

## Aktivierender Staat und aktive Bürgergesellschaft im deutschen Gesundheitswesen

### Summary

#### Enabling state and active civil society in the German health care system

This paper discusses the question, to what extent concepts of an enabling state are realised in the German health policy and whether they meet active citizens with corresponding competencies. The analysis is based on a review of the literature referring to the promotion and development of the self-help movement and citizen participation in the German health care system. The results show, that since 1999 the following enabling health policy measures were adopted: the promotion of independent patient advisory services and shared decision-making, the enactment of participation rules in the rehabilitation system and the compulsory subsidy for self-help groups, self-help organisations and clearing houses for self-help. The active engagement of the citizens both as co-producers of health on the individual level and as participants in processes of communication and decision-making on the system level is still restricted to a small part of the population. An enabling health policy and a broad citizen participation are still in the beginning, but they have the potential to strengthen each other and to realise synergetic effects. Even though some corresponding institutions were already established and attitudes of the health care professionals start to alter, the question whether the health policy will change from a welfare producing state to an enabling state cannot be answered completely yet.

**Keywords:** Enabling state – Civil society – Self-help – Citizen participation – Health care system – Health policy.

Das Ziel dieses Beitrags ist es, am Beispiel des Gesundheitswesens zu diskutieren, ob und inwieweit sich Konzepte eines aktivierenden Staats in der Ausgestaltung der Gesundheitspolitik in Deutschland wiederfinden lassen und ob und inwieweit diese Politik auf einen aktiven (aktivierbaren) Bürger (Heinze & Olk 2001a) mit korrespondierenden Kompetenzen (Olk 2001) trifft.

Ein Wohlfahrtsstaat wie Deutschland ist nach üblichem Verständnis ein produzierender Staat. Ein Wohlfahrt produzierender Staat erfüllt seine Aufgabe, indem er zur Regelung bestimmter gesellschaftlicher Probleme und zur Gewährleistung bestimmter Sicherungsleistungen Geld und soziale Dienste für die Bürgerinnen und Bürger bereitstellt. Schwindende finanzielle Ressourcen, Probleme der Steuerung und wachsende Ansprüche an Niveau und Qualität öffentlicher Leistungen haben jedoch in den letzten Jahren Konzepten Auftrieb verliehen, die unter den Leitbegriffen „ermunternder“, „ermöglichender“ oder „aktivierender“ Staat diskutiert werden (Olk 2001; Mezger & West 2000; Bandemer & Hilbert 2000; Giddens 1999, Gewerkschaftliche Monatshefte 1999). Der aktivierende Staat hält an seiner grundsätzlichen Zuständigkeit zwar fest, setzt bei der Realisierung dieser Aufgaben aber auf die Koproduktion und selbstverantwortliche Eigenleistung individueller und kollektiver gesellschaftlicher Akteure (Heinze & Olk 2001b).

Die Ausgestaltung einer aktivierenden Gesundheitspolitik ist auf dem Hintergrund zu sehen, dass der Staat nach der Errichtung des Sozialversicherungssystems, insbesondere nach Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung und der heute für die Rehabilitation federführend zuständigen gesetzlichen Rentenversicherung seine unmittelbare Rolle als „Produzent von Gesundheit“ an die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen/Träger der Rehabilitation delegiert hat. Diese nimmt heute den Auftrag der Sicherstellung und Gewährleistung der medizinischen und psychosozialen Versorgung wahr (Alber 1992).

Dennoch hat bereits vor mehr als 20 Jahren eine Phase der Förderung der wohlfahrtsrelevanten Eigenaktivitäten von individuellen und korporativen Akteuren eingesetzt. Dabei sind die liberalistischen Strategien der vor allem finanziellen Eigenbeteiligung der Nutzer der gesundheitlichen Versorgung von den eher kommunitaristischen und republikanischen Strategien des *Empowerments* (vgl. z.B. das Forschungsprogramm des *Shared-decision-makings* in der medizinischen Versorgung) und der Förderung von sozialen Netzwerken und bürgerschaftlicher Organisation (sozialem Kapital) zu unterscheiden<sup>1</sup>.

Der Beitrag beschränkt sich weitgehend auf die Analyse der Förderung sozialer Netzwerke und bürgerschaftlicher Organisation als Voraussetzung zur Koproduktion von Gesundheit und zur Beteiligung an Kommunikations- und Entscheidungsprozessen des Gesundheitswesens. Es sollen insbesondere die erkennbaren Förderstrategien eines aktivierenden Staates den Formen der bürgerschaftlichen Organisation und Kompetenzentwicklung gegenüber gestellt werden. Die These, die ich dabei vertrete, ist, dass es sich bei den aktivierenden gesundheitspolitischen Strategien des Staates und der Herausbildung von Netzwerken und Organisationen aktiver Bürgerschaft um zwei weitgehend kontingente, voneinander unabhängige Entwicklungen handelt, die jedoch in den letzten Jahren beginnen, zunehmend ineinander zu greifen und in Zukunft die Chance bieten, synergetische Effekte zu erzielen.

### **Aktivierende gesundheitspolitische Strategien und die Entwicklung von Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement**

Eigenaktivitäten von individuellen und korporativen Akteuren einer Bürgergesellschaft im Gesundheitsbereich bestehen einerseits in der gesundheitsbezogenen individuellen und gemeinschaftlichen Selbsthilfe (Borgetto & von Troschke 2001) und andererseits in der vorwiegend ehrenamtlichen Laienhilfe, z.T. aber auch professionellen Hilfe in Selbsthilfe-, Patienten- und Laienorganisationen. Bereits Ende des 20. Jahrhunderts bestanden in Deutschland Netzwerke und Organisationen von Behinderten und deren Angehörigen. Bis in die 70er-Jahre waren diese mehr an dem Prinzip der ehrenamtlichen Fremdhilfe (meist von Eltern und anderen Angehörigen Behinderter) als der Selbsthilfe orientiert (Olk 1991; Rinn 2000). Dies änderte sich u.a. mit dem Aufkommen der Anonymen Alkoholiker in den

50er-Jahren und der folgenden Verbreitung des Anonymus- und Selbsthilfedankens in anderen Krankheitsbereichen (Moeller 1996). Zugleich existierten Eigenaktivitäten in der Tradition der freien Wohlfahrtspflege, so z.B. Besuchsdienste und freiwillige Helfer in der Krankenpflege.

Eine schwerpunktmässig auf den Gesundheitsbereich gerichtete Förderung der Eigenaktivitäten der Bürger setzte in den 70er-Jahren auf kommunaler Ebene vereinzelt durch die finanzielle Förderung der Selbsthilfe chronisch Kranker und Behinderter und die Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen<sup>2</sup> ein (Moeller et al. 1984; Trojan 1986; Olk 1991; Braun et al. 1997). Ein wichtiger Motor für die Entwicklung der „neuen Selbsthilfe“ war die wissenschaftliche Begleitforschung in Giessen (Psychosomatik) und Hamburg (Medizinsoziologie), die an der Etablierung von Strukturen orientiert war, die die Selbsthilfe unterstützen sollte, insbesondere an der Umsetzung des Konzepts der Clearing-Houses for Self-Help der WHO-Europa (Matzat 2000). Die finanzielle Unterstützung bei der Gründung der *Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen* (NAKOS) 1984 durch die Berliner Landesregierung war ein Signal für eine erste systematische Förderung der Selbsthilfebewegung auf Landesebene. Mitte/Ende der 80er-Jahre setzte dann auch das Engagement des Bundes in diesem Bereich ein. Durch die modellhafte Entwicklung und Erprobung von unterstützenden Infrastruktureinrichtungen hat vor allem das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und seine Vorläufer die Entstehung von Selbsthilfekontaktstellen und damit auch Selbsthilfegruppen vorangetrieben (Braun et al. 1997). Auch einzelne gesetzliche Krankenkassen hatten bereits begonnen, Selbsthilfegruppen finanziell und organisatorisch zu unterstützen. In der Folge wurde diese Praxis 1992 durch den § 20 SGB V zur Prävention und Gesundheitsförderung durch eine Kann-Regelung legitimiert (Matzat 1999).

Relativ unabhängig von der Förderung der öffentlichen Hand ist gleichzeitig eine Vielzahl von Selbsthilfeorganisationen entstanden. Diese sind zum Teil zurückzuführen auf die Unterstützung von engagierten professionellen Helfern des Gesundheitswesens, insbesondere Ärzten, die vor allem die medizinische Versorgung ergänzende Strukturen anvisiert hatten. Hier findet heute ein Grossteil des gesundheitsbezogenen bürgerschaftlichen Engagements statt, viele der Selbsthilfeorganisationen wären ohne die vielfältige ehrenamtliche Arbeit nicht (mehr) funktionsfähig<sup>3</sup>. Die

<sup>1</sup> Zum Vergleich unterschiedlicher Modelle des Verhältnisses aktivierender Staat und Bürgergesellschaft – liberalistisch, kommunitaristisch republikanisch – siehe Olk (2001).

<sup>2</sup> Ca. zwei Drittel aller Selbsthilfegruppen beziehen sich auf gesundheitliche Probleme (Braun et al. 1997).

<sup>3</sup> Zwischenzeitlich wurde sogar eine Diskussion um die Gründung eines weiteren Wohlfahrtsverbands geführt.

Selbsthilfeorganisationen begannen wiederum schlagkräftige Dachverbände und Aktionsbündnisse ins Leben zu rufen und sich mehr und mehr auch in politische Debatten einzumischen. Ihren Höhepunkt fand diese Entwicklung 1999 in der Gründung des Deutschen Behindertenrats (Borgetto 2001). Damit war eine ausdifferenzierte Institutionenlandschaft von gesundheitsbezogenen Organisationen entstanden, die ihre stärkere Beteiligung und Mitspracherechte – also den „ermöglichenden“ Staat – konsequent einforderte (BAGH 2000).

Bis zu diesem Zeitpunkt hatten Länder und Kommunen unter Mithilfe eines Bundesministeriums auf der Ebene von Netzwerken und Selbsthilfegruppen punktuell und regional sehr unterschiedlich die Entwicklung der Selbsthilfe und damit vor allem individuelle Bürgeraktivitäten gefördert, auf der Ebene der Selbsthilfeorganisationen und deren Dachverbände haben Bund, Länder und Kommunen hinsichtlich Förderung und Unterstützung eher nur dem Druck der Verbände nachgegeben.

Ein tatsächlicher konzeptueller Übergang vom „produzierenden“ zum „ermöglichenden“ bzw. „aktivierenden“ Wohlfahrtsstaat deutet sich im Bereich der Gesundheit erst seit der Wahl der neuen Bundesregierung an<sup>4</sup>. Möglicherweise ist es der zu Beginn „grünen“ Besetzung des Ministerpostens zu verdanken, dass die systematische finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen im SGB V nicht nur legitimiert, sondern verpflichtend mit einem fixen, aber im Zeitverlauf dynamischen Betrag geregelt und um die Förderung von Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen erweitert wurde (Borgetto & von Troschke 2001). Ergänzt wurde dies durch die Förderung einer unabhängigen Patientenberatung<sup>5</sup>. Gleichzeitig wurde eine breite Debatte nicht nur um die Bürgerorientierung des Gesundheitswesens, sondern auch um die stärkere Förderung der Beteiligung der Bürger, Versicherten und Patienten angestoßen<sup>6</sup> – mit dem Ziel, die bisherigen Formen der Kommunikation, Steuerung und Kontrolle im Gesundheitswesen zu erweitern (Badura et al. 1999; BZgA 2000). Inzwischen liegt ein im Auftrag der Nordrhein-Westfälischen Landesregierung erstelltes umfangreiches Rechtsgutachten zu möglichen Beteiligungsformen vor (Francke & Hart 2001). Auch der

Sachverständigenrat der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten zur „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ die Bedeutung der Selbsthilfe für die Unterstützung chronisch Kranker und Behinderter und die Vertretung ihrer Interessen, für die Informationsvermittlung, für das Einbringen der Kompetenzen der *Experten in eigener Sache*, für die „intelligente“ Steuerung des Nutzerverhaltens der Einzelnen im Versorgungssystem, für die Erarbeitung von Gesundheitszielen und die Entwicklung von Leitlinien sowie für die Gewinnung von Informationen zur Angemessenheit der medizinischen Versorgung, d. h., zu Über-, Unter- und Fehlversorgung, hervorgehoben (Sachverständigenrat 2001).

Wichtiger noch erscheint aber die Verabschiedung des SGB IX, das allerdings nicht auf das inzwischen ohnehin nicht mehr „grüne“ Gesundheitsministerium zurückgeht. In Teil 1 des SGB IX, der das Rehabilitationsrecht zusammenfasst, sind in mehrfacher Hinsicht kollektive Beteiligungs- und Mitwirkungsrechte der Betroffenen in der Rehabilitation festgeschrieben worden, u. a. hinsichtlich der Beteiligung an der Erstellung der gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger, an der Sicherstellung der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, am Qualitätsmanagement in der Rehabilitation und an der Beratung durch gemeinsame Servicestellen. In der jeweiligen Konkretisierung werden dabei in der Regel die Verbände behinderter Menschen, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen benannt. Darüber hinaus sind die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen und die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten als Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benannt worden. Schliesslich wurde geregelt, dass Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, auch durch die Träger der Rehabilitation finanziell gefördert werden sollen. Insgesamt wird deutlich, dass sich der Gesetzgeber von der Beteiligung der Betroffenen eine Verbesserung der rehabilitativen Versorgung verspricht und daher den Betroffenen direkte Mitspracherechte bei der Steuerung und Entscheidungsfindung in diesem Sektor der Gesundheitsversorgung eingeräumt hat und die Organisation der Betroffenen fördert und finanziell unterstützt.

Es kann also festgehalten werden, dass, weitgehend unabhängig voneinander, einerseits der Staat Ansätze für eine stärkere Bürgerbeteiligung auf individueller und kollektiver Ebene geschaffen hat und sich andererseits eine ausdifferenzierte Institutionenlandschaft von Selbsthilfegruppen

<sup>4</sup> Zur Diskussion des aktivierenden Staats als Leitbild der derzeitigen Bundesregierung siehe Reichard & Schuppan (2000).

<sup>5</sup> Zur Zeit werden nach §65b SGB V Modellprojekte der unabhängigen Patientenberatung durch die gesetzlichen Krankenkassen gefördert. Beratungsstellen, die von Selbsthilfeorganisationen getragen werden, nehmen dabei eine prominente Stellung ein.

<sup>6</sup> Es gab auch schon früher vereinzelte Überlegungen, wie eine stärkere Beteiligung der Betroffenen im Versorgungssystem zu erreichen sei. Dabei wurde auf Selbsthilfegruppen als wichtiger Akteur der Beteiligung und Mitbestimmung hingewiesen (vgl. Trojan 1985; Olk 1991).

und Selbsthilfeorganisationen, die in grossem Mass das bürgerschaftliche Engagement im Gesundheitsbereich „beherbergen“ (von Rosenblatt 2000), gebildet hat. Damit sind auf der Makro- und Mesebene die Voraussetzungen für eine stärkere gegenseitige Bezugnahme von aktivierendem Staat und Bürgergesellschaft vorhanden.

### Individuelle Voraussetzungen für Eigenaktivitäten und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen

Wie aber sieht es mit den Kompetenzen der Bürger für eine *breite* aktive Beteiligung im Gesundheitswesen aus? Auf individueller Ebene hat die am Wohlfahrtsstaat orientierte, eher paternalistische Krankenversorgung im letzten Jahrhundert die Kompetenzen zur Erhaltung und Pflege der eigenen Gesundheit und Krankheitsbewältigung immer weiter zurückgedrängt.

Erst in den letzten Jahren wird im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs zunehmend betont, dass die Gesundheit des Einzelnen ohne dessen Selbstbehandlung und aktive Mitwirkung an der Therapie kaum möglich ist. Selbstbehandlung, z.B. durch Medikamente, kann zwar völlig auf Eigeninitiative und Laienkenntnissen beruhen und damit gänzlich abgekoppelt von dem professionellen Versorgungssystem erfolgen. Selbstbehandlung ist aber immer auch ein Bestandteil der professionellen medizinischen Therapie, beispielsweise wenn krankengymnastische Übungen in Eigenregie durchgeführt werden oder Medikamente zu Hause regelmässig eingenommen werden. Dementsprechend wird zunehmend die Rolle des Patienten als Koproduzenten von Gesundheit betont (Badura 1999) und über die *compliance* hinaus zunehmend auf die gesamte Lebensführung auch von Gesunden ausgedehnt<sup>7</sup>.

Sowohl bei Kranken als auch bei Gesunden zeigt sich in der Alltagspraxis jedoch, dass ein Grossteil der Patienten (noch) nicht willens und/oder nicht in der Lage ist, diese Rolle zu übernehmen. Behindert wird diese Rollenübernahme insbesondere bei Kranken auch dadurch, dass die jeweiligen Personen nicht über ausreichende Informationen verfügen und die Ärzteschaft noch wenig Bereitschaft (und Kompetenzen) zeigt, mit den Patienten anstelle der paternalistischen eine partnerschaftliche Beziehung aufzubauen. Internationale Studien zum *Shared-decision-making* zeigen, dass die Bereitschaft der Patienten, in Fragen der Therapieziele und Behandlungsmethoden mitzuzuscheiden, grösser ist, als das tatsächliche Ausmass der Partizipation (Scheibler et al. 2003).

Auch nach Ansicht des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient noch häufig geprägt von dem traditionellen Muster einer benevolent-paternalistischen Arzt-Patienten-Beziehung. Dementsprechend fordert der Sachverständigenrat eine fundierte Aufklärung der Patienten über die Vor- und Nachteile eines Verfahrens, aber auch über Versorgungsstrukturen und alternative Behandlungsmodelle, die die Voraussetzung für mehr Autonomie der Patienten und partnerschaftliche Entscheidungen von Ärzten und Patienten ist (Sachverständigenrat 2001).

Die Entwicklung der heutigen „neuen“ Selbsthilfebewegung kann dementsprechend auch als Versuch eines Teils der Bevölkerung verstanden werden, die Kontrolle über die eigene Gesundheit wieder in stärkerem Masse von den professionellen Helfern zurück zu erlangen, zu Experten in eigener Sache zu werden (Kickbusch & Trojan 1981; Trojan 1986). Damit scheint eine Möglichkeit gegeben, dass Betroffene sich die Kompetenzen erarbeiten, die für eine Mitwirkung nicht nur auf der individuellen, sondern auch auf der kollektiven Ebene wichtig sind. Die Forschung zu den Zielen und Wirkungen von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen hat hier Ergebnisse erbracht, die diese Aussage stützen können (Moeller et al. 1984; Trojan 1986; Braun et al. 1997; Borkman 1999; Janig 1999; Borgetto 2002; Kyrouz & Humphreys 2002).

Die Aktivitäten von innenorientierten Selbsthilfegruppen reichen von zweckfreien Gesprächen und verschiedenen Geselligkeiten, gemeinsamen Unternehmungen (z.B. Ausflüge), dem Aufbau und der Pflege sozialer Kontakte über Gespräche über eigene Gefühle (wie z.B. Ängste, Traurigkeit, Freude usw.) und dem Erfahrungsaustausch und Wissenserwerb über den praktischen Umgang mit dem Problem bzw. der Krankheit, bis hin zum Austausch und zur Kooperation mit Personen, die beruflich mit dem Problem bzw. der Krankheit befasst sind. Aussenorientierte Selbsthilfegruppen bieten zudem oftmals noch Beratung und Information für andere Personen/Betroffene an, die (noch) nicht Mitglied der Gruppe sind, bemühen sich um Kooperationsbeziehungen zum professionellen Umfeld und Aufklärung der Öffentlichkeit, besuchen andere Betroffene in Institutionen wie Krankenhäusern, Pflegeheimen usw., organisieren den Informations- und Erfahrungsaustausch mit anderen Gruppen und arbeiten in informellen Arbeitskreisen und städtischen Gremien zur Interessendurchsetzung/Interessenvertretung gegenüber politischen Instanzen bzw. einzelnen Politikern mit.

Die Arbeitsfelder von Selbsthilfeorganisationen sind vorrangig die persönliche bzw. telefonische psychosoziale Beratung von Betroffenen und Angehörigen, die Durchführung

<sup>7</sup> Im Bereich der Prävention siehe hierzu Rosenbrock (2002).

von Treffen, die der Vernetzung und dem Erfahrungsaustausch dienen, Aufklärungsveranstaltungen für die Allgemeinheit, die Unterstützung beim Aufbau neuer Selbsthilfegruppen vor Ort und deren fachliche Beratung, die Vermittlung von Interessierten in örtliche Gruppen und von Betroffenen zu professionellen Leistungserbringern (Therapeuten, Ärzte usw.), die Entwicklung von Informations- und Aufklärungsmaterial sowie Mitgliederverwaltung und Vereinsorganisation.

Selbsthilfegruppen erreichen ihre Ziele in unterschiedlichem Masse. Ziele geringer Reichweite, wie die Unterstützung anderer Mitglieder, Informationsaneignung, Menschen zum Reden finden, selbstständiger Umgang mit der Krankheit und gemeinsame Freizeitgestaltung sowie Ziele mittlerer Reichweite, wie Einstellungsänderungen bei Betroffenen und im sozialen Umfeld und Interessenvertretung für Betroffene, werden in recht hohem Masse verwirklicht. Ziele grosser Reichweite, wie die Veränderung von Institutionen und Einstellungsänderungen bei Professionellen, werden dagegen in deutlich geringerem Ausmass erreicht (Trojan 1986).

Von den Erfolgen bei der Verwirklichung selbst gesteckter Ziele sind Wirkungen von Selbsthilfegruppen zu unterscheiden, die nicht als Ziel im eigentlichen Sinne verfolgt werden. Dazu zählen insbesondere die Verbesserung von psychosozialer Befindlichkeit, die Besserung der Hauptsymptome der jeweiligen Krankheit und die Verminderung von Bewegungseinschränkungen. Weitere Wirkungen sind die Verbesserung der Fähigkeit, Krankheit zu bewältigen, Leben zu lernen (Kompetenzerweiterung und soziale Aktivierung), Beziehungen (in den primären Netzwerken) positiver zu gestalten und professionelle Dienste sinnvoll zu nutzen (Moeller et al. 1984; Trojan 1986).

Bei Suchterkrankten sind vor allem die Anonymus-Gruppen von grosser Bedeutung für die Abstinenz und die Reduktion von negativen Suchtfolgen wie z.B. Depressionen (Emrick et al. 1993; Pisani et al. 1993; Humphreys & Moos 1996; Bischof et al. 2000; Salewsky et al. 2002). Psychiatrisch Erkrankte, die an Selbsthilfegruppen teilnehmen, können ihr Alltagsleben länger ohne Kontakt zum professionellen Versorgungssystem aufrechterhalten, Rehospitalisierungen werden seltener und die Dauer von Krankenhausaufenthalten verringert sich (Edmunson et al. 1982; Kurtz 1988). Auch die Mitgliedschaft und Mitarbeit in einer Selbsthilfeorganisation für psychiatrisch Erkrankte hat positive Auswirkungen auf die Hospitalisierung, das Sicherheits- und Selbstwertgefühl und die Zufriedenheit mit der Gesundheit und dem Leben insgesamt. Mit der Dauer der Mitgliedschaft scheint die Stärke dieser Effekte zuzunehmen (Raiff 1984; Kennedy 1990; Tattersall & Hallstrom 1992). Bei Diabeti-

kern (Gilden et al. 1992), Übergewichtigen (Grimsmo et al. 1981) und onkologischen Patienten (Maisiak et al. 1981) weisen Studienergebnisse in die gleiche Richtung.

Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass es in Deutschland zur Zeit ca. 70000–100000 Selbsthilfegruppen (Matzat 1999; 2000) gibt, von denen mehr als zwei Drittel im Gesundheitsbereich arbeiten (Braun et al. 1997), und ca. 300 bundesweit aktive Selbsthilfeorganisationen mit gesundheitlichem Bezug. Die Schätzungen zur Beteiligung an Selbsthilfegruppen liegen z.T. weit auseinander. Es handelt sich dabei überwiegend um Ergebnisse, die im Rahmen von Auftragsforschung entstanden sind, und entsprechend zweckorientiert von unterschiedlichen Definitionen ausgehen und unterschiedlich zählen. Die Zahlen liegen zwischen 1% (Grunow 1998) und 4% (Kettler & Becker 1997) der erwachsenen Bevölkerung insgesamt und 6–9% der jeweils von bestimmten Krankheiten betroffenen Menschen (Grunow et al. 1983; Grunow 1998).

Die Frage, warum nur ein relativ kleiner Teil der betroffenen Bevölkerung in Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen aktiv ist, und, ob es sich dabei um eine spezifische Selektion von Personen handelt, ist bislang offen geblieben. Eine mögliche Antwort lautet, dass für Selbsthilfeaktivitäten spezifische Eigenkompetenzen bei den Betroffenen vorhanden sein müssen. Das Konstrukt „Eigenkompetenz“ konnte bisher jedoch empirisch nicht gefasst werden (Trojan 1986; 2001). Zudem wird in diesem Zusammenhang immer wieder auf sprachliche und selbstreflexive Kompetenzen verwiesen, die nur bei Mittelschichtangehörigen ausreichend vorhanden seien und die Möglichkeit zur Teilnahme daher nur auf bestimmte Bevölkerungskreise begrenzen. Die meisten Einzeluntersuchungen, die sich allerdings vor allem auf psychotherapeutisch orientierte Selbsthilfegruppen beziehen, stellen tatsächlich eine deutliche Mittelschichtüberrepräsentation fest (Trojan 1986). In einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in Deutschland zeigte sich jedoch, dass es keinerlei schichtspezifische Unterschiede in der Häufigkeit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen gibt (Grunow et al. 1983). Eine mögliche, empirisch noch zu belegende Erklärung ist, dass in psychotherapeutisch orientierten Gruppen Angehörige mittlerer Schichten tatsächlich stärker vertreten sind, während z.B. an Gruppen Behinderter, die ihren Schwerpunkt mehr in geselligem Beisammensein und der Überwindung sozialer Isolation haben, häufiger Angehörige unterer Schichten teilnehmen. In diesem Fall wären besondere Kompetenzen kaum als der alleinige Grund für die relativ geringe Verbreitung gesundheitsbezogener Selbsthilfeszusammenschlüsse anzusehen.

Im Hinblick auf die Förderung von Selbsthilfeaktivitäten kommt Selbsthilfe- und Patientenorganisationen wie der

Deutschen Rheuma-Liga eine besondere Rolle zu. Unter ihrem Dach findet eine grosse Bandbreite an Aktivitäten von fachlichen Hilfen wie Funktionstraining unter der Anleitung von Physiotherapeuten über Laienhilfen wie Beratung und Hausbesuche bei Schwerbetroffenen bis hin zur gegenseitigen Unterstützung Betroffener in Selbsthilfegruppen statt (Borgetto et al. 2000). An diesen Aktivitäten nehmen Angehörige unterschiedlicher sozialer Gruppen und sozialer Schichten teil und werden durch den initialen Kontakt mit den fachlichen Angeboten der Rheuma-Liga auch mit den verschiedenen Formen der Laien- und Selbsthilfe vertraut.

Die Frage nach den individuellen Voraussetzungen für *breite* bürgerschaftliche (Eigen-)Aktivitäten sowohl als Koproduzenten von Gesundheit als auch in der Selbsthilfe und bei kollektiven Beteiligungsformen muss also vorerst noch offen bleiben. Mit der Selbsthilfebewegung hat sich erst ein relativ kleiner Bevölkerungsanteil herauskristallisiert, der sich im Gesundheitsbereich bürgerschaftlich engagiert (von Rosenblatt 2000; Gensicke 2001), die Organisierung dieses Engagements ist jedoch sehr ausgeprägt.

### Schlussfolgerungen

Die systematische Analyse der gesundheitswissenschaftlichen Literatur zur Förderung und Entwicklung der Selbsthilfebewegung und der Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen in Deutschland zeigt, dass es also sowohl auf der individuellen als auch auf der kollektiven Ebene für einen aktivierenden Staat einige Anknüpfungspunkte gibt, um eine stärkere Bürgerbeteiligung zu realisieren. Beides, der Einsatz aktivierender gesundheitspolitischer Instrumente einerseits und die Entwicklung eines *breiten* bürgerschaftlichen Engagements andererseits befinden sich noch am Anfang und könnten sich in ihrer Entwicklung gegenseitig bestärken und Synergieeffekte erzielen. Die Frage, ob im Gesundheitswesen tatsächlich ein Wandel vom produzierenden

zum ermöglichenden, aktivierenden Staat vollzogen wird, kann noch nicht abschliessend beantwortet werden.

Allerdings ist dieser noch in seinen Anfängen befindliche Prozess auch nicht mehr vollständig reversibel. Die Selbsthilfebewegung ist organisatorisch in der deutschen Verbändelandschaft fest verankert und zu einem Bestandteil der öffentlichen Meinung geworden. In einer repräsentativen Umfrage eines Meinungsforschungsinstituts für das DAK-Gesundheitsbarometer gaben 76% der Befragten an, dass sie im Falle einer Krankheit eine Selbsthilfegruppe besuchen würden, wenn sie die Gelegenheit dazu hätten (DAK 1998). Gleichzeitig hat der Prozess die Ausbildung korrespondierender Institutionen im Gesundheitswesen unterstützt und z.T. Einstellungsänderungen in den verschiedenen Gesundheitsberufen befördert. So gibt es an einigen Kassenärztlichen Vereinigungen bereits Kooperationsstellen für Ärzte und Selbsthilfegruppen (Bogenschutz et al. 2000), eine Kooperationsstelle für Selbsthilfeorganisationen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Litschel 2001) und ein Patientenforum bei der Bundesärztekammer (Auerswald 2002).

Da der Staat seine unmittelbare Verantwortung für die Gesundheit seiner Bürger bereits weitgehend an Krankenkassen und Ärzteschaft, die notwendigerweise auch eigene Interessen verfolgen, abgeben hat, wäre eine Beteiligung kompetenter Betroffener und ihrer Verbände in der korporatistischen Steuerung des Gesundheitswesens wünschenswert. Zum einen ist auf eine konsequente Umsetzung der Beteiligungsrechte des SGB IX und zum anderen auf eine Verankerung von ähnlichen Beteiligungsrechten im SGB V zu hoffen. Derzeit gibt es noch so gut wie keine Beteiligungsrechte von Bürgern im SGB V, was nicht zuletzt auf die reservierte Haltung der Akteure in der Selbstverwaltung zurückzuführen ist (Francke & Hart 2000). Die zu beteiligenden kompetenten Bürger bzw. Patienten liessen sich jedoch zweifellos mit Hilfe der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen und ihrer Dachverbände finden.

---

## Zusammenfassung

Das Ziel dieses Beitrags ist es, zu diskutieren, ob und inwieweit sich Konzepte eines aktivierenden Staats in der Ausgestaltung der Gesundheitspolitik in Deutschland wiederfinden lassen und, ob und inwieweit diese Politik auf einen aktiven (aktivierbaren) Bürger mit korrespondierenden Kompetenzen trifft. Hierzu wurde eine Analyse der gesundheitswissenschaftlichen Literatur zur individuellen und kollektiven Bürgerbeteiligung und zur Förderung und Entwicklung der Selbsthilfebewegung, am Beispiel des Gesundheitswesens durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass seit 1999 mit der Förderung der Patientenberatung, des Shared-Decision-Making, den Beteiligungsregelungen im SGB IX und der verpflichtenden Selbsthilfeförderung im SGB V vermehrt aktivierende gesundheitspolitische Instrumente eingesetzt werden. Das aktive Engagement der Bürger sowohl auf der individuellen Ebene als Koproduzenten von Gesundheit als auch auf der kollektiven Ebene durch Mitwirkung in Kommunikations-, Beratungs- und Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen beschränkt sich bislang noch auf einen kleinen Teil der Bevölkerung. Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen und ihre Dachverbände bieten jedoch einen vielversprechenden Ansatzpunkt zur Förderung dieses Engagements. Eine aktivierende Gesundheitspolitik einerseits und die Entwicklung eines *breiten* bürgerschaftlichen Engagements andererseits befinden sich zwar noch am Anfang, könnten sich in ihrer Entwicklung aber gegenseitig bestärken und Synergieeffekte erzielen. Obwohl sich im Gesundheitswesen in dieser Hinsicht bereits korrespondierende Institutionen ausgebildet und Einstellungsänderungen in verschiedenen Gesundheitsberufen vollzogen haben, kann die Frage, ob im Gesundheitswesen ein Wandel vom produzierenden zum ermöglichenden, aktivierenden Staat tatsächlich vollzogen wird, noch nicht abschliessend beantwortet werden.

---

## Résumé

### **Incitation à la mobilisation et société de citoyens actifs dans le système de santé allemand**

Le but de cet article est, en prenant l'exemple du système de santé, de déterminer si le concept d'un état d'incitation à la mobilisation peut se trouver dans la politique de santé allemande et si cette politique est destinée à un citoyen actif qui possède les compétences requises. Afin de répondre à cette question, une analyse de la littérature concernant la participation individuelle et collective des citoyens et le développement des groupes et organisations d'entraide est nécessaire. On peut ainsi observer, que depuis 1999, des instruments politiques sont implantés au niveau légal dans la loi sociale et que leur utilisation va croissant. L'engagement actif du citoyen au niveau individuel en tant que coproducteur de sa santé et au niveau collectif par une participation aux processus de communication et de prise de décisions dans le système de santé est encore limité à une petite partie de la population. Des groupes d'entraide, les organisations d'entraide et de patients et leurs associations au niveau national proposent néanmoins des possibilités prometteuses pour renforcer cet engagement. La politique d'incitation et le développement de l'engagement d'un plus grand nombre de citoyens en sont néanmoins encore à leur début, mais ils pourraient mutuellement profiter d'un effet de synergie. On ne peut pas encore dire si la transition d'un état producteur vers un état d'incitation et d'activation est réellement en train de se produire malgré la constitution des institutions et malgré le changement des attitudes dans les professions impliquées du système de santé.

## Literaturverzeichnis

- Alber J (1992). Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt a. M.: Campus.
- Auerswald U (2002). Das Patientenforum – eine Form institutionalisierter Patientenbeteiligung. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung, ed. Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen. Köln: KBV. (Kontext; 18).
- Badura B (1999). Elemente einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. Gewerkschaftliche Monatshefte, Schwerpunktheft H. 6: 349–56.
- Badura B, Hart D, Schellschmidt H (1999). Bürgerorientierung des Gesundheitswesens: Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden: Nomos.
- BAGH (2000). Patientenrechte als Menschen- und Bürgerrechte, Arbeitstagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH) vom 24. – 25.9.1999 in Erkner bei Berlin, Tagungsdokumentation. Düsseldorf: BAGH.
- Bandemer S, Hilbert J (2000). Vom expandierenden zum aktivierenden Staat. In: Bandemer S, Blanke B, Nullmeier F, Wewer G, eds. Handbuch zur Verwaltungsreform. Opladen: Leske + Budrich.
- Bischof G, Rumpf H-J, Hapke U, Meyer C, John U (2000). Maintenance factors of recovery from alcohol dependence in treated and untreated individuals. *Alcohol Clin Exp Res* 24: 1773–7.
- Bogenschütz A, Fischer J, Schlömann D, Theiss S, Ueffing G (2000). Ein Blick in die Arbeit der Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte einiger Kassenärztlicher Vereinigungen. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2000. Giessen: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen.
- Borgetto B (2001). Organisationsstrukturen und Verbandslandschaft der Selbsthilfe in Deutschland. In: Borgetto B, von Troschke J, eds. Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Freiburg i. Br.: DKGW.
- Borgetto B (2002). Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland: Stand der Forschung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Baden-Baden: Nomos.
- Borgetto B, Mühlbacher A, Hell B (2000). Evaluation und Qualitätsmanagement in der Selbsthilfe – am Beispiel der Rheuma-Liga Baden Württemberg e.V. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 23: 259–72.
- Borgetto B, von Troschke J (2001). Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Freiburg/Br.: DKGW. (Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften; Bd. 12).
- Borkman TJ (1999). Understanding self-help/mutual aid: experiential learning in the commons. New Brunswick; New Jersey; London: Rutgers University Press.
- Braun J, Kettler U, Becker I (1997). Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer. (Schriftenreihe des BMFSFJ; Bd. 136).
- BzgA (2000). Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen: eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Bd. 10).
- DAK (1998). DAK-Gesundheitsbarometer 2/98. Hamburg: Deutsche Angestellten Krankenkasse.
- Edmunson ED, Bedell JR, Archer RP, Gordon RE (1982). Integrating skill building and peer support in mental health treatment: the early intervention and community network development projects. In: Jeger AM, Slotnick RS, eds. Community mental health and behavioral ecology. New York: Plenum Press.
- Emrick CD, Tonigan JS, Montgomery H, Little L (1993). Alcoholics anonymous: what is currently known? In: McCrady S, Miller WR, eds. Research on alcoholics anonymous: opportunities and alternatives. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Engelhardt HD, Simeth A, Stark W, et al. (1995). Was Selbsthilfe leistet ... Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Francke R, Hart D (2000). Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, Bd. 2: Beiträge zu der Expertentagung „Bürgerbeteiligung im Medizin- und Gesundheitssystem“ am 11./12. September 2000 in Bonn. Bremen. (Unveröfftl.).
- Francke R, Hart D (2001). Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos.
- Gewerkschaftliche Monatshefte (1999). Schwerpunktheft 6: Der ermunternde Staat.
- Gensicke T (2001). Das bürgerschaftliche Engagement der Deutschen: Image, Intensität und Bereiche. In: Heinze RG, Olk T, eds. Bürgerengagement in Deutschland: Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Opladen: Leske + Budrich.
- Giddens A (1999). Der Dritte Weg: die Erneuerung der sozialen Demokratie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gilden JL, Hendryx MS, Clar S, Casia C, Singh SP (1992). Diabetes Support Groups Improve Health Care of Older Diabetic Patients. In: *J Am Geriat Soc* 40: 147–50.
- Grimsmo A, Helgesen G, Borchgrevink C (1981). Short-term and long-term effects of lay groups on weight reduction. In: *BMJ* 283: 1093–5.
- Grunow D (1998). Selbsthilfe. In: Hurrelmann K, Laaser U, eds. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim; München: Juventa.
- Grunow D, Breitkopf H, Dahme H-J, Engfer R, Grunow-Lutter V, Paulus W (1983). Gesundheits-selbsthilfe im Alltag. Stuttgart: Enke.
- Heinze RG, Olk T, eds. (2001a). Bürgerengagement in Deutschland: Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Opladen: Leske + Budrich.
- Heinze RG, Olk T (2001b). Bürgerengagement in Deutschland: zum Stand der wissenschaftlichen und politischen Diskussion. In: Heinze RG, Olk T, eds. Bürgerengagement in Deutschland: Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Opladen: Leske + Budrich.
- Humphreys K, Moos RH (1996). Reduced substance-abuse-related health care costs among voluntary participants in alcoholics anonymous. In: *Psychiatr Serv* 47: 709–13.
- Janig H (1999). Wirkung von Selbsthilfegruppen auf Persönlichkeit und Lebensqualität. Forschungsbericht im Auftrag des Fonds „Gesundes Österreich“. (Unveröfftl.).
- Kennedy M (1990). Psychiatric hospitalizations of GROwers. Paper presented at the Second Biennial Conference on Community Research and Action, East Lansing, Michigan.
- Kettler U, Becker I (1997). Selbsthilfeförderung in der Bundesrepublik Deutschland. *NDV* 5: 152–5.
- Kickbusch I, Trojan A, eds. (1981). Gemeinsam sind wir stärker: Selbsthilfegruppen und Gesundheit. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Kurtz LF (1988). Mutual aid for affective disorders: the manic depressive and depressive association. *Am J Orthopsychiatr* 58: 152–5.
- Kyrouz E, Humphreys K (2002). Research on self-help/mutual aid groups. In: Mental Help Net, [http://www.mentalhelp.net/poc/view\\_doc.php?type/doc/id/993](http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type/doc/id/993).
- Litschel A (2001). Möglichkeiten der Einbindung der Selbsthilfe in die ambulante Versorgung. In: Borgetto B, von Troschke J, eds. Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Freiburg i. Br.: DKGW.

Maisiak R, Cain M, Yabro CH, Josof L (1981). Evaluation of TOUCH: an oncology self-help group. In: *Oncol Nurs For* 3: 20–25.

Matzat J (1999). Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen: professionelle Hilfe zur Selbsthilfe. In: Günther P, Rohmann E, eds. *Soziale Selbsthilfe: Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit?* Heidelberg: Ed. S.

Matzat J (2000). Zur Rolle der Forschung bei der Entwicklung der Selbsthilfegruppenbewegung. *Sozialwiss Berufspraxis* 23: 213–22.

Mezger E, West KW, eds. (2000). *Aktivierender Sozialstaat und politisches Handeln*. Marburg: Schüren.

Moeller ML (1996). *Selbsthilfegruppen. Anleitungen und Hintergründe*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Moeller ML, Daum K-W, Matzat J (1984). *Psychologisch-therapeutische Selbsthilfegruppen*. Stuttgart; Berlin; Köln; Mainz: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit; Bd. 136).

Olk T (1991). „In produktiver Bewegung halten“: über die gesellschaftlichen und sozialpolitischen Bedingungen der Selbsthilfegruppen-Unterstützung. In: Balke K, Thiel W eds. *Jenseits des Helfens: professionelle unterstützen Selbsthilfegruppen*. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Olk T (2001). *Sozialstaat und Bürgergesellschaft*. In: Heinze RG, Olk T, eds. *Bürgerengagement in Deutschland. Bestandsaufnahmen und Perspektiven*. Opladen: Leske + Budrich.

Pisani VD, Fawcett J, Clark DC, McGuire M (1993). The relative contributions of medication adherence and AA Meeting Attendance to Abstinent Outcome for Chronic Alcoholics. *J Stud Alcohol* 54: 115–9.

Raiff NR (1984). Some health related outcomes of self-help participation. In: Gartner A, Riesman F, eds. *The self-help revolution*. New York: Human Sciences Press.

Reichard C, Schuppan T (2000). Wie ernst ist es der Bundesregierung mit dem Thema „Aktivierender Staat“? In: Mezger E, West KW, eds. *Aktivierender Sozialstaat und politisches Handeln*. Marburg: Schüren.

Rinn F (2000). Zukunftsperspektiven und Forschungsbedarf aus der Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH). *Sozialwiss Berufspraxis* 23: 223–8.

Rosenbrock R (2002). Die Public Health Perspektive: Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern. In: Flick U, ed. *Innovation durch New Public Health*. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.

Sachverständigenrat (2001). Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I-III. Bundestags-Drucksache 14/5660, -5661, -6871.

Salewsky A, Klecker J, Ellgring H (2002). Formen der Bewältigung von Alkohol-Craving bei abstinenten Alkoholabhängigen in der stationären Entwöhnungstherapie. In: 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Teilhabe durch Rehabilitation, DRV-Schriften Band 33.

Scheibler F, Janssen C, Pfaff H (2003). Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. In: *Soz Präventiv Med* 48: 11–23.

Tattersall ML, Hallstrom C (1992). Self-help and benzodiazepine withdrawal. *J Affect Disord* 24: 193–8.

Trojan A (1985). Ansätze zur Mitbestimmung in Gesundheits- und Sozialpolitik. *WSI-Mitteilungen* 10: 621–30.

Trojan A (1986). *Wissen ist Macht: eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen*. Frankfurt a. M.: Fischer.

Trojan A (2001). Empowerment und Selbsthilfe bei sozial benachteiligten Gruppen. In: Borgetto B, von Troschke J, eds. *Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen*. Freiburg i. Br.: DKGW.

von Rosenblatt B (2000). *Freiwilliges Engagement in Deutschland: Ergebnisse der Repräsentativerhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement*. Gesamtbericht. Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 194.2).

---

#### Korrespondenzadresse

**Dr. Bernhard Borgetto**  
Abteilung für Medizinische Soziologie  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
Hebelstr. 29  
D-79104 Freiburg i. Br.  
Tel.: +49 761 203 5519  
Fax: +49 761 203 5516  
e-mail: [bernhard.borgetto@medsoz.uni-freiburg.de](mailto:bernhard.borgetto@medsoz.uni-freiburg.de)



To access this journal online:  
<http://www.birkhauser.ch>

---