

Literatur

Birgmeier, Bernd: Sozialpädagogisches Coaching. Eine innovative Beratungsform für soziale Berufe. In: Soziale Arbeit 5/2011, S. 162-166

Jungk, Robert; Müllert, Norbert: Zukunftswerkstätten: mit Phantasie gegen Routine und Resignation. München 1994

Kübler-Ross, Elisabeth: Über den Tod und das Leben danach. Güllesheim 2002

Labs, Angela: Verein „Aussicht Uckermark“ e.V. Unveröffentlichte Präsentationsmappe. Klockow 2011

Maslow, Abraham H.: Motivation und Persönlichkeit. Reinbek 2002

Nauditt, Kristina; Wermerskirch, Gerd: Bericht zur Impulsqualifizierung und Praxis der Bürgerberatung „Aussicht Uckermark“. Unveröffentlichter Abschlussbericht. Berlin 2006

Staub-Bernasconi, Silvia: Soziale Arbeit: Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die Internationale Diskussionslandschaft. In: http://www.zpsa.de/pdf/artikel_vortraege/StaubBEthiklexikonUTB.pdf. Zürich 2006 (Abruf am 19.10.2011)

Weisbord, Marvin; Janoff, Sandra: Future Search. Die Zukunftskonferenz. Wie Organisationen zu Zielsetzungen und gemeinsamem Handeln finden. Stuttgart 2001

DISEASE MANAGEMENT PROGRAMM BRUSTKREBS | Psychosoziale Beratung

Stefanie Pleick; Winfried Sennekamp

Zusammenfassung | Beim strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs setzt die AOK Baden-Württemberg als einzige Krankenkasse auf eigene, für die psychosoziale Onkologie (WPO) qualifizierte sozialpädagogische Fachberaterinnen. Interviews zeigten, dass in wenigen Gesprächen erste wichtige praktische wie emotionale Entlastungen erzielt werden können. Die klare und problemspezifische Rollenzuweisung der Sozialen Arbeit innerhalb des berufsgruppenübergreifenden Behandlungskonzepts erweist sich nach diesen Ergebnissen als vorteilhaft.

Abstract | The AOK Baden-Württemberg is the only public health insurance offering qualified psycho-social counseling for breast cancer patients. Surveys show that immediate practical and emotional relief is provided by just a few counseling sessions. According to these results the clear and problem oriented role definition of social work as part of the therapeutic concept proves to be successful.

Schlüsselwörter ▶ Krebs ▶ Frau ▶ psychosozial
▶ Beratung ▶ Allgemeine Ortskrankenkasse
▶ Baden-Württemberg

Einleitung | Disease Management Programme (DMP) gibt es in Deutschland seit 2002, in das DMP für die Krankheitsbilder Brustkrebs und Diabetes mellitus Typ 2 können Ärzte ihre Patientinnen seit dem Jahr 2004 einschreiben. Die Bundesärztekammer definiert das Programm so: „Disease-Management besteht aus einem System koordinierter Gesundheitsversorgungsmaßnahmen und Informationen für Patientenpopulationen mit Krankheitsbildern, bei denen eine aktive Beteiligung der Patienten und Patientinnen an der Behandlung zu substanziellen Effekten führen kann. Disease-Management

▲ unterstützt die Arzt-Patientenbeziehung und das Behandlungsschema;

▲ zielt auf die Prävention von Krankheitsverschlechterungen und Komplikationen durch die Verwendung

Evidenz-basierter Behandlungsleitlinien und Patienten-Empowerment-Strategien;

▲ prüft fortlaufend die klinischen, humanitären und ökonomischen Behandlungsergebnisse mit dem Ziel, die Gesundheitslage zu verbessern“ (*Bundesärztekammer* 2007).

In Deutschland nahmen im Juni 2011 nach Angabe des *Bundesversicherungsamtes* (2011a) 128 747 Patientinnen am DMP Brustkrebs teil. Eine Auswertung im Bereich Westfalen-Lippe kommt zu dem Schluss, dass dort etwa ein Drittel der neu an Brustkrebs erkrankten Frauen vom DMP erreicht wird (*Altenhofen* u.a. 2007). Der Gesetzgeber misst der psychosozialen Beratung im Rahmen des DMP ein großes Gewicht zu: „Die psychosoziale Beratung und Betreuung der Frauen soll integraler Bestandteil der Nachsorge sein. Ihr ist in diesem Rahmen ausreichend Zeit einzuräumen. Hierzu gehört auch die Beratung über die Möglichkeiten der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation ...[Sie] ist an die individuelle Situation (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen. Hierfür ist im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen ein strukturiertes Unterstützungs- und Beratungsangebot vorzusehen. Die psychosoziale Betreuung erfordert kommunikative Kompetenzen und eine erhöhte diagnostische Aufmerksamkeit gegenüber psychischen Konflikten und Belastungssituationen bei den Patientinnen und deren Angehörigen.“¹ Patientenschulungen werden im DMP Brustkrebs – anders als bei anderen DMP-Krankheitsbildern wie zum Beispiel Diabetes oder Asthma – nicht als zielführend angesehen (*Bundesversicherungsamt* 2011b, S. 7).

Die Soziale Arbeit ist für die psychosoziale Beratung die geeignete Ansprechpartnerin. „Dieses niederschwellige psychosoziale Beratungsangebot wird bereits von Sozialen Diensten in Akutkrankenhäusern, Rehabilitationskliniken und ambulanten Beratungsstellen angeboten. Sozialarbeiter/-innen besitzen auf Grund ihrer Ausbildung die Kompetenz, die in den strukturierten Behandlungsangeboten geforderte patientinnenorientierte Beratung und Betreuung wahrzunehmen“ (*Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen* e.V. 2004).

In Baden-Württemberg wurde für das Disease Management Programm Brustkrebs zwischen den betroffenen Krankenkassen, den Kassenärztlichen

Vereinigungen sowie der Krankenhausgesellschaft auf der Grundlage des § 83 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) eine Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f. SGB V bei Brustkrebs in Baden-Württemberg getroffen, die eine Behandlung von Frauen mit Brustkrebs nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse erreichen möchte². Die Krankenkasse erinnert an notwendige Arztbesuche, kann gemeinsam mit dem für das DMP verantwortlichen Arzt bei der Erstellung eines Rehabilitationsplanes mitwirken, berät individuell über weitere Leistungen und stellt den Versicherten ergänzende Informationen „über die Krankheit und deren Zusammenhänge und Folgen“ zur Verfügung (§ 29 der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f. SGB V bei Brustkrebs in Baden-Württemberg).

Die AOK Baden-Württemberg bietet nach unserer Kenntnis als einzige Krankenkasse in diesem Bundesland eine Beratung und Begleitung durch eine persönliche, psychoonkologisch geschulte Fachkraft an. Diese Fachkraft wird als AOK-Ansprechpartnerin für Brustkrebs bezeichnet, ist staatlich anerkannte Sozialpädagogin in der Organisationseinheit Competence-Center Sozialer Dienst und hat als Zusatzqualifikation die Weiterbildung Psychosoziale Onkologie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V. durchlaufen (vgl. *Becker* u.a. 2005, S. 215-224).

Die AOK-Ansprechpartnerin für Brustkrebs begleitet die Patientin vom Auftritt der Erkrankung bis zur Nachsorge und kann dabei

- ▲ auf Ängste und Nöte eingehen;
- ▲ in Lebensfragen beraten;
- ▲ als soziale Case Managerin fungieren;
- ▲ helfend die gesamte Versorgungssituation der Teilnehmerin und der Familie stabilisieren;
- ▲ bei Rehabilitationsfragen beraten und gegebenenfalls einen Rehabilitationsplan erstellen;
- ▲ bei der Aufnahme von Leistungsanträgen unterstützen;
- ▲ nicht medizinische Hilfen koordinieren und erschließen;
- ▲ bei der Suche nach Therapeuten und Einrichtungen in Absprache mit dem DMP-Arzt unterstützen;
- ▲ unterstützend psychoonkologisch tätig werden;

¹ Anlage 3 zur 4. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung 2002, S.230 ff.

² http://www.senologie.org/download/pdf/dmp_brustkrebs200204.pdf

- ▲ bei der Klärung der finanziellen Absicherung unterstützen;
- ▲ im Bedarfsfall über Möglichkeiten der palliativen Versorgung informieren sowie qualifizierte Pflegeberatung einleiten.

Die psychosoziale Betreuung durch die AOK-Ansprechpartnerin ist keine Psychotherapie und kann eine solche bei weiterreichenden Problemen nicht ersetzen. Sollte sie in ihren Gesprächen Themen aufdecken, die einer psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, sollen diese angesprochen, aber nicht bearbeitet werden. Dann gilt es, die Klientin an geeignete Psychotherapeuten oder Psychoonkologen zu vermitteln.

Fragestellung | Im Rahmen einer Bachelorarbeit wurde vor diesem Hintergrund untersucht, wie das spezifische Beratungsangebot einer gesetzlichen Krankenkasse von den betroffenen Patientinnen wahrgenommen wird und welchen Nutzen die Frauen nach eigener Einschätzung aus der psychosozialen Beratung durch die AOK-Ansprechpartnerin für Brustkrebs ziehen. Aus praktischer Erfahrung schließt sich eine speziellere Fragestellung an: Bei Frauen, die psychisch krank sind, sei es bereits vor der Krebserkrankung oder in deren Folge, müsste einer solchen Unterstützung eine besondere Bedeutung zukommen. Es ist zu überlegen, ob für diese Gruppe eine besondere Programmkonzeption benötigt wird.

Vorgehen | Es wurden drei in einer Bezirksdirektion tätige AOK-Ansprechpartnerinnen für Brustkrebs darum gebeten, jeweils sieben Fälle auszuwählen, bei denen die letzte Beratung höchstens drei Jahre zurückliegt. Diesen Patientinnen wurde ein informierendes Ankündigungsschreiben zugesandt und es wurde um eine schriftliche Einwilligung zur Kontaktaufnahme gebeten, die in drei Fällen nicht erteilt wurde. Für diese und zwei weitere Fälle, die wegen anderer Probleme (falsche Adresse, kein Kontakt zur Beraterin) nicht in die Untersuchungsgruppe aufgenommen werden konnten, wurden neue Frauen benannt. Bei Zustimmung wurde ein telefonisches Interview durchgeführt, das einem eigens entwickelten halbstrukturierten Leitfaden folgte. Die Interviews wurden von der Autorin durchgeführt, die im Rahmen eines dualen Studiums bei einer Bezirksdirektion der AOK Baden-Württemberg beschäftigt war. Als Zeitdauer waren 25 Minuten veranschlagt und angekün-

dig, tatsächlich dauerten die Gespräche zwischen 15 und 50 Minuten. Dabei wurde versucht, den Leitfaden in der Gesprächsführung flexibel einzusetzen und die Meinung der Interviewpartnerin herauszuarbeiten, ohne in eine bestimmte Richtung zu lenken, um ein „Abfragen“ zu vermeiden.

Der Interview-Leitfaden stellte die Beratungsgespräche in den Mittelpunkt. Hierbei wurden zentrale Gesprächsinhalte zusammengetragen und die wesentlichen Aufgaben, die die Beraterin aus der Sicht der Patientin wahrnahm, gemeinsam den methodischen Kategorien Beratung, Vermittlung, Aufklärung, Betreuung, Planung, Begleitung und Krisenintervention zugeordnet. Neben dieser beschreibenden Ebene wurden Bewertungen erbeten, zum Beispiel mit den Fragen: Wobei hat Ihnen die Beraterin am meisten geholfen? Hat Ihnen etwas gefehlt? Welchen Nutzen konnten Sie aus der Beratung ziehen? Ein weiterer, kürzer gehaltener Themenkomplex war das Disease Management Programm als Ganzes mit Fragen nach dem Zeitpunkt der Einschreibung, der Rolle der AOK-Ansprechpartnerin für Brustkrebs als Mitarbeiterin der Krankenkasse und nach der Möglichkeit, auf Wunsch der Patientin mit dem behandelnden Gynäkologen in Kontakt zu treten.

Die Dokumentation erfolgte durch ein Gedächtnisprotokoll, das jeweils unmittelbar nach dem Telefongespräch von der Interviewerin erstellt wurde. Das Telefonat aufzuzeichnen erwies sich in Vortests als ungeeignet und hätte es erschwert, eine subjektive und möglichst unbefangene Sichtweise der Patientinnen zu erfassen. Aus dem Datenbestand der Krankenkasse wurde gegebenenfalls die Diagnose einer psychischen Erkrankung entnommen (sieben Fälle von 21). Ergänzend fand ein ebenfalls leitfadengestütztes Interview von 30 bis 45 Minuten Dauer mit jeder der drei AOK-Ansprechpartnerinnen für Brustkrebs statt, damit einzelne Themen um die Sicht der Beraterinnen erweitert werden konnten.

Dass eine interne Mitarbeiterin die Untersuchung durchführte, engt die Objektivität der Untersuchung ein, war aber der einzig gangbare Weg. Mit der Beauftragung eines externen Unternehmens hätte die erforderliche Untersuchungstiefe nicht erreicht werden können. Denn die Interviewerin hatte durch ihre Praxissemester bei einer der AOK-Bezirksdirektionen einen viel intensiveren Einblick in die Akten und die

interne Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben für das DMP in der Krankenkasse gewinnen können. Die folgenden Ergebnisse sind daher als ein Erfahrungsbericht der Beraterinnen auf einer systematischen und patientinnegestützten Grundlage zu lesen.

Ergebnisse | Die interviewten Frauen waren im Mittel 56 Jahre (35 bis 82 Jahre) alt. Eine Mehrzahl (13 von 21) der Versicherten hatten sowohl telefonischen als auch persönlichen Kontakt mit ihrer AOK-Ansprechpartnerin für Brustkrebs, sechs nur persönlichen, zwei nur telefonischen Kontakt. Zehn Teilnehmerinnen führten mindestens fünf Gespräche mit ihrer AOK-Ansprechpartnerin, sechs hatten drei oder vier Gespräche und fünf nur ein bis zwei. Dabei empfanden 18 der Versicherten die Anzahl der Beratungen als genau richtig, für drei der Befragten waren es zu wenige. Die folgende Darstellung zeigt, dass sich die interviewten Patientinnen nur zu einem kleineren Teil (9 von 21 = 43 Prozent) kurz nach der Diagnosestellung beziehungsweise Operation in das DMP eingeschrieben hatten und dadurch schon in der Anfangsphase der Krankheitsverarbeitung von der Beratung profitieren konnten. Von den zwölf Befragten, die später eingeschrieben wurden, fanden fünf rückblickend den Zeitpunkt zu spät.

<i>Zeitpunkt der Einschreibung</i>	<i>Patientinnen</i>
kurz nach Diagnosestellung oder OP	9
während / nach der Akutbehandlung	7
nach der Rehabilitation	3
nach der Feststellung eines Rezidivs beziehungsweise einer Metastase	2

Für alle 21 Befragten war es akzeptabel, dass die AOK-Ansprechpartnerin für Brustkrebs eine Mitarbeiterin der Krankenkasse war. Viele hatten sich hierzu keine Gedanken gemacht oder fanden es richtig, da ihre Fragen das Krankenversicherungsrecht betrafen. Einige hatten sich zwar nicht vorstellen können, dass ihnen eine Mitarbeiterin ihrer Krankenkasse durch Gespräche weiterhelfen sollte, machten jedoch in der Beratung positive Erfahrungen. Allen Klientinnen wurde ein Hausbesuch angeboten, der von etwa einem Viertel in Anspruch genommen wurde.

Alle interviewten Frauen bezeichneten die Gespräche als Beratung. 80 Prozent gaben darüber hinaus an, über die eigenen Rechte und Möglichkeiten aufgeklärt worden zu sein. Zu anderen Stellen wie zum

Beispiel Psychotherapeuten oder Selbsthilfegruppen wurden 52 Prozent vermittelt. Andere Aufgaben wie Planung, Betreuung, Begleitung und Krisenintervention mussten von den AOK-Beraterinnen in geringem Maß umgesetzt werden. Bei etwa einem Fünftel der Versicherten hatten sich die AOK-Ansprechpartnerinnen mit dem behandelnden Arzt in Verbindung gesetzt, da es Konflikte zwischen Patientin und Arzt gab oder weil man sich im Vorgehen absprechen wollte. Außerdem wurden mindestens drei der Versicherten gegenüber anderen Sozialleistungsträgern, Ärzten, Ärztinnen oder auch innerhalb der Versicherung von ihrer Beraterin anwaltlich vertreten.

Von besonderem Interesse war, welche der genannten Funktionen von den Klientinnen als hilfreich erlebt wurden. Hier wurden vor allem zwei besonders häufig, nämlich in über 60 Prozent der Interviews, genannt: Zum einen übernimmt die AOK-Ansprechpartnerin für Brustkrebs die Rolle als generelle Ansprechpartnerin in allen Fragen. So sagte beispielsweise eine Patientin: „Ich finde es gut, dass es dies gibt. Vor allem die Tatsache, dass ich eine persönliche Ansprechpartnerin habe. Es beruhigt mich zu wissen, dass wenn etwas sein sollte, dass dann auch jemand da ist“ (Pleick 2010). Eine weitere Patientin sagte: „Meine Brustkrebsberaterin hat mich psychisch unterstützt, sie hat sich Zeit für mich genommen, mir zugehört und ich hatte immer jemanden zum Reden. Auch meine Wiederholungsrehabilitation hat sie mir ermöglicht. Vor allem am Anfang war ich ‚sprachlos‘, daher hat mir meine Brustkrebsberaterin sehr viel abgenommen. Sie hat als mein ‚Sprachrohr‘ fungiert und mir die lange Wartezeit auf einen für mich geeigneten Psychiater erleichtert. Als ich keinen Ausweg mehr wusste, stand sie mir bei. Meine Brustkrebsberaterin informierte mich über alles, und wenn sie mal keine Antwort auf meine Frage weiß, informiert sie sich bei anderen Mitarbeitern und auch bei anderen Institutionen und das geht so schnell, das glaubt man gar nicht. Außerdem werde ich nicht nur in eine Richtung beraten, sondern wir wiegen gemeinsam die Pro- und Contra-Seiten gegeneinander ab“ (ebd.).

Zum anderen leistet die Beraterin Hilfe bei den verschiedenen Anträgen wie zum Beispiel dem Rehabilitations- und Schwerbehindertenantrag, dem Antrag auf Übergangsgeld und der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Dadurch werden die Patientin-

nen von bürokratischen Aufgaben befreit und allgemein entlastet. Hierzu ein komplexeres Beispiel einer Klientin: „Bei der Verarbeitung und Bewältigung der Krankheit und allem was mich beschäftigt hat/zu organisieren war: Arztwechsel, Probleme bei der Genehmigung von Psychotherapie, Krankenhauswechsel, Möglichkeit der Krankengymnastik zu Hause, Rehabilitation, Schwerbehindertenantrag, teilweise Erwerbsminderungsrente, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, finanzielle Absicherung (Krankengeld, Übergangsgeld, Antrag auf finanzielle Unterstützung beim Härtefallfond der deutschen Krebshilfe, Fahrtkostenerstattung, Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen), Vermittlung zu einer Selbsthilfegruppe sowie zur Schuldnerberatungsstelle, Rückkehr in das Arbeitsleben (mein Chef wollte die verminderte Arbeitszeit durch die Rente nicht akzeptieren, mit der Hilfe meiner Brustkrebsberaterin und der durch den Integrationsfachdienst hat dies doch noch geklappt, ich dachte schon, ich werde jetzt auch noch arbeitslos) sowie Tipps, die sie mir gegeben hat. Außerdem bei den Schwierigkeiten mit meinem Exmann und dessen Krankenkasse (er ist seit einem Schlaganfall ein Pflegefall). Außerdem konnte ich nur durch sie – mit Krankengeldbezug während laufender Therapie – zu meinem damals im Sterben liegenden Vater nach Frankreich fahren“ (Pleick 2010).

Weiterhin ist es den Frauen wichtig, dass sie von ihrer AOK-Beraterin in Gesprächen oder durch Informationsmaterialien wie dem AOK-Brustbuch über ihre Möglichkeiten und Rechte informiert wurden und weitere Informationen vermittelt bekamen. So sagte eine der interviewten Frauen: „Sie hat mir zahlreiche Informationen an die Hand gegeben, zum Beispiel über meine Erkrankung und auch über meine Rechte und Ansprüche, die ich habe. Außerdem hat sie mir viele Dinge abgenommen und hat beispielsweise Unklarheiten mit der Rentenversicherung geklärt“ (Pleick 2010). Einige Aspekte, die ebenfalls hilfreich gewesen sein dürften, werden an dieser Stelle nicht erwähnt, da sie nur in Einzelfällen relevant waren, etwa Kriseninterventionen oder Kontakte der Beraterin mit dem behandelnden Gynäkologen beziehungsweise dem Hausarzt.

Ein Drittel der Klientinnen hatte eine psychiatrische Diagnose (7 von 21, bei drei von ihnen trat die psychiatrische Erkrankung nach der Krebsdiagnose auf). Diese Gruppe nahm die Beratung häufiger und länger

in Anspruch. In den Interviews wurde insgesamt eine negativere Einstellung der Klientinnen insbesondere gegenüber ihren behandelnden Ärzten und Ärztinnen deutlich, mit denen die Beraterinnen häufiger Kontakt aufnahmen, um die Anliegen der Klientinnen zu vertreten. Emotionale Unterstützung und Krisenintervention wurde häufiger erbeten, insgesamt war der Beratungsprozess intensiver und komplexer.

Die drei interviewten AOK-Ansprechpartnerinnen für Brustkrebs erkannten, dass von ihnen vor allem Aufklärung, Beratung und Vermittlung erwartet wurden. Andere Funktionen wie Planung, Betreuung, Begleitung, Krisenintervention und anwaltliche Vertretung waren nicht in jedem Fall erforderlich. Die Beraterinnen bestätigten viele Aussagen der Klientinnen, so die ihnen zuerkannte zentrale Rolle als Ansprechpartnerin und ihre Hilfe bei Anträgen; auch die intensivere Beratung und Begleitung von Klientinnen mit psychischer Erkrankung wurde von den Beraterinnen hervorgehoben.

Ein Anliegen wurde von den Beraterinnen besonders betont: Sie wünschten sich, dass die infrage kommenden Patientinnen beispielsweise durch das Krankenhaus oder den behandelnden Arzt früher und systematischer über das DMP und die Möglichkeit der Unterstützung durch eine AOK-Ansprechpartnerin für Brustkrebs informiert würden und damit eher im Krankheitsverlauf erreicht werden könnten; allerdings haben die Beraterinnen hier keinen Einfluss. Zudem wurde hinsichtlich des zeitlichen Ablaufs zwischen der Einschreibung der Patientin und dem Beginn der Beratung Verbesserungspotenzial gesehen. Unabhängig von der effektiveren Nutzung hat die AOK-Ansprechpartnerin für Brustkrebs die Möglichkeit, auch ohne bestehende DMP-Teilnahme eine erste Beratung im Kontext der Aufklärung, Beratung, Auskunft und Motivation zum DMP durchzuführen. Unter den ausgewählten 21 eingeschriebenen Patientinnen hatte eine das Beratungsangebot nicht angenommen.

Diskussion | Disease Management Programme zielen, wie oben angeführt, auf Krankheitsbilder, „bei denen eine aktive Beteiligung der Patienten an der Behandlung zu substanziellen Effekten führen kann“. Ein positiver Aspekt des DMP Brustkrebs ist darin zu sehen, dass es im Bereich der Psychoonkologie gelungen ist, „berufsgruppenübergreifend ärztliche und

nichtärztliche Psychotherapeuten, Psychoonkologen und Sozialdienste ergebnisorientiert zusammen zu führen“ (Becker u.a. 2005, S. 220).

Der Mitwirkung der Patientinnen und der psychosozialen Beratung oder Schulung werden zwar ein hoher Stellenwert zugemessen, Auswertungen beziehen sich jedoch weniger auf diese Themen. So resümiert etwa die Evaluation an über 14 000 Patientinnen im Bereich Westfalen-Lippe: „Leider wird die Sicht der Patientinnen auf die ärztliche Betreuung überhaupt nicht berücksichtigt, da sich die Dokumentationen auf medizinische Befund- und Behandlungssaspekte beschränken“ (Altenhofen u.a. 2007, S. 42, *Nordrheinische gemeinsame Einrichtung Disease Management Programme GbR* 2009). Demgegenüber versucht die Untersuchung der Autorin, an einer wenn auch kleinen Zahl an Patientinnen deren subjektives Urteil über die psychosoziale Beratung mit qualitativen Methoden zu untersuchen.

Wie bereits erwähnt, wäre eine externe Interviewerin wünschenswert gewesen, um die Sicht der Patientinnen objektiver zu erfassen. Bei der Bewertung der Aussagen der befragten Patientinnen und Mitarbeiterinnen aus dem Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg wird man dies berücksichtigen und die Ergebnisse als eine Art teilnehmender Beobachtung einordnen müssen. Andererseits fanden wir es trotz dieser Einschränkung nützlich, über ein innovatives Beratungskonzept in einem spezifischen Zusammenhang zu berichten.

Fast alle ausgewählten Patientinnen nahmen das Beratungsangebot an, obwohl sie es zum Teil vonseiten der Krankenkasse nicht erwartet hatten, und waren überwiegend mit der Anzahl der Gespräche zufrieden. Für die betrachteten Fälle lässt sich hieraus ableiten, dass die Beratung bei der Mehrzahl der Patientinnen in der Regel keine längerfristige Begleitung, sondern eine an den Bedürfnissen der Patientin in der jeweiligen Krankheitsphase orientierte Intervention darstellte, die mit einer überschaubaren Anzahl an Gesprächen abgeschlossen werden konnte.

Die wichtigste Funktion der Beraterinnen scheint uns die einer sowohl inhaltlich wie methodisch kompetenten Ansprechpartnerin zu sein, die durch Information und Hilfestellung bei Anträgen zu einer praktischen, aber auch emotionalen Entlastung beiträgt.

Darüber hinaus reicht ihre Aufgabe bei Bedarf von der Vermittlung eines Kontaktes zu psychotherapeutischen Hilfen oder Selbsthilfegruppen über die Vertretung der Anliegen der Patientin, sei es gegenüber dem behandelnden Arzt, sei es in der Krankenkasse selbst oder bei anderen Stellen, bis hin zum Case Management. Die Rolle als Case Managerin erwies sich vor allem bei dem von uns befragten Drittel der Patientinnen mit psychiatrischer Zusatzdiagnose als wichtig, was durch die exemplarisch befragten Beraterinnen bestätigt wurde.

Aus unserer Sicht ist ein frühzeitiger Beginn der Begleitung durch die AOK-Ansprechpartnerin für Brustkrebs und eine Beratung zu den hierzu bestehenden Handlungsmöglichkeiten zu empfehlen. Informationsgespräche zum DMP könnten effektiver genutzt werden und es muss nicht erst auf die Einschreibung gewartet werden, welche die Beratung oftmals mit zeitlicher Verzögerung einsetzen lässt. Dies würde einen nahtlosen Anschluss an die Aktivitäten der Sozialdienste der onkologischen Kliniken erleichtern (*Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.* 2010). Insgesamt ist zu wünschen, dass der Beratungsprozess im Kontext des DMP Brustkrebs und besonders der Sichtweise der betroffenen Patientinnen eine stärkere wissenschaftliche Aufmerksamkeit erhält.

Professor Dr. med. Dipl.-Psychologe Winfried Sennekamp ist Leiter des Studiengangs Arbeit mit psychisch Kranken und Suchtkranken an der Dualen Hochschule Villingen-Schwenningen, Schramberger Straße 26, 78054 VS-Schwenningen, E-Mail: Sennekamp@DHBW-VS.de

Stefanie Pleick ist Sozialpädagogin (B.A.) und arbeitet im Sozialen Dienst der AOK Stuttgart-Böblingen, Breitscheidstraße 20, 70176 Stuttgart, E-Mail: Stefanie.Pleick@bw.aok.de

Literatur

Altenhofen, Lutz u.a.: Qualitätssicherungsbericht 2007. Disease Management Programme in Westfalen-Lippe. In: http://www.kvwl.de/arzt/qsqm/prozess/dmp/allg_infos/dmp_qs_bericht_2007.pdf. Dortmund 2007 (Abruf am 4.10.2011)

Becker, Gerd u.a.: Disease Management Programm Mammarkarzinom – Der Baden-Württembergische Weg: Optimierung oder Irrweg? In: *Senologie* 4/2005, S. 215-224

Bundesärztekammer: Definitionen für Disease-Manage-

ment. In: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.99.3472.3474.3521>. Berlin 2007 (Abruf am 20.3.2011)

Bundesversicherungsamt: Zulassung der Disease-Management-Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA). In: http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1046154/DE/DMP/dmp__inhalt.html. Bonn 2011a (Abruf am 15.8.2011)

Bundesversicherungsamt: Zulassung der Disease-Management-Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA). Anhang 2a. In: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046154/DE/DMP/Downloads/Anhang2a.html. Bonn 2011b (Abruf am 20.3.2011)

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.: Sozialarbeit in Disease Management Programmen bei Brustkrebs. In: http://dvsg.org/uploads/media/PositionspapierMD_02.pdf. Mainz 2004 (Abruf am 4.10.2011)

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.: DVSG-Grundsatzpapier Soziale Arbeit in der Onkologie. Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten und deren Angehörigen. In: <http://dvsg.org/uploads/media/SozialarbeitOnkologieStandJuni2010.pdf>. Mainz 2010 (Abruf am 4.10.2011)

Nordrheinische gemeinsame Einrichtung Disease Management Programme GbR: Qualitätssicherungsbericht 2008. Disease Management Programme in Nordrhein. In www.kvno.de/downloads/quali/qualbe_dmp08.pdf. Düsseldorf 2009 (Abruf am 19.04.2011)

Pleick, Stefanie: Disease Management Programm Brustkrebs. Welchen subjektiven Nutzen haben die Patientinnen von der psychosozialen Beratung? Unveröffentlichte Bachelorarbeit an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg, Fakultät Sozialwesen. Villingen-Schwenningen 2010

BETROFFENENGRUPPEN-ORIENTIERTE SOZIALE ARBEIT

Martin Stummbaum

Zusammenfassung | „Blended Help“ bezeichnet in Anlehnung an den Anglizismus „Blended Learning“ ein innovatives Konzept, welches hybride Wohlfahrtsarrangements als Resultat kollektiven Selbsthilfegruppenengagements und nicht (vorrangig) als Ergebnis professioneller Planungs- und Koordinierungsleistungen generiert. Das Konzept Blended Help stellt ein methodisches Basis-Setting für eine betroffenengruppenorientierte Soziale Arbeit dar.

Abstract | Blended help, so named after blended learning, describes an innovative concept, which generates hybrid welfare arrangements on the basis of a collective support-group management and not predominantly as a result of professional planning- and coordinationmanagement. Blended help is the methodical basis for a social work orientated toward the needs of the affected groups.

Schlüsselwörter ▶ *Selbsthilfegruppe*
▶ *Soziale Arbeit* ▶ *Methode* ▶ *Klient* ▶ *Konzeption*

1 Patientenorientierung im Gesundheitswesen | Selbsthilfegruppen haben sich in den zurückliegenden Jahrzehnten in Deutschland von einem alternativen Nischenphänomen zu einer gesellschaftlich weit verbreiteten und politisch anerkannten Bewegung entwickelt. Im Jahre 2004 engagierten sich in Deutschland geschätzte drei Millionen Bürgerinnen und Bürger in zirka 100 000 Selbsthilfegruppen (*Robert Koch-Institut* 2004). Die Erfolgsgeschichte der aktuellen Selbsthilfebewegung ist überwiegend von einer Vielzahl gesundheitsbezogener Selbsthilfegruppen getragen (*ebd.*).

Im Prozess der Anerkennung und Etablierung des gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppenengagements vollzog sich ein Perspektivenwechsel hinsichtlich des Prinzips der Patientenorientierung. Eine aus der vorherrschenden Perspektive der (ärztlichen) Leistungserbringerinnen und -erbringer paternalistisch formulierte Patientenorientierung wandelte sich zunehmend zu einer aus der Perspektive der Leistungsnutzerinnen und -nutzer formulierten Patientenorientierung (vgl. *Schott* 1993). Diese neue Sicht-