

selbsthilfegruppenjahrbuch
2003

Deutsche Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen

selbsthilfegruppenjahrbuch 2003

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, 41236 Mönchengladbach, Tel.: 02166/248567
Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V.,
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen, Tel.: 0641/99-45612
Wolfgang Thiel, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung
und Unterstützung von Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V. (NAKOS),
Wilmsdorfer Straße 39, 10627 Berlin, Tel.: 030/31018960

Umschlag:

Lutz Köbele-Lipp, Kubik, Berlin

Satz und Layout:

Focus Verlag GmbH, Gießen

Druck:

Druckkollektiv, Gießen
ISSN 1616-0665

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:

Deutsche Angestellten Krankenkasse – DAK, BARMER Ersatzkasse,
Gmünder Ersatzkasse – GEK, Kaufmännische Krankenkasse – KKH,
Hamburg-Münchener Krankenkasse, Hanseatische Krankenkasse – HEK,
Krankenkasse für Bau- und Holzberufe – HZK, BRÜHLER – Die Ersatzkasse,
Buchdrucker-Krankenkasse, KEH-Ersatzkasse, 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).*

Ottomar Bahrs, Susanne Heim

Fallbezogene Entwicklung von Kriterien für die Beratung im Selbsthilfebereich in einem Interdisziplinären Qualitätszirkel

Der Interdisziplinäre Qualitätszirkel Göttingen

Die *Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e.V. (GeMeKo)* hatte 1998 – in Kooperation mit der KIBIS¹ Göttingen und der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen – eine Arbeitsgruppe initiiert, die in weitgehend paritätischer Zusammensetzung aus Ärzten, Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe und Vertretern von Selbsthilfegruppen besteht. Letztere bringen die Patientenperspektive in die gemeinsame Arbeit mit ein. Dieser *Interdisziplinäre Qualitätszirkel (IQZ)* trifft sich regelmäßig alle vier bis sechs Wochen und wird von dem Medizinsoziologen *O. Bahrs* moderiert. Anfängliches Ziel war eine Verbesserung der Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen durch mehr Kooperation. Grundlage der Gruppendiskussionen sind Berichte aus konkreten Behandlungssituationen einerseits und aus der Arbeit der Selbsthilfegruppen andererseits. Das Projekt war ursprünglich auf ein Jahr angelegt, wurde aber aufgrund der positiven Erfah-



rungen mit der Gruppenarbeit fortgeführt, auch weil die Teilnehmer weiterhin großen Bedarf an interdisziplinärem Austausch sahen. Im Frühjahr 2001 formierte sich die Gruppe dann neu: Einige Teilnehmer verließen die Gruppe, neue kamen hinzu.

Zentrales Thema der Arbeit des Nachfolgezirkels ist die Förderung salutogener Ressourcen im Beratungsgespräch. Informationsaustausch und Schnittstellenprobleme spielen aber nach wie vor eine wichtige Rolle.

Im Rahmen des Projektes wird exemplarisch erprobt, wie (niedergelassene) Ärzte, Angehörige anderer Gesundheitsberufe sowie Vertreter von Selbsthilfegruppen in kontinuierlicher fallbezogener Gruppenarbeit ihre jeweiligen Perspektiven nachvollziehbar machen können, wie sie gemeinsam Kriterien für wünschenswerte Versorgungsqualität in der Region erarbeiten und welche praktischen Konsequenzen daraus resultieren, und – nicht zuletzt – wie gesundheitsförderliche Potentiale herausgearbeitet werden können. Gerade die fallbezogene Arbeit bietet eine realistische Chance, die Expertenschaft der Patienten in ihren Möglichkeiten und Grenzen zu erfassen und einzubeziehen, Hemmschwellen und Vorurteile bei Professionellen und Laien abzubauen und Kooperation zu ermöglichen.

Will man fallbezogen arbeiten, muß zunächst definiert werden, was im Kontext interdisziplinärer Zirkelarbeit ein ›Fall‹ ist. Dies wird je nach Tätigkeitsbereich unterschiedlich sein: Zum einen Patienten/Klienten oder auch Angehörige von Patienten; zum anderen aber auch eine Gruppe insgesamt, beispielsweise dann, wenn ein Selbsthilfegruppenvertreter eine Sportgruppe anleitet und Probleme in der Gruppendynamik auftreten, die im Rahmen einer Fallvorstellung zum Thema der Zirkelarbeit werden.

Problemliste:

Die nachfolgende Problemliste ist nur zu einem geringen Teil bereits bei Beginn der Zirkelarbeit erstellt worden, weitere Punkte haben sich im Verlauf der gemeinsamen Arbeit ergeben und wurden nach und nach ergänzt:

- Arbeitsbereiche anderer Dienstleister wenig bekannt
 - vorstellen, spezifische Arbeitsweisen und -kontexte nachvollziehbar machen
- Überforderung der Dienstleister, angenommene Unterversorgung der Patienten
 - Verweisungsmöglichkeiten aufzeigen
 - Entlastungs- und Kooperationsstrukturen fördern
- Parallele Behandlung kann Abstimmungsprobleme zur Folge haben:
 - Abgrenzungsmöglichkeiten herausarbeiten
 - Zuständigkeiten klären
 - persönliche Absprachen treffen
 - ›Leitwege‹ erstellen
- Zielsetzungen und Qualitätskriterien unterschiedlich
 - fallbezogen nachvollziehbar und diskutierbar machen
- Ressourcen der Patienten/Klienten

- fallbezogen entsprechende Möglichkeiten im Beratungsgespräch erkunden
- Ressourcen des Beraters werden oft nicht gezielt genutzt
 - fallbezogen Grenzen der jeweiligen Beratungs-/Behandlungsauftrages herausarbeiten
 - ggf. Überschreitung der eigenen Kompetenz registrieren und entsprechend handeln
 - Entlastung schaffen durch
 - Einbeziehung anderer Helfer/Institutionen
 - Verteilen der Verantwortlichkeit auf mehr Schultern
 - Schaffen von Supervisionsmöglichkeiten

Raster zur Vorbereitung auf eine Fallvorstellung

Welche Informationen werden benötigt, um eine Fallvorstellung transparent und nachvollziehbar zu machen?

1. Institutioneller Kontext	2. Professioneller Kontext	3. Hintergrundinformationen	4. Formale Merkmale der Interaktion	5. Inszenierung
Informationen zur Institution des Fallvorstellenden	Informationen zur Person des Fallvorstellenden	Informationen zur Person (gemeint ist Klient/Patient)	Gesprächsbeginn	Warum gerade dieser Fall?
Mitarbeiterstruktur, Kooperationsformen	Ausbildung	Art der Kontaktaufnahme	Gesprächsverlauf	Rollen
Zielsetzung o.ä.	Tätigkeitsfeld	Auftrag	Gesprächsanteile	non-verbale Anteile
Art, Anzahl, Dauer, Häufigkeit und Ziel von Patienten-/Klientenkontakten	Art, Anzahl, Dauer, Häufigkeit und Ziel von Patienten-/Klientenkontakten	Anzahl der Treffen	Frageverhalten	Widersprüche zwischen verbalem und non-verbalem Verhalten
(beliebig zu ergänzen)	(beliebig zu ergänzen)	(beliebig zu ergänzen)	(beliebig zu ergänzen)	(beliebig zu ergänzen)

Mögliche Vorgehensweise:

Fallvorstellung unter eine bestimmte Überschrift / Schlüsselfrage stellen!

- Welche Fragen hat der Vorstellende an die Gruppe?
- Reaktion des Beratenden auf ein bestimmtes Schlüsselereignis (z.B. Zeitpunkt des Anrufs)

Für den Fallvorstellenden sowie für die Gruppe:

Neben dem Hauptthema – Ressourcenförderung bei Klient (und Berater) – folgende immer wiederkehrende Themen im Hinterkopf behalten und die Aufmerksamkeit auch darauf richten:

z.B.

- Grenzen des Behandlungsauftrags
- Ambivalenzen bei Klient und Berater
- Kooperationsmöglichkeiten: Einbeziehung von anderen Zirkelmitgliedern oder anderen Stellen

Bestehen Anknüpfungspunkte / Kontraste zu bereits vorgestellten Fällen?

Diskutierbar werden solche Fragen in der Regel am ehesten auf dem Hintergrund konkreter Fallbesprechungen. Dafür hatten die Teilnehmer des IQZ ein Raster entwickelt, welches eine mündliche Fallvorstellung nachvollziehbar für die anderen Gruppenmitglieder machen kann. Dies dient vor allem der Dokumentation von Situationen in Feldern, bei denen eine Fallvorstellung mittels Videoaufzeichnung schwierig erscheint (z. B. Sozialpsychiatrie, Sucht, Selbsthilfe).

Im Folgenden wird die Arbeit des Göttinger IQZ exemplarisch anhand einer Fallvorstellung aus dem Selbsthilfebereich vorgestellt. Diese diente für die Zirkelmitglieder zum Anlaß, Kriterien zu entwickeln, die über diesen individuellen Fall hinausgehend auf für andere Beratungsgespräche, vor allem im Selbsthilfebereich, aber auch generell, hilfreich sein können. Deutlich wurde dabei, daß bei der Frage nach den salutogenen Ressourcen neben dem Ratsuchenden immer auch der Beratende betrachtet werden sollte. Wo liegen seine spezifischen Stärken? Wo seine Schwächen? Wie kann er sich schützen vor Überforderung und gegebenenfalls vor Ausnutzung (und damit auch vor drohendem ›Burn-Out‹)?

Dies trifft gleichermaßen auf den professionellen Bereich wie auf die Selbsthilfe zu.

Falldarstellung: Der Anruf bei Nacht²

Bei Herrn Behl, ehrenamtlicher Mitarbeiter einer Selbsthilfe-Organisation, klingelt kurz vor 1.00 Uhr in der Nacht das Telefon. Am Apparat ist eine Frau, die sich nach einem Herzinfarkt in einer Rehaklinik aufhält und nicht schlafen kann. Für den nächsten Tag ist eine Herzkatheter-Untersuchung geplant. Sie sagt, es sei bereits die dritte schlaflose Nacht. Die Schlaf- oder Beruhigungstabletten, die man ihr angeboten habe, wolle sie aber nicht nehmen. Als die Nachtschwester bei ihrem Rundgang feststellte, daß die Patientin wieder nicht schlief, hatte sie den Nachtarzt gerufen, welcher beschließt, der Patientin eine Spritze zu geben. Das versetzt diese nun zusätzlich derart in Panik, daß sie zum Telefon greift und Herrn Behl um Hilfe bittet. Namen und Telefonnummer hat sie aus einem Faltblatt seiner Selbsthilfeorganisation, welches in der Klinik auslag. Persönlich kennt sie ihn nicht.

Herr Behl erfährt in dem folgenden 40-minütigen Gespräch weder den Namen noch Alter und Aufenthaltsort der Frau.

Zunächst versucht er, die verzweifelte Frau zu beruhigen, indem er ihr einige Handlungsvorschläge macht: Sie solle versuchen, zur Ruhe zu kommen und den Nachtarzt erst mal bitten, mit der Spritze zu warten, bis sie ihr Telefongespräch beendet habe. Sie solle sich genau erklären lassen, welche Wirkung diese Spritze habe und wozu sie diene. Er klärt sie darüber auf, daß sie durchaus das Recht habe, die Injektion zu verweigern. Aber auch er halte es vor einem derartigen Eingriff für sinnvoll, wenn sich der Patient ausruhe, notfalls auch unter Zuhilfenahme von Medikamenten.

Die Patientin erklärt, sie habe kein Vertrauen zu diesem Nachtarzt, den sie nicht einmal kenne. Sie sagt: *Ich zieh mich an und gehe hinaus, bestelle ein Taxi und fahre nach Hause!* Betroffen versucht Herr Behl, ihr das auszureden. Wortreich verweist er auf die Konsequenzen eines solchen Tuns (Entlassung auf eigene Verantwortung, Scherereien mit der Krankenkasse) und erklärt, das sei nur eine Flucht, der Katheter müsse aber in jedem Fall gemacht werden. Die Patientin bittet ihn, seinerseits mit dem Arzt zu sprechen. Er erklärt ihr, daß er das nicht könne, er sei kein Arzt³ und auch nicht mit ihr verwandt. Er habe gar kein Recht, mit einem sie behandelnden Arzt über sie zu sprechen. Er macht ihr folgenden Vorschlag: sie solle jetzt erst mal auflegen, sich einen Zettel nehmen und aufschreiben, welche Punkte sie mit dem Arzt besprechen wolle. Danach könne sie ihn gerne erneut anrufen. Die Patientin läßt sich darauf aber nicht ein, sie besteht darauf, das Telefongespräch fortzuführen.

Herr Behl schlägt erneut vor, den Arzt erst mal um Bedenkzeit zu bitten. Er klärt sie zudem darüber auf, daß der Arzt ihr nur unter Anwesenheit einer weiteren weiblichen Person eine Spritze geben dürfe. Und schließlich gibt er ihr den Rat, sie möge ans Fenster gehen, dieses weit öffnen und ruhig und tief atmen, um so langsam etwas zur Ruhe zu kommen. Anschließend könne sie ihn ja wieder anrufen.

Aber die Patientin weigert sich erneut, das Gespräch zu beenden. Sie habe einfach *Angst*. Herr Behl bemüht sich, diese auszuräumen: Er sagt ihr, daß jedes Jahr mehrere zehntausend Katheteruntersuchungen gemacht würden. Dabei käme es nur in einem sehr geringen Bruchteil von Fällen zu Komplikationen. Vor dem eigentlichen Eingriff müsse ein eingehendes Aufklärungsgespräch stattfinden. Und sie habe außerdem als Patientin das Recht zu fordern, daß nur ein erfahrener Kardiologe mit der Untersuchung betraut werde. Möglicherweise könne man die Untersuchung ja noch um ein paar Tage zu verschieben.

Er fragt, ob die Patientin denn mittlerweile – wie empfohlen – am Fenster stehe und tief durchatme. Sie erklärt, daß sie es versuche. Es sei aber schwierig, da sie starkes Herzklopfen habe. Herr Behl rät, sich deswegen keine Sorgen zu machen. Zu ihrer Beruhigung könne sie aber die Nachtschwester rufen und diese bitten, Puls und Blutdruck zu messen. Vermutlich sei dieser nur aufgrund der ganzen Aufregung so hoch. Noch einmal legt er ihr nahe, den Hörer aufzulegen: Nur so könne sie ungehindert am Fenster stehen, tief durchatmen und so langsam zur Ruhe kommen.

Schließlich, nach ca. 40 Minuten, scheint sich dann die Situation so weit entspannt zu haben, daß es der Patientin möglich wird, sich zu verabschieden. Sie bedankt sich und legt auf.

Herr Behl hat nach diesem Gespräch weiter nichts mehr von dieser Frau gehört. Die Ungewißheit, daß er nicht weiß, wie es weitergegangen ist, hat lange nachgewirkt und beschäftigt ihn bis heute.

Die Diskussion im Göttinger Interdisziplinären Qualitätszirkel

Bei diesem Treffen im September 2001 waren einige Teilnehmer durch Urlaub oder Krankheit verhindert. Es nahmen teil: Herr Bahrs (Moderator und Projektleiter), Herr Behl⁴ (ehrenamtlicher Mitarbeiter einer Selbsthilfe-Organisation, Fallvorstellender), Frau Behrens (Sozialpädagogin, angestellt bei einer Reha-Einrichtung), Frau Heim (Projektmitarbeiterin), Frau Paul (Ärztin), Frau Wolf (Sozialpädagogin, angestellt bei einer Krankenkasse). Die mehr als zweistündige Diskussion war sehr intensiv.

Die übergreifige Patientin

Gleich im Anschluß an die Falldarstellung fragt Frau Paul Herrn Behl, ob er in dem erwähnten Handzettel konkret als Ansprechpartner in **Krisen** aufgeführt sei. Nein, da stünden nur Name und Telefonnummer. Daraufhin läßt sie ihrer Überraschung freien Lauf:

»Also, dann find ich dieses extrem übergreifige Verhalten schon sehr überraschend. Denn man ruft ja vielleicht nachts, wenn man ganz viel Angst hat, wie diese Frau zu haben schien, ruft man vielleicht die Mutter an, die Tochter, die Schwester, vielleicht noch 'ne ganz liebe Freundin. Aber nicht irgend jemanden, der in irgendeinem Prospekt drinsteht. Das ist erstmal, was ins Auge springt. Ich denke, die Frau ist nicht einfach nur eine Patientin, die am nächsten Tag 'n Katheter hat und zu Recht beunruhigt ist, sondern das ist sicherlich jemand, der darüber hinaus noch irgendeine Art von psychiatrischer Störung hat. Und wenn's zum Beispiel 'ne Panikstörung ist.«

Ihre Art der Kommunikation sei typisch für Angstpatienten: »Wenn das nicht geht, was mache ich dann?« So verwickelte sie den Ansprechpartner »und das Ganze dreht sich dann wiederkehrend im Kreis.« Dementsprechend seien die vielen Vorschläge von Herrn Behl ins Leere gelaufen. Er folge der Argumentation der Patientin, der Arzt habe sie mit seinem Vorschlag einer Beruhigungsspritze nur noch mehr beunruhigt. Frau Paul ist der Meinung, dieses Angebot sei sinnvoll gewesen, auch wenn die Patientin es ebenso wie die Beruhigungstabletten vorher verweigerte. Ihre These dazu:

»Manchmal ist es auch eine Möglichkeit in Kontakt zu bleiben darüber, daß man die Medikamente verweigert.«

Der Moderator hält dem entgegen, daß die gewählte Nummer vielleicht nicht die erstbeste war:

»Sondern es war die einzig ihr mögliche Nummer. Verwandte, mit denen sie hätte sprechen können, hat sie nicht. Sei es, daß sie die überhaupt nicht hat, sei es, daß sie mit denen nicht sprechen kann. Zu Ärzten hat sie kein Vertrauen.«

Letzterem widerspricht Herr Behl: Er habe den Eindruck gehabt, daß sie nur zu dem diensthabenden Nachtarzt kein Vertrauen hatte, sonst habe sie sich nicht negativ über die Klinik geäußert.

Entängstigung durch Aufklärung

Mehrere Teilnehmer haben den Eindruck, daß das Gespräch sich lange im Kreis gedreht habe, daß aber dann an einem Punkt plötzlich doch Bewegung in die Sache kam. Frau Behrens glaubt, daß der ewige Kreislauf an der Stelle unterbrochen wurde, als Herr Behl die Patientin über ihre Rechte und über den Ablauf des bevorstehenden Eingriffs aufklärte:

»Und da hab' ich mich ein bißchen gewundert, weil ja eigentlich Aufklärung 24 Stunden vorher stattfinden muß. Sie haben sich ganz viel Mühe gegeben und dies probiert und jenes probiert, und irgendwann das richtige getroffen, nämlich die Aufklärung. Und daß das ihr weitergeholfen hat, daß das vielleicht fehlte.«

Deswegen habe ihr wohl auch die drohende Spritze solche Angst eingejagt:

»Also da verstehe ich, daß einem das noch mehr Angst macht, frei nach dem Motto: Dann kriege ich gar nichts mehr mit und kann auch nichts mehr entscheiden. Und da kann man sich auch ganz schnell in 'ne Panik reinsteigern.«

Aus ihrer früheren Tätigkeit als Krankenschwester in der Kardiologie kennt sie solche Situationen: Das Herz sei für die meisten Menschen ein besonders sensibles Organ, ein Eingriff in diesem Bereich deshalb hochgradig angstbesetzt. In einer solchen Situation könne es hilfreich sein, konkret nachzufragen, wie es zu der Eskalation der Situation kommen konnte: *»Warum ist diese Angst überhaupt so entstanden?«* Vielleicht wäre dann deutlich geworden, daß die Patientin nicht genügend aufgeklärt worden sei, daß niemand ihre Ängste ernst genommen habe, so daß diese in der Nacht ins Unerträgliche anwachsen konnten. Sicherlich war es nicht das Anliegen der Patientin, lediglich Schlaftabletten verabreicht zu bekommen. Und eine Spritze schon gar nicht.

Für Frau Behrens ist dies die Erklärung, warum die Patientin nach einer guten halben Stunde allmählich ruhiger wurde: sie fühlte sich ernst genommen mit ihren Ängsten und wurde über ihre Rechte aufgeklärt.

Der Berater als Schuttabladeplatz

Frau Paul sieht das anders: Angst- und Panikattacken würden in der Regel nach ca. 30 Minuten wieder abflauen. So auch hier: *»Sie haben als Schuttabladeplatz der Angst fungiert, und dann konnte sie auflegen.«*

Alle Teilnehmer des IQZ zeigen sich überrascht davon, daß Herr Behl so spät in der Nacht ein derart langes Gespräch mit einer Ratsuchenden geführt hat. Für ihn war das nichts Besonderes. Genauso wenig erschien es ihm ungewöhnlich, daß sich jemand nicht wieder meldete, das sei bei etwa einem Fünftel seiner Kontakte so.

Der Moderator nimmt an, man könne es durchaus als Zeichen von Erfolg interpretieren, wenn die Patientin sich nicht wieder gemeldet habe, offensichtlich sei sie *»dann hinterher in der Lage gewesen, sich die entsprechende Hilfe vor Ort selbst zu organisieren.«* Im Gegensatz zu einem ärztlichen Setting sei das hier eher möglich:

»Weil er von vorne rein auch gar nicht auf 'ne längerfristige Beziehung abgestellt ist, sondern Hilfe zur Selbsthilfe geben will. Also, 'ne Situation, wo die Patienten praktisch auftanken und dann aus eigener Kraft weiterfahren können.«

Auch Herr Behl hat für sich entschieden, die nicht erfolgte erneute Kontaktaufnahme positiv zu deuten. Trotzdem frage er sich, ob er nicht doch einen Fehler gemacht habe.

Herr Bahrs interpretiert das so: *»Ein Stück der Angst, das die Patientin an Sie herangetragen hat, das tragen Sie ja ständig weiter mit sich rum.«* Vielleicht wäre es hilfreich gewesen, sie zu bitten, sich wieder zu melden, einfach, damit er Bescheid wisse.

Entlastung des Helfers durch Anknüpfen an bestehende Ressourcen sowie an die Ressourcen der Patientin

Frau Paul stellt fest, daß Herr Behl in diesem Fall ja sehr viel Verantwortung übernommen habe:

»Manchmal kann es für einen selber in so einer Situation, wo man so wenig Eingriffsmöglichkeiten hat, auch hilfreich sein, nachzufragen: »Was sind denn sonst Ihre Möglichkeiten, auf so 'ne Angst zu reagieren?« und dann wird sie sagen. »Ich dusche kalt!« oder »Ich gehe spazieren!« Irgendwas wird sie sagen. Oder daß man darauf hinweist: »Es gibt doch in der Klinik einen Psychologen!« Also, so ein bißchen die Verantwortung an sie zurückgeben, mit der Erwartung, sie kennt diese Angst und sie wird da auch schon eigene Techniken entwickelt haben, und sie darauf besinnen. Und zum anderen auch: Da sind vor Ort noch andere, die helfen können. Das könnte Sie so ein bißchen aus der Verantwortung rausholen, in die Sie ja mit diesem massiven Appell von der Patientin gebracht werden.«

Doch im gegebenen Fall war das Einschalten weiterer Ansprechpartner ja mißlungen: auf Nachtschwester und Nachtarzt hatte Herr Behl vergeblich hingewiesen, der Klinik-Psychologe sei ja nachts nicht erreichbar.

Demgegenüber erscheint es mehreren Zirkelteilnehmern aussichtsreich, an die bei der Patientin bestehenden Ressourcen anzuknüpfen. Frau Wolf hält die Frage: *»Wie gehen Sie sonst mit Ihrer Angst um?«* für sinnvoll. Frau Behrens ergänzt, daß man auch möglichst fragen sollte: *»Was meinen Sie, was ich für Sie tun kann?«*, sofern es das Setting zulasse. Hier ist der bei einem Telefongespräch gegebene Kontext zu bedenken: Die Informationskanäle sind beschränkt, man kann nur aus dem Klang der Stimme schließen, ob eine Intervention *»angekommen«* ist oder nicht. So habe Herr Behl der Patientin eine Vielzahl von Angeboten gemacht. Alle habe sie mehr oder weniger abgelehnt

und ihn zudem durch die Drohung, die Klinik zu verlassen, unter Druck gesetzt: *»Das war die Aufforderung, sich noch mehr Mühe zu geben!«.*

Allerdings wehrt sich Herr Behl gegen eine pauschale Beurteilung der Patientin, er hält ihre Ängste vor Katheteruntersuchung und Injektion für nachvollziehbar und nicht für psychiatrisch auffällig.

Der Moderator gibt auch zu bedenken, daß diese Patientin ja doch offensichtlich so viele Ressourcen mobilisieren konnte, daß sie sich mitten in der Nacht Verstärkung geholt hat. Außerdem setzte sie sich dem Fachpersonal gegenüber durch und ließ sich nicht dazu überreden, Beruhigungs- und Schlafmittel zu nehmen. Deswegen war vielleicht auch die Angst vor der Überwältigung durch eine Spritze besonders stark. Frau Behrens hierzu:

»Das war die übliche Ablehnung, wie man es mit Tabletten macht. Die wandern in die Schublade oder in den Müll. Und eine Spritze ist etwas, was sie eben nicht ablehnen kann.«

In ihrer beruflichen Praxis in der Kardiologie hat sie ähnliche Erfahrungen gemacht:

»Da ist dann ganz viel Aufklärung gefragt. Also erst mal fragen: »Was haben Sie denn verstanden?« und das dann noch mal erklären. Auch, daß es empfehlenswert ist, was zum Beruhigen zu nehmen, weil das ein natürlicher Streß und natürliche Angst ist.«

Was darf ein ehrenamtlicher Berater?

Gegen Ende der Diskussion spricht Herr Behl selbst die schwierige Frage von Kompetenz und Verantwortung an:

»Da hab' ich dann also folgende Fragen: Mein Verhalten und die Selbsthilfeeorganisation. Darüber muß ich auch nachdenken, ob ich zu intensiv war mit meinen Einflüssen, die ich da vorgeschlagen habe. Und dann: ich bin ja kein Arzt, [...], die Kompetenz, ob ich die überhaupt habe.«

Bereits im Verlauf der Falldiskussion ist mehrmals der Gedanke aufgetaucht, ob Herr Behl nicht bei dieser Form von Beratung (am Telefon, ohne nähere Informationen über Art der Erkrankung und Umstände, etc.) erhebliche Verantwortung übernommen hat. Für ihn ist die Fallvorstellung im Zirkel eine Möglichkeit, *»mal mit jemandem zu reden oder mit einer Gruppe zu sprechen.«* Auf Nachfrage erklärt er, daß er sonst keine Möglichkeit habe, sich – beispielsweise im Rahmen von Veranstaltungen seiner Selbsthilfeeorganisation – hierüber mit anderen auszutauschen. Treffen der Ehrenamtlichen fänden nur einmal im Jahr statt, und dabei stünden organisatorische Fragen im Vordergrund. Mehrere Teilnehmer sind der Meinung, daß die Organisation hier gefragt sei, irgendeine Form von Supervision für ihre ehrenamtlichen Mitarbeiter anzubieten. Ebenso sei es notwendig, deren Aufgaben klar zu umreißen. Anscheinend besteht hier dringender Klärungsbedarf. Frau Paul:

»Auch wenn's 'ne Beschneidung ist, Sie werden ja weiterhin in Situationen kommen, in denen Sie als Mensch gefragt werden. Aber ich denke, es

ist ganz extrem wichtig, das abzuklären. Das hat natürlich auch mit Grenzziehung zu tun.«

Das im vorliegenden Fall nicht erfolgte Feedback der Patientin erhofft Herr Behl sich von der Gruppe:

»Ich wollte eigentlich mit der Vorstellung dieses Falles hier die Möglichkeit bekommen, daß die Gruppe mir auch ein Feedback gibt, damit ich dann noch einmal überprüfe: Ist es gut gewesen, ist es nicht gut gewesen, oder wo hätte ich mich da anders verhalten sollen. Und das kann man nur in so einer Gruppe.«

Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Problem- und Qualitätsdefinition

Auffällig ist, daß die Problem- und Qualitätsdefinitionen kontext- und professionsabhängig zu sein scheinen: Das Problem wurde von den verschiedenen Professionen unterschiedlich definiert:

- Für die Ärztin sind rationale Erklärungsmuster für die Angst (situationsübergreifend) bestimmend. Die Angst der Patientin wird von ihr interpretiert als Ausdruck einer angenommenen psychiatrischen Störung. Entsprechend sind ihre Handlungsempfehlungen darauf abgestimmt: Bei einer Angststörung seien Interventionen, egal welcher Art, wenig sinnvoll, die Attacke gehe vorüber, ob mit oder ohne Intervention.
- Für die Sozialpädagogin, die im Erstberuf Krankenschwester war, sind ebenfalls rationale Erklärungsmuster bestimmend für die Angst (situationsbezogen). Ursache für die Ängste der Patienten ist Aufklärungsmangel. Ihre Handlungsempfehlung: Aufklärung vertreibt die Angst: »Ganz viel Aufklärung ist gefragt!«
- Für den Teilnehmer aus dem Selbsthilfebereich sind sowohl rationale als auch emotionale Erklärungsmuster für die Angst denkbar. Die Angst wird als nachvollziehbar erlebt. Er reagiert mit Aufklärung⁵ und mit Empathie.

2. Worin bestanden hier die salutogenen Ressourcen?

- Die Patientin:
Die Verweigerung von Beruhigungs- und Schlafmitteln (wenn auch wahrscheinlich nur durch Weglassen) zeigt eine gewisse Stärke der Patientin. Ebenso die Tatsache, daß sie sich mitten in der Nacht ›Verstärkung‹ holen konnte.
- Der Berater führt ohne erkennbare Anstrengung mitten in der Nacht scheinbar in aller Ruhe ein 40-minütiges Beratungsgespräch. Die Gelassenheit, die er dabei bewahrt, läßt Rückschlüsse auf Ressourcen seitens des Beraters zu.

Wodurch wurden Ressourcen gestärkt?

- Patientin:
 - Durch das Gefühl, ernst genommen zu werden, durch Anteilnahme und Aufklärung
- Berater:
 - Durch das Gefühl der eigenen Bedeutsamkeit (vgl. Salutogenese-Konzept von A. Antonovsky)⁶, das Gefühl, durch die Beratung etwas bewirken zu können.

Was schwächt Ressourcen?

- Patientin:
 - Verunsicherung durch das Verhalten des Klinikpersonals
 - evt. zusätzliche Verunsicherung durch immer neue Vorschläge des Beraters
- Berater:
 - unklare Rollendefinition durch unklare Vorgaben der Selbsthilfeorganisation
 - Verunsicherung durch fehlendes Feedback

Wie schützt / entlastet sich der Laien-Helfer?

hier: durch Austausch in selbstgewähltem Forum, durch den interdisziplinären Qualitätszirkel.

Im Verlauf der Diskussion entwickelte fallübergreifende Handlungsempfehlungen für Beratungssituationen:

- Beratungsauftrag klären:
 - Nachfragen: *»Was erhoffen Sie sich von mir? Womit kann ich Ihnen helfen?«*
- ggf. auf Einhaltung des Settings bestehen:
 - »Sie rufen mich mitten in der Nacht an! Ich bin keine Notrufzentrale!«*
- Anknüpfen an bestehende Ressourcen:
 - »Was hat Ihnen in ähnlichen Situationen geholfen?«*
- Informationen gezielt und überschaubar geben:
 - Sich auf wenige, klare Vorschläge beschränken.
 - Durch seine Unsicherheit (unbekannte Person, unbekannte Situation, nachts etc.) wurde der Laienhelfer dazu gebracht, immer neue Vorschläge zu machen und sehr detaillierte medizinische Informationen zu geben, zu denen er eigentlich nicht autorisiert ist. Das könnte für die Patienten verwirrend und damit erneut verunsichernd gewesen sein.
- Bitte um Feedback und Angebot weiterer Kontakte
- Verweis auf andere bzw. deren Einbeziehung (Klinik-Psychologe, Seelsorger etc.) zur ›Teilung‹ der Verantwortung

Fallübergreifende Empfehlung zum Schutz und zur Entlastung für den (Laien-) Helfer

- Nutzen des Qualitätszirkel als Forum der Diskussion und Supervision der Selbsthilfegruppenarbeit.

Fallübergreifende Empfehlung für Selbsthilfeorganisation:

- Aufforderung an die Organisation, dafür Sorge zu tragen, daß klar umrissene Aufgabenprofile für die Mitarbeiter, auch die ehrenamtlichen, erstellt und systematisch Entlastungsmöglichkeiten geschaffen werden
- Überprüfung der verteilten Medien (Faltblätter, Plakate etc.) daraufhin, in wieweit diese gegebenenfalls Mißverständnissen bezüglich der »Feuerwehr-Funktion« der genannten Ansprechpartner Vorschub leisten.
- Initiierung von Supervisionsgruppen für ehrenamtliche Beauftragte

Aus den Reaktionen auf das Protokoll dieser Zirkelsitzung von Teilnehmern aus dem Selbsthilfebereich, die bei der vorgestellten Sitzung nicht anwesend gewesen waren, konnte man entnehmen, daß auch diesen die angesprochenen Probleme von Abgrenzung, Verantwortlichkeit und Unklarheit der Kompetenzbereiche vertraut sind. Sie haben das Problem und ihr eigenes Handeln wiedererkannt und als charakteristisch beschrieben. Eine Teilnehmerin: *»Was mir bewußt geworden ist wieder mal, daß wir doch in unserem Bereich oft sehr viele Drahtseilakte hinter uns bringen.«*

In wieweit die erarbeiteten Empfehlungen von den Teilnehmern auch umgesetzt werden können, ist schwierig zu sagen. In vorliegendem Fall gab es keinen weiteren Kontakt zwischen Berater und Patientin. In einer anderen Fallvorstellung von Herrn Behl, drei Monate später, wurde deutlich, daß er wieder die Fragen danach, was der Ratsuchende konkret von ihm erwarte und womit er helfen könne, *nicht* gestellt hatte. Dies stellte sich im Laufe der Zirkelarbeit als zentrales Problem jeder Beratung heraus und war bei den Professionellen ebenso zu beobachten. Auch die Tendenz, zu viele Vorschläge zu machen, wurde erneut sichtbar. Umgesetzt hat er *einen* Punkt: Er hat der Klientin einen Folgetermin vorgeschlagen. Und er nutzt den Qualitätszirkel nach den positiven Erfahrungen bei seiner ersten Fallvorstellung als eine Art Supervisionsgruppe. Dahingehende Anregungen wurden jedoch von seiner Selbsthilfeorganisation bislang nicht aufgegriffen.

Die Tatsache, daß andere sich in diesen Darstellungen wiedererkannten, heißt noch nicht, daß die erarbeiteten Empfehlungen auch ihren Niederschlag in der alltäglichen Praxis finden. Erreicht werden kann aber in jedem Fall ein höherer Grad der Sensibilität für Überforderung bzw. Überschätzung der eigenen Rolle, und dies gilt sowohl für die professionellen Mitglieder des Zirkels wie für die ehrenamtlichen.

Die Mitarbeit in einem Qualitätszirkel kann für alle Teilnehmer zu einer Möglichkeit der Reflexion des eigenen Handelns beitragen. Einmal erarbeitete Grundsätze können von Sitzung zu Sitzung erweitert und modifiziert werden, wobei die Tatsache immer bedacht werden muß, daß die Teilnehmer eines *interdisziplinären* Qualitätszirkels in sehr unterschiedlichen Settings arbeiten und Kriterien nicht eins zu eins übertragbar sind. Im Selbsthilfebereich könnte

Qualitätszirkelarbeit zu einer Art »freiwilliger Qualitätskontrolle« werden und somit als ein mögliches Element der Qualitätssicherung dienen.⁷

Anmerkungen

1 Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle im Selbsthilfebereich

2 vgl. Clyne, M: Anruf bei Nacht, Klett, Stuttgart 1964.

3 Es könnte sein, daß dies der Patientin bis zu diesem Zeitpunkt gar nicht klar war.

4 Die Namen wurden bis auf die der Projektmitarbeiter anonymisiert.

5 Vor allem mit zumindest fragwürdig erscheinender Beratung in **rechtlicher** Hinsicht!

6 Kernstück von Antonovskys Modell ist die Annahme, daß jeder Mensch über ein sog. »Kohärenzgefühl« (*sense of coherence* oder kurz: SOC) verfügt. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto weniger anfällig für Krankheiten sollte sie sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben. Diese Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, setzt sich nach Antonovskys Überlegungen aus drei Komponenten zusammen: Gefühl von Verstehbarkeit (*sense of comprehensibility*)

Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (*sense of manageability*)

Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (*sense of meaningfulness*).

Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt dazu, daß ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren kann. Er aktiviert die für diese spezifische Situation angemessenen Ressourcen.« (nach: Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (1999): »Was erhält Menschen gesund?« – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6, 4. Auflage, Köln: BZgA)

7 Entsprechende Schulungen für Teilnehmer aus dem Selbsthilfebereich sind geplant. Infos hierzu und zu anderen Aktivitäten der *GeMeKo* unter www.gemeko.de

Dr. Ottomar Bahrs arbeitet in der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen und Susanne Heim im Projekt »Interdisziplinäre Qualitätszirkel« der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation (GeMeKo).