

Wie erleben Ärzte Selbsthilfe? Einstellungen-Beziehungen-Kontakte

Dr. Peter Scholze, Vorstandsbeauftragter für Patientenorientierung der KVB
7. Bayerischer Selbsthilfekongreß, 23. Oktober 2009

Wie erleben Ärzte Selbsthilfegruppen (SHG)? Hierzu gibt es mehrere Studien mit z.T. heterogenen Ergebnissen.

Bernhard Borgetto hat die bis zum Jahre 2000 präsentierten Studien in einer Übersicht 2001 zusammengefaßt. Der Anteil der Ärzte, die zu Selbsthilfe-Zusammenschlüssen Kontakt hatten, lag in den 1980iger und 1990er Jahren deutlich unter 50 Prozent. Andererseits: Von den befragten SH-Zusammenschlüssen gaben 50-100% Kontakte zu Ärzten/Therapeuten an. Während viele SHG mit Professionellen zusammenarbeiten, kooperiert nur ein geringer Teil der Professionellen mit SHG.

Ärzte sehen die Vorteile einer Zusammenarbeit mit SHG vor allem in einer arbeitsteiligen Entlastung und Ergänzung im Bereich der krankheitsbedingten psychosozialen Probleme und in der Unterstützung ihrer eigenen Arbeit. Ein Kooperationsmotiv liegt für Ärzte aber auch im eigenen Erfahrungs- und Informationsgewinn durch die Zusammenarbeit mit SHG.. Bei den direkten Kooperationen überwiegen „lose Verknüpfungen und „punktuellen Kontakte“, dauerhafte Kooperationen bilden eher die Ausnahme.

Borgetto resumiert: „Das Verhältnis zwischen Selbsthilfe und dem professionellen Versorgungssystem ist noch immer von einem Ungleichgewicht geprägt. Weite Teile der professionellen Helfer im Gesundheitswesen nehmen die Selbsthilfe nicht zur Kenntnis oder sehen sie nur als letztes Auffangnetz für medizinisch nicht mehr behandelbare Patienten/Klienten an. Selbst positiv gegenüber der Selbsthilfe eingestellte Professionelle unterstützen die Selbsthilfe oftmals vorrangig, um die eigene Arbeit mit ihren Patienten/Klienten ... effektiver zu gestalten, und weniger, um chronisch Kranke und Behinderte generell in ihrem Bemühen um Selbsthilfe und Selbstbestimmung zu unterstützen“

Kardorff und Leisenheimer sprechen 1999 von einem „doppelten Ungleichgewicht“, einer hierarchischen Beziehung zwischen kranken und gesunden Menschen und einer hierarchischen Beziehung zwischen sog. Laien und Experten.

Und **Rolf Rosenbrock** pointiert noch schärfer: „Seit den 80er Jahren gehört es in der Bundesrepublik zum gesundheitspolitisch und gesundheitswissenschaftlich guten Ton, Selbsthilfe irgendwie prima zu finden. ... sie ist ein beliebter Gegenstand von Sozialbelletristik und Sonntagsreden aller Art“. (2001). Trotz verbal bekundeter Kooperationsbereitschaft folgen von Seiten der Professionellen viel zu wenig Schritte.

Wolfgang Slesina et al. erstellten 2003/2004 eine Studie „Zusammenarbeit von Ärzten der ambulanten/stationären Versorgung und Selbsthilfegruppen – Ziele, Formen, Erfahrungen – eine Quer- und Längsschnittstudie“. Die befragten Ärzte betonten,

- dass SHG eine emotionale und lebensweltliche Hilfe für die Betroffenen sind (67% volle Zustimmung),
- dass SHG das Krankheits- und Therapieverständnis der Mitglieder sowie die Kompetenz der Betroffenen im Umgang mit der Krankheit verbessern (67% volle Zustimmung)
- dass SHG zur Patienten-Compliance beitragen (40%)

Nach dieser Studie wird der Nutzen von SHG für Patienten von niedergelassenen Ärzten überwiegend anerkannt.

Deutlich wurden aber auch Vorbehalte von Ärzten gegenüber SHG. Kritik wurde insbesondere deutlich an

- Selbsthilfegruppen, die mit einem festgelegten Meinungsbild behaftet sind,
- Selbsthilfegruppen, die sich in ärztliche Entscheidungen einmischen,
- Selbsthilfegruppen, die Patienten bei der Arztwahl beeinflussen
- Selbsthilfegruppen, die mit einer zu scharfen Rhetorik agieren.

Als bedeutsamste Kooperationshemmniss wurden genannt:

- Der eigene Zeitmangel (74%),
- Vorbehalte aufgrund „unwissenschaftlicher Vorstellungen mancher Gruppen“ (40%),
- fehlende Abrechnungsmöglichkeit des Kooperationsaufwandes (26%).

Und wie sieht die konkrete Kooperation aus? Die Slesina-Studie ergab:

- Eine Teilgruppe von 11% aller niedergelassenen Ärzte ist in eine feste Beziehung mit Selbsthilfegruppen eingebunden
- weitere 14% der niedergelassenen Ärzte kommunizieren und interagieren eher anlaßbezogen
- weitere 11% der Ärzte verfügen nur über einen indirekten Kontakt zu Selbsthilfegruppen (z.B. auslegen von Info-Material)
- 64% der Ärzte hatten keinen Kontakt zu Selbsthilfegruppen.
- Die Gruppe der niedergelassenen Ärzte mit SHG-Kontakt umfasst überdurchschnittlich viele Ärzte im Alter über 50 Jahre, einen höheren Anteil an Gemeinschaftspraxen sowie einen höheren Prozentsatz von Internisten, Allgemeinärzten, Gynäkologen und Nervenärzten im Vergleich zur Arztgruppe ohne SHG-Kontakt.

Die KVB-Studie „Selbsthilfegruppen im Fokus“ (Scholze 2007) ergab folgendes:

	Einzel- praxen	Praxis- netze
<u>Allgemeine Wertung von Selbsthilfegruppen</u>		
„Ich halte SHG für sinnvoll“	95%	97%
„Ich habe bereits einmal mit einer SHG positive Erfahrungen gemacht“	71%	65%
„SHG können mich bei der Betreuung chronisch kranker oder schwieriger Patienten entlasten“	77%	92%
<u>Konkrete Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen</u>		
„SHG werden in meiner Praxis thematisiert“	28%	27%
„Ich vermittele pro Quartal mehr als zehn Patienten zu SHG“	9%	24%
„Ich bin prinzipiell bereit, ohne Honorar SHG zu beraten“	33%	46%

Schlussfolgerungen:

Die Einstellung von Ärzten zu Selbsthilfegruppen kann in einem argumentativen und in einem emotionalen Spannungsfeld abgebildet werden.

An **abwertenden Argumenten** wird angeführt:

SHG schüren die Anspruchshaltung des Patienten, sie agieren inkompetente Besserwisseri, sie werden von Pharma-Industrie gesponsert, sie sind Ärztekritiker und Ärztehasser, sie konkurrieren mit Ärzten und sie lehnen eine ehrliche Partnerschaft ab.

An **zustimmenden Argumenten** wird angeführt:

SHG verhelfen zu besseren Behandlungsergebnissen, sie stärken Compliance und Empowerment, sie tragen zu Qualitätsverbesserung, Kompetenzerweiterung und Transparenz bei, sie verhelfen zu einem „lernenden System“, sie fördern Vernetzung und Synergie-Effekte.

Negative emotionale Faktoren sind:

Angst vor dem mündigen Patienten, Angst vor eigener Infragestellung durch SHG, Angst vor Kontrolle und Konkurrenz, Angst vor Aufdeckung von Behandlungsfehlern, Angst vor Einengung des Therapie-Freiraumes für den Arzt

Zustimmende emotionale Faktoren sind:

Entlastung des Arztes, geteilte Verantwortung, positives feed back vom Patienten, Anerkennung durch SHG, Förderung von Vertrauen und Patientenbindung.

Wie können Brückeninstanzen zur Entwicklung einer gemeinsamen Kooperationskultur geschaffen werden?

Hierzu sagt Wolfgang Stark (2001): „Die Kooperation von Selbsthilfe-Initiativen und Professionellen lässt sich nach den bisherigen Studien nicht einfach technisch-organisatorisch herstellen.“ Es bedarf einer Beziehungsgestaltung auf personeller und kultureller Ebene.

Wichtig erscheint mir: Bei den meisten Kooperationen handelt es sich jeweils um spezifische, stark von den beteiligten Personen geprägte Konstellationen. Die Ebene des einzelnen Arztes und der einzelnen Selbsthilfegruppe ist wohl schnell überfordert. Wichtig ist die Entwicklung eines institutionalisierten Austausches über Selbsthilfeorganisationen/Selbsthilfeverbände einerseits und Körperschaften/Berufsverbände andererseits. Selbsthilfegruppen und Ärzte müssen strukturiert zusammengeführt werden.

Adela Litschel von der Kooperationsstelle für Selbsthilfeorganisationen der KBV schlägt hierzu vor:

- Die Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Ärzten in Qualitätszirkeln
- Die Integration der Selbsthilfe in die Erarbeitung von Leitlinien
- Die Einbindung von Selbsthilfeverbänden in den Aufbau bzw. Ausbau von Patienten- und Bürgerinformationssystemen.

Weitere Projekte, so das „Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen“ des BKK-Bundesverbandes, weisen in die gleiche Richtung.

Wenn man Ärzte zur Motivation mit Selbsthilfegruppen motivieren will, dann sollte man immer wieder auf zwei Punkte hinweisen:

1. In den 60er und 70er Jahren sind Selbsthilfe-Initiativen (oftmals) in Opposition zu einem sich rasant veränderten Medizinbetrieb (High-Tech-Medizin) entstanden. Heute ist ein Konsens aller Beteiligten festzustellen: Ärzte und Selbsthilfegruppen sollen nicht in einem Konkurrenzverhältnis, sondern in einem Ergänzungsverhältnis zueinander stehen.
2. Die Kooperation mit Selbsthilfegruppen soll den Ärzten keine Zusatzlasten aufbürden. Den Ärzten muß bewusster werden, dass sie selbst über die Kooperation mit SHG einen großen Nutzen im Sinne einer win-win-Situation für ihre Arbeit erzielen können und dass ihnen darüber ihre Arbeit auch wieder mehr Spaß machen kann.

Dr. Peter Scholze

Internist/Psychotherapie

Vorstandsbeauftragter für Patientenorientierung der KVB

-