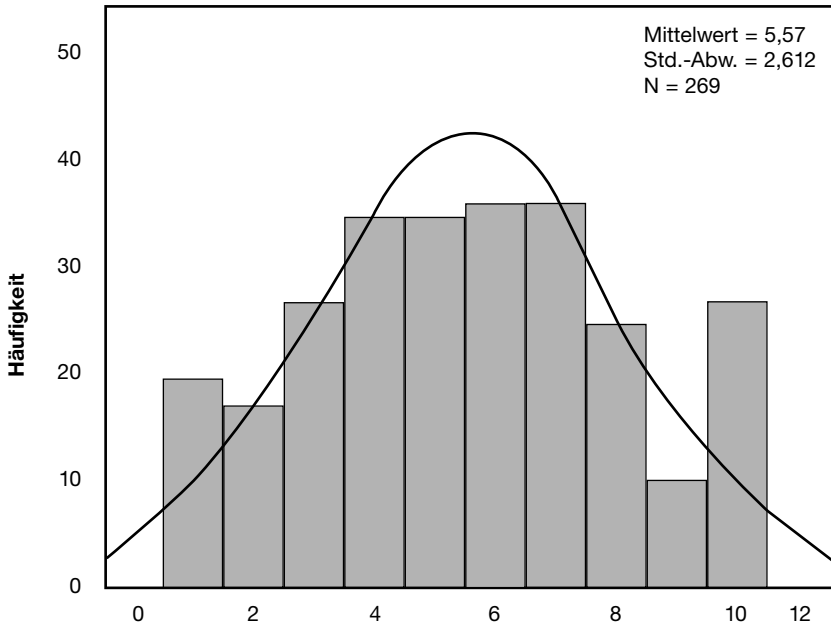


Abb 4: Entlastung von Ärzten und Pflegekräften durch die Selbsthilfe

Der Zeitpunkt des Hinweises auf die Selbsthilfe ist mit der Verschiebung auf die Krankheitsverbergungsgespräche und Entlassung nachvollziehbar. Gleichwohl zeigen Erfahrungen von Mitgliedern des Selbsthilfegruppen Kehlkopferkrankter, dass ein Besuchsdienst noch vor (!) der Operation eine sehr große Hilfe sein kann. Letztendlich hat aber doch jeder Patient ein Recht auf die Information über Selbsthilfe, und dies auch bereits sehr früh im Krankheitsprozess. Nur er selbst kann entscheiden, ob er dies in Anspruch nimmt oder nicht. Der Nutzen der Selbsthilfe wird von den Befragten als sehr groß hinsichtlich der psychosozialen Unterstützung und Hilfestellung beim Umgang mit der Erkrankung angesehen. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit einer systematischen Literaturübersicht zum Nutzen von Selbsthilfeprogrammen für Menschen mit Krebs, wenngleich dort eingeschränkt wird auf Brustkrebs, da zu anderen Krebserkrankungen vergleichbar sehr wenig Untersuchungen vorliegen (Hoey et al. 2008). Auch wenn der Nutzen der Selbsthilfe hinsichtlich zusätzlicher Informationen über die Erkrankung bei den Ergebnissen eine sehr breite Streuung aufweist, so ist mit dem Median von „8“ doch eine klare Tendenz aufgezeigt. Dieser Nutzen wird auch in Studien belegt, wie kürzlich erst

in einer Untersuchung der Hannoveraner Forschergruppe. Hierbei zeigte sich, dass Teilnehmer von Selbsthilfegruppen ein signifikant größeres Wissen hinsichtlich Lymphödem und Brustuntersuchung haben als Nichtteilnehmer (Nöres et al. 2011).

Voraussetzungen einer „gelebten“ Kooperation zwischen Pflege und Selbsthilfe

Zunächst muss die Selbsthilfe in der Grundausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin einen breiteren Raum einnehmen. Hier gilt es nicht nur Wissen über die Selbsthilfe zu vermitteln, sondern im Besonderen Haltungen und Einstellungen zu überprüfen. Das Thema „Leben mit Krebs“ muss mehr reflektiert und hilfreiche Gesprächsführung eingeübt werden. Nur über das Wissen alleine werden Vorurteile nicht abgebaut. Im direkten Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe ist dies wohl am besten möglich.

In der Heidelberger Weiterbildung „Pflege krebskranker, chronisch kranker Menschen“ ist ein Leistungsschein mit dem Ziel eingeführt, die Kooperation zwischen Weiterbildungsteilnehmern und Gruppenleitungen der Selbsthilfegruppen zu fördern. Dazu müssen die Kursteilnehmer eine für ihren Fachbereich relevante Selbsthilfegruppe finden, mit der Gruppenleitung Kontakt aufnehmen, einem Gruppentreffen beiwohnen, um anschließend das Konzept dieser Selbsthilfegruppe zu skizzieren und im Kurs zu präsentieren. Eine Beziehung zum Ansprechpartner der Selbsthilfegruppe wird damit hergestellt und eine Kooperation angebahnt. Dieser Leistungsschein der Weiterbildung wird von den Teilnehmern als sehr nützlich und sinnvoll erachtet. Die Vorstellung in der Bundesarbeitsgruppe der Leitungen der Weiterbildung „Pflege krebskranker, chronisch kranker Menschen“ bewirkte eine Übernahme dieses Vorgehens für mehrere Kurse an verschiedensten Orten Deutschlands.

Die Kooperation kann verbessert werden, indem auf jeder onkologischen Abteilung ein Selbsthilfeverantwortlicher aus der Pflege benannt wird, der den Kontakt zur Selbsthilfegruppe pflegt. In der Empfehlung einer Stellenbeschreibung der Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. ist der Kontakt zur Selbsthilfe als ein Aufgabenfeld der weitergebildeten Pflegekräften in der Onkologie geregelt (Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege 2011).

Ohne diesen persönlichen Kontakt haben es Selbsthilfevertreter schwer, jemanden aus den Pflegeteams anzusprechen. Die Benennung einer Kontaktperson reicht aber nicht aus. Eine gegenseitige Wertschätzung ist erforderlich, um mit dieser Beziehung erfolgreich zu sein (Bachl, Stark 2003). Für Selbsthilfevertreter sind Ärzte die zentralen Ansprechpartner, hier bedarf es eines Umdenkens. Die Kooperation von Selbsthilfe und Pflege bedarf einer Evaluation, um den Nutzen aufzuzeigen. Jedem Patienten sollte zudem der Flyer der Selbsthilfegruppe mit den anderen Unterlagen ausgehändigt werden und der Kontakt angeboten werden.

Fazit

Pflege und Selbsthilfe haben gleiche Ziele, verfolgen diese aber über unterschiedliche Wege. Diese sollten sich zumindest treffen, wozu folgendes hilfreich wäre:

- Pflegekräfte mit direktem Kontakt zu krebserkrankten Menschen, die über Selbsthilfemöglichkeiten beraten und motivieren,
- Pflegekräfte, die Informationsmaterial der Selbsthilfegruppe an Patienten weitergeben,
- eine Kontaktperson der Pflege (evtl. mit Weiterbildung), die mit dem Ansprechpartner der Selbsthilfegruppe direkt zusammenarbeitet und
- eine Evaluation der Kooperation von Selbsthilfe und Pflege.

Literatur:

- Adamsen, Lis / Rasmussen, Julie (2003): Exploring and Encouraging Through Social Interaction. A Qualitative Study of Nurses' Participation in Self-help Groups for Cancer Patients. In: Cancer Nursing, Vol. 26, S. 28 - 36.
- Bachl, Annelore / Stark, Wolfgang (2003): Keiner baut ein Haus allein - Kooperation zwischen Selbsthilfe-Initiativen und Professionellen im gesundheitlichen Versorgungssystem. In: Schemmel H, Schaller J (Hrsg.) Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Dgvt-Verlag, Tübingen.
- Borgetto, Bernhard (2005): Pflege und Selbsthilfe im Kontext von chronischer Krankheit und Behinderung. In: Pflege 18, S. 313 - 319.
- Deutsche Krebsgesellschaft (2011): Zertifizierte Zentren für die Behandlung von Krebserkrankungen. http://www.krebsgesellschaft.de/wub_zertifizierte_zentren_uebersicht.html. Zugriff 12.12.2011
- Findeiß, Petra / Schachl, Tonia / Stark, Wolfgang (2001): Modelle der Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem. Abschlussbericht. Public Health Projekt C2 des Bayerischen Forschungsverbands/ FÖSS e.V., München.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Selbsthilfegruppen. <http://www.gbe-bund.de/glossar/Selbsthilfegruppen.html> Zugriff am 12.12.2011
- Hoey, Louise / Ieropoli, Sandra / White, Victoria / Jefford, Michael (2008): Systematic review of peer-support programs for people with cancer. Patient Education and Counseling 70, S. 315 - 337.
- Klein, Martina / Borgetto, Bernhard (2003): Kooperation und Vernetzung von Rehabilitationseinrichtungen und Selbsthilfeinitiativen: Ergebnisse einer Befragung deutscher Rehabilitationseinrichtungen. In: VDR (Hrsg.): Rehabilitation im Gesundheitssystem. 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband 2003. S. 41 - 42.
- Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (2011): Empfehlung für eine Stellenbeschreibung für (Kinder-) Krankenschwestern/pfleger für Onkologie. <http://www.kok-krebsgesellschaft.de/index.php/arbeitsgruppen/bagl/dokumente.html> Zugriff 12.12.2011.
- Matzat, Jürgen (2006): Selbsthilfe in der Onkologie. Ein Beitrag der Patienten zur Rehabilitation und Nachsorge. In: Der Onkologe 12, S. 412 - 420.
- Nöres, Dorothee / von Garmissen, Alexandra / Neises, Mechthild / Geyer, Siegfried (2011): Differences in illness-related knowledge of breast cancer patients according to their involvement in self-help groups. In: Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. Jg 32 Heft 3, S. 147 - 153.
- Robert Koch Institut (2010): Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. http://www.rki.de/clin_116/nn_196910/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Krebspraevaenz.html?__nnn=true Zugriff 12.12.2011
- Schaeffer, Doris / Steppe, Hilde (1997): Pflgetheorien - Beispiele aus den USA. Bern, Huber. 1997.
- Slesina, Wolfgang / Englert, Gerhard / Overbeck-Schulte, Brigitte / Rennert, Dirk / Kastirke, Nadin

(2011): Besuchsdienste von Krebs-Selbsthilfegruppen für Betroffene. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2011. S.104 - 111.

Burkhard Lebert ist Dipl. Pflege- und Gesundheitswissenschaftler und leitet seit 1994 die Weiterbildung zur Pflege krebskranker und chronisch kranker Menschen am Universitätsklinikum Heidelberg. Seit 2007 engagiert er sich im gesundheitspolitischen Ausschuss des Bundesverbands der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.

Der Autor dankt Brigitte Overbeck-Schulte, der Bundesvorsitzenden der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. von 2009 bis 2011, und Daniel Wecht, dem Leiter der Weiterbildung „Pflege in der Onkologie“ am Universitätsklinikum Marburg, herzlich für ihre Unterstützung bei der Konstruktion des Fragebogens.