

Mündigkeit und Mitsprache

Selbsthilfe als gestaltende Kraft im Versorgungsgeschehen

ALF TROJAN

Prof. Dr. med., Dr. phil., M.Sc. (London) ist Mediziner, Soziologe, ehemaliger Direktor des Instituts für Medizin-Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Selbsthilfe und Gesundheitssystem, kommunale Gesundheitsförderung, Bürgerbeteiligung, Patienten- und Bürgerbefragungen.
E-Mail trojan@uke.uni-hamburg.de

Zahlreiche Studien zeigen, dass Selbsthilfegruppen heilsame Wirkungen für hilfeschuchende und kranke Menschen haben. Mit dem Stichwort »Empowerment« werden dabei Phänomene umschrieben wie vermehrtes Selbstvertrauen, sozialer Aktivierung, Kompetenzgewinn, gezieltere Inanspruchnahme professioneller Dienste. Selbsthilfe sollte deshalb als Teil der sozialen und gesundheitlichen Versorgung begriffen werden.

Ein modernes Sozialsystem kommt ohne eine aktive Mitwirkung der Leistungsadressaten, der Nutzer, der Bürger, der Patienten, der Klienten, oder wie sie auch immer genannt werden, nicht aus. Für die Versorgung mit Dienstleistungen stellen sie eine soziale, politische und ökonomische Ressource dar, einerseits jenseits der durch Markt und Staat organisierten Hilfen, andererseits im Versorgungsgeschehen als gestaltende Kraft (Trojan und Kofahl im Erscheinen 2012).

In vorliegenden Beitrag geht es um den organisierten Teil, die gemeinschaftliche Selbsthilfe. Meine Betrachtungen richten sich vorrangig auf die Selbsthilfe im Gesundheitswesen, in dem circa drei Viertel aller Selbsthilfegruppen aktiv sind. Im Sozialbereich sind bestimmte Aspekte, die ich ansprechen werde, schon weiter entwickelt, beispielsweise die Partizipation in der Jugendhilfe. An anderen Stellen, meine ich, können aktuelle Entwicklungen im Gesundheitsbereich aber als Modell für andere Felder des Sozialsystems dienen. Die Verwendung des Begriffs »Selbsthilfe« im Text steht immer allgemein für alle Formen der Selbsthilfe, Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfegruppen sowie Selbsthilfekontaktstellen beziehungsweise Selbsthilfe-Unterstützungsstellen.

Ziele und Erfolge von Selbsthilfegruppen

Eine Befragung von Kontaktpersonen Hamburger Selbsthilfegruppen (Trojan et al. 2004) war mit 345 darin repräsentierten Selbsthilfefzusammenschlüssen die umfassendste seit den beiden bundesweiten Modellprogrammen 1987 bis 1996 für die Entwicklung von Kontaktstellen in West- und Ostdeutschland. Eine Frage darin war: »Sind Selbsthilfegruppen erfolgreich?« Hierzu wurde vor allem von der selbst eingeschätzten Zielerreichung und Einschätzung der eigenen Innen- und Außenaktivitäten ausgegangen.

Bei der Ermittlung der Zielerreichung wird unterschieden nach Zielen geringer, mittlerer und großer Reichweite. Ziele geringer Reichweite beziehen sich nur auf die Gruppe und ihre Mitglieder und umfassen beispielsweise gegenseitige Hilfe oder Informationen; Ziele mittlerer Reichweite beziehen sich auf das unmittelbare Umfeld der Gruppe, beispielsweise die Veränderung der Einstellung von Angehörigen; Ziele großer Reichweite sind beispielsweise die Veränderung von Institutionen oder der Einstellung von professionellen Helfern.

Einige Angaben über weitreichende Ziele und ihre Zielerreichung sind im Kontext der Versorgungsgestaltung be-

sonders interessant und können in folgender Weise zusammengefasst werden:

- Die Ziele großer Reichweite sind bei den somatischen Gruppen deutlich häufiger als bei den psychischen und psychosozialen Gruppen. Am deutlichsten ist dies bei dem am weitesten reichenden Ziel (Institutionen verändern). Dies wird von über 50 Prozent der somatischen Gruppen gewünscht, aber nur von 24 bzw. 30 Prozent der psychischen und psychosozialen Gruppen.
- Bezüglich ihrer Ziele sind die somatischen Gruppen den Bürgerinitiativen ähnlicher als die psychischen und psychosozialen Gruppen.
- Je weitreichender die Ziele formuliert sind, desto seltener werden diese erreicht, am geringsten das Ziel »Institutionen verändern« (gelingt: 7 Prozent; gelingt zum Teil: 56 Prozent).

Die Außenwirksamkeit der Gruppe wird von 40 Prozent der Befragten als »sehr erfolgreich« oder »ziemlich erfolgreich« eingeschätzt und von 35 Prozent als wenigstens »teilweise erfolgreich«. Diese Ergebnisse zeigen, dass Selbsthilfegruppen nur zum Teil wirklich auf sich selbst bezogen sind. Zu einem nicht unerheblichen Teil haben sie den Charakter von Bürgerinitiativen, die ja in unserer Gesellschaft das bekannteste und erfolgreichste Modell darstellen, wie betroffene Menschen Kontrolle und Einfluss auf ihre Versorgung und die allgemeine Lebenssituation nehmen können.

Verschiedene Studien in Deutschland, Österreich und der Schweiz zeigen, dass die Selbsthilfegruppen sehr wohl Wirkungen im Sinne des Empowerment haben. Am häufigsten wird dies mit Fragen nach vermehrtem Selbstvertrauen, sozialer Aktivierung, Kompetenzgewinn, gezielterer Inanspruchnahme professioneller Dienste erhoben.

Patientenorientierung war schon immer ein erklärtes Ziel der Krankenversorgung. In diesem Zusammenhang sind Mündigkeit und Mitsprache der Bürger bzw. Patienten und ihre Mitwirkung in Gremien der sozialen und gesundheitlichen Sicherung in den letzten Jahren immer bedeutsamer geworden (Robert-Koch-Institut 2004 und 2006).

Dieses ist die Grundlage auch für eine zunehmend intensivere Integration der

organisierten Selbsthilfe in die Prozesse und Strukturen des Gesundheitswesens. Seit etwa 2005 ist das Schlagwort für diese Entwicklung »Selbsthilfefreundlichkeit«. Fachlich wird darunter die institutionalisierte und auf Dauer angelegte Zusammenarbeit von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit Selbsthilfeszusammenschlüssen verstanden (Trojan u. a. 2009, Trojan, Nickel 2011 a).

Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das Gesundheitswesen heißt, eine selbsthilfefreundliche Begegnungs-, Kommunikations- und Kooperationskultur in allen Bereichen des Gesundheitswesens nachhaltig zu festzuschreiben. Selbsthilfefreundlichkeit ist so ein wesentliches Element der Patientenorientierung und damit Bestandteil und Aufgabe des Qualitätsmanagements in allen Bereichen des Gesundheitswesens geworden.

Selbsthilfefreundlichkeit ist ein wesentliches Element, die abstrakte Forderung nach Patientenorientierung zu konkretisieren und unter Beteiligung der Patienten im Alltag der medizinischen Versorgungseinrichtungen zu implementieren. Die im Folgenden beschriebenen Entwicklungen der Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in stationären, ambulanten und öffentlichen Gesundheitsdiensten sind nicht denkbar ohne die enge Koppelung an die Entwicklung des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen.

Selbsthilfefreundlichkeit im stationären Bereich

Die Entwicklung der Qualitätskriterien für ein »selbsthilfefreundliches Krankenhaus« basierte auf Daten einer bundesweiten Befragung zum Status der Kooperationen zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern (Werner et al. 2006). Acht Qualitätskriterien wurden in einer Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Vertretern aus Selbsthilfeszusammenschlüssen und Selbsthilfekontaktstellen sowie der Qualitätsbeauftragten ausgewählter Hamburger Krankenhäuser diskutiert, eingegrenzt und festgelegt:

1. Um über Selbsthilfe zu informieren, werden Räume, Infrastruktur und Präsentationsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt. Ihre Gestaltung orientiert sich an den Bedürfnissen der

Patienten, der Angehörigen sowie der Selbsthilfegruppen.

2. Patienten und deren Angehörige werden regelhaft und persönlich über die Möglichkeit der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert. Sie erhalten Informationsmaterial und werden gegebenenfalls auf die Besuchsdienste oder Sprechzeiten von Selbsthilfegruppen im Krankenhaus aufmerksam gemacht.

3. Selbsthilfegruppen werden in ihrer Öffentlichkeitsarbeit unterstützt und treten gegenüber der Fachöffentlichkeit als Kooperationspartner auf.

4. Das Krankenhaus hat einen Selbsthilfebeauftragten benannt.

5. Zwischen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Krankenhaus findet ein regelmäßiger Erfahrungs- und Informationsaustausch statt.

6. In die Fort- und Weiterbildung der Krankenhausmitarbeiter zur Selbsthilfe sind Selbsthilfegruppen und die Selbsthilfekontaktstellen einbezogen.

7. Das Krankenhaus ermöglicht Selbsthilfegruppen die Mitwirkung an Qualitätszirkeln, Ethikkommissionen u. ä.

8. Die Kooperation mit Selbsthilfeszusammenschlüssen und Selbsthilfekontaktstellen ist formal beschlossen und dokumentiert.

Die Erfahrungen aus einem Hamburger Modellprojekt wurden in einem Leitfaden für interessierte Krankenhäuser festgehalten (Bobzien 2008). Ein Anfang 2008 begonnenes Praxisprojekt in Nordrhein-Westfalen »Selbsthilfefreundliches Krankenhaus« nutzt dort die Qualitätskriterien gezielt als Orientierung für die Stärkung einer systematischen Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfe. Das mehrjährige Projekt (das ebenfalls durch den BKK Bundesverband, die Spitzenorganisation der Betriebskrankenkassen und ihrer fünf Landesverbände, finanziell gefördert wird) hatte die Aufgabe, Krankenhäuser für den Selbsthilfeansatz in der stationären Versorgung regional zu gewinnen und die Kooperationspartner bei der konkreten Umsetzung der Qualitätskriterien vor Ort zu unterstützen. In sechs Kliniken wurden mit Hilfe der »Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW« (angesiedelt

bei der BIKIS/Bielefelder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen) standardisierte Arbeitsschritte der Umsetzung erfolgreich entwickelt und erprobt (Internet <http://www.sozialeprojekte.de>). Im Herbst 2011 wurde als erstes das Klinikum Bielefeld formell als »Selbsthilfefreundliche Krankenhaus« ausgezeichnet. Den Erfolg und die Vielfalt der Kooperation zeigt auch eine außerordentlich anregende Broschüre der Berliner Agentur Selbsthilfefreundlichkeit (Stötzner, Neuhaus 2011; Internet <http://www.sekis-berlin.de/Selbsthilfe-und-Krankenhaeuser.821.0.html>).

Selbsthilfefreundlichkeit im ambulanten Bereich

Die Strategie ist auch im ambulanten Bereich, Qualitätskriterien mit bestehenden Qualitätsmanagementsystemen und/oder bestehenden Fortbildungsformen und den damit verknüpften Anreizen zu verbinden. Der Zeitpunkt

»Das Ziel heißt »Selbsthilfefreundlichkeit von Gesellschaft und professionellen Diensten«

für eine Implementation der Selbsthilfefreundlichkeit als Bestandteil des Qualitätsmanagements (QM) ist günstig: Mit dem GKV (Gesetzliche Krankenversicherung)-Modernisierungsgesetz wurden die Ärzte im Jahre 2004 verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Analog zur Entwicklung im Krankenhausbereich wurden auch für die vertragsärztliche Versorgung Qualitätskriterien diskutiert. Sie waren Ausgangspunkt und Grundlage in einem Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen für die weitere Erprobung und Entwicklung. Die im Folgenden wiedergegebenen Kriterien haben sich dort bewährt, sind jedoch und durch Praxiserfahrungen weiter veränderbar:

1. Informationen zu Selbsthilfe sind übersichtlich an zentraler Stelle in den Praxisräumen für Patienten zugänglich.

2. Die Praxis weist auf die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe in ihren Medien und innerhalb der Praxisräume hin.

3. Der Arzt oder der Psychotherapeut gibt insbesondere bei einer seltenen Erkrankung den konkreten Hinweis auf die Selbsthilfe.

4. Die Praxis benennt für die Selbsthilfe einen Ansprechpartner.

5. Praxis und Selbsthilfe treffen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit.

6. Die Praxis ist über Strukturen und Arbeitsweise der Selbsthilfe durch regelmäßigen Erfahrungsaustausch informiert.

(Vorschläge erarbeitet mit Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfeorganisationen im Wittener Kreises und der Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte – KOSA in der Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Juni 2009)

Im nordrhein-westfälischen Projekt wurde erfolgreich nachgewiesen, dass die Umsetzung der Kriterien im Alltag möglich ist. Die beteiligten Ärzte haben ein Ablaufschema dafür entwickelt und bei der Kassenärztlichen Vereinigung beantragt, dass dies in das Qualitätsmanagementsystem der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (»KPQM«) eingeführt wird.

Bundesweit besonders wichtig im vertragsärztlichen Bereich ist das QEP®-System (»Qualität und Entwicklung in Praxen«) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Im aktualisierten Manual von 2010 ist der Aspekt der Selbsthilfefreundlichkeit (im Sinne der vorstehend genannten sechs Kriterien) noch stärker konkretisiert worden.

Diese Integration in das wichtigste Qualitätsmanagementsystem (das auch Vorbild für mehrere andere Qualitätsmanagement-Systeme im vertragsärztlichen Bereich ist) bedeutet, dass die Kooperation mit der organisierten

Selbsthilfe bei jedem Durchgang durch die Kriterien des Qualitätsmanagementsystems wieder auf den Prüfstand steht und ihre Realisierung angemahnt wird.

Selbsthilfefreundlichkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) gilt die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen als ein wichtiges Element der Reformen und Innovationen der letzten zwanzig Jahre. In diesem Bereich gibt es zwar keine gesetzliche Verpflichtung zu einem kontinuierlichem Qualitätsmanagement. Bürgernähe und Kundenorientierung (analog zur Patientenorientierung) sind jedoch inzwischen anerkannte Maximen, die im Kontext von Verwaltungsreformen (neues Steuerungsmodell) und damit verbundenen Qualitätsverbesserungsansätzen Fuß gefasst haben.

Ein hervorragendes Beispiel einer nachhaltigen Integration der Selbsthilfe lässt sich aus dem Bezirk Hamburg-Altona berichten. In diesem Bezirk wurde 2007 (auf der Basis der nationalen Gesundheitsziele und initiiert durch die Bezirksversammlung Altona) ein systematischer Prozess der Entwicklung von Gesundheitszielen und darauf aufbauenden Maßnahmen begonnen.

Für die Gesundheitsziele war die Gesundheits- und Pflegekonferenz des Bezirks Altona zuständig. Von Beginn an hat die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS Altona) selber daran teilgenommen und die Partizipation von Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen initiiert, unterstützt und verbreitert. Selbsthilfeorganisationen und Patientenvertreter haben durch ihre Teilnahme an den Arbeitsgruppen auf die krankheits- oder themenbezogenen Gesundheitszielformulierungen Einfluss genommen. Sie haben dort ihre Sichtweisen, Forderungen und Ideen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Bezirk unmittelbar eingebracht. Die kontinuierliche Verbesserung der »Integration der Selbsthilfe in das bezirkliche Gesundheitsversorgungssystem« war dabei eines der expliziten Ziele.

Kontinuität für eine regelhafte Zusammenarbeit der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen mit dem Gesundheitsamt wurde durch eine formelle Kooperationsvereinbarung für

2009 und 2010 hergestellt. Ein weiterer grundlegender Aspekt der nachhaltigen Integration ist ein Selbsthilfe-Terminal, der seit Anfang 2010 im Kundenzentrum des Bezirksamtes Hamburg-Altona den unmittelbaren Kontakt zur Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen erlaubt.

Die Beispiele zeigen, dass die Gesundheitsämter insbesondere im Rahmen von innovativen Ansätzen durchaus vielfältige Möglichkeiten der Kooperation mit Selbsthilfeszusammenschlüssen haben. Insofern war ein systematischer Prozess der Entwicklung von Qualitätskriterien für die Zusammenarbeit analog den Vorgehensweisen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens sinnvoll und erfolgversprechend.

Auf der Jahrestagung 2011 der Ärzte für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Trier wurden die in einem einjährigen Prozess entwickelten Qualitätskriterien nochmals von den Workshopteilnehmern diskutiert und in der folgenden Formulierung gemeinsam verabschiedet (Trojan, Nickel 2011b):

1. Geeignete Arbeits- und Aufgabenbereiche des Gesundheitsamtes (Alle Aussagen beziehen sich auf die fachlichen Ressorts eines Gesundheitsamtes im Allgemeinen, nicht auf eine manchmal angegliederte oder eingegliederte Kontakt- oder Unterstützungsstelle.) stehen in regelmäßigem Austausch (z. B. im Rahmen eines Beirats) mit Selbsthilfeszusammenschlüssen (d. h. Selbsthilfegruppen, Selbstorganisationen, Selbstinitiativen) und Selbsthilfekontakt- und Unterstützungsstelle(n).
2. Das Gesundheitsamt informiert aktiv Bürgerinnen und Bürger sowie professionelle Helferinnen und Helfer über Selbsthilfe (»Selbsthilfe« umfasst sowohl alle Formen von Selbsthilfeszusammenschlüssen als auch von Kontakt- und Unterstützungsstellen).
3. Die Arbeits- und Aufgabenbereiche des Gesundheitsamtes machen sich der Selbsthilfe bekannt und sind zuverlässig ansprechbar.
4. Das Gesundheitsamt hat einen Ansprechpartner oder eine Ansprechpartnerin für die Selbsthilfe benannt, nach außen bekanntgemacht und mit einem definierten Auftrag ausgestattet, zu dem auch eine regelmäßige Berichterstattung gehört. (Falls das Gesundheitsamt auch Träger einer Kon-

Literatur

BAG SELBSTHILFE. (2006). Leitsätze der Selbsthilfe für die Zusammenarbeit mit Personen des privaten und öffentlichen Rechts, Organisationen und Wirtschaftsunternehmen, insbesondere im Gesundheitswesen, verabschiedet von der Mitgliederversammlung am 29.04.2006. Internet <http://www.bag-selbsthilfe.de/neutralitaet-und-unabhaengigkeit-der-selbsthilfe.html> (Zugriff: 14.03.2011).

Bobzien M. (2008). Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung. Ein Leitfaden für interessierte Krankenhäuser. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen.

RKI (Robert-Koch-Institut). (Hg.). (2004). Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 23. Berlin: RKI.

RKI (Robert-Koch-Institut). (Hg.). (2006). Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 32. Berlin: RKI.

Siewerts D. (2010). Mehr Patientenorientierung ist angesagt. Netzwerk will Kliniken und Arztpraxen für Kooperation mit der Selbsthilfe gewinnen. Der Paritätische, 1, 13–15.

Stötzner, K., Neuhaus, M. (Red.) (2011). Selbsthilfe und Krankenhäuser. Beispiele gelungener Kooperation. Berlin: Eigenverlag.

Trojan A, Kofahl C. (im Erscheinen 2012). Der Patient im Versorgungsgeschehen: Laienpotenzial und Gesundheits-selbsthilfe. In: Schwartz FW, Busse R, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U. (Hg.) Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban-Verlag.

Trojan A., Nickel S. (2011 a). Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das Gesundheitswesen. Entwicklungen und Perspektiven. Das Gesundheitswesen, 73, 67–72.

Trojan A, Nickel S (2011 b). Selbsthilfefreundlichkeit – ein Qualitätsziel auch für den ÖGD. Blickpunkt öffentliche Gesundheit, 3: 4–5.

Trojan A., Nickel S., Werner S. (2004). II Studienergebnisse: Unterstützungserfahrungen und -bedarf der Hamburger Selbsthilfegruppen (SHG). Ergebnisse einer Befragung von SHG-Kontaktpersonen zur Qualitätsentwicklung der Selbsthilfeunterstützung. In: Trojan A., Estorff-Klee. (Hg.) 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung. Münster: LIT, 27–128.

Trojan A., Werner S., Bobzien M., Nickel S. (2009). Integration von Selbsthilfeszusammenschlüssen in das Qualitätsmanagement im ambulanten und stationären Versorgungsbereich. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 52 (1), 47–54.

Werner S., Nickel S., Trojan, A. (2006). Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zum Status quo der Kooperation von Selbsthilfe und Krankenhäusern. In: Werner S., Bobzien M., Nickel S., Trojan A. (Hg.) Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band Nr. 16, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

takt- oder Unterstützungsstelle ist, entfällt ein Ansprechpartner. Stattdessen muss sichergestellt sein, dass geeignete Aufgabenbereiche des Gesundheitsamtes eng mit dem Bereich der Selbsthilfeunterstützung kooperieren.)

5. Das Gesundheitsamt arbeitet anlass- und fachbezogen mit der Selbsthilfe zusammen und beteiligt sie gegebenenfalls an Koordination und Planung (z. B. in Gesundheits- und Pflegekonferenzen).

6. Das Gesundheitsamt informiert und qualifiziert geeignete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Kooperation mit der Selbsthilfe.

7. Das Gesundheitsamt stellt Räume und Präsentationsmöglichkeiten, z. B. Flyerauslagen, Aushangmöglichkeiten in eigenen Räumen und öffentlichen Auftritten (z. B. Internet) für Selbsthilfeszusammenschlüsse zur Ver-

fügung.

8. Das Gesundheitsamt hat die Kooperation mit Selbsthilfeszusammenschlüssen als Element bürgernaher Verwaltung in ein Leitbild oder entsprechende Dokumente integriert.

9. Das Gesundheitsamt informiert Selbsthilfeszusammenschlüsse, z. B. zur finanziellen Unterstützung, und versucht auch selbst, Projekte zu unterstützen.

10. Das Gesundheitsamt fördert ein selbsthilfefreundliches Klima in der Kommune (falls vor Ort vorhanden: in Absprache und Kooperation mit einer Kontakt- bzw. Unterstützungsstelle für Selbsthilfegruppen).

Neue Kooperationen

Im Sommer 2009 haben sich verschiedene Institutionen und Personen zu ei-

nem Netzwerk »Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen – gemeinsam für Selbsthilfe- und Patientenorientierung« zusammengeschlossen. Die verschiedenen Akteure und Träger von Projekten der vergangenen Jahre haben mit diesem Schritt die Kooperation und Koordination systematisiert und sich deutlich sichtbar in der Versorgungslandschaft positioniert (Siewerts 2010).

Wesentliche strategische Elemente für die weitere Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das Gesundheitswesen sind einerseits Unterstützungsagenturen für Selbsthilfefreundlichkeit sowie ein gemeinsamer Internetauftritt (Internet <http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de>).

Die Arbeit des Netzwerkes wird unterstützt durch einen Fachbeirat, der

das Projekt begleitet und darüber hinaus die wichtige Funktion hat, Selbsthilfefreundlichkeit in die einzelnen Institutionen der Gesundheitsversorgung hineinzutragen. Im Herbst 2011 wurde beschlossen die weitere Arbeit des Netzwerkes unter dem Dach und im Rahmen des Deutschen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (Internet <http://www.dngfk.de>) fortzuführen. Der neue verkürzte Titel »Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen« signalisiert die enge Verknüpfung dieser beiden zentralen Konzepte.

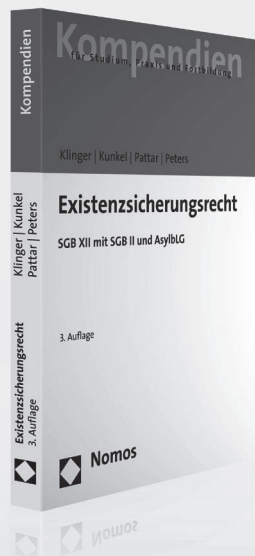
Bilanz

Die hier berichteten Entwicklungen zeigen: In den vergangenen Jahren wurden deutliche Fortschritte bei der Integration von Patienten in die Versorgungsgestaltung und die Qualitätsentwicklung des Gesundheitswesens erzielt.

Solche Erfolge sind aber nicht ohne unerwünschte Nebenwirkungen zu haben: Neben einer möglichen quantitativen und qualitativen Überforderungen der Mitglieder von Selbsthilfezusammenschlüssen in den Beteiligungsprozessen wird in den letzten Jahren die Gefahr sichtbar, dass ihr größerer Einfluss zu Beeinflussungsversuchen durch Dritte (insbesondere durch die Pharmaindustrie) geführt hat (BAG Selbsthilfe 2006 und <http://www.nakos.de/site/fragen-und-fakten/sponsoring>). Auch wenn es bisher keine eindeutigen Lösungen für diese absehbaren Probleme gibt, kann man davon ausgehen, dass die positiven Elemente einer intensivierten Kooperation zwischen Selbsthilfe und professionellen Institutionen überwiegen.

Die Nutzer des Gesundheitssystems werden zu Mitgestaltern; mehr Patientenorientierung ist Voraussetzung und gleichzeitig das wichtigste Ergebnis für eine zunehmend bedarfsgerechtere Versorgungslandschaft. ■

Für die Aus- und Weiterbildung



Das Werk ist eine systematische Darstellung des Existenzsicherungsrechts in SGB I, II, X, XII und des Asylbewerberleistungsgesetzes. Außerdem enthält es die Hilfen in unterschiedlichen Lebenslagen nach dem SGB XII. Mit Prüfungsmata und Schaubildern will es speziell Studierenden, aber auch Praktikern Arbeitshilfe leisten.

Weitere Informationen: www.nomos-shop.de/13263

Existenzsicherungsrecht

SGB XII mit SGB II und AsylbLG

Von Prof. Roland Klinger,
Prof. Peter-Christian Kunkel,
Prof. Dr. Andreas Kurt Pattar und
Ri'in Karen Peters

3. Auflage 2012, 499 S., brosch.,
28,- €, ISBN 978-3-8329-6265-4



Nomos