

---

# **Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen**

**Wie sich selbsthilfebezogene  
Patientenorientierung systematisch  
entwickeln und verankern lässt**

Alf Trojan, Michael Bellwinkel, Monika Bobzien,  
Christopher Kofahl, Stefan Nickel (Hg.)

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis ..... VI

Vorwort ..... 1

### Kapitel 1

**Entstehung von Selbsthilfefreundlichkeit als Praxisansatz für mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen ..... 3**

1.1 Patientenorientierung als Leitbegriff moderner Krankenversorgung und Einführung in das Buch ..... 5

Alf Trojan, Christopher Kofahl, Stefan Nickel, Daniel Lüdecke

1.2 Gesundheitspolitischer Hintergrund und Frühgeschichte der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Einrichtungen des Gesundheitswesens ..... 23

Alf Trojan, Silke Werner

### Kapitel 2

**Stationäre Versorgung ..... 33**

2.1 Die bundesweite Erhebung zur Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern ..... 35

Silke Werner, Stefan Nickel, Alf Trojan

2.2 Das Hamburger Modellprojekt zur Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern ..... 42

Monika Bobzien, Stefan Nickel, Alf Trojan

2.3 Fördernde und hinderliche Faktoren der Zusammenarbeit in den Hamburger Pilotkrankenhäusern ..... 64

Silke Werner, Marion Schumann, Alf Trojan, Daniel Lüdecke

2.4 Entwicklung eines Messinstruments für die partizipative, patientenorientierte Versorgungsgestaltung im Krankenhaus am Beispiel der Selbsthilfe ..... 79

Stefan Nickel

2.5	Ergebnisse von fünf Fallstudien in Krankenhäusern aus Hamburg und Nordrhein-Westfalen .....	99
	Stefan Nickel, Silke Werner, Alf Trojan	
2.6	Modellprojekt mit Krankenhäusern in NRW: Entwicklung und Erprobung der Umsetzungsschritte.....	124
	Christa Steinhoff-Kemper, Monika Bobzien, Alf Trojan	
2.7	Zwei Ansätze zur Beurteilung von Selbsthilfefreundlichkeit: die Selbstbewertung im Qualitätszirkel sowie der Selbsteinschätzungsbogen für das Krankenhaus .....	152
	Monika Bobzien, Alf Trojan	
2.8	Bilanz der Kooperation mit Selbsthilfegruppen im Krankenhaus, Transferaspekte und Perspektiven.....	176
	Alf Trojan, Stefan Nickel	
	Literatur zu Kapitel 2 .....	186
<b>Kapitel 3</b>		
<b>Vertragsärztliche Versorgung.....</b>		<b>197</b>
3.1	Einführung zur Geschichte der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Ärzten: Rückblick auf Kooperationserfahrungen .....	199
	Alf Trojan, Christopher Kofahl, Stefan Nickel	
3.2	Selbsthilfefreundliche Arztpraxen: die Entstehungsgeschichte der Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung .....	206
	Alf Trojan, Stefan Nickel	
3.3	Explorative Studie „Selbsthilfefreundlichkeit und Qualitätsmanagement“ in Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung.....	212
	Alf Trojan, Ellis Huber, Christopher Kofahl, Stefan Nickel	
3.4	Akzeptanz, Informationsbedarf und Anreize zur Kooperation von Arztpraxen mit der Selbsthilfe: Ergebnisse einer Umfrage in vier Bundesländern.....	219
	Stefan Nickel, Alf Trojan	

3.5	Modellprojekt „Selbsthilfefreundliche Praxis“ Nordrhein-Westfalen .....	240
	Monika Bobzien, Doris Schlömann, Alf Trojan	
3.6	Bilanz der Kooperation mit Selbsthilfegruppen im vertragsärztlichen Bereich, Transferaspekte und Perspektiven .....	259
	Alf Trojan, Stefan Nickel	
	Literatur zu Kapitel 3 .....	267
<b>Kapitel 4</b>		
<b>Rehabilitative Versorgung.....</b>		<b>273</b>
4.1	Einführung in die Geschichte der Kooperation von Selbsthilfegruppen und Einrichtungen der rehabilitativen Versorgung .....	275
	Alf Trojan	
4.2	Vorbereitung der Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das QM .....	281
	Alf Trojan, Monika Bobzien	
4.3	Aktueller Stand und Perspektiven: Erprobung mit zwei Rehabilitationskliniken .....	290
	Monika Bobzien, Alf Trojan	
	Literatur zu Kapitel 4 .....	298
<b>Kapitel 5</b>		
<b>Öffentlicher Gesundheitsdienst.....</b>		<b>301</b>
5.1	Einführung zur Geschichte der Kooperation mit Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes .....	303
	Alf Trojan	
5.2	Aktionsforschungsprojekt mit 49 Gesundheitsämtern in Deutschland .....	310
	Stefan Nickel, Silke Werner, Alf Trojan	

---

5.3	Bilanz der Kooperation mit Selbsthilfegruppen im ÖGD, Transferaspekte und Perspektiven .....	316
	Alf Trojan, Stefan Nickel	
	Literatur zu Kapitel 5 .....	323
<b>Kapitel 6</b>		
<b>Nachhaltige Verankerung von Selbsthilfefreundlichkeit</b>		
<b>im Gesundheitswesen .....</b>		
<b>325</b>		
6.1	Zur Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in Qualitätsmanagementsysteme .....	327
	Alf Trojan	
6.2	Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen .....	351
	Alf Trojan, Michael Bellwinkel, Dagmar Siewerts, Stefan Nickel	
6.3	Selbsthilfefreundlichkeit: Probleme und Chancen für die weitere Entwicklung und Verbreitung .....	371
	Alf Trojan, Christopher Kofahl, Klaus Bremen, Stefan Nickel	
	Literatur zu Kapitel 6 .....	390
<b>Anhang .....</b>		<b>396</b>
A: Informationen zum Stand der Integration von Kriterien der SHF in QM-Systeme		
B: Allgemeine Qualitätskriterien „Selbsthilfefreundlichkeit“		
C: Katalog möglicher Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätskriterien im Krankenhaus		
D: Fragebogen „Selbsthilfebezogene Patientenorientierung im Krankenhaus“ (SelP-K)		
<b>Die Autorinnen und Autoren .....</b>		<b>417</b>

**Abkürzungsverzeichnis**

ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
AK	Allgemeines Krankenhaus; Asklepios Klinik
AQUA	Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Indikatorenset der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)
BÄK	Bundesärztekammer
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BHÄV	Bayerischer Hausärzteverband
BKK BV	Bundesverband der Betriebskrankenkassen
DAG SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
DAkKS	Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
DEGEMED	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation
DGA	Deutsche Gesellschaft für Akkreditierung mbH
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIN EN ISO	Deutsches Institut für Normung / Europäische Norm / International Organization for Standardization
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease-Management-Programm (strukturiertes Behandlungsprogramm)
DMSG	Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
DNGfK	Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
DPR	Deutscher Pflegerat
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DQS	Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen
EFQM	European Foundation for Quality Management
EPA	European Practice Assessment
EUROPEP	European Project on Patient Evaluation of General Practice Care

---

GA	Gesundheitsamt
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GQMG	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (Schweiz: SQMH)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz der Länder
GSP	Gesellschaft für Soziale Projekte mbH
HÄQM	Hausärztliches Qualitätsmanagement
IAPO	International Alliance of Patients' Organizations
ILCO	Deutsche Selbsthilfeorganisation für Stromaträger, abgeleitet aus Ileum und Colon
ISQUA	International Society for Quality in Health Care
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KGNW	Krankenhausgesellschaft NRW
KH	Krankenhaus
KISS	Kontakt- und Informationsstelle(n) für Selbsthilfegruppen
KRH	Klinikum Region Hannover
KOSA	Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte
KOSKON	Koordination für Selbsthilfe in NRW
KPQM	KV Praxis Qualitätsmanagement der KV Westfalen-Lippe
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LBK	Landesbetrieb Krankenhäuser
LV	Landesverband
LVA	Landesversicherungsanstalt
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum

NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
NCT	Nationales Centrum für Tumorerkrankungen
pCC	proCum Cert (eine Zertifizierungsgesellschaft)
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QisA	Qualitätsmanagement in sächsischen Arztpraxen
QISA	Qualitäts-Indikatoren-System für die Ambulante Versorgung (Indikatorensystem des AOK-Bundesverbands)
QM, QMS	Qualitätsmanagement, QM-System
qu.no	Qualitätsmanagementsystem der KV Nordrhein
PDCA	Plan-Do-Check-Act
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
SEKIS	Selbsthilfe-Kontakt- und Informationsstelle in Berlin
SGB	Sozialgesetzbuch
SH	Selbsthilfe
SHF	Selbsthilfefreundlichkeit
SHG	Selbsthilfegruppe
SHK	Selbsthilfekontaktstelle
SHO	Selbsthilfeorganisation
SHP	Selbsthilfeprojekt
SHZ	Selbsthilfezusammenschluss; Selbsthilfezentrum
SPiG	Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (das bundesweite Netzwerk)
SVR	Sachverständigenrat
UMM	Universitätsmedizin Mannheim
WHO	World Health Organization
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz
ZI	Zentralinstitut



## Vorwort

In diesem Buch wird das Praxiskonzept „Selbsthilfefreundlichkeit“ in seiner Entstehung und weiteren Entwicklung dargestellt. Das Konzept entstand 2004 in Hamburg mit dem Projekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ und wird sich – wie wir hoffen – auch weiterhin verbreiten. In den zurückliegenden acht Jahren sind viele kleinere Expertisen, aktivierende Befragungen und gut dokumentierte Modellprojekte durchgeführt worden. Die Ergebnisse dieser Aktivitäten wurden in zahlreichen Publikationen veröffentlicht. Mit diesem Buch wird nun der Versuch unternommen, die Essenz daraus in einem Band darzustellen, der die verschiedenen Erfahrungen und Ergebnisse zusammenführt und dabei die Entwicklungslinie vom Hamburger Projekt bis zu den heutigen Strukturen, dem Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“, nachzeichnet.

Ermöglicht wurde dieser intensive Entwicklungsprozess durch die finanzielle Förderung aus dem BKK-System, dem BKK Bundesverband, den BKK Landesverbänden Nordwest, Mitte und Baden-Württemberg sowie einigen Betriebskrankenkassen. Notwendig war und ist ein verlässlicher und kompetenter Partner, der in Gestalt des Paritätischen all die Jahre die praktische Entwicklung und Umsetzung vor Ort übernommen hat, zunächst der Paritätische Hamburg, in der Folge dann der Paritätische in Nordrhein-Westfalen.

Die wissenschaftliche Begleitung und Inspiration lag während des gesamten Zeitraums bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Entscheidend für den gesamten Entwicklungsprozess waren und sind auf der einen Seite die Selbsthilfe und die Selbsthilfeunterstützung, vertreten durch die zahlreichen Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen vor Ort, aber auch auf der Bundesebene durch die BAG SELBSTHILFE und die NAKOS, – und auf der anderen Seite die Leistungserbringer in Form der Krankenhäuser, der Arztpraxen und der Reha-Kliniken. All diesen Akteurinnen und Akteuren und noch vielen weiteren, insbesondere den unzählbaren Teilnehmerinnen und Teilnehmern an den vielen Studien und Erprobungsprojekten, die mit viel Herzblut an diesem Prozess beteiligt waren, gilt unser Dank, da ohne sie eine solche Entwicklungsarbeit nicht möglich gewesen wäre.

Parallel zu dieser praxisorientierten Entwicklungsarbeit wurde von 2008 bis 2011 mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) ein Forschungsprojekt mit dem Titel „Qualitätskonzept ‚Selbsthilfefreundliches Krankenhaus‘ als Ansatz patientenorientierter, partizipativer Versorgungsgestaltung“ durchgeführt. Dieses Projekt war eingebettet in den BMBF-Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“. Über alle Studien und Praxiserfahrungen wird in diesem Buch in gebündelter Form berichtet.<sup>1</sup>

Die Verantwortlichen in dem gesamten Prozess waren stets von dem Wunsch getragen, nicht ein Projekt mit zeitlicher Begrenzung durchzuführen, sondern einen dauerhaften Veränderungsprozess im Gesundheitswesen anzustoßen, bei dem das Laienpotenzial der betroffenen Menschen systematisch einbezogen wird. Mit dem vorliegenden Bericht wollen die Autoren allen Beteiligten ihren Dank aussprechen und ihnen die gesammelten Erkenntnisse und Materialien an die Hand geben, die für die weitere Umsetzung von Selbsthilfefreundlichkeit und selbsthilfebezogener Patientenorientierung im Gesundheitswesen hilfreich sein können.

*Alf Trojan, Michael Bellwinkel*

(im Namen der Herausgeber/-innen)

---

<sup>1</sup> Für die engagierte und sorgfältige redaktionelle Bearbeitung der Manuskripte für dieses Buch danken wir Aruschan Wartumjan ganz herzlich!

**Kapitel 1**  
**Entstehung von Selbsthilfefreundlichkeit**  
**als Praxisansatz für mehr**  
**Patientenorientierung im Gesundheitswesen**



## **1.1 Patientenorientierung als Leitbegriff moderner Krankenversorgung und Einführung in das Buch**

Alf Trojan, Christopher Kofahl, Stefan Nickel, Daniel Lüdecke

### **1.1.1 Einleitung: Patientenorientierung als Leitbegriff**

Das Konzept „Patientenorientierung“ inhaltlich eindeutig zu definieren und systematisch zu bearbeiten, ist mit einigen Schwierigkeiten behaftet.<sup>2</sup> Sicher ist jedoch, dass es dabei heute nicht mehr nur darum geht, den Patienten als Leidenden angemessen „menschlich“ zu behandeln, sondern auch seine neuen Rollen als Bewerter, Kontrolleur, Kritiker und Mitgestalter im Gesundheitswesen anzuerkennen.<sup>3</sup>

Damit heißt es, sich von einem vereinfachten Verständnis von Patientenorientierung zu verabschieden. Dieses Verständnis liegt z.B. dem Definitionsversuch der Bundesärztekammer (2001) zugrunde. Sie hat einen Leitfaden zum Qualitätsmanagement in Krankenhäusern herausgegeben, in dem der Begriff der Patientenorientierung durch verschiedene Merkmale näher definiert wird. Dieser Kriterienkatalog umfasst folgende Punkte:

- „Wartezeiten bei der Aufnahme ins Krankenhaus,
- Aufklärung der Patienten bei der Arztvisite,

---

<sup>2</sup> Wir verwenden hier den in Praxis und Politik gängigen Begriff der Patientenorientierung. Sinnvoll ist natürlich auch der weitere Begriff der Nutzerorientierung: Sowohl Patienten, Kunden als auch Klienten, aber auch ganz allgemein Versicherte, Bürger oder Verbraucher können Nutzer von Leistungen und Angeboten sein (Schaeffer 2004; Gerlinger 2009; Mozygemba et al. 2009). Ebenso sinnvoll sind daher weitere Begriffe wie Bürgerorientierung und Kundenorientierung (Badura und Hart 1999; Badura 2002). Eine differenzierte Diskussion der Überlappungen und Unterschiede dieser Konzepte kann und soll in diesem Buch nicht geleistet werden.

<sup>3</sup> Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wurde im Text überwiegend die männliche Schreibweise gewählt. Selbstverständlich beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

- Ausmaß der Zuwendung der Krankenpflegekräfte,
- Wartezeiten vor dem Röntgen, der Endoskopie, dem Labor etc.,
- Umgang mit der Intimsphäre,
- die Weck- und Essenszeiten,
- Kontakt durch Sozialhelfer,
- Anzahl/Art der Freizeitangebote,
- Hygienemaßnahmen,
- Orientierungshilfen im Haus, an Parkplätzen und anderen Vorkehrungen zur Erleichterung der Zugänge zur Klinik“ (Bundesärztekammer 2001: 45).

Der Leitfaden erweckt den Eindruck, die Manager von Gesundheitseinrichtungen wüssten bereits, wie Organisationen und Angebote im Sinne der Patientenorientierung zu strukturieren wären und dass die Patienten dabei überflüssig seien. Oder, wie es in einer Dissertation zugespitzt formuliert wurde: „Ein Patient löst den Bedarf an Orientierung aus, der Mitarbeiter handelt“ (Bleses 2005).

Auch in anderen, noch differenzierteren und konkretisierten Abhandlungen zur Patientenorientierung bleibt eine *entschiedene* Betonung einer *aktiven* Rolle des Patienten im Konzept der Patientenorientierung ausgesprochen blass oder fehlt gänzlich (so z. B. bei Stratmeyer 2002; Hoefert und Härter 2010; Weis et al. 2011).

Ein modernes Verständnis von Patientenorientierung erfordert jedoch gerade *solche* Aspekte. Dabei zielt Patientenorientierung auf einen Ausgleich der Informationsasymmetrie und Demokratisierung des Interaktionsverhältnisses zwischen Professionellen und Patienten. Nicht nur das Wissen, sondern auch die Verantwortung für Therapie und Diagnose sollen geteilt werden, so dass an die Stelle ein reziproker Aushandlungsprozess tritt, an der früher das Diktum des Arztes war. Dies erfordert allerdings Patientensouveränität und Patientenmündigkeit (Bauer et al. 2005). Hiermit wird, nicht nur auf der „Mikroebene“ der Gesundheitsversorgung, ein Wechsel angesprochen, weg vom Bild des umsorgten Patienten hin

zum „active participant“, also einem aktiven Mitgestalter des Behandlungsprozesses (Sixma 2006 ) und für den gesamten Gesundheits- und Sozialbereich (Engelhardt 2011).

In einem unveröffentlichten Referat zum Thema „Patientenzentrierte Versorgung – ein Blick ins Ausland“ zitiert Blum (2011) die von 1994 stammende Definition der National Library of Medicine: „Design of patient care wherein institutional *resources and personnel are organised around patients* rather than around specialised departments“. Das Institute of Medicine hingegen definierte 2001 „patient centredness“ als „health care that establishes a *partnership among practitioners, patients, and their families* (...) to ensure that decisions respect patients' needs and preferences, and that patients have the education and support they need to make decisions and participate in their own care.“ In ihrem Fazit verdichtet Blum (2011) das Konzept „patientenzentrierte Versorgung“ auf die Begriffe: Integration, Information, Kommunikation, Beteiligung. Selbsthilfebezogene Patientenorientierung entspricht voll und ganz diesem modernen Verständnis mit einem besonderen Fokus auf der Kooperation von Selbsthilfe mit professionellen Diensten.<sup>4</sup>

Die weltweite Vereinigung von Patientenorganisationen (IAPO) hat international und systematisch aufbereitet, was zum Konzept der Patientenorientierung zu finden war (IAPO 2006). In der Zusammenfassung wird resümiert, dass es viele Vorschläge für Definitionen gibt und diese auch auf einen gemeinsamen Kern des Verständnisses hindeuten, dass aber eine global akzeptierte einheitliche Definition bisher fehlt. Die Evidenz für Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit ist zwar schmal, deutet aber auf positive Zusammenhänge hin. Die von der IAPO selbst bevorzugte Definition deckt sich weitgehend mit der des Institute of Medicine (2001). In einer aus der Überblicksarbeit abgeleiteten Deklaration zu patientenorientierter (bzw. im englischen Sprachraum: patientenzentrierter) Gesundheitsversorgung (IAPO 2006: 29) werden als die entscheidenden fünf Prinzipien genannt:

---

<sup>4</sup> Wie benutzen den Begriff „Selbsthilfegruppen“ für alle Selbsthilfefzusammen-schlüsse, d.h. auch für Selbsthilfeorganisationen und -verbände.

- respect,
- choice and empowerment,
- patient involvement in health policy,
- access and support,
- information.

Besonders augenscheinlich ist in diesem Verständnis von Patientenorientierung die große Nähe zum Begriff der Gesundheitskompetenz (health literacy), die laut WHO (2007) die Summe der Fähigkeiten bezeichnet, medizinische Informationen (mündlich oder schriftlich mitgeteilt) aufzunehmen, zu verstehen und anzuwenden, sowie sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden und angemessene Entscheidungen für die eigene Gesundheit treffen zu können. Somit ist Patientenorientierung auch ein entscheidender Wegbereiter zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Patienten im Besonderen und Bürgern im Allgemeinen.

Das Konzept der Selbsthilfefreundlichkeit liegt auf der Linie dieser Akzente von Patientenseite bzw. ihrer (Selbsthilfe-) Organisationen.

Eine unserer Ausgangsthese ist, dass die Umsetzung heutiger Auffassungen von Patientenorientierung die Kooperation mit Selbsthilfegruppen erfordert (vgl. Stark 2001; RKI 2004 und 2006). Dieser Gedanke wird zwar auch in der neueren Literatur zu Patientenorientierung berücksichtigt, steht aber eindeutig im Schatten all der anderen Facetten von Patientenorientierung. So werden die verschiedenen selbsthilfebezogenen Potentiale der Patientenorientierung nicht vollends entfaltet, sondern zu meist auf jeweils eine einzelne Funktion reduziert. Beispiele dafür sind:

- Erhebung von Beschwerden bei Selbsthilfeorganisationen als „Patientenrückmeldung“ (Sänger 2010, Tab. 5: 62/63),
- als „komplementärer Dienst“ bzw. „komplementäre Leistung“ (Hoefert und Härter 2010: 25),
- Vermittlung von Selbsthilfegruppen als Entlassungsmaßnahme (Hoefert und Härter 2010: 19),



- „Erfahrungen der Selbsthilfe nutzen“, indem „Betroffene in der Patientenaufklärung mitwirken“ (Sänger 2010: 66),
- Zusammenarbeit nach dem Krankenhausaufenthalt (Hoefert 2010, im Vorwort).

Diese Kooperationsformen sind sehr stark orientiert an der Kurzdefinition von Patientenorientierung als „Ausrichtung des Leistungsangebots und der Betriebsabläufe an den vermutlichen Interessen und Bedürfnissen der Patienten“ (Hoefert 2010, Vorwort).

Neuerdings spielt auch der Aspekt der partizipativen Entscheidungsfindung eine erhebliche Rolle; allerdings geht es dabei primär um die Mikroebene, d.h. die einzelne Arzt-Patient-Beziehung, in der Patientenorientierung als „Ko-Produktion“, als interaktiver Prozess der Entscheidungsfindung, verstanden wird ([http://www.patient-als-partner.de/files/h\\_rter\\_patientenorientierung\\_2012\\_symposium\\_chcr\\_03\\_02\\_2012.pdf](http://www.patient-als-partner.de/files/h_rter_patientenorientierung_2012_symposium_chcr_03_02_2012.pdf)).

Tatsächlich gibt es aber programmatisch und in den exemplarisch zitierten jüngeren Arbeiten zur Patientenorientierung auch Hinweise auf weitergehende Kooperationsmöglichkeiten. Einige frühe Forderungen und aktuelle Meinungen sollen im Folgenden zitiert werden:

- Patienten können „eine wichtige Ressource im Kampf gegen Unwissenheit, Qualitätsmängel und Verschwendung im Gesundheitswesen“ sein (Dierks und Schwartz 2001).
- Qualität ist Nutzenorientierung; Nutzenorientierung bedeutet Beteiligung – d.h., „dass Patienten und Versicherte auf den wichtigsten institutionellen Ebenen an Verfahren zur Entscheidungsfindung über die Nutzendimension beteiligt werden“ (Hart 2001: 78).
- „Wir müssen den Verbrauchern im Gesundheitswesen eine Stimme geben und den Dialog zwischen ihnen, den Anbietern und der Politik entwickeln helfen“ (Badura 2002:25).
- „Unterstützung der organisierten Selbsthilfe als Handlungsfeld für die Stärkung von Bürger- und Patientenorientierung“ (RKI 2006: 24)
- Es gelte, die „kollektive Kompetenz“ der Selbsthilfe für die Einflussnahme auf die Neugestaltung von Versorgungsstrukturen und

-abläufen zu nutzen und dafür die Patientenkompetenzen ganz allgemein zu stärken (Weis et al. 2011: 1120).

- „Kontaktpflege mit Einbeziehung von und Unterstützung der Selbsthilfe“ (Sänger 2010: 72).

Das letzte dieser exemplarischen Zitate bezieht sich auf „patientenorientiertes Qualitätsmanagement“ (Sänger 2010), also einen Kontext in dem die Kooperation mit Selbsthilfe aus der bisherigen Zufälligkeit einzelner wohlmeinender Kooperationskontakte herausgeholt werden könnte.

Als ein erstes Kern-Dokument der Verankerung von Patientenorientierung als Aufgabe der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung kann der Antrag Bremens auf der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) am 9.10.1996 in Trier betrachtet werden (GMK 1999; gleichsinnig wenig später der Sachverständigenrat, SVR 2000/2001; s. a. Kranich 2009 zu noch früheren politisch-programmatischen Forderungen.). Auf der GMK wurden „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ verabschiedet und das erste Ziel mit der Überschrift „Konsequente Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ versehen. Darin wird sowohl bessere Information von Patienten als auch ihre systematische Beteiligung in Gremien des Gesundheitswesens festgeschrieben.

In diesem Papier zeigt sich insgesamt, dass Konzepte der Patientenorientierung und der Partizipation im Gesundheitswesen eng verknüpft sind mit Qualitätsstrategien. Dies ist bisher allerdings stärker für die Makroebene des Gesundheitssystems umgesetzt worden (RKI 2006) als für die Mesoebene, also die Ebene der jeweils einzelnen Institutionen im Gesundheitswesen, wie Krankenhäuser oder Arztpraxen (so auch erkennbar bei Gerlinger 2009:19).

Die Umsetzung einer umfassenden Patientenorientierung hängt davon ab, wie ausgereift Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungssysteme in Krankenhäusern sind und eingesetzt werden. So konnten Groene et al. (2009) in einer europaweiten Studie in Krankenhäusern über den Zusammenhang von Patientenorientierung und dem Vorhandensein von Qualitätssicherungsstrategien feststellen, dass Patientenorientierung umso umfassender implementiert wurde, je weiter die Krankenhäuser ihre Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeführt und umgesetzt haben.

Gutes Qualitätsmanagement allein führt jedoch *nicht automatisch* zur umfassenden Implementation von Patientenorientierung und noch viel weniger zur systematischen Kooperation mit der Selbsthilfe. Denn zusätzlich „bedarf es geeigneter *Rahmenbedingungen*, die es den Professionellen im Gesundheitswesen ermöglichen, tatsächlich den Patienten unter Berücksichtigung seiner Wünsche und Präferenzen in den Mittelpunkt zu stellen“, wie es im Schlusssatz der Gesundheitsberichterstattung zu Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ heißt (RKI 2006: 26).

In dem hier aus Platzgründen stark verkürzten Überblick über Verständnis und Konzepte der Patientenorientierung unter Berücksichtigung der organisierten Selbsthilfe sollten sowohl Defizite als auch Anknüpfungsmöglichkeiten zur Kooperation mit der Selbsthilfe verdeutlicht werden.

Wir meinen, dass mit dem Konzept der „Selbsthilfefreundlichkeit von Gesundheitseinrichtungen“ ein Praxisansatz entwickelt wurde, der verschiedene *Vorzüge* hat und deshalb einen festen Platz in einem modernen Verständnis von Patientenorientierung beanspruchen darf:

- In einer überschaubaren Zahl von sieben allgemeinen *Qualitätskriterien* wurden die Kernelemente der Kooperation mit der organisierten Selbsthilfe systematisch zusammengefasst.
- *Für die einzelnen Bereiche* der Versorgung (stationär, ambulant, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Rehabilitation) gibt es spezifische an den jeweiligen Bereich angepasste Kriterien.
- In allen Bereichen wurden die Kriterien von Professionellen (meist Qualitätsmanagement-Verantwortlichen), Vertretern von Selbsthilfeorganisationen und den hauptamtlichen Selbsthilfeunterstützern der Selbsthilfekontaktstellen *gemeinschaftlich formuliert*. Sie repräsentieren also die Interessen und Bedürfnisse der kollektiven Patientenschaft bzw. Selbsthilfe wie auch der professionellen Versorgungsverantwortlichen.
- Die *Umsetzbarkeit* wurde in allen Bereichen *erprobt*; systematische *Vorgehensweisen* wurden *entwickelt*, und die Konzepte und Erfahrungen stehen allen Einrichtungen zur Verfügung (u.a. in diesem Buch) ([www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)).

- Die Qualitätskriterien enthalten im Wesentlichen drei Dimensionen: die bekannten Wünsche nach organisierter Zusammenarbeit durch *Information und Unterstützung* der Selbsthilfe, die (neuere) Dimension *Beteiligung/Partizipation* (durch Informationsaustausch, Beteiligung an der Fortbildung der Mitarbeiter sowie Mitwirkung in Gremien wie Qualitätszirkel oder Ethikkommissionen) und als drittes die *dauerhafte Sicherung von Kommunikation und Kooperation (Nachhaltigkeit)*. Die Vollständigkeit und Machbarkeit dieser Kriterien wurde mehrfach in Befragungen und verschiedenen Zusammensetzungen der Beteiligten geprüft.
- Die konsequente Umsetzung der Kriterien führt zu einer systematischen *Beteiligung von organisierter Selbsthilfe auf der Meso-Ebene*, d.h. in den einzelnen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Partizipation von Patienten auf dieser Ebene ist eine zwar allgemein akzeptierte, bisher aber kaum umgesetzte Forderung bei der Neugestaltung des Gesundheitswesens.
- Der Ansatz insgesamt rückt einen bisher unterbelichteten Aspekt von Patientenorientierung, die Zusammenarbeit mit *Patientenzusammenschlüssen*, ins Licht und zeigt Wege auf, wie dieser Aspekt sowohl auf der Ebene einzelner Einrichtungen als auch auf der System-Ebene *nachhaltig in das Qualitätsmanagement integriert* werden kann.

In diesem ersten Abschnitt erscheinen die genannten Vorzüge der Selbsthilfefreundlichkeit für den Leser vermutlich noch recht abstrakt. Im Verlauf des Buches soll das hier theoretisch Dargestellte klarer, konkreter und in seinen Entwicklungen nachvollziehbar werden. In den beiden folgenden Abschnitten wird zunächst systematisch auf das Verhältnis der drei zentralen programmatischen Ausdrücke (1.1.2) und daran anschließend überblicksartig auf den Inhalt des Buches (1.1.3) eingegangen.

### **1.1.2 Zum Verhältnis von Patientenorientierung, Selbsthilfefreundlichkeit und Partizipation**

Die vorstehend schon angeklungenen Begriffe „Patientenorientierung“, „Nutzerbeteiligung“ und „Partizipation“ sind Konzepte, deren Grenzen nicht scharf definiert sind. Allgemein akzeptierte wissenschaftliche Definitionen gibt es nicht. Gleichwohl herrscht auch international große Übereinstimmung, dass es sich hierbei um Schlüsselkonzepte für eine bedürf-

nis- und bedarfsgerechtere und damit bessere, vermutlich sogar ökonomisch effizientere, Versorgung handelt (vgl. z.B. Akrich et al. 2008; Allsop et al. 2004; Charmel und Frampton 2008; Conklin et al. 2010; Engelhardt et al. 2009; Lewin et al. 2001; Luxford et al. 2011; Shaller 2007; Taylor 2009; Epstein et al. 2010).

International existieren verschiedene Ansätze, Methoden und regulatorische Instrumente zur Integration der Patientenbeteiligung in Gesundheitssysteme (Bitton et al. 2010; Box 2009; Canadian Health Services Research Foundation 2011; Bovenkamp et al. 2010; Scrivens 1998).

In Deutschland ist die Entwicklung und Umsetzung dieser Konzepte besonders eng mit der „Selbsthilfebewegung“ verknüpft und läuft seit einigen Jahren unter dem Schlagwort „Selbsthilfefreundlichkeit“. Allenfalls für Österreich lässt sich eine annähernd wichtige Rolle der Selbsthilfe im System konstatieren (Forster et al. 2011; Forster und Rojatz 2011). Vor allem drei Faktoren erklären die spezifisch deutsche Entwicklung. Erstens gibt es eine quantitativ und qualitativ gut etablierte Selbsthilfelandchaft mit ca. 70.000-100.000 Selbsthilfegruppen. Zweitens wird diese Entwicklung seit einigen Jahrzehnten systematisch gefördert (Geene et al. 2009), insbesondere durch den §20c des SGB V, der den Krankenkassen pro Versichertem 0,56 Euro für die Selbsthilfeförderung abverlangt (dieser Beitrag wird jährlich der Inflationsrate angepasst). Drittens verfolgt die Bundesregierung spätestens seit 2004 eine Politik, die die Patienten und diese meist in Form von Vertretern der Selbsthilfeverbände zunehmend in die Gestaltung des Gesundheitswesens einbindet.

Das Thema der systematischen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen als Weg zu größerer Nutzerbeteiligung und Versorgungsqualität existiert in der internationalen Literatur so gut wie gar nicht: Für die Bestimmung des Zusammenhangs der wichtigsten Konzepte sind wir also auf die Diskussion in Deutschland angewiesen.

Hilfreich ist zunächst die Unterscheidung zwischen der *weiten* und der *engeren* Verwendung des Begriffs Patientenorientierung. Wie eingangs dargestellt, meint Patientenorientierung weit gefasst im Grunde alles, was in einer Einrichtung im Hinblick auf die Patientenversorgung getan bzw. verbessert wird. Entsprechend dem populären Slogan „im Mittelpunkt steht der Patient“ wird Patientenorientierung (fast) zu einem Synonym für

umfassendes Qualitätsmanagement (vgl. in diesem Sinne die Zitate in Abschnitt 1.1 und die Übersichtsarbeit von Bleses 2005).

Ein *enges* Verständnis meint alles das, was in *unmittelbarer* Kooperation und in *direktem Kontakt* mit Patienten geschieht.

Ein *weites* Verständnis umfasst auch die beiden Komponenten, in die das Konzept manchmal unterteilt wird: die „interne“ *und* „externe“ Patientenorientierung (Körner et al. 2011). Während interne Patientenorientierung auf alle gestaltenden Interventionen in die Strukturen und Prozesse im Krankenhaus zum Nutzen des Patienten abhebt, meint die externe Patientenorientierung all das, was in direktem Kontakt und in unmittelbarer Kooperation mit den Patienten geschieht. Dieses Verständnis von Patientenorientierung kann auch als Einladung der Patienten zur Partizipation in den Prozessen der professionellen Versorgung verstanden werden.

Partizipation von Patienten lässt sich in unterschiedliche Intensitätsstufen unterteilen: Beteiligung reicht vom „Mitwissen“ lassen (Stärkung eines Aspekts von Gesundheitskompetenz) über „Mitreden“ (Beteiligung in Gremien) bis hin zum „Mitentscheiden“ (partizipative Entscheidungsfindung und Stimmrechte in Gremien).

Alle drei Kernkonzepte, Patientenorientierung, Partizipation und Selbsthilfefreundlichkeit, werden auf drei Ebenen verwendet: auf der Ebene der Arzt-Patient-Interaktion (Mikro-Ebene), auf der institutionellen Ebene einzelner Gesundheitseinrichtungen (Meso-Ebene) und auf der System-Ebene des Gesundheitswesens insgesamt (Makro-Ebene).

In diesem Buch geht es vor allem um die Meso-Ebene und um die Frage: Wie können wir größere Selbsthilfefreundlichkeit (und damit Patientenorientierung und Partizipation) in den Einrichtungen des Gesundheitswesens erreichen und dauerhaft verankern? Mit einem Messinstrument, das aus einem unserer Forschungsprojekte hervorgegangen ist (s. Abschnitte 2.4 und 2.5), konnten wir „*selbsthilfebezogene* Patientenorientierung“ messen. Das Konzept umfasst zwei Komponenten: a) die Stärkung der *individuellen* Selbsthilfekompetenzen (Wie stark fördert das Krankenhaus durch Informieren, Befähigen und Beteiligen den einzelnen Patienten?) und b) die Stärkung der *kollektiven* Selbsthilfe (Wie stark kooperiert das

Krankenhaus mit Selbsthilfegruppen entsprechend den Qualitätskriterien?)

Im Kontext dieses Buches und der darin behandelten Praxisprojekte gehen wir im Rahmen unserer *fragebogengestützten Untersuchungen* auf die *individuelle*, die Mikro-Ebene ein; überwiegend liegt der Schwerpunkt des Buches aber auf der *kollektiven*, der Meso-Ebene. Wir fokussieren hier auf die Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsdimension von Gesundheitseinrichtungen (Kapitel 2 bis 5). Teilweise kommt Selbsthilfefreundlichkeit auch auf der Makro-Ebene zur Sprache, insbesondere bei den Themen „Selbsthilfefreundlichkeit von Qualitätsmanagementsystemen“ (Abschnitt 6.1) und „Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG)“ (6.2).

### 1.1.3 Einführung in das Buch

In diesem Buch wird das Praxiskonzept „Selbsthilfefreundlichkeit“ in seiner Entwicklung nachgezeichnet. Diese begann 2004 und wird sich – wie wir hoffen – auch in den kommenden Jahren fortsetzen. In den zurückliegenden acht Jahren sind viele kleinere Expertisen, aktivierende Befragungen und gut dokumentierte Modell-Projekte durchgeführt worden.

Parallel zu diesen praxisorientierten Entwicklungsprojekten wurde von 2008 bis 2011 mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) ein Forschungsprojekt mit dem Titel „Qualitätskonzept Selbsthilfefreundlichkeit“ durchgeführt. Dieses Projekt war eingebettet in dem BMBF-Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung. Über alle diese Studien und Praxiserfahrungen wird in diesem Buch in gebündelter Form berichtet.

Zum Aufbau des Buches:

Im *Kapitel 1* werden – nach der erfolgten Einbettung in den allgemeinen Kontext von Patientenorientierung – die ersten Praxiserfahrungen und Forschungsergebnisse zur Kooperation von professionellen Diensten mit Selbsthilfegruppen nachgezeichnet. Die späteren Entwicklungen von Konzept und Praxis der Selbsthilfefreundlichkeit bauen darauf auf.

Die folgenden *Kapitel 2 bis 5* zeigen die Entwicklung zu größerer Selbsthilfefreundlichkeit in den wichtigsten Bereichen der Gesundheitsversorgung auf (in der Reihenfolge der Durchführung der Aktivitäten): zuerst in Krankenhäusern, danach in Praxen der vertragsärztlichen Versorgung, im Rehabilitationsbereich und schließlich im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Inhaltlich lässt sich die Entwicklung in allen Bereichen in gleicher Weise charakterisieren:

- In einer *Initialphase* ging es um die Identifizierung und Formulierung der Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit. Dies geschah regelhaft in Kooperation von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfegruppen, der Selbsthilfeunterstützer und der Gesundheitseinrichtungen. Die Kriterien wurden dann im Konsens verabschiedet und in die zweite Phase geschickt.
- Die *Erprobungsphase* bestand in Modell-Projekten mit ausgewählten besonders engagierten Einrichtungen. Bei Bedarf konnten die Kriterien noch geändert werden, was aber kaum notwendig war. Wichtiger war in dieser Phase die Konkretisierung und Umsetzung der Kriterien. Die Dokumentation dieser Prozesse stellt einen Fundus für weitere Gesundheitseinrichtungen dar, die sich auf den Weg machen wollen, eine selbsthilfefreundliche Einrichtung zu werden.
- Die *Konsolidierungsphase* begann mit der Übernahme der Kriterien und der daran geknüpften Maßnahmen in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement. Sie soll weiter laufen durch jährliche Checks, in der Regel im Rahmen des ohnehin stattfindenden kontinuierlichen Qualitätsmanagements.
- Die *Verbreitungsphase* (Dissemination, Diffusion) steht jetzt an. Sie wurde jedoch schon seit Mitte des ersten Modellprojekts in Hamburg und parallel zu den modellhaften Erprobungen systematisch vorbereitet. Dazu gehören insbesondere die Dokumentation und Aufbereitung der Modellentwicklungen und -erfahrungen als Lehr- und Lernmaterial, weiterhin die Aktivitäten zur Integration der Kriterien in bundesweit benutzte Qualitätsmanagementsysteme sowie die Gestaltung des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG) und der Agenturen als Koordinations-, Steuerungs- und Unterstützungsstrukturen.



Für alle vier Bereiche gilt dieselbe Logik der Darstellung in diesem Buch:

- Eine *Einführung* behandelt die Geschichte der Kooperation im jeweiligen Bereich und würdigt damit die Aktivitäten und Erkenntnisse, auf die zurückgegriffen werden konnte (entfällt in Kap. 2, weil die Kooperation schon weitgehend in Abschnitt 1.2 beschrieben ist).
- Einzelne *empirische Studien* oder *Expertisen* werden in gesonderten Abschnitten behandelt. Damit sollen insbesondere die wissenschaftlich interessierten Leser angesprochen werden.
- Eine besondere Rolle haben die Abschnitte 2.3 bis 2.5: Sie stellen einen abschließenden Bericht über das *BMBF-geförderte Forschungsprojekt* dar. Insbesondere Abschnitt 2.4 über die Entwicklung und die Qualität des Befragungsinstrumentes zur selbsthilfebezogenen Patientenorientierung richtet sich primär an Wissenschaftler, aber auch an potentielle Nutzer, insbesondere aus dem Qualitätsmanagement.
- Ebenfalls gesondert behandelt werden *Modellprojekte*, in denen die Entwicklung möglichst konkret beschrieben wird, um hiermit eher die Praktiker, Qualitätsmanagement-Verantwortlichen und Personen mit Leitungsfunktionen in Gesundheitseinrichtungen oder Verbänden anzusprechen.
- Die Kapitel enden jeweils mit einer *Bilanz* des Erreichten, der *Übertragbarkeit* der Erfahrungen und den *Perspektiven* für die Weiterentwicklung und -verbreitung.

Das *Schlusskapitel* 6 zeigt die von Anbeginn stets parallel laufenden Aktivitäten, Selbsthilfefreundlichkeit nicht nur auf der Meso-Ebene, d.h. in einzelnen Gesundheitseinrichtungen, sondern auch auf der übergreifenden Systemebene zu verankern. Dies meint einerseits den durchaus nicht vergeblichen Versuch, die entwickelten Qualitätskriterien für die Kooperation mit der Selbsthilfe in bundesweit genutzte Qualitätsmanagementsysteme zu integrieren (6.1) und andererseits mit dem Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (6.2) eine stabile Struktur zu schaffen, die auch nach Auslaufen der verschiedenen Förderungen von Forschung und Modellerprobung in der Lage ist, Konzept und Praxis der Selbsthilfefreundlichkeit weiter zu entwickeln und zu verbreiten.

Im Schlussabschnitt (6.3) gehen wir der übergreifenden allgemeinen Frage nach, welche hinderlichen und welche förderlichen Faktoren für die weitere Entwicklung dieses zentralen Aspekts der Patientenorientierung ausgemacht werden können.

Insgesamt verstehen sich die Überlegungen und Aktivitäten, über die in diesem Buch berichtet wird, als praxisorientierte Versorgungsforschung. Aus unserer Sicht haben sich die BMBF-geförderte anwendungsorientierte Grundlagenforschung und die forschungsbasierte Praxisförderung durch den BKK Bundesverband in selten glücklicher Weise ergänzt und wechselseitig befruchtet. Die in der Versorgungsrealität leider häufig scheiternden Versuche, Praxis, Forschung und Versorgungspolitik so miteinander zu verknüpfen, dass die Erfahrungen aus der Praxis in der Forschung aufgenommen und umgekehrt Forschungserkenntnisse in der Praxis implementiert werden, haben sich in unserem Arbeitskontext verwirklichen lassen.

Mit diesem Buch verbinden wir die Hoffnung, dass es dazu beiträgt, die bisher so erfreuliche Entwicklung zu mehr selbsthilfebezogener Patientenorientierung im Gesundheitswesen nachhaltig fortzusetzen!

## Literatur

- Akrich M, Nunes J, Paterson F, Reharisoa V (2008) The dynamics of patient organizations in Europe. Paris: Collection Sciences Sociales
- Allsop J, Jones K, Baggott R (2004) Health consumer groups in the UK: a new social movement? *Sociology of Health and Illness* 2004; 26 (6): 737-756
- Badura B (2002) Beteiligung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 45: 21 - 25
- Badura B, Hart D, Schellschmidt H (1999) Bürgerorientierung des Gesundheitswesens – Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden: Nomos
- Bauer U, Rosenbrock R, Schaeffer D (2005) Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen - gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In: Iseringhausen O, Badura B (Hg.) *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation*. Bern: Huber, p 187-201
- Bitton A, Martin C, Landon BE (2010) A nationwide survey of patient-centered medical home demonstration projects. *Journal of General Internal Medicine* 25 (6): 584-592
- Bleses H (2005) Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal [online-dissertation]. Berlin: Humboldt-Universität <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/bleses-helma-2005-01-24/HTML/index.html>
- Blum K (2011) Patientenzentrierte Versorgung – ein Blick ins Ausland. Folienreferat, Berlin 7.4.2011
- Bovenkamp HM van de, Trappenburg MJ, Grit KJ (2010) Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model. *Health Expectations* 13 (1): 73-85
- Box G (2009) Patient participation groups: the national picture. *Quality in Primary Care* 2009. 17 (4): 291-297
- Bundesärztekammer (2001) Leitfaden: Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus. 3. Aufl. München, Bern, Wien, New York: Zuckschwerdt
- Canadian Health Services Research Foundation. CHSRF Patient Engagement Project – PEP: <http://cahspr.ca/en/funding-opportunity/chsrf-patient-engagement-project-%E2%80%93-pep> [Access: 5th March 2011]
- Charmel PA, Frampton SB (2008) Building the Business Case for Patient-Centered Care. *Healthcare Financial Management*, March: 80-85
- Conklin A, Morris ZS, Nolte E (2010) Involving the public in healthcare policy. An update of the research evidence and proposed evaluation framework. Santa Monica: RAND Corporation

- Dierks ML, Schwartz FW (2001) Einleitung. In: Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewitz A, Siebeneick S, Schwartz FW (Hg.) Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht
- Engelhardt, HD (2011) Leitbild Menschenwürde. Wie Selbsthilfeinitiativen den Gesundheits- und Sozialbereich demokratisieren. Frankfurt / M: Campus
- Engelhardt HD, Trojan A, Nickel S (2009) Leistungen von Selbsthilfegruppen und deren ökonomische Bewertung. Bundesgesundheitsblatt: Selbsthilfe, 52: 64-70
- Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC (2010) Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. Health Affairs 2010; 29 (8): 1489-1495
- Forster R, Rojatz D (2011) Selbsthilfegruppen als Partner der Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Eine Analyse am Beispiel krankenhausbbezogener Kooperationsprojekte. Institut für Soziologie, Universität Wien. Forschungsbericht
- Forster R, Braunegger-Kallinger G, Krajič K (2011) Selbsthilfeorganisationen als „Stimme der Patienten“: Erfahrungen und Herausforderungen von Interessenvertretung und Beteiligung. In: Meggeneder O (Hg.) Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Frankfurt/Main: Mabuse
- Geene R, Huber E, Hundertmark-Mayser J, Möller-Bock B, Thiel W (2009) Entwicklung, Situation, und Perspektiven der Selbsthilfe-Unterstützung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52: 11-20
- Gerlinger T (2009) Nutzerorientierung im Gesundheitswesen – Probleme und Perspektiven. In Mozygemba K et al. (Hg.) Nutzerorientierung - ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung? Bern: Huber, 17-29
- GMK – Gesundheitsminister-Konferenz: Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. Beschluss der 72. GMK am 9./10.06.1999 in Trier
- Groene O et al. (2009) Is patient-centredness in European Hospitals related to existing quality improvement strategies? Analysis of a cross-sectional survey (MARQuIS study). Qual Saf Health Care 18 (Suppl 1): i44-i50
- Hart D (2001) Bürgerbeteiligung: Zum Konzept und seinen rechtlichen Rahmenbedingungen. In: Badura B, Schnellschmidt H (Hg.) Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – eine länderübergreifende Herausforderung – Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 10, 2. Aufl. Köln: 73-80
- Hoefert HW (2010) Vorwort der Reihenherausgeber. In: Hoefert HW, Härter M (Hg.) Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe-Verlag

- Hoefert HW, Härter M (2010) Einleitung: Patientenorientierung. In: Hoefert HW, Härter M (Hg.) Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Hoefert HW, Härter M (Hg.) (2010) Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe-Verlag
- Institute of Medicine (IOM) (2001) Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press
- International Alliance of Patients' Organizations (IAPO) (Hg.) (2006) What is patient-centred Healthcare? A Review of Definitions and Principles. [www.patientorganizations.org](http://www.patientorganizations.org)
- Körner M, Ehrhardt H, Steger AK (2011) Interne und externe Patientenorientierung in der medizinischen Rehabilitation. Public Health Forum 19 (70): 21-22
- Kranich C (2009) Das Spannungsfeld zwischen Versorgungsstrukturen und Akteuren - Optionen für Verbraucherpartizipation. In Mozygemba K et al. (Hg.) Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung? Bern: Huber, 109-112
- Lewin S et al. (2001) Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 4, Art. No.:CD003267. DOI: 10.1002/14651858.CD003267
- Luxford K, Safran DG, Delbanco T (2011) Promoting patient-centred care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. International Journal for Quality in Health Care 23 (5): 510-515
- Matzat J (2010) Zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen im Krankenhaus. In: Hoefert HW, Härter M (Hg.) Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Mozygemba K et al. (Hg.) (2009). Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung? Bern: Huber
- RKI; Robert-Koch-Institut (Hg.) (2006). Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 32. Berlin: RKI
- RKI; Robert-Koch-Institut (Hg.) (2004) Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 23. Berlin: RKI
- SVR; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg.) (2002). Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation; Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege; Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos (Bundestagsdrucksache 14/5660, -5661, -6871)

- Sänger S (2010) Patientenorientiertes Qualitätsmanagement. In: Hoefert HW, Härter M (Hg.) Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Schaeffer D (2004) Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber
- Scrivens E (1998) Widening the scope of accreditation – issues and challenges in community and primary care. *International Journal for Quality in Health Care* 10 (3): 191-197
- Shaller D (2007) Patient-centered care: What does it take? New York: The Commonwealth Fund
- Sixma H (2006) Quality of (Home) Care Services in The Netherlands. Past, Present, Future
- Stark W (2001) Selbsthilfe und PatientInnenorientierung im Gesundheitswesen – Abschied von der Spaltung zwischen Professionellen und Selbsthilfe? In: Borgetto B, Troschke J (Hg.) Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Deutschen Gesundheitswesen. Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften. Freiburg, 47-66
- Stratmeyer P (2002) Das Patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Weinheim, München: Juventa
- SVR; Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg.) (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. 1 (Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung, Partizipation) und Bd. 2 (Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege). Gutachten 2000/2001. Bonn: Bundestagsdrucksache14/5660, -5661, -6871
- Taylor K (2009) Paternalism, participation and partnership – the evolution of patient-centeredness in the consultation. *Patient Education and Counseling* 74 (2): 150-155
- Weis J et al. (2011) Patientenorientierung in der Onkologie. Konzepte und Perspektiven im Nationalen Krebsplan. *Onkologie* 17: 1115 – 1126
- WHO (2007) Commission on Social Determinants of Health 2007. Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes. Genf

## **1.2 Gesundheitspolitischer Hintergrund und Frühgeschichte der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Einrichtungen des Gesundheitswesens**

Alf Trojan, Silke Werner

### **1.2.1 Allgemeine Ausgangssituation**

Die Bedeutung der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen als Partner im Gesundheitswesen wird in den letzten Jahren von immer mehr ambulanten und stationären Einrichtungen erkannt und als komplementäre Unterstützung beim Prozess der Behandlung und Gesundung gesehen. Der Aktivierung von Selbsthilfekräften bei den Patientinnen und Patienten wird eine salutogene Wirkung zugeschrieben: Persönliche und soziale Gesundheitsressourcen werden gestärkt und damit Gesundheit gefördert. Dieser Aspekt trifft vor allem dann zu, wenn es um die Bewältigung psychosozialer Probleme geht, beispielsweise infolge einer chronischen Erkrankung. Neben den Betroffenen geht es auch oft um die gegenseitige Unterstützung der Angehörigen in Selbsthilfegruppen.

Die Erfahrung zeigt, dass viele Selbsthilfegruppen in den Krankenhäusern noch um Anerkennung kämpfen. Andererseits zeigen Untersuchungen aber auch eine wachsende Akzeptanz der Selbsthilfe bei Ärztinnen und Ärzten (vgl. Slesina und Knerr 2005). Genannt wird häufig, dass Selbsthilfegruppen zu einem besseren Behandlungs- und Therapieverständnis der Betroffenen beitragen und dass sie wertvolle Arbeit bei der psychosozialen Stabilisierung und Unterstützung leisten.

Eindrucksvoll dokumentiert wird die Entwicklung der konkreten Zusammenarbeit in dem Schwerpunktheft der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen mit dem Titel „Ärzte und Selbsthilfe: Entwicklung einer Partnerschaft“ (Heft 10, 2005). Allerdings wird in diesem Heft die Zusammenarbeit von Selbsthilfezusammenschlüssen mit Krankenhäusern kaum angesprochen. Im Mittelpunkt steht die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten (vgl. auch Borgetto 2002; Robert-Koch-Institut 2004). Dies ist in der Vergangenheit überwiegend der Fall,

wenn zum Thema der Kooperation publiziert wird (vgl. Bobzien 2003). Besonders verdienstvoll sind dabei Veröffentlichungen, die auf Basis der Arbeit der KOSA (Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte) entstanden sind (vgl. Bogenschütz et al. 2000; Fischer et al. 2004).

Die Erfolge und Innovationen im Bereich der Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren geben allerdings nicht nur zum Jubel Anlass. Es gibt nach wie vor nur wenige dauerhafte Kooperationen zwischen Selbsthilfe und professioneller stationärer Versorgung, die von beiden Seiten als erfolgreich empfunden werden. Diese Kooperationen sind oft punktuell und auf das besondere Engagement beispielsweise eines einzelnen Arztes und der Leitung einer Selbsthilfegruppe zurückzuführen. Wechselt der Arzt das Krankenhaus oder kann die Leitung der Selbsthilfegruppe den Einsatz nicht mehr aufrechterhalten, brechen die guten Kontakte häufig wieder zusammen, da es weder eine formale Vereinbarung noch eine strukturelle Verankerung für die Zusammenarbeit gibt. Erfolgreiche Kooperationen zeichnen sich zusätzlich darüber aus, dass sich beide Seiten mit ihrem jeweiligen Wissen als gleichwertige Partner begegnen, die Zusammenarbeit dem wechselseitigen Nutzen dient und für beide Seiten attraktiv ist (vgl. Bobzien 2003).

Einen Blick auf Aktivitäten der Kooperation zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen andernorts wird in weiteren, im folgenden Abschnitt kurz angeführten Studien geworfen.

### **1.2.2 Studien zur Kooperation von Selbsthilfe und Krankenhäusern**

In diesem Abschnitt sollen Aspekte anderer Studien dargestellt werden, in denen die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Selbsthilfe Erwähnung findet. Obwohl in fast allen im Folgenden zusammengefasst dargestellten Arbeiten zu diesem Thema von Professionellen die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen generell befürwortet wird, sind die Beispiele und Erfahrungen für direkte Kooperationen auch hier noch relativ begrenzt. Insbesondere gibt es kaum Strukturmodelle.

In einer Public Health Studie in München wurde Kooperation systematisch untersucht (Stark 2001: 17 ff.). In einer der Erhebungen bei 595 ver-



schiedenen Stellen (ca. 50% Selbsthilfekontaktstellen und ebenso vielen anderen, in ihrer Zusammensetzung sehr heterogenen Institutionen) wurde nach Kooperationsmodellen gefragt. Aus den 201 zurückgesandten Fragebögen (34%) ergaben sich einige interessante Schlüsse auf die häufigsten Krankheitsbereiche mit Kooperationserfahrungen (Diabetes, Allergie/Asthma, psychische Erkrankungen, Krebs, Rheuma etc.). Initiativen zur Zusammenarbeit gingen zu knapp einem Drittel von den Selbsthilfegruppen aus, zu einem Drittel von den Professionellen und bei den restlichen von beiden gemeinsam. Durch eine Inhaltsanalyse von ausführlicher beschriebenen Kooperationsansätzen gelangten die Untersucher zu drei verschiedenen Typen:

- Unter „solide Praxis“ wurden Kooperationen mit alltagspraktischem Schwerpunkt zusammengefasst (z.B. Informationsaustausch, Vernetzungsarbeit, menschliche Unterstützung, Lebensqualität von Betroffenen verbessern, Öffentlichkeitsarbeit etc.). Dies war das häufigste Muster (71%).
- Der Kooperationstyp „verbindliche Zusammenarbeit“ beschreibt Modelle guter Praxis auf der Basis pragmatischer Aushandlungsprozesse. Die Modelle bestehen zumeist schon über längere Zeit und sind im Sinne definierter Beziehungen und verbindlicher Rahmenbedingungen institutionalisiert (22%).
- „Innovative Modelle“ sind durch einen expliziten Prozess der gemeinsamen Zielfindung, meist einen werbewirksamen Titel für das Projekt und eine Kooperation charakterisiert, die Neues erprobt. Dieses war der seltenste Typ der Zusammenarbeit (6%).

Das Modellprojekt zur Zertifizierung von Selbsthilfefreundlichen Krankenhäusern gehört zweifellos zu diesem letzten, seltensten Typ. Die Ergebnisse der Studie zeigen jedoch schon recht deutlich, dass unsere Suche nach weiteren Modellen systematischer und strukturell abgesicherter nachhaltiger Kooperation zwischen der Selbsthilfe und Krankenhäusern nicht besonders erfolgreich sein konnte.

Dies bedeutet allerdings keinesfalls, dass es nicht positive Einzelfälle einer innovativen kontinuierlichen Zusammenarbeit gibt: Sannwald (2002) berichtet z.B. über die strukturelle Verknüpfung von Sozialarbeit im Krankenhaus mit der Selbsthilfe am Beispiel der Universitätsklinik Ulm. Geis-

linger (2004) beschreibt im Rahmen der Selbsthilfe und professionellen Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen das Beispiel des psychiatrischen Bezirkskrankenhauses Haar (mit ca. 1.200 Betten) bei München. Zu den Elementen der Zusammenarbeit gehörten ein monatlicher „Treffpunkt Selbsthilfe“, bei dem sich psychiatrische Selbsthilfegruppen in der Klinik vorstellten, eine wöchentliche Beratungsstunde für Selbsthilfe-Interessierte (was allerdings kaum wahrgenommen wurde), ein jährlicher Selbsthilfetag und zwei Instrumente der psychiatrischen Selbsthilfe (Krisenpass und Behandlungsvereinbarungen). Gemeinsam ist diesen, wie sicher auch einigen anderen engagierten Kooperationsansätzen, dass sie sehr stark auf die Initiatorinnen und Initiatoren angewiesen sind, die das Projekt aus persönlicher Begeisterung für die „gute Sache“ angeschoben haben und tragen.

Ein weiteres Projekt aus Süddeutschland mit dem Titel „Kooperation Krankenhaus und Selbsthilfe“ wurde von dem Selbsthilfezentrum München und dem Krankenhaus Neuperlach durchgeführt und evaluiert. Das Projekt war allerdings darauf fokussiert, Vorschläge für die Anleitung von begleiteten Selbsthilfegruppen-Gründungen zu entwickeln und mündete in einen entsprechenden Leitfaden (Hammerl und Hermes 2002).

Auch im Münchner „Dialog“-Projekt gab es einzelne Kooperationen mit Krankenhäusern (vgl. Bobzien 2003; SHZ München 2005, s. ausführlicher Abschnitt 3.1).

Ebenso entstand schon früh eine Kooperation im Rehabilitationsbereich – wenn auch bei weitem nicht flächendeckend (Kardorff und Leisenheimer 1999; Ehlebracht-König 2001; Borgetto 2002; Möller 2004; s. ausführlicher Abschnitt 4.1).

Besonders starkes Engagement für die stärkere Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfeszusammenschlüssen war in Nordrhein-Westfalen festzustellen.

Ein Workshop mit dem Titel „Der Gesundheit nutzen: Krankenhaus trifft Selbsthilfe“ (veranstaltet von den WKA-Kliniken und KOSKON, der Koordination für Selbsthilfe in Nordrhein-Westfalen) führte zu etwa gleichen Teilen Klinikangehörige und Vertreter der Selbsthilfe (ein Drittel örtliche Selbsthilfegruppen, ein Drittel Landesverbände, ein Drittel Kontaktstellen)

zusammen. In Arbeitsgruppen wurden die positiven und negativen Erfahrungen bei der Begegnung zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern festgehalten, fördernde und hemmende Strukturen für die Kooperation aufgelistet und Handlungsempfehlungen für die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern entwickelt. Der Workshop mündete in eine Broschüre des Arbeitskreises „Selbsthilfe und Krankenhaus“ (Januar 2004). Auf S. 4 der Broschüre heißt es, dass gemäß §10 Abs. 1 Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen Krankenhäuser entsprechend ihrer Aufgabenstellung zur Zusammenarbeit mit den Selbsthilfeorganisationen verpflichtet seien. Die Broschüre soll Chancen der Kooperation anhand von realen Beispielen darstellen und Anregungen und Umsetzungstipps für eine stärkere Kooperation geben.

Im Abschnitt über praktische Tipps zur Umsetzung der Kooperation finden sich auch einige wichtige Kriterien für das Qualitätssiegel eines Selbsthilfefreundlichen Krankenhauses wieder. Die Beispiele für Kooperationen zeigen ein buntes Spektrum möglicher dauerhafter und punktueller Kooperationsmöglichkeiten.

Auch in einer nur einen Monat später erschienenen Dokumentation (Februar 2004) zum Thema „Patientenberatung – die neue Rolle der Selbsthilfe?“ gibt es mehrere Beiträge, die ganz generell die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen fordern, begründen und exemplarisch darstellen. Die Beispiele stammen von Bernd Janota (2004) (Projekt der Selbsthilfekontaktstelle Witten-Wetter-Herdecke mit einem regionalen Allgemeinkrankenhaus) mit einer interessanten und aufschlussreichen Bilanzierung der gemachten Erfahrungen und von Karl Deiritz (2004) aus der Essener Selbsthilfeberatungsstelle Wiese e.V. In diesem letztgenannten Beitrag werden Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit fünf Kliniken in Essen resümiert. Der Nutzen für die Krankenhäuser wird in dem Satz festgehalten: „Im Wettbewerb untereinander, aber auch in der öffentlichen Wahrnehmung können sich Kliniken als gesundheitsförderndes, als selbsthilfefreundliches Krankenhaus positionieren.“ (ebd.: 72). Allerdings heißt es auch an anderer Stelle: „Die Idee, Selbsthilfegruppen im Krankenhaus zu verankern, ist ein Langzeitprojekt, sagen wir ruhig: ein Zehn-Jahres-Projekt“ (S. 65).

Klaus Bremen (2004) formuliert in seinem Beitrag sechs gute Gründe, warum Krankenhäuser mit der Selbsthilfe kooperieren sollten: „Erstens, weil es den PatientInnen-Wünschen entspricht, zweitens weil es gute Beispiele gibt, drittens aus rechtlichen Gründen, viertens aus medizinischen Gründen, fünftens aus Versorgungsgründen und sechstens aus wirtschaftlichen Gründen.“

Die genannten Dokumente zeigten deutlich, dass die Diskussion um eine intensivere Kooperation im stationären Bereich an Boden gewonnen hatte und dass die Zahl der dazu bereiten Akteure und Unterstützer kontinuierlich gewachsen war.

Auf der Basis des schon erwähnten Public Health Forschungsprojekts „Modelle der Kooperation von Selbsthilfe und Gesundheitsversorgung“ hatte Wolfgang Stark (2001) schon vorher grundsätzliche Überlegungen zum „Abschied von der Spaltung zwischen Professionellen und Selbsthilfe“ angestellt. In den abschließenden Überlegungen zur Förderung des Zusammenspiels von Akteuren der Kooperationsentwicklung schreibt er: „Im Zusammenhang mit den ambulant und stationär verstärkten wie auch gesetzlich geforderten Bemühungen um Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen besteht die große Chance, nicht nur Professionelle, sondern auch nutzerInnenorientierte Qualitätsstandards für Gesundheitsdienstleistungen zu erarbeiten. Die Erfahrung gemeinsamer Qualitätsbewertungen aus unterschiedlicher Sicht ist bereits an sich ein kooperatives Unterfangen, das – entsprechend begleitet – den Grundstein für weitere Formen der Zusammenarbeit legen könnte“ (ebd.: 63).

Mit dem Modellprojekt „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ wurde versucht, die von Stark entworfene Vision von Entwicklungschancen aufzunehmen und voranzubringen: Das Kernelement waren nutzerInnenorientierte Qualitätsstandards, die aus den unterschiedlichen Sichtweisen von Selbsthilfeszusammenschlüssen und von Qualitätsmanagern das Modellprojekt in einem „kooperativen Unterfangen“ entwickeln und verbreiten sollten.

In Hamburg gibt es seit mehr als 20 Jahren sehr positive Beispiele der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und Ärzten allgemein und natürlich auch zwischen einzelnen Krankenhäusern, Fachabteilungen bzw. Stationen oder Fachärzten und Selbsthilfegruppen (vgl. Werner et

al. 2006). Vielleicht war dies (zusammen mit der gut etablierten Selbsthilfeforschung im Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie des Universitätsklinikums Eppendorf) der Boden, auf dem eine Initiative wachsen konnte, die durch systematisch gestufte Projektarbeit zur Entstehung von strukturierten, kontinuierlichen Bemühungen um mehr Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen geführt hat.

Dies wird das Thema der folgenden Kapitel sein. Dabei werden wir in etwa chronologisch geordnet die Entwicklung und den Stand der Selbsthilfefreundlichkeit im Krankenhaus (Kapitel 2), in der vertragsärztlichen Versorgung (Kapitel 3), der Rehabilitation (Kapitel 4) und des Öffentlichen Gesundheitswesens (Kapitel 5) behandeln. Im abschließenden Kapitel 6 werden vor allem die wichtigsten Elemente für die Nachhaltigkeit dieser Arbeit (Integration in das Qualitätsmanagement und Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung) dargestellt.

## Literatur

- Bobzien M (2003) Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen mit dem professionellen Versorgungssystem – den Wandel mit den Akteuren initiieren. In: DAG SHG (Hg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2003, Gießen, 72-83
- Bogenschütz A et al (2000) Ein Blick in die Arbeit der Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte einiger Kassenärztlichen Vereinigungen. In: DAG SHG (Hg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2000, Gießen, 83-86
- Borgetto B (2002) Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Stand der Forschung. Band 147 der Schriftenreihe des BMGS. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Borgetto B, Troschke J von (Hg) (2001) Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, Freiburg i. Br.
- Bremen K (2004) Patientenberatung durch Krankenhäuser – Ist die Beteiligung von Selbsthilfegruppen ein Gewinn für beide? – Statement. In: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg) Patientenberatung – Die neue Rolle der Selbsthilfe? Düsseldorf, 53-58
- DAG SHG, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hg) (1999-2004): Selbsthilfegruppenjahrbuch. Gießen: Eigenverlag
- Deiritz K (2004) Patientenberatung durch Krankenhäuser – Ist die Beteiligung von Selbsthilfegruppen ein Gewinn für beide? – Praxisbeispiel. In: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg) Patientenberatung – Die neue Rolle der Selbsthilfe? Düsseldorf, 64-73
- Diakonie, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, KOSKON (Hg) (2004) Selbsthilfe im Krankenhaus: ein Gewinn für alle. Broschüre des Arbeitskreises „Selbsthilfe und Krankenhaus“, Gelsenkirchen
- Ehlebracht-König I (2001) Möglichkeiten der Einbindung von Selbsthilfe in die rehabilitative Versorgung. In: Borgetto B, von Troschke J (Hg.): Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, Freiburg, 120-127
- Englert G, Litschel A (2005) Ärzte und Selbsthilfe: Entwicklung einer Partnerschaft. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Heft 10, 605-606
- Fischer J et al (2004) Leitlinien für Kooperationen. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hg.): Ko-

- operationshandbuch – ein Leitfaden für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfe. Dtsch. Ärzte-Verlag, Köln, 124-126
- Geislinger R (2004) Selbsthilfe und professioneller Bereich bei psychischen Erkrankungen: Formen der Kooperation. In: DAG SHG (Hg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004. Gießen, 91-96
- Hammerl V, Hermes K (2002) Evaluation des Modellprojektes „Kooperation Krankenhaus und Selbsthilfe“ im Auftrag des Selbsthilfezentrums München und des Krankenhauses Neuperlach. Unveröffentlichter Endbericht. München
- Janota B (2004) Patientenberatung durch Krankenhäuser – Ist die Beteiligung von Selbsthilfegruppen ein Gewinn für beide? – Praxisbeispiel. In: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Patientenberatung – Die neue Rolle der Selbsthilfe? Düsseldorf, 59-63
- Kardorff Ev, Leisenheimer C (1999) Selbsthilfe im System der Gesundheitsversorgung – Bestehende Formen der Kooperation und ihre Weiterentwicklung. Psychomed, 4, 238-245
- Klein M (2004) Selbsthilfe und Rehabilitation. Perspektiven einer Zusammenarbeit. In: DAG SHG (Hg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004. Gießen, 124-131
- Möller B (2004) Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken – Besser als ihr Ruf: Die Praxis der Kooperation. NAKOS-INFO, 81, 39-40
- Robert-Koch-Institut (Hg.) (2004) Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. GBE des Bundes, Heft 23. Berlin
- Sannwald E (2002) Sozialarbeit im Krankenhaus und ihr Verhältnis zur Selbsthilfe am Beispiel der Universitätsklinik Ulm. In: DAG SHG (Hg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2002, Gießen, 101-107
- SHZ; Selbsthilfezentrum München (Hg.) (2005) Abschlussbericht des Modellprojektes „Dialog – Münchner Ärzte und Selbsthilfegruppen“ des FÖSS e.V. München
- Stark W (2001) Selbsthilfe und PatientInnenorientierung im Gesundheitswesen – Abschied von der Spaltung zwischen Professionellen und Selbsthilfe? In: Borgetto B, Troschke Jv (Hg.): Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Deutschen Gesundheitswesen. Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, Freiburg, 47-66
- Trojan A (1999) Beteiligung von Patienten an der Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In: Schmacke N (Hg.): Gesundheit und Demokratie. Von der Utopie der sozialen Medizin. VAS, Frankfurt/M., 231-243
- Trojan A (Hg.) (1986) Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt/M. (nur noch beim Verfasser zu beziehen)

Trojan A, Estorff-Klee A (Hg) (2004) 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung. Unterstützungserfahrungen und -bedarf am Beispiel Hamburgs. LIT Verlag, Münster

Werner S, Bobzien M, Nickel S, Trojan A (Hg) (2006): Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, 21-48



## **Kapitel 2**

# **Stationäre Versorgung**



## **2.1 Die bundesweite Erhebung zur Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern**

Silke Werner, Stefan Nickel, Alf Trojan

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zum Stand der Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Krankenhäuser dargestellt. Diese als Begleitforschung angelegte Befragung fand parallel zu Beginn der Laufzeit des Hamburger Modellprojektes statt. Die erhobenen Daten sollten direkt als Grundlage für die Entwicklung von Qualitätskriterien für ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ im Rahmen des Modellprojektes dienen.

In der Praxis der Selbsthilfe wie auch im wissenschaftlichen Bereich herrscht Einigkeit darüber, dass eine feste Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern eine sinnvolle und notwendige Ergänzung der stationären gesundheitlichen Versorgung in Deutschland ist bzw. sein könnte. Systematisches Wissen jedoch über die verschiedenen Formen und den Umfang der Kooperation zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern gab es bis zum Beginn des Modellprojektes Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ weder in Hamburg noch in den anderen Bundesländern.

### **2.1.1 Hintergrund und Methoden der Hamburger Studie**

Vor diesem Hintergrund wurden von dem Institut für Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in der Anfangsphase des Modellprojektes im Frühjahr 2005 alle Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen sowie Selbsthilfeorganisationen kontaktiert und nach positiven Beispielen für eine Kooperation befragt. Die Studie wurde ebenso wie das Modellprojekt vom BKK BV unterstützt. Ziel dieser explorativen Befragung war es zum einen, bereits entwickelte Kriterien für das Qualitätssiegel empirisch auf ihre Relevanz zu prüfen, zum anderen, weiteren Input für die perspektivische Entwicklung von Selbsthilfefreundlichkeit in Krankenhäusern zu generieren. Somit lag der Fokus der Untersuchung auf der systematischen Sammlung positiver Kooperationsmodelle und der Gewinnung eines Überblicks über Formen, Inhalte und Akteure gelingender Kooperation.

Hierbei wurden folgende Fragekomplexe aufgegriffen:

- Welche Kooperationsmodelle zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern bestehen? Seit wann existieren diese? Welche Qualitäten und Besonderheiten weisen sie aus?
- Welche Personen, Einrichtungen und/oder Institutionen beteiligen sich an der Kooperation und welche ggf. darüber hinausgehenden Kooperationspartner werden für die Zukunft gewünscht?
- Was sind wichtige Zielgruppen für die Selbsthilfe in Krankenhäusern? Welche Ziele der Selbsthilfe können durch Kooperationen erreicht werden?
- Welche Erwartungen und Wünsche an ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ bestehen seitens der Selbsthilfeorganisationen sowie der Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen?
- Wie werden die bereits entwickelten Kriterien für das Qualitätssiegel bewertet?

Methodisch war die Studie als zweistufiger Forschungsprozess angelegt. In einem *ersten Schritt* wurden im Zeitraum von Anfang Februar bis Mitte März 2005 auf Basis der Adressdatei von NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) alle verzeichneten Selbsthilfeorganisationen (N=510) und Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen (N=275) per E-Mail gebeten, explizit über ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern zu berichten. Dieser sehr breit angelegte Ansatz diente der ersten Identifikation bestehender positiv verlaufender Kooperationen zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern.

Bis Mitte März 2005 beantworteten insgesamt 82 Selbsthilfeorganisationen sowie Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen den „E-Mail-Aufruf“. Anteilig waren davon 42 Antworten von Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen, 40 Antworten kamen von Selbsthilfeorganisationen. Vor dem Hintergrund der relativ großen Grundgesamtheit erscheint die Resonanz auf die E-Mail-Befragung eher gering. Hierfür dürfte es mehrere Gründe geben:

- Wie aus der Formulierung einiger Antworten ersichtlich wird, werden viele Formen der Kooperation bereits als „normal“ aufgefasst und nicht mehr „modellhaft“ oder gar „innovativ“ und damit eventuell auch nicht mehr als unbedingt berichtenswert.
- Plausibler aber ist, dass es die erfragten „positiven, innovativen Modelle“ der Kooperation tatsächlich nur in geringer Zahl gibt.
- Ein weiterer Erklärungsfaktor ist eher technischer Natur. Dadurch, dass der Fragebogen des zweiten Erhebungsschrittes nur zu 2/3 per E-Mail und zu 1/3 per Post zurückgesandt wurde, kann im Nachhinein vermutet werden, dass vor allem ein Teil der Selbsthilfeorganisations-Vertreter das Medium E-Mail nicht oder nur wenig nutzt.

Die *zweite Erhebungsphase* beinhaltete eine schriftliche Befragung der an positiven Kooperationen beteiligten Akteure aus Selbsthilfeorganisationen und -gruppen sowie Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen, die sich aufgrund des „E-Mail-Aufrufes“ gemeldet hatten. Hierzu wurde ein Fragebogen an 94 Einrichtungen verschickt, von denen bis Ende Mai 2005 insgesamt 50 ihren Bogen ausgefüllt zurückgesandt haben. Dies entspricht einem Gesamtrücklauf von 53%. Der vergleichsweise hohe Rücklauf der zweiten Erhebungsphase zeigt das große Interesse der Befragten an der Thematik der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern und ist als Ausdruck der ihr beigemessenen Wichtigkeit zu werten.

### **2.1.2 Ergebnisse der explorativen Hamburger Studie**

Die Ergebnisse der explorativen Befragung geben einen guten Überblick über erfolgreiche und innovative Modelle der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern, die im Folgenden zusammengefasst dargestellt werden sollen (zur umfassenden Auswertung der Studie vgl. Werner et al. 2006). Da sich die Angaben der befragten Selbsthilfeszusammenschlüsse zumeist nur geringfügig von Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen unterscheiden, werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Insgesamt lässt sich für die Beantworter eine durch „gute Zusammenarbeit“ zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern gekennzeichnete „sehr gute Kontaktebene“ feststellen. Einige Selbsthilfegruppen pflegen enge

Kontakte zu den Krankenhäusern und erfahren ihrerseits vielfältige Unterstützungsleistungen. Das Klima in den Krankenhäusern wird als „selbsthilfefreundlich“ eingeschätzt. Einige der Befragten sehen die Zusammenarbeit sogar schon als „normal“ und „nicht modellhaft“, was als Indiz für eine bereits bestehende strukturelle Verankerung zu werten ist, andere erwähnen besonders „schöne Modelle“ der Zusammenarbeit.

Die meisten der 73 beschriebenen festen Kooperationsmodelle zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern entwickelten sich seit den Jahren 2000/01 obwohl teilweise zwischen Selbsthilfeorganisationen und Krankenhäusern schon länger bestehende Formen der Zusammenarbeit existieren.

Ziele der Kooperation sind für die Selbsthilfe vor allem die Optimierung der Kommunikation, Information und Patientenorientierung. Darüber hinaus erhofft sich die Selbsthilfe von einer Zusammenarbeit einen Gewinn an Anerkennung sowie eine Förderung der allgemeinen Vernetzung von Krankenhäusern und Selbsthilfe. Ziele der Krankenhäuser in der Kooperation sind nach Ansicht der Selbsthilfeeinrichtungen die Optimierung der Wirtschaftlichkeit, Behandlungsqualität, Patientenkompetenz ebenso wie die Stärkung und der Ausbau von Netzwerken.

Besondere Qualität wird der Kooperation mit den Krankenhäusern zugeschrieben, wenn die Krankenhäuser die Selbsthilfe „ernst nehmen“, sie gleichberechtigt behandeln und aktiv unterstützen. Dazu gehört, den Selbsthilfegedanken in Unternehmensphilosophie und Behandlungskonzepte zu integrieren und in erkrankungsspezifischen Behandlungsverabredungen zu konkretisieren.

Neben der Wertschätzung sind vor allem gegenseitiges Vertrauen, Zuverlässigkeit und Interesse für eine positive Zusammenarbeit unerlässlich. Insgesamt wird eine gute Kooperation ausgestaltet durch gute Kommunikation, Information, gemeinsame Projekte, Veranstaltungen und Institutionen.

Die Formen der Kooperation lassen sich danach klassifizieren, wie oft sie existieren bzw. wie häufig sie in der Befragung genannt wurden. Häufig genannte Kooperationsformen umfassen die direkte Kommunikation und den Informationsaustausch zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus, die

Integration von Selbsthilfegruppen in Behandlungsabläufe sowie die Etablierung gemeinsamer Informations- und Beratungsangebote. Zugleich erhalten die Selbsthilfegruppen durch die Krankenhäuser oftmals materielle Hilfe und werden bei der Öffentlichkeitsarbeit unterstützt.

Eher selten ist eine Beteiligung der Selbsthilfe an Fortbildungsmaßnahmen für Krankenhauspersonal, Patienten oder Angehörige. Gleiches gilt für die Schaffung gemeinsamer Institutionen von Selbsthilfe und Krankenhäusern.

Die meisten von den Selbsthilfeinstitutionen besonders hervorgehobenen Kooperationsmodelle erwecken bei anderen den Eindruck von Normalität. Diese Normalität sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass in vielen Fällen die Kooperation „hart erkämpft“ werden musste und allein aus diesem Grund einen besonderen Status erhält. Somit ist es nicht überraschend, dass ein hoher Anteil der Kooperation mit der Präsenz und Aktivität von „Schlüsselpersonen“ steht oder fällt. Dies sind entweder sehr engagierte Ärzte oder Selbsthilfegruppen-Vertreter.

An vielen Kooperationsmodellen sind neben Selbsthilfegruppen und medizinischem Krankenhauspersonal weitere Akteure direkt beteiligt. Diese stammen aus allen Bereichen des Krankenhauses, aus verschiedenen Gesundheitsberufen sowie deren Berufsvertretungen, aber vor allem aus Institutionen der organisierten Selbsthilfe. Weitere Beteiligungen finden sich bei gesetzlichen und privaten Krankenkassen, Krankenkassenverbänden, staatlichen und sozialen Einrichtungen sowie in der freien Wirtschaft (pharmazeutische Industrie, Medien etc.).

Mit dem Ausbau der bestehenden Kooperationen will die Selbsthilfe insbesondere eine verstärkte Ansprache noch nicht erreichter Patientengruppen weiterentwickeln. Hierzu zählen vor allem Patienten, die aufgrund ihres Krankheitsbildes und ggf. bestehender sozialer Problemlagen über eher geringe Ressourcen zur Bewältigung verfügen, zugleich aber über „klassische“ Formen der Ansprache kaum erreicht werden.

In den Erwartungen und Wünschen an ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ zeigt sich deutlich der Bedarf nach klaren Kriterien und definierten Qualitätsstandards. Folgerichtig decken sich viele dieser Erwartungen und Wünsche mit den vorab genannten Kooperationszielen der Selbsthil-

fe. Darüber hinaus fließen aber auch zahlreiche Erfahrungen aus bestehenden Kooperationsmodellen in die Erwartungen ein. Grundlegende Rahmenbedingungen, konkrete Maßnahmen und Strukturen sowie gemeinsame Projekte und Veranstaltungen formen ein recht klares Bild der Selbsthilfe von einem „Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus“.

Auch die Bewertung der bis zum Befragungszeitpunkt erarbeiteten Qualitätskriterien für ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ spiegelt zu großen Teilen Ziele, Erwartungen, Ideen und Wünsche der Selbsthilfeinstitutionen wider. Folgende Kriterien sind in dieser Reihenfolge als sehr wichtig erachtet worden:

1. Patienten und Angehörige werden regelhaft auf die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe hingewiesen.
2. Dabei wird ihnen ein Flyer der Selbsthilfegruppe übergeben.
3. Alle Mitarbeiter des Krankenhauses sind über die Kooperation informiert.
4. Das Krankenhaus stellt der Selbsthilfegruppe Anschlagflächen u.ä. für Informationsmaterialien zur Verfügung.
5. Das Krankenhaus hat das Ziel der Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe und/oder einer Selbsthilfeunterstützungsstelle beschlossen und formal dokumentiert.

Dementsprechend wird das Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ als sehr positiv und hoch relevant bewertet. Hierbei wird sowohl der Definition eindeutig zu messender Qualitätskriterien als auch der Ausweisung gradueller Qualitätsunterschiede große Bedeutung beigemessen.

Sowohl diese Befragungsbeispiele als auch eine Reihe konkreter Modelle wurden in einem kleinen Buch zusammengefasst (Werner et al 2006) und im weiteren Prozess als Material für die Verbreitung von und Qualifizierung in Krankenhäusern verwendet.



Die Ergebnisse der Befragung sind in die weitere Entwicklung der Qualitätskriterien im Rahmen des Modellprojekts des BKK Bundesverbandes und KISS Hamburg „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ eingeflossen. Im Großen und Ganzen hat sich allerdings gezeigt, dass die Hamburger Kooperationserfahrungen auch andernorts gemacht wurden und dass die Beurteilung der Qualitätskriterien weitgehend einheitlich ist. Insgesamt waren die Ergebnisse der Befragung eine gute Hilfe und Ermutigung, auf dem begonnenen Weg der Entwicklung und Definition von Qualitätsstandards für Selbsthilfefreundliche Krankenhäuser fortzufahren.

## **2.2 Das Hamburger Modellprojekt zur Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern**

Monika Bobzien, Stefan Nickel, Alf Trojan

### **2.2.1 Die Entstehungsgeschichte des Etiketts „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“**

Entscheidende Grundlage für eine stärkere Fokussierung auf den Krankenhausbereich waren die Ergebnisse des zweiten Selbsthilfeforums der Ärztekammer Hamburg von 1993, bei dem außerordentlich viele Wünsche und Anregungen für die Verbesserung der Kooperation von Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern vorgebracht wurden (vgl. Trojan 1999). Diese Wünsche wurden damals bilanzierend zusammengefasst und werden im Folgenden in pointierter Form wiedergegeben:

- allgemeine Anlaufstellen für Selbsthilfegruppen – wie Kontakt- und Informationsstellen – den Patienten nahe bringen;
- krankenhausesweit Selbsthilfegruppen-Angebote bekannter machen und intensiver nutzen;
- Ausweitung der Besuchsdienste von Selbsthilfegruppen im Krankenhaus auf entsprechenden Stationen;
- Durchführung von Patientenschulungen, aber auch Angehörigen-schulungen im Krankenhaus, vor allem bei chronischen Erkrankungen;
- Stärkung der Bedeutung von Selbsthilfegruppen in ihrer Funktion für die Rehabilitation;
- regelhafter Hinweis auf Selbsthilfegruppen für die Nachsorge (z.B. in Entlassungsbriefen an den weiterbehandelnden Arzt);
- Organisation von Informationsveranstaltungen für (ehemalige) Patienten durch die ärztliche Leitung von Krankenhäusern;
- Etablierung von Foren für einen gemeinsamen Austausch von Selbsthilfegruppen spezieller Versorgungsbereiche;

- Selbsthilfeförderung im Krankenhaus systematisch absichern, z.B. durch:
  - Information des Krankenhauspersonals über Selbsthilfeangebote, die ihrerseits betroffene Patienten informieren sollen,
  - Hinweise auf Selbsthilfe durch Patientenwegweiser,
  - Patientenbeauftragte bzw. Selbsthilfebeauftragte im Krankenhaus, auch für ausländische Patienten,
  - Erfahrungsberichte von Patienten in Krankenhausbibliotheken archivieren und Interessierten zugänglich machen,
  - Infotafeln, Stellwände o.ä., auf denen sich Selbsthilfegruppen darstellen können,
  - Nutzung von Krankenhaus-Räumlichkeiten für Selbsthilfegruppen.

In gekürzter Form wurden diese Wünsche und Forderungen, in denen schon das Anliegen nach struktureller Absicherung der Kooperation deutlich wird, in der Zeitschrift des Landesbetriebs Krankenhäuser (LBK) Hamburg für alle Krankenhäuser öffentlich dargestellt.

Eine neue Phase der Zusammenarbeit begann mit der Erfindung des Etiketts „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ 1999 durch Astrid Estorff-Klee, die damalige Leiterin der Selbsthilfekontakt- und Informationsstellen in Hamburg (KISS). Das Allgemeine Krankenhaus (AK) Eilbek in Hamburg hatte seinerzeit schon lange gute Kontakte zu Selbsthilfegruppen in den Bereichen der Psychiatrie, der Inneren Medizin, der Rheumatologie und des Zentrums für Schwerst-Schädel-Hirnverletzte, wollte jedoch diese Kooperationen verbessern und intensivieren. Im engen Austausch mit KISS wurde ein Aktionsplan mit der Zielsetzung, ein selbsthilfefreundliches Krankenhaus zu werden, entwickelt und eine strukturierte Zusammenarbeit im Dezember 1999 beschlossen (Selbsthilfezeitung Nr. 76 vom Mai 2000: 5). Mit der Erfindung des Etiketts „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ war noch nicht der Gedanke eines Qualitätssiegels verbunden. Eher sollten Krankenhäuser durch ein herausgehobenes Modell mit Vorbildfunktion allgemein zu stärkerem Engagement in der Selbsthilfeunterstützung aktiviert werden. Trotzdem könnte man dem AK Eilbek die Urheberschaft für die Idee einer Zertifizierung zusprechen.

Für die weitere Entwicklung waren die Aktivitäten um das 10. Selbsthilfeforum der Ärztekammer Hamburg 2003 in Zusammenarbeit mit KISS von entscheidender Bedeutung. Auf diesem Selbsthilfeforum wurden einerseits positive Kooperationsmodelle vorgestellt (z.B. Kehlkopflose, Hirnaneurysma, Selbsthilfe nach Krebs). Andererseits wurden dem Vorstandssprecher des LBK Hamburg konkrete Ansätze einer strukturierten, systematischen Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern von KISS angetragen. Diese Grundzüge für ein zukünftiges Kooperationsmodell bestanden aus drei Punkten, die in einem festgelegten Zeitplan umgesetzt werden sollten:

- „Entwicklung einer systematischen / modellhaften Zusammenarbeit KISS / Krankenhaus, um herauszufinden, ob und wie eine Zusammenarbeit entwickelt werden kann. Ergebnisse sollten so aufbereitet werden, das sie für andere Krankenhäuser nutzbar/übertragbar wären.
- Ansprechperson/en Selbsthilfe im Krankenhaus, die zuverlässig organisiert, dass in den Häusern Printmedien KISS / SHG ausgelegt und nachgefordert werden.
- Sicherstellen, dass Mitarbeiter der Klinik Kenntnis von Selbsthilfegruppen und über die Arbeit der Kontaktstellen haben.“

Auf der Ebene der Unternehmensleitung des LBK Hamburg entstand daraufhin ein „Strukturmodell zukünftiger Kooperationen zwischen Selbsthilfegruppen und den Krankenhäusern des LBK Hamburg“, welches in eine formelle Vereinbarung über die Zusammenarbeit von KISS mit allen (damaligen) sieben LBK-Kliniken mündete. Der LBK Hamburg setzte mit dieser Kooperationsvereinbarung ein deutliches Zeichen für die Patientenorientierung im Krankenhaus. Zudem wurden gemeinsam mit KISS erstmals in Deutschland Vorläuferkriterien für ein Zertifikat „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ entwickelt (LBK Forum 1/2004: 8).

Im Rahmen der Nachbereitung und Umsetzung der Ergebnisse des Selbsthilfeforums der Ärztekammer wurden noch im November 2003 vom LBK Ansprechpartner für Selbsthilfegruppen in den Allgemeinen Krankenhäusern benannt und KISS zur Verfügung gestellt. Eine Anfrage zur Beteiligung an einem Modell der Zertifizierung wurde von zwei Krankenhäusern, dem AK Eilbek und dem Klinikum Nord, angenommen. Auch die anderen Hamburger Krankenhäuser wurden eingeladen, an einer Ar-

beitsgruppe „Kriterien für die Zertifizierung“ teilzunehmen. Es kam jedoch nur zur vorübergehenden Beteiligung aus einzelnen freigemeinnützigen Häusern.

Schon in den ersten Treffen wurde deutlich, dass eine Zertifizierung, wenn sie ernst genommen wird und als Modell dienen soll, aufwendiger ist als zunächst angenommen. Daraufhin wurde eine Initiative vom Ärztekammer-Ausschuss für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und KISS zur Finanzierung eines Modellprojekts gestartet. Der BKK Bundesverband war schnell zur Förderung dieses strukturell wichtigen Projektes bereit. Im Herbst 2004 wurde eine Kooperationsvereinbarung zur Förderung der Selbsthilfe nach § 20 Abs. 4 des SGB V zwischen dem BKK Bundesverband (Essen) und KISS Hamburg (in Trägerschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Hamburg e.V.) unterzeichnet.

Im Folgenden werden das Modellprojekt zur Entwicklung eines Qualitätssiegels „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ sowie seine Ergebnisse und Folgen näher erläutert.

### **2.2.2 Das Modellprojekt „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“**

Das Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ hatte eine Laufzeit von November 2004 bis Dezember 2006 und verfolgte das übergeordnete Ziel, die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus unter Qualitätsgesichtspunkten zu fördern. Das seit langem geforderte Zusammenwirken von Expertenwissen und Laienkompetenz wurde von Projektbeginn an positiv aufgegriffen und vor allem systematisch etabliert.

Um die infrage kommenden Akteure frühzeitig in die Entwicklung und Durchführung des Modellprojekts mit einzubeziehen, wurden von KISS Hamburg ausgewählte Krankenhäuser des LBK Hamburg und mehrere Gesundheitsselbsthilfegruppen vor Ort zur Mitwirkung im Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ angefragt. Über eine formelle Kooperationsvereinbarung Anfang 2004 mit dem LBK Hamburg, die – nach Verkauf des gesamten LBK an Asklepios – erneuert werden konnte, erhielt die Idee des Qualitätssiegels einen zusätzlichen Auftrieb, und das Engagement zur Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe

fand in den veröffentlichten Qualitätsberichten der kooperierenden LBK-Häuser seinen Niederschlag. KISS Hamburg koordinierte federführend einen „Arbeitskreis Qualitätssiegel“ – neben dem Projektbeirat das wichtigste Gremium zur inhaltlichen Entwicklung des Modellprojekts –, in dem intensiv die Qualitätskriterien für ein Selbsthilfefreundliches Krankenhaus wie auch die praktischen Grundlagen für das Vergabeverfahren des Qualitätssiegels erarbeitet wurden. Mit den Vorarbeiten zur Etablierung einer systematischen Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsselbsthilfe und stationärer Versorgung haben alle Beteiligten im Arbeitskreis Neuland betreten.

Der Arbeitskreis Qualitätssiegel ist in seiner Zusammensetzung ein gutes Beispiel, wie Kompetenzen aller Akteure gleichwertig für ein gemeinsames Ziel eingesetzt werden können. Dies ist vor allem folgenden Beteiligten zu verdanken

- Den Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfegruppen: Frauenselbsthilfe nach Krebs, LV Hamburg; Selbsthilfegruppe Pro Retina, Regionalgruppe Hamburg; Angehörige Psychisch Kranker, LV Hamburg; die Hamburgische Landesarbeitsgemeinschaft für behinderte Menschen (LAG),
- den Qualitätskoordinatoren aus den kooperierenden Asklepios Kliniken: Eilbek; Wandsbek; Nord – Campus Ochsenzoll,
- sowie zwei Mitarbeiterinnen der regionalen KISS Beratungsstellen in Altona und Wandsbek.

### **2.2.2.1 Zielsetzung des Modellprojekts**

Das auf zwei Jahre angelegte Modellprojekt verfolgte die Ziele:

- Die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern zu stärken,
- die „passive Akzeptanz“ von Selbsthilfe in der professionellen stationären Versorgung zu verändern, hin zu einer systematischen Förderung und Unterstützung der Zusammenarbeit,

- die aus dem Modellprojekt gewonnenen Erkenntnisse für den Transfer zu nutzen und damit bundesweit zu einer Verbreiterung des Selbsthilfefansatzes in der professionellen Versorgung beizutragen.

Mit dem Modellprojekt wurde vor allem die Seite der professionellen stationären Versorgung betont und beraten. Eine langfristige Zielsetzung über die Modellphase hinaus war, diese Seite weiterhin professionell zu stärken und damit die Voraussetzungen zu schaffen, die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe als Qualitätsmerkmal in der Patientenorientierung nachhaltig zu verankern. Dazu war ein zukunftsweisender Schritt der Beginn einer Kooperation mit dem Qualitätsmanagement-System KTQ GmbH. KTQ® steht für „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (vgl. <http://www.ktq.de>).

### **2.2.2.2 Nutzen des Qualitätssiegels**

Schon während der Modellphase, insbesondere im Hinblick auf den Transfer in den Regelbetrieb, wurde von den beteiligten Interessensgruppen der Nutzen eines Qualitätssiegels Selbsthilfefreundliches Krankenhauses wie folgt betont:

*Krankenhäuser* können mit dem Qualitätssiegel eine Imageverbesserung und einen Wettbewerbsvorteil erreichen. Krankenhäuser, die sich für ein Qualitätssiegel qualifizieren, können Selbsthilfefreundlichkeit als ausgewiesene Qualität im Rahmen der Patientenorientierung nachweisen. Die Verknüpfung von Betroffenenwissen und Expertenwissen erweitert darüber hinaus die fachliche Kompetenz und den Handlungsansatz bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten.

*Selbsthilfegruppen*, die mit einem Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus kooperieren, erhalten Wertschätzung und können davon ausgehen, dass mit ihnen eine systematische etablierte Zusammenarbeit gewünscht ist. Die Selbsthilfegruppe steigert ihren Bekanntheitsgrad, indem gemeinsam Öffentlichkeitsarbeit betrieben wird und sich Patientinnen und Patienten als potentielle Gruppenmitglieder an sie wenden. Der Informations- und Erfahrungsaustausch mit Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften erweitert auch die Kompetenzen in der Selbsthilfegruppe.

*Patientinnen und Patienten* gibt ein Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus mehr Vertrauen, dass sie patientenfreundlich versorgt werden. Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige können vor oder während der Behandlung bereits Informationen und Unterstützung durch eine Selbsthilfegruppe erhalten. Auch wissen Sie, wo sie nach der Entlassung vor Ort weitere Hilfe finden können.

*Selbsthilfeunterstützungsstellen* werden für die konkrete Kooperation vor Ort als wichtige Drehscheibe und Brückeninstanz angesehen. Ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch verbessert konkret die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller Versorgung. Die Qualifizierung für ein Qualitätssiegel schafft für Selbsthilfeunterstützungsstellen die Möglichkeit, ihre professionelle Kompetenz stärker in die professionelle Versorgung einzubringen und die Kontaktstellenarbeit gezielt weiterzuentwickeln.

### **2.2.2.3 Entwicklung von Qualitätskriterien**

Aus der im Frühjahr 2005 durchgeführten bundesweiten Erhebung zu Modellen guter Praxis der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern (vgl. 2.1) kamen für den Arbeitskreis Qualitätssiegel wertvolle Anregungen von den Selbsthilfeorganisationen, den Selbsthilfegruppen und den Selbsthilfeunterstützungsstellen. Die Rückmeldungen aus der Umfrage bestätigten den Nutzen eines Qualitätssiegels und führten dazu, die Formulierungen des Kriterienkatalogs „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ nochmals zu schärfen. Gleichzeitig zeigten die Berichte aus der Selbsthilfelandchaft aber auch die „Knackpunkte“ auf, die eine gute Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller stationärer Versorgung behindern.

Von Seiten der Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen war es das wichtigste Anliegen, dass Patientinnen und Patienten von professioneller Seite auf die Arbeit der Selbsthilfegruppe hingewiesen und der Kontakt bereits im Krankenhaus vermittelt wird. Eine Wertschätzung sehen Selbsthilfegruppen auch darin, dass ihre Anwesenheit auf Station selbstverständlich und gern gesehen ist, ihre Materialien ausgelegt werden und sie in öffentlichkeitswirksame Aktivitäten (z.B. Tag der offenen Tür) oder auch in Qualitätssicherungsmaßnahmen (z.B. in Form von Qualitätszirkeln) mit einbezogen werden.



Selbsthilfekontaktstellen sind mehr daran interessiert, dass die Rahmenbedingungen für eine gelungene Zusammenarbeit stimmen und gesichert sind. So wird die Benennung eines Selbsthilfebeauftragten als wertvoll empfunden, um für ein selbsthilfefreundliches Klima im Krankenhaus zu sorgen und um einen Ansprechpartner für beide Seiten zu haben. Der regelmäßige Erfahrungsaustausch zwischen Krankenhaus und Selbsthilfekontaktstelle ist nützlich für die wechselseitige Information, den Aufbau von Selbsthilfegruppen im Krankenhaus und um ggf. zwischen den Interessen des Krankenhauses und der Selbsthilfegruppe zu vermitteln.

Es haben sich schließlich folgende acht Qualitätskriterien herauskristallisiert, die ein Krankenhaus erfüllen muss, um sich für ein Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ zu qualifizieren:

1. Um sich über Selbsthilfe zu informieren, werden Räume, Infrastruktur und Präsentationsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt, deren Gestaltung sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen sowie der Selbsthilfegruppen orientiert.
2. Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft und persönlich über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert. Sie erhalten Informationsmaterial und werden ggf. auf Besuchsdienst oder Sprechzeiten im Krankenhaus aufmerksam gemacht.
3. Selbsthilfegruppen werden in ihrer Öffentlichkeitsarbeit unterstützt und treten gegenüber der Fachöffentlichkeit als Kooperationspartner auf.
4. Das Krankenhaus hat eine(n) Selbsthilfebeauftragte(n) benannt.
5. Zwischen Selbsthilfegruppen/Unterstützungsstelle und Krankenhaus findet ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch statt.
6. In die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Selbsthilfe sind Selbsthilfegruppen bzw. die Unterstützungsstelle einbezogen.
7. Das Krankenhaus ermöglicht Selbsthilfegruppen die Mitwirkung an Qualitätszirkeln, Ethik-Kommission u. ä.

8. Die Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe und/oder Unterstützungsstelle ist formal beschlossen und dokumentiert.

#### 2.2.2.4 Anlehnung des Vergabeverfahrens an KTQ

Für die Pilotphase zur Vergabe des Qualitätssiegels wurde mit den kooperierenden Krankenhäusern vereinbart, dass im Modellzeitraum realistischere Weise auf der Ebene der Fachabteilungen ein „Probelauf“ für das Vergabeverfahren durchgeführt wird. Da sich die am Modellprojekt mitwirkenden Akut-Krankenhäuser zeitgleich im Zertifizierungsverfahren des Qualitätsmanagementsystems KTQ® befanden, sollte das Procedere zur Qualifizierung für das Qualitätssiegel den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kooperierenden Fachabteilungen entgegenkommen, d.h. mit dem KTQ®-Verfahren zur Selbst- und Fremdbewertung kompatibel sein.

So konnten sich im Modellprojekt Fachabteilungen über zwei Verfahrensschritte, die erfolgreich durchlaufen werden mussten, für das Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus qualifizieren:

- Über eine *Selbstbewertung* („*self assessment*“), wozu die Fachabteilung in einem Selbstbewertungsbericht zu vorgegebenen Kriterien Auskunft gibt, inwieweit sie die Qualitätskriterien für ein Selbsthilfefreundliches Krankenhaus erfüllt.
- Liegt der Selbstbewertungsbericht vor, wird eine *Fremdbewertung* („*audit*“) auf der Basis der Auswertungsergebnisse durchgeführt. Die Überprüfung erfolgt im Rahmen einer *Begehung* (*Visitation*,) und Stärken und Verbesserungspotentiale werden in einem abschließenden *Qualitätsbericht* festgehalten.

Bei der Ausarbeitung der Fragestellungen für die Selbstbewertung wurden 13 von 70 möglichen Kriterien aus dem aktuellen KTQ-Manual (dem so genannte KTQ-Katalog für das Krankenhaus), Version 5.0, ausgewählt, und zwar aus folgenden Bereichen: Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Informationswesen, Krankenhausführung, Qualitätsmanagement.

Entsprechend der Bewertungssystematik „Plan-Do-Check-Act“ (PDCA) im KTQ-Zertifizierungsverfahren, wurden zu diesen Kriterien Fragestel-

lungen entwickelt, die sich auf die Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliches Krankenhaus beziehen. Die Bewertung nach PDCA erfolgt in einem Kreislauf prozessorientiert: Einer systematischen Planung mit festgelegten Zielen und Verantwortlichkeiten folgt die Beschreibung der durchgeführten Prozesse, auf welche Weise sie überprüft werden und welche Konsequenz für weiteres Handeln daraus entsteht, das erneut in den Planungsprozess einfließt. Die Orientierung an diesem Bewertungskreislauf, wie an den Verfahrensschritten des KTQ® überhaupt, wurde bewusst gewählt, da es sich hier um ein Qualitätsmanagementsystem handelt, das in der Krankenhauslandschaft im deutschsprachigen Raum sehr verbreitet und anerkannt ist.

Ein Ergebnis des Modellprojekts war, dass es den kooperierenden Krankenhäusern schon in der Phase des „Probelaufs“ Vorteile brachte: Die guten Ergebnisse zur Selbsthilfefreundlichkeit aus den Fachabteilungen konnten in die Gesamtbewertung des KTQ®-Verfahrens mit einfließen, das die Krankenhäuser gerade parallel durchliefen. Die Erwartung der mitwirkenden Häuser war, dass dieser Effekt die Motivation der Fachabteilungen erhöht und die Selbsthilfefreundlichkeit auf andere Fachabteilungen „ansteckend“ wirkt, so dass sie ihrerseits die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe verstärken würden. In wie weit diese Effekte tatsächlich eintreten, lässt sich mangels darauf gerichteter empirischer Erhebungen leider nicht sagen. Für solche Effekte spricht allerdings, dass sich an einem späteren Forschungsprojekt zur Selbsthilfefreundlichkeit in den beiden Krankenhäusern mehr Abteilungen beteiligten als an dem ursprünglichen Modellprojekt (s. 2.3 bis 2.5).

#### **2.2.2.5 Die Selbstbewertung**

Der erste Verfahrensschritt – die Selbstbewertung – wurde im Mai 2006 abgeschlossen. Folgende Fachabteilungen wurden vom Modellprojekt dazu eingeladen:

- Asklepios Klinik Eilbek: Die Abteilung für Rheumatologie und klinische Immunologie sowie das Zentrum für Schwerst-Schädel-Hirnverletzte;
- Asklepios Klinik Nord – Campus Ochsenzoll: Der Bereich Psychiatrie und Psychotherapie mit fünf Fachabteilungen (neben der allge-

meinspsychiatrischen Versorgung auch Fachabteilungen für Gerontopsychiatrie bzw. für Abhängigkeitserkrankungen).

Über lange Zeit hatte die Asklepios Klinik (Wandsbek) an den Vorbereitungsarbeiten zum Verfahren der Selbstbewertung mitgewirkt, konnte jedoch in den dafür ausgewählten Fachabteilungen die notwendigen Schritte aus Kapazitätsgründen innerhalb des zeitlichen Rahmens des Modellprojekts nicht mehr unternehmen.

Wie im Zertifizierungsverfahren nach KTQ® wurden die Fachabteilungen durch die Qualitätskoordinatoren in der Selbstbewertung unterstützt. Die von den Fachabteilungen eingereichten Selbstbewertungsberichte wurden von einem Bewertungsteam ausgewertet. Das Team – zusammengesetzt wiederum aus Vertreterinnen der Selbsthilfe, einem Qualitätskoordinator und Mitarbeiterinnen aus zwei Beratungsstellen von KISS Hamburg – konnte so die Selbsteinschätzungen der Fachabteilungen mit einem breiten und fachlich kompetenten Blickwinkel betrachten und sie im Konsens bewerten. Damit die Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe aus dem „Arbeitskreis Qualitätssiegel“ die Berichte kritisch in Augenschein nehmen konnten, wurden sie für diese Aufgabe vorab von einem der im Arbeitskreis mitwirkenden und zu KTQ geschulten Qualitätskoordinator und der Projektentwicklerin gründlich vorbereitet. Die Fachabteilungen erhielten im Anschluss eine ausführliche schriftliche Rückmeldung zu den Ergebnissen der Bewertung. Neben einer Punktebewertung zum Erfüllungs- und Durchdringungsgrad des Qualitätskriteriums in den einzelnen Phasen des Plan-Do-Check-Act, konnten sich die Fachabteilungen an Kommentaren und Fragen orientieren, die Grundlage wurden für die Auditgespräche.

#### **2.2.2.6 Das Visitorenteam**

Als nächster Schritt im Vergabeverfahren des Qualitätssiegels war die Fremdbewertung (externes Audit) durch ein Visitorenteam angesetzt. Dieses setzte sich ebenfalls aus dem Qualitätskoordinator eines Krankenhauses, Vertreterinnen und Vertretern aus der Gesundheitsselbsthilfe und der Selbsthilfeunterstützung zusammen. Beginnend mit einer Frageunde und anlässlich einer Begehung vor Ort hatten sie sich über den Erfüllungsgrad der Qualitätskriterien in den Fachabteilungen zu informieren, die Einschätzung der Ergebnisse in einem Konsensgespräch zu ent-

scheiden und im Abschlussgespräch die Ergebnisse der Fachabteilung zu präsentieren.

Für das Visitorenteam musste der „Arbeitskreis Qualitätssiegel“ durch Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus weiteren Gesundheitsselbsthilfegruppen erweitert werden. Über das Plenum der Hamburger Selbsthilfegruppen, zu dem KISS Hamburg jedes Jahr einlädt, bzw. durch Empfehlungen aus dem „Arbeitskreis Qualitätssiegel“ konnten weitere Vertreterinnen und Vertreter aus Gesundheitsselbsthilfegruppen für eine Mitarbeit am Modellprojekt in dieser Phase interessiert werden.

### **2.2.2.7 Die Fremdbewertung**

Die Audits wurden an zwei Terminen ganztägig und strukturiert durchgeführt: als ganztägiges Bereichsaudit in der Asklepios Klinik Nord – Campus Ochsenzoll sowie als eintägiges Audit in den beiden genannten Fachabteilungen in der Asklepios Klinik Eilbek.

Um sich für die ungewohnten Aufgaben einer Fremdbewertung vorzubereiten, haben neben zwei Mitarbeiterinnen aus den Beratungsstellen von KISS Hamburg acht Vertreterinnen aus Gesundheitsselbsthilfegruppen an einer „Visitorenschulung“ teilgenommen, die von der Projektentwicklerin angeboten wurde. Inhaltlich wichtig war, in den kollegialen Gesprächen mit den Ansprechpartner/innen der Fachabteilungen eine professionelle Distanz zu den möglicherweise eigenen subjektiven Erfahrungen mit dem Krankenhaus herzustellen. Darüber hinaus sollte es in einem abschließenden Feedback mit der Leitung und den Fachkräften gelingen, die im Konsens ermittelten Stärken und Verbesserungspotenziale so zu präsentieren, dass die Fachabteilung ermutigt ist, die Schritte zur Selbsthilfefreundlichkeit zu verstärken. Das Seminar schloss ab mit der Bildung von zwei Visitorentams, die in der zweiten Juliwoche 2006 die Fremdbewertung in den genannten Häusern durchführen konnten.

Der Audittermin in den Fachabteilungen selbst wurde vom Visitorenteam in einem internen Vorgespräch gründlich vorbereitet. In dieser Vorbereitung ging es vor allem darum, auf der Basis der Selbstbewertung und der Auswertungsergebnisse solche Kriterien in Augenschein zu nehmen, die vermuten ließen, dass die Fachabteilung dort einiges zu „bieten“ hat. In Abstimmung mit der Fachabteilung und dem Qualitätskoordinator wurde

ein Tagesplan erarbeitet, so dass für die kollegialen Gespräche die richtigen Ansprechpartner zu den vereinbarten Zeiten zur Verfügung standen.

Zum Audittermin wurden die infrage kommenden Fachabteilungen vom Modellprojekt formal eingeladen. Die Einladung beinhaltete auch eine Zusicherung zur Beachtung des Datenschutzes. In einem Audit zeigt sich eine Organisation ja nicht nur von ihrer Schokoladenseite, sondern die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geben auch Auskunft auf Fragen, die auf Schwachstellen hinweisen. Allen Beteiligten eines Audits ist bewusst, dass ein offener, konstruktiver Umgang mit heiklen Fragen nur auf Vertrauensbasis gelingen kann.

Das Audit, an dem sich von Seiten des Krankenhauses Fachkräfte aus Medizin, Verwaltung, Pflege und ggf. aus Funktionsbereichen beteiligten, begann mit einer Vorstellung der Fachabteilung durch den leitenden Arzt. Nach den kollegialen Gesprächen mit Fachkräften, in denen zu ausgewählten Kriterien im internen Vorgespräch Fragen vorbereitet worden waren, hat das Visitorenteam eine begleitete Begehung in der Fachabteilung wie auch an zentralen Informationsstellen vorgenommen. Bei dieser Gelegenheit konnte sich das Visitorenteam zeigen lassen, wo beispielsweise Informationsmaterial über Selbsthilfegruppen ausliegt, welche Räumlichkeiten Selbsthilfegruppen für Gespräche mit PatientInnen bzw. Angehörige nutzen können oder ob die zentrale Auskunftsstelle in der Eingangshalle eine aktuelle Liste der kooperierenden Selbsthilfegruppen vorliegen hatte.

Der Audittermin endete mit einem Abschlussgespräch, in dem das Visitorenteam die insgesamt gewonnenen Eindrücke und Ergebnisse an die beteiligten Fachkräfte und die Leitung der Fachabteilung zurückmeldete.

Wie auch schon die Beteiligung an der Selbstbewertung ist die Fremdbewertung im Rahmen des Modellprojekts – trotz oder gerade wegen der Hinterfragung der in der Selbstbewertung angegebenen Aktivitäten – als Impuls und Ermutigung zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Selbsthilfe zu verstehen. Diese kritisch-konstruktive Haltung, die vom Visitorenteam eingenommen werden soll, wird durch die Logik der Bewertungssystematik Plan-Do-Check-Act unterstützt. So wird zu den Ergebnissen der kollegialen Gespräche wie auch der Begehung eine Punktebewertung *im Konsens* vorgenommen.

Eindrücke und Ergebnisse aus beiden Verfahrensschritten flossen zusammengefasst in einen *Qualitätsbericht* ein, der vom Modellprojekt in Abstimmung mit dem Visitorenteam und der Fachabteilung erstellt wurde. Der Qualitätsbericht wurde den Fachabteilungen anlässlich der Vergabe des Qualitätssiegels Selbsthilfefreundliches Krankenhaus übergeben. Er dient vor allem als Grundlage für weitere Verbesserungen in der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus bzw. Fachabteilung. Generell soll er dazu führen, dass sich die Idee der Selbsthilfefreundlichkeit im Hause weiter verbreitet.

#### **2.2.2.8 Von der Episode zur systematischen Zusammenarbeit**

Selbstbewertung und Audit sind für die seriöse Vergabe eines Qualitätssiegels notwendige Verfahrensschritte, die im Rahmen des Modellprojekts jedoch erst mit „Leben gefüllt“ werden mussten. In der Pilotphase waren daher erstmalig für die Bewertung des Erreichungs- und Durchdringungsgrades eines Qualitätskriteriums Selbsthilfefreundliches Krankenhaus Indikatoren entwickelt worden, an denen erkannt wird, inwieweit Selbsthilfefreundlichkeit in der Institution strukturell verankert ist (beispielsweise, indem die Stelle eines Selbsthilfebeauftragten besetzt ist) und das Leistungsspektrum für die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige selbsthilfefreundlich gestaltet ist (beispielsweise, indem beim Entlassungsgespräch der Besuch einer Selbsthilfegruppe empfohlen wird).

Die strukturelle Verankerung wie auch das Leistungsspektrum unter dem Gesichtspunkt Selbsthilfefreundlichkeit systematisch zu planen, durchzuführen, zu überprüfen und daraus Konsequenzen in Richtung Verbesserung zu ziehen, ist eine Anforderung, die bei der Entwicklung eines „Prototyps“ im Vergabeverfahren des Qualitätssiegels Selbsthilfefreundliches Krankenhaus weder erfüllt, noch erwartet werden konnte.

Das Modellprojekt schätzte deshalb besonders die Bereitschaft der Fachabteilungen, das bisher Vorhandene vorbehaltlos mit der PDCA-Systematik bewerten zu lassen. Vor dem Hintergrund, dass die Zusammenarbeit der kooperierenden Fachabteilungen mit Selbsthilfegruppen oft auf das persönliche Engagement Einzelner auf beiden Seiten zurückzuführen war, waren die Ergebnisse der Selbstbewertung daher nicht verwunderlich: Ein großes Verbesserungspotential ergab sich gerade in der

strategischen Planung und in der systematischen Überprüfung von Zielen und Prozessen zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfe.

Aus vielen Antworten sprach ein großes Engagement in den tatsächlich durchgeführten Aktivitäten. Es fand sich jedoch (noch) keine Entsprechung in den übergeordneten Zielen (z.B. in einem Leitbild) und keine Legitimation über Hierarchien hinweg, so dass die Aktivitäten vom sonstigen Geschehen oft abgekoppelt wirkten mit dem Risiko, dass eine gute Zusammenarbeit „vor Ort“ auf einer Station eventuell nicht fortgeführt wird, sobald das persönliche Engagement eines der engagierten Befürworter auf dieser Ebene ausfällt. Wegweisend war es in einzelnen Fällen jedoch schon gelungen, zwischen Selbsthilfegruppe und Fachabteilung schriftliche Verträge zur Ausgestaltung der Kooperation zu schließen, wie beispielsweise mit der Frauenselbsthilfe nach Krebs, LV Hamburg, um die Zusammenarbeit abzusichern.

### **2.2.3 Bilanz und Folgen des Hamburger Modellprojekts**

Die hohe Motivation der am Modellprojekt beteiligten Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe wie auch der Fachabteilungen in den kooperierenden Krankenhäusern führte zur Vergabe der ersten Qualitätssiegel, am 28. August 2006 in einem offiziellen und öffentlichkeitswirksamen Rahmen. Damit war der Modellversuch abgeschlossen.

Dem interdisziplinär besetzten Projektbeirat, der den Modellversuch kontinuierlich begleitet hatte, ging es aber darüber hinaus um Aktivitäten zum Transfer und zur dauerhaften Verankerung in den Strukturen des Gesundheitswesens.

Den bundesweiten Transfer in die Praxis unterstützen soll ein Leitfaden für interessierte Krankenhäuser, der vom BKK BV herausgegeben wurde und dem die Ergebnisse und Erfahrungen des Hamburger Modellprojektes zugrunde liegen (Bobzien, 2008). Er enthält konkrete Vorschläge, wie die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe auf der Grundlage der Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit entwickelt werden kann und dient auch der Selbsthilfe als Anregung.

Unmittelbar nach dem Modellversuch hat der Beirat darüber hinaus noch die folgenden Schritte begleitet:



### 2.2.3.1 Verbindliche Implementierung der Qualitätskriterien in KTQ

Mit der Zertifizierungsgesellschaft KTQ GmbH wurde vereinbart, für die Zeit nach der Modellphase ein für alle Krankenhäuser verbindliches Kernkriterium zum Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus vorzulegen, um dieses in das Vergabeverfahren für eine Zertifizierung nach KTQ® zu implementieren.<sup>5</sup> Dazu wurde nach der modellhaften Vergabe des Qualitätssiegels im Sommer 2006 ein umfassender Vorschlag vorgelegt (vgl. Trojan u.a. 2009).

Das Kernkriterium floss in die ohnehin geplante Überarbeitung des KTQ-Manuals Krankenhaus ein, das 2009 veröffentlicht wurde (KTQ 2009). Anlässlich des 9. KTQ-Forums am 2. November in Berlin, das sich an ein Fachpublikum im Gesundheitswesen richtet, wurden im Workshop „Patientenorientierung: Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal“ die Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit und ihre Implementierung in das neue KTQ-Manual erstmals vorgestellt (Bobzien 2009). Darüber hinaus wurde für die KTQ-Visitoren® ein Qualifizierungsmodul<sup>6</sup> zur sachgerechten Beurteilung des Kernkriteriums zum Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus erstellt, da sich dieses in verschiedenen Kategorien und Subkategorien des KTQ-Katalogs wiederfindet (vgl. Bobzien 2009)

Die Implementierung eines Kernkriteriums Selbsthilfefreundliches Krankenhaus in das KTQ®-Verfahren bedeutete eine Aufwertung der Kooperation mit Selbsthilfegruppen auf breiter Ebene in der Krankenhauslandschaft. Anders als im Modellprojekt können sich jedoch nicht einzelne Fachabteilungen für eine Auszeichnung zur Selbsthilfefreundlichkeit qualifizieren, sondern das gesamte Krankenhaus wird sich diesem Kernkriterium im Rahmen der Zertifizierung stellen müssen. Durchläuft ein Krankenhaus erfolgreich das Zertifizierungsverfahren, wird es gleichzeitig zum „Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus“.

---

<sup>5</sup> Die Implementierung eines Kernkriteriums zum Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus in das KTQ-Manual Krankenhaus, Version 2009, beruht auf den Vorarbeiten der Autoren Alf Trojan und Monika Bobzien.

<sup>6</sup> Module zur sachgerechten Beurteilung des Kernkriteriums Selbsthilfefreundlichkeit im Rahmen der Fremdbewertung wurden von Monika Bobzien im Jahr 2009 mehrmals in so genannten eintägigen KTQ-Visitoren-Freshups® durchgeführt.

Mit der Aufnahme des Kriteriums in das Manual für Krankenhäuser war der Entwicklungsprozess im KTQ®-Verfahren aber nicht abgeschlossen, sondern erstreckt sich bis heute darauf, jeweils dann, wenn die Kataloge eines Bereichs wie Praxen, Rehabilitationseinrichtungen etc. aktualisiert werden, auch die Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit zu integrieren (vgl. ausführlicher dazu Abschnitt 6.1 und Anhang A).

### **2.2.3.2 Den Partner „Selbsthilfe“ stärken**

Sehr schnell wurde deutlich, dass ein Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ nicht nur die Krankenhäuser zu einer systematischen Zusammenarbeit verpflichtet, sondern auch die Seite der Selbsthilfe stark forderte.

Die professionelle Seite in der stationären Versorgung kann unter dem Stichwort „Patientenorientierung“ nur dann im Sinne der Patientinnen und Patienten wirklich selbsthilfefreundlich handeln, wenn auf der Seite der Selbsthilfe starke Partner (mit)wirken. Dies stellt Anforderungen sowohl an die beteiligten Selbsthilfevereinigungen wie auch an die Kontakt- und Unterstützungsstellen. Der Erfolg der Zusammenarbeit hängt künftig sehr davon ab, wie die drei Partner in den lokalen Gegebenheiten ihre Möglichkeiten und Grenzen erkennen, diese miteinander kommunizieren und zu gestalten verstehen.

Die Selbsthilfeunterstützung hat dabei eine wichtige Mittlerfunktion und sollte den Weg zu einer etablierten Kooperation mit Informationen, mit Beratung, Fortbildung und Koordinierung kompetent begleiten. Eine Folge dieser Erkenntnisse war, dass auf Bundesebene NAKOS, die Nationale Kontaktstelle zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen im Auftrag des BKK Bundesverbandes Fortbildungsmaterialien entwickelte, die im Informationspool für die Kooperation mit der professionellen Versorgung unter der Überschrift Netzwerkkoffer zu finden und zu nutzen sind (<http://www.nakos.de/site/netzwerkkoffer/>; 22.1.2012).

### **2.2.3.3 Siegelvergabe in Hamburg weiterführen?**

Ein großes Anliegen war es, die Siegelvergabe weiter zu führen und die Unabhängigkeit des Vergabeverfahrens für das Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus zu bewahren. Dabei war von vornherein klar,

dass dies ein anspruchsvolles Unterfangen sein würde, das erhebliche Ressourcen erfordert

Als Kern der Weiterführung sollte ein Beratungsangebot aufgebaut werden, das interessierte Krankenhäuser darin unterstützt, die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe zu verbessern und das Siegel zu erwerben. Für die Entwicklung eines gegenüber dem Modellversuch deutlich vereinfachten Verfahrens wurde eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die institutionell und namentlich vor allem aus den Beteiligten des Modellversuchs bestand.

Da zu dem Zeitpunkt kein anderer – jedenfalls kein auch nur annähernd ähnlich erfahrener und kompetenter – verantwortlicher Träger für die Durchführung in Sicht war, wurde versucht, KISS Hamburg bzw. den PARITÄTischen Wohlfahrtsverband Hamburg e.V. als Träger von KISS für die Überführung des Modells in eine Art „Regelbetrieb“ zu gewinnen.

In einem fast einjährigen Kooperationsprozess wurden ein Konzept für das vereinfachte Vergabeverfahren, ein Faltblatt für die Werbung in der Hamburger Krankenhauslandschaft und der Entwurf für die Gründungsveranstaltung eines entsprechenden Netzwerks ca. Mitte 2008 entwickelt.

In der Skizze des Konzepts Siegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus (vom 26.11.2007) heißt es zum Hauptziel und zu dem schwierigsten Punkt einer möglichst unaufwendigen Bewertung, die die Vergabe des Siegels erlauben sollte:

„Das Siegel soll ein Instrument sein, Eigeninitiative und Engagement im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe zu fördern und im Dialog mit der Selbsthilfe diesen Aspekt der Patientenorientierung kontinuierlich zu entwickeln.

Das Logo des Prädikats/Siegels Selbsthilfefreundliches Krankenhaus können Krankenhäuser/Kliniken als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit nutzen. Eine Veröffentlichung der Einrichtungen, die das Siegel führen, erfolgt auf der Homepage des Netzwerkes Selbsthilfefreundliches Krankenhaus und an anderen geeigneten Stellen.

Die Mitwirkung im Netzwerk unterscheidet Mitarbeit und Mitgliedschaft als Stufen der Beteiligung am Netzwerk Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Voraussetzung für die

Mitarbeit einer Klinik oder Fachabteilung ist, dass ein formaler Beschluss der Leitungsebene über die Mitarbeit im Netzwerk erfolgt und dokumentiert ist.

Die Verleihung des Siegels führt zur Mitgliedschaft.

Bewertung: Grundlage der Bewertung sind die „Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ und ein auf Grundlage dieser Qualitätskriterien erstellter Selbstbewertungsbogen. Dieser ist von der Fachabteilung / Krankenseinheit (z. B. Abteilung, Zentrum, Klinik), die das Siegel beantragt, zu bearbeiten und zusammen mit einer Liste der kooperierenden Selbsthilfegruppen dem Antrag beizufügen.

Die mit der beantragenden Abteilung kooperierenden Selbsthilfegruppen geben ebenfalls eine Bewertung zur Selbsthilfefreundlichkeit ab. Beide Bewertungen bilden die Grundlage für Konsensgespräche. Im Dialog zwischen Fachabteilungen und Selbsthilfe soll auf diese Weise eine gemeinsame Bewertung (auf Basis des vom Netzwerk erstellten Bewertungsbogens) hergestellt werden, die die Beteiligten unterzeichnen. Dieser dokumentierte Konsens führt zur Siegelvergabe durch das Netzwerk.

Vertreter des Netzwerkes oder KISS-Mitarbeiter sollen das Konsensgespräch bei Bedarf begleiten. Eine Interessenkollision durch die Teilnahme von Trägervertretern aus dem Netzwerk ist zu vermeiden.

Selbsthilfegruppen sollen bei Bedarf in diesem Prozess von KISS begleitet und unterstützt werden, insbesondere wenn deren Ressourcen begrenzt sind.

Die Ergebnisse der gemeinsamen Bewertung werden im Qualitätsbericht der jeweiligen Krankenhäuser veröffentlicht.

Krankenhaus oder Fachabteilung, aber auch Selbsthilfegruppen, sind sich bewusst, dass nicht alle Kriterien voll erfüllt sein müssen. Vielmehr sollen die Ergebnisse der Bewertungen Anregungen und Hinweise für die weitere Entwicklung der Selbsthilfefreundlichkeit geben und Initiativen für weitere Verbesserungen der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Fachabteilungen einleiten.“

Wegen der in diesem Zitat ja auch deutlich werdenden zeitlichen und personellen Belastungen sah sich KISS letztendlich doch nicht in der Lage, den Regelbetrieb der Vergabe eines Qualitätssiegels aufzunehmen.

Im Beirat des Modellprojekts wurde daraufhin beschlossen, ein Modellprojekt durchzuführen, das ein standardisiertes Musterverfahren entwickelt, wie Krankenhäuser, begleitet durch eine lokale Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, selbsthilfefreundlich werden können. Dabei war zunächst vorgesehen, auf die Verleihung eines Siegels völlig zu verzichten. Ein Grund waren die Arbeitsbelastungen, die unweigerlich damit verbunden waren. Ein zweiter Grund waren aber auch Rückmeldungen aus der Krankenhauslandschaft, dass es einen gewissen Überdross gebe, das soundsovielte Qualitätssiegel zu erwerben, – jedenfalls wenn dies zusätzlich zu der ohnehin obligatorischen Zertifizierung erfolgen solle.

Aus verschiedenen Gründen, insbesondere aber weil sich im Beirat der Vertreter des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Nordrhein-Westfalen dazu bereit erklärte, wurde der zweite Schritt der Erprobung und Entwicklung von Selbsthilfefreundlichkeit im Krankenhausalltag bei der Selbsthilfekontaktstelle Bielefeld angesiedelt (Beginn 1.2.2008).

Um sichtbar zu machen, dass dies eine zusätzliche Aufgabe für eine Kontaktstelle ist, wurde die Aufgabe strukturell angegliedert mit der Bezeichnung „Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW“. Träger der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW ist die GSP (Gemeinnützige Gesellschaft für Soziale Projekte mbH, eine „Tochter“ des paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverband NRW, der auch Träger der Selbsthilfekontaktstelle Bielefeld ist).

Im Abschnitt 2.6 dieses Kapitels werden Durchführung und Ergebnisse dieses zweiten Modellprojekts dargestellt. Im Laufe des Projekts Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NRW wurde deutlich, dass die mitwirkenden Krankenhäuser für ihr Engagement in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfe eine sichtbare Form der Anerkennung vorweisen möchten. Auf diese Weise wurde das Thema eines Qualitätssiegels wieder aktuell. Die ursprüngliche Bezeichnung wurde allerdings nicht wieder aufgenommen. Stattdessen wurde ein Konzept für die Vergabe einer „Auszeichnung“, dokumentiert durch eine Urkunde, entwickelt. Die Qualifizierung für diese Auszeichnung berücksichtigt, dass der vermehrte Aufwand dafür von den Krankenhäusern und nicht von der sehr knapp ausgestatteten Selbsthilfeunterstützung getragen werden muss. Auch diese Entwicklung wird in Abschnitt 2.6 ausführlicher beschrieben.

#### **2.2.3.4 Entwicklung von Instrumenten für die kontinuierliche Qualitätsentwicklung im Sinne der Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung**

Als weitere unmittelbare Folge des Hamburger Modellprojekts ist ein Forschungsprojekt mit dem Titel „Qualitätskonzept ‚Selbsthilfefreundliches Krankenhaus‘ als Ansatz patientenorientierter, partizipativer Versorgungsgestaltung“ anzusehen.

Grundlage waren das Praxisprojekt von KISS Hamburg und die Auszeichnung von sieben Fachabteilungen aus zwei Krankenhäusern mit dem Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ im August 2006. Patientenorientierung und Partizipation waren, wie die Ausschreibung des Forschungsministeriums es erforderte, deutlich erkennbar Grundpfeiler des gesamten Strukturmodells „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“. Die Vergabe des Qualitätssiegels war jedoch lediglich als Modellprojekt guter Praxis angelegt, ohne systematisch evaluiert zu werden.

Die Entwicklung geeigneter Instrumente zur Evaluation dieses Modells und ähnlicher struktureller Kooperationen zwischen Patientengruppen/Angehörigengruppen und Krankenhäusern und ihre Anwendung und Erprobung in den schon zertifizierten zwei Krankenhäusern sowie weiteren entstehenden ähnlichen Modellen sollte das Thema des Projekts sein. Es wurde tatsächlich bewilligt und begann, ähnlich wie das zweite Modellprojekt in NRW, Anfang 2008.

Einer der ersten Schritte im Projekt war die Vorstellung im erwähnten Hamburger Arbeitskreis zur Überführung des Modellprojekts in den Regelbetrieb (am 18.2.2008).

Als wichtigste Probleme bei der Durchführung der geplanten Befragungen wurden dort spontan genannt:

- die Konkurrenz zwischen und verschiedene Ansprüche bei den einzelnen Angehörigen-, Betroffenen-Gruppen und den Zusammenschlüssen auf Landesebene im Psychatriebereich, die eine Kooperation erschweren (Selbsthilfevertreter),

- die „doppelte Prüfungssituation“ der Krankenhäuser (= Angst vor erneuter Kontrolle), weshalb empfohlen wurde, herauszustellen, dass das Forschungsprojekt nichts mit der Siegelvergabe zu tun habe (Qualitätsmanager 1),
- eine „gewisse Sättigung“ bei Klinik-Mitarbeitern gegenüber Befragungen und Selbst-Evaluationen im Rahmen von KTQ (Qualitätsmanager 2).

Positiv wurde betont, dass das Forschungsprojekt eine wichtige Hilfe und ein Anstoß sei, dass es mit der Selbsthilfe-Kooperation weiterlaufe und gegen die häufig vorkommenden Ermüdungsprozesse ansteuere. Sinnvoll sei es deshalb, nicht nur bekannte, sondern auch „neue“ Gruppen zu ihren Kooperationserfahrungen zu befragen (was durch Beteiligung weiterer Krankenhausabteilungen geschah).

Tatsächlich waren dies nicht die einzigen und auch nicht die wichtigsten Probleme, mit denen wir zu kämpfen hatten. Letztendlich, wenn auch mit zeitlichen Verzögerungen wurde das Projekt Ende 2011 erfolgreich abgeschlossen.

Der Bericht über dieses sehr eng und anwendungsbezogen mit der weiteren Entwicklung von Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung verknüpfte Forschungsprojekt wird in den folgenden drei Abschnitten 2.3 bis 2.5 wiedergegeben.

## **2.3 Fördernde und hinderliche Faktoren der Zusammenarbeit in den Hamburger Pilotkrankenhäusern**

Silke Werner, Marion Schumann, Alf Trojan, Daniel Lüdecke

In Folge des Hamburger Modellprojekts (2.2) war unter anderem ein Forschungsprojekt mit dem Titel „Qualitätskonzept ‚Selbsthilfefreundliches Krankenhaus‘ als Ansatz patientenorientierter, partizipativer Versorgungsgestaltung“ entstanden, das vom Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurde.<sup>7</sup> Die zentralen Ergebnisse der quantitativen Befragungen in fünf Krankenhäusern aus Hamburg und NRW werden in den Abschnitten 2.4 und 2.5 dargestellt. An dieser Stelle soll aus einer qualitativen Studie in den Hamburger Krankenhäusern berichtet werden, die schon an dem Modellprojekt mit Siegelvergabe „Selbsthilfefreundlichkeit“ teilgenommen hatten. Im Fokus stehen dabei die förderlichen und hinderlichen Faktoren für eine Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfefreundlichkeitszusammenschlüssen.

### **2.3.1 Fragestellung und Methodik**

Die Befragung erschien uns wichtig, weil in den betreffenden Krankenhäusern schon ein rund drei Jahre andauernder Weg zum Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus zurückgelegt worden war. Wir konnten also davon ausgehen, dass in diesen Einrichtungen in systematischerer Weise als irgendwo sonst Erfahrungen mit der Umsetzung von Selbsthilfefreundlichkeit vorlagen.

In bisherigen Untersuchungen zur Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen (vgl. Abschnitt 1.2) waren unsere Fragen noch nicht gezielt untersucht worden. Allerdings sind einige allgemeine Hinweise (z.B. wenig Zeit der Ärzte) veröffentlicht worden (vgl. Slesina und

---

<sup>7</sup> Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unter dem Förderkennzeichen 01GX0748 finanziert.



Knerr 2007). Bei Jördening (2006, 2007) findet sich eine Sammlung von in der Literatur vorfindbaren Annahmen über Kooperationsbarrieren und -grenzen, allerdings beschränkt auf die Sicht von Fachkräften. Genannt werden: Informationsdefizite, Zeitmangel, Unsicherheiten über Arbeitsweisen und Qualität der Arbeit von Selbsthilfegruppen, Berührungängste und Vorurteile sowie fehlender finanzieller Ausgleich.

Förderliche und hinderliche Faktoren für eine Kooperation zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern können auf verschiedenen Ebenen vermutet werden:

- Auf der *Makroebene* wären der gesetzliche Kontext der Krankenhäuser, Leitbild und Krankenhauspolitik bzw. Unternehmenspolitik einer Krankenhausgruppe relevante Rahmenbedingungen für eine Zusammenarbeit.
- Auf der *Mesoebene* könnten Strukturen und Prozesse der jeweiligen Fachdisziplinen bzw. Fachabteilungen einen Einfluss auf die Kooperation ausüben.
- Auf der *Mikroebene* könnten sowohl auf Patienten- wie auch auf Mitarbeiterseite individuelle Faktoren, wie etwa Persönlichkeitsmerkmale, krankheits- oder berufsbedingte Einstellungen, für die Zusammenarbeit oder Bewertung dieser eine Rolle spielen.

Im Rahmen unserer Studie wurden in den Pilotkrankenhäusern leitfadengestützte Experteninterviews sowohl mit Krankenhausmitarbeitern als auch mit Selbsthilfe-Kontaktpersonen durchgeführt.

Ziele waren:

- über die bisher aus der Kriterienentwicklung bekannten Kooperationsfaktoren hinausgehende Aspekte zu identifizieren,
- Rahmenbedingungen für die Aufrechterhaltung (Nachhaltigkeit) von selbsthilfebezogener Patientenorientierung zu ermitteln,
- beide Akteursperspektiven zu erfassen und zu vergleichen,
- und dadurch möglicherweise zusätzliche Themen für die quantitative Befragung zu gewinnen.

Der halbstandardisierte Leitfaden für die Experteninterviews umfasste den aktuellen Stand der Kooperation in den beforschten Krankenhäusern, individuelle und strukturelle Aspekte der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung sowie Entwicklungsperspektiven für die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Der zuletzt genannte Komplex beinhaltete u.a. die Frage nach Meinungen der professionellen Akteure zu förderlichen und hinderlichen Faktoren der Zusammenarbeit.

Zum Sample gehörten 23 Mitarbeiter/innen (8 Ärztinnen und Ärzte, 3 aus dem Sozialdienst inklusive Sozialpädagogik und Psychologie sowie 12 Pflegekräfte). Die interviewten Personen waren in leitender Position tätig und repräsentierten einen Querschnitt durch die Funktionsbereiche der Krankenhäuser (Rheumatologie und klinische Immunologie, Zentrum Schwerst-Schädel-Hirnverletzter, psychiatrische Fachabteilungen, Gynäkologie, Neonatologie, Kinder- und Jugendmedizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie).

Darüber hinaus wurden 10 Interviews mit Kontaktpersonen aus den kooperierenden Selbsthilfegruppen geführt, die zum Teil schon Jahre mit den Krankenhäusern zusammenarbeiteten und einen guten Querschnitt der Themenvielfalt der Selbsthilfe abbildeten (Psychiatrieerfahrene, Angehörige Psychisch Kranker, Intensivkinder zuhause, Kehlkopflöse, Frauenelbsthilfe nach Krebs, Rheuma-Liga sowie drei Sucht-Selbsthilfegruppen). Zum eher geringen Anteil der Selbsthilfe an den Experteninterviews trugen verschiedene Faktoren bei, vor allem, dass die Gruppen keinen oder nur sehr wenig Kontakt zu der untersuchten Fachabteilung bzw. Klinik hatten sowie unerwartete Ereignisse im Verlauf des Studienzeitrahmens (z.B. Tod oder Weggang von Kontaktpersonen, Auflösung einzelner Gruppen, erfolglose Kontaktaufnahme; vgl. a. Abschnitt 2.4).

Alle Interviews wurden transkribiert und mithilfe des Computerprogramms MAXQDA kodiert. Es wurden induktiv Kategorien gebildet, das Textmaterial daraufhin strukturiert und anschließend mit der Technik der Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) ausgewertet.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Alle Namen der befragten Personen wurden anonymisiert. Zitierten Interviewpassagen steht jeweils ein „I“ (für Interview) voran, dann folgt für die Mitarbeiter eine Zahl und für die Vertreter aus den Selbsthilfegruppen ein Buchstabe. Die

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der qualitativen Studie dargestellt. Danach folgt zur Illustration der Auswertungsergebnisse ein „Beispiel guter Praxis“, an dem die Vorteile der strukturierten Kooperation aufgezeigt werden.<sup>9</sup> Eine Zusammenfassung und Bilanz der Ergebnisse findet sich im Schlussabschnitt.

### 2.3.2 Ergebnisse der Experteninterviews

Zur Zeit der Interviews existierten lediglich zwei als eng zu bezeichnende Kooperationen zwischen Fachabteilungen und Selbsthilfegruppen. Die meisten interviewten Personen bewerteten jedoch den *Status der Zusammenarbeit positiv* und wollten ihn in der Form erhalten. In der Regel basierten die Kontakte auf persönlichem Engagement einzelner Selbsthilfegruppenmitglieder, Ex-Patienten oder Krankenhausärzte. Dies Ergebnis zeigt den zentralen Stellenwert des Engagements einzelner Personen, aber auch einer strukturierten Kooperation zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus, damit die Zusammenarbeit nicht endet, wenn entweder eine Selbsthilfegruppen-Kontaktperson nicht mehr aktiv ist oder die Ärztin bzw. der Arzt die Abteilung verlässt.

Die *Qualität der Kooperation* zwischen Krankenhaus und Selbsthilfegruppe kann als Stufenmodell beschrieben werden. Dieses Stufenmodell geht von sehr indirekten, informellen Kooperationsformen (wie z.B. der Auslage von Handzetteln der Selbsthilfegruppen auf Krankenhausfluren) bis hin zu sehr direkten Formen der Kooperation (wie z.B. regelmäßiger Erfahrungsaustausch von Kontaktpersonen und Krankenhausmitarbeitern).

---

anschließende Zahl entspricht der vom Programm MAXQDA vorgegebenen Absatzzahl im jeweiligen Interview (beispielsweise I A, 32). Diese sind insbesondere bei der Zitierung von Interviewpassagen relevant.

<sup>9</sup>Die Ergebnisdarstellungen, das Fallbeispiel und die Interviewpassagen sind in Auszügen der Magisterarbeit von Schumann (2011) entnommen.

Indirekte Formen der Kommunikation sind durchgängig üblicher als direkte Formen. Den Nutzen einer Kooperation zwischen Krankenhaus und Selbsthilfegruppe sahen die Befragten v.a. in einer umfassenderen Information und Unterstützung von Patienten im Gesundwerdungsprozess, ihrer höheren Zufriedenheit wie auch in der Zeitersparnis im Krankenhausalltag (Arbeitsentlastung).

Im Folgenden legen wir den Fokus der Analyse allein auf die zentrale Frage nach förderlichen und hinderlichen Rahmenbedingungen und Faktoren für die Kooperation zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern. Zur Auswertung der Frage nach *förderlichen* Faktoren konnten 20 Aussagen von Mitarbeitern und 7 von Selbsthilfe-Kontaktpersonen, bei den *hinderlichen* Faktoren 11 Aussagen von Mitarbeitern und 5 der Kontaktpersonen herangezogen werden. Dabei waren Mehrfachaussagen möglich.

Zur Gliederung des Textmaterials wurden induktiv zwei Oberkategorien gebildet:

- Strukturen in der Kooperation und
- Qualität in der Kooperation.

In die Kategorie „*Strukturen der Kooperation*“ gingen die Antworten der Befragten ein, die sich auf die strukturellen Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus bezogen. In die zweite Kategorie „*Qualität der Kooperation*“ gingen Nennungen ein, die zum Bereich gegenseitiger Anerkennung und Wertschätzung gezählt wurden. Diese wurde in Anlehnung an das von Borgetto (2004: 239) vorgestellte Ordnungsschema zu Erwartungen von Selbsthilfegruppen in der Kooperation mit medizinischen Fachleuten gebildet. Im Unterschied zur Kategorisierung bei Borgetto fließt in diese Kategorie bei unserer Auswertung auch die Informationsweitergabe der Klinik über Selbsthilfe an die Patienten ein. Den beiden Oberkategorien wurden jeweils Unterkategorien zugeordnet.

Die Ergebnisse zu förderlichen und hinderlichen Faktoren aus Mitarbeiterperspektive und Sicht der Selbsthilfe für die Oberkategorien „Strukturen“ und „Qualität der Kooperation“ werden im Folgenden nacheinander vorgestellt.

### 2.3.2.1 Förderliche Faktoren der Kooperation

Folgende Übersicht stellt die in Unterkategorien zusammengefassten Aussagen der interviewten *Krankenhausmitarbeiter (MA)* zu förderlichen Faktoren der Kooperation zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern in der Reihenfolge Ihrer Häufigkeit dar:

#### **Kategorie „Strukturen der Kooperation“ (förderliche Faktoren - MA)**

- feste Ansprechperson (n=8)
- Wissensvermittlung über Selbsthilfe/Informationsveranstaltungen (n=5)
- Räumlichkeiten für Treffen (n=4)
- Informationsmaterial auf Stationen (n=4)
- Präsenz der Selbsthilfegruppen/Kontaktaufnahme (n=4)
- regelmäßiger Austausch (n=2)
- gute Personalausstattung (n=1)

#### **Kategorie „Qualität der Kooperation“ (förderliche Faktoren - MA)**

- gegenseitige Anerkennung (n=3)
- überzeugte Haltung zur Selbsthilfe (n=2)
- Bereitschaft der Klinik zur Zusammenarbeit (n=2)
- Öffentlichkeitsarbeit des Krankenhauses über die Zusammenarbeit (n=1)

In der Kategorie „*Strukturen der Kooperation*“ nannten die Mitarbeiter im Prinzip alle Punkte, die auch schon in die Formulierung der Qualitätskriterien Eingang gefunden hatten, z.T. waren Einzelaspekte der Kriterien besonders benannt. Exemplarische Zitate verdeutlichen dies:

„Wirklich förderlich ist immer die Herstellung des persönlichen Kontaktes.“ (I 9,62)

„Die Informationen über Selbsthilfemöglichkeiten müssen besser an den Mann/die Frau gebracht werden.“ (I 4,65)

In der Kategorie „*Qualität der Kooperation*“ nannten die Mitarbeiter/innen die gegenseitige Anerkennung am häufigsten als fördernden Faktor. Die Zitate machen klar, dass es ihnen um eine wertschätzende Grundhaltung geht:

„Förderliche Elemente sind gegenseitige Akzeptanz – eine Haltung, die davon ausgeht, dass beide Seiten wichtig sind, dass es ineinander geht.“ (I 3,61)

„... die Anerkennung und Wertschätzung ihrer (der Selbsthilfegruppen) Arbeit. Sie müssen als wichtige Säule der Versorgung angesehen werden. (I 7,44)

„... und man eine selbsthilfefreundliche Auffassung professionell hat. (I 12,6)

Die nun folgende Darstellung umfasst die in Unterkategorien zusammengefassten Aussagen (jeweils 1-3) der interviewten Kontaktpersonen von *Selbsthilfegruppen* (SHG) zu förderlichen Faktoren:

**Kategorie „Strukturen der Kooperation“ (förderliche Faktoren - SHG)**

- feste Ansprechperson
- Informationsmaterial soll von Mitarbeitern des Krankenhauses verbreitet werden
- Räumlichkeiten in der Klinik
- regelmäßiger Austausch mit den Mitarbeitern – Einladungen

**Kategorie „Qualität der Kooperation“ (förderliche Faktoren - SHG)**

- gegenseitige Anerkennung
- Anerkennung durch Ärzte/Ärztinnen – erster Schritt
- Information über Selbsthilfe an Patienten weitergeben

Die Sichtweisen der Selbsthilfe sind prinzipiell gleich. Es werden strukturelle Anforderungen genannt, die in den Qualitätskriterien enthalten sind, und qualitativ wird persönlicher Kontakt und Wertschätzung gewünscht:

„Förderlich wären Treffen, Einladungen, um sich persönlich vorzustellen und um den Inhalt dann weiter zu geben“ (I D, 84).

„Förderlich ist ganz bestimmt das gemeinsame Entwickeln und das Sehen, dass die unterschiedlichen Sichtweisen auch mit einfließen“ (I C,72).

Insgesamt unterscheiden sich die Auffassungen beider Akteursgruppen nicht wesentlich. Sowohl Mitarbeiter als auch Selbsthilfekontaktpersonen räumten – u.E. realistischerweise – den „Strukturen der Kooperation“ einen höheren Stellenwert ein als der „Qualität der Kooperation“.

### 2.3.2.2 Hinderliche Faktoren der Kooperation

Die folgende Übersicht stellt die in Unterkategorien zusammengefassten Aussagen (jeweils 1 Nennung) der interviewten *Mitarbeiter (MA)* hinderlichen Faktoren dar. Hindernisse wurden von beiden Befragtengruppen deutlich seltener angesprochen.

**Kategorie „Strukturen der Kooperation“ (hinderliche Faktoren - MA)**

- Zugang von Selbsthilfe in das Krankenhaus
- schlechter Informationsaustausch
- unterschiedliche Therapieauffassungen
- Zeitprobleme

**Kategorie „Qualität der Kooperation“ (hinderliche Faktoren - MA)**

- Arroganz der medizinischen Seite
- Selbsthilfegruppen beachten Grenzen von Patienten nicht
- Erwartungen an Kooperation von der Ärzteschaft zu hoch
- einseitige Beeinflussung der Selbsthilfegruppe durch Patient/-innen
- gegenseitige Vorurteile
- Ängste und Unsicherheiten durch Selbsthilfe im Krankenhaus

Ernstzunehmende Probleme zeigen die beiden folgenden Zitate:

„Es kann sicherlich hinderlich sein, wenn Selbsthilfegruppen ganz andere Ziele verfolgen als das Krankenhaus (...) Es gibt vielleicht auch eine Reihe von Therapieansätzen, die wir haben, die überhaupt nicht konform gehen mit den Vorstellungen der Selbsthilfegruppen.“ (I 1,65)

„Hinderlich kann eine Überfrachtung mit Terminen und Verpflichtungen sein. Ich könnte (...) auf ständigen Treffen sein, aber dann kann ich vieles andere nicht machen. Da müssen sie auch mal darauf verzichten, dass man mit dabei ist.“ (I 18,79)

Hinderliche Faktoren seien weiterhin: zu hohe Erwartungen und die „Ignoranz und Arroganz auf der medizinischen Seite“ (I 7,46). Auch sahen Mitarbeiter/innen einen störenden Faktor darin, dass Patienten gegen ihren „ausdrücklichen Willen beraten“ worden seien (I 19,72). Als bislang wenig beachtete Dimension wurde eine Art Konkurrenzangst von Seiten des Personals thematisiert:

„Also ich denke, dass da ganz häufig auch auf der Expertenseite in Anführungsstrichen Ängste sind, dass die Patienten zu selbstständig werden könnten. Und, dass das hinderlich ist. Und dass da dann auch Ängste sind vor Selbsthilfegruppen, die einem dann womöglich in die Behandlung reinreden oder das besser wissen. Ich denke, dass solche Ängste eine große Rolle spielen.“ (I 22,104)

Die folgende Übersicht umfasst die Aussagen (jeweils 1 Nennung) der interviewten *Selbsthilfe-Kontaktpersonen* zu hinderlichen Faktoren.

**Kategorie „Strukturen der Kooperation“ (hinderliche Faktoren- SHG)**

- schlechter Informationsfluss
- unterschiedliche Therapieansätze

**Kategorie „Qualität der Kooperation“ (hinderliche Faktoren - SHG)**

- mangelnde grundsätzliche Akzeptanz
- Information über Selbsthilfe wird nicht an Patient/-innen weiter gegeben
- Ärzte/Ärztinnen fördern den Kontakt nicht

Einige Zitate sollen die Ergebnisse wiederum illustrieren:

„Das Krankenhaus müsste darauf aufmerksam machen, dass es mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeitet.“ (I F,59)

„Was soll man mit so einer Firma noch kooperieren. (...) Das ist ein ganz anderer Therapieansatz, und dass man sich da nicht noch zusätzlich mit der Selbsthilfe befassen möchte, wen wundert es. Das ist einfach nicht mehr gewollt.“ (I A, 60)

Bei den insgesamt genannten Faktoren gegen eine Kooperation fiel auf, dass diese von beiden Seiten weniger in der Kategorie „Strukturen der Kooperation“ anzusiedeln sind, sondern öfter die „Qualität der Kooperation“ betreffen.

Offensichtlich war auch, dass es nicht *den* einen Grund als hemmenden Faktor für eine Zusammenarbeit gibt, da keinerlei Häufungen bei den Aussagen festzustellen waren. Will man dennoch die genannten Faktoren aus Sicht beider Akteursgruppen auf den Punkt bringen, könnte man als größtes Hindernis eine „mangelnde Kultur der Anerkennung“ nennen.

So beachtenswert diese Hindernisse für Planung und Praxis auch sind: Am besten lernt es sich u.E. von positiven Beispielen. Aus den Interviews



von drei Beteiligten haben wir daher das folgende Beispiel gelungener Kooperationspraxis rekonstruiert.

### **2.3.3 Fallbeispiel – gelungene Kooperation in einem Hamburger Krankenhaus**

Bei dem Fallbeispiel einer gelungenen Zusammenarbeit handelt es sich um die Kooperation einer Fachabteilung für Rheumatologie und Klinische Immunologie in der Schön Klinik Hamburg-Eilbek. Die Abteilung wurde im August 2006 mit dem Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ausgezeichnet.

Dem Praxisbeispiel liegen drei Interviews zugrunde. Befragte auf Krankenseite waren die Stationsärztin (I 23) und die Pflegeleitung der Abteilung (I 24) sowie auf der Selbsthilfeseite eine Kontaktperson der Rheuma-Liga e.V. (I K). In der Abteilung werden fast ausschließlich Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis behandelt. So bildet die Zusammenarbeit mit der Rheuma-Liga den Schwerpunkt der Kooperation zwischen Krankenhaus und Selbsthilfe. Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe beschränkt sich in der Klinik jedoch nicht auf die genannte Abteilung, sondern die Rheuma-Liga hat mit der Tagesklinik auf dem Gelände und der Abteilung für Ergotherapie die bestehenden Kontakte ausgeweitet. Die Rheuma-Liga in Hamburg wurde vor mehr als 35 Jahren im Eilbeker Krankenhaus mit Unterstützung der damaligen Ärzteschaft gegründet. Der Chefarzt der Abteilung war seit Gründung der Selbsthilfegruppe im Vorstand der Rheuma-Liga. Die interviewte Kontaktperson ist gleichfalls seit der Gründung des Vereins Mitglied. Hinsichtlich dieser Aspekte liegen im Fallbeispiel einzigartige Besonderheiten vor, die viele positive Entwicklungen erklären und nochmals verdeutlichen, dass nachhaltige Kooperation oft viele Jahre zum Wachsen benötigt.

Die Kontaktperson der Rheuma-Liga gibt mehrere *festе Ansprechpartner* für ihre Anliegen an: zum einen der Selbsthilfebeauftragte des Krankenhauses, der in erster Linie ihre feste Ansprechperson für übergeordnete Angelegenheiten ist; zum anderen bespricht sie mit der Pflegedirektorin Möglichkeiten, die zur Verbesserung der Versorgung der Patienten in der Abteilung führen könnten (z.B. mehr Barrierefreiheit auf den Stationen).

In der Abteilung ist die Pflegeleitung die Kontaktperson für die Vertreter der Selbsthilfe. Die *persönliche Zusammenarbeit* zwischen beiden besteht bereits seit einigen Jahren. Ihre Treffen werden „regelmäßig unregelmäßig“ ca. zwei Mal im Jahr abgehalten. Beide Akteure setzen sich zusammen „und gucken, was läuft gut, was läuft nicht gut, wo können wir was machen“. Die Selbsthilfe-Kontaktperson ist mit diesem persönlichen Austausch sehr zufrieden, ebenso die Pflegeleitung. Die Pflegeleitung betont zudem, wie wichtig ein gutes Verhältnis zwischen den beiden ist, denn „das muss stimmen, das muss harmonieren“. Auch dem Stationsarzt ist die Selbsthilfekontaktperson bekannt, er weiß von den regelmäßig stattfindenden Treffen und unterstützt die Zusammenarbeit.

Damit möglichst *alle Mitarbeiter der Abteilung über Selbsthilfe informiert* werden, stellt die Selbsthilfe-Kontaktperson die Arbeit der Rheuma-Liga auf den regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen, insbesondere bei Personalwechsel, vor. Auch an internen *Weiterbildungen* zu den Problemen von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen ist die Vertreterin der Selbsthilfe *beteiligt*. Die Rundbriefe der Rheuma-Liga werden regelmäßig an die Stationen weitergeleitet. Darüber hinaus wird das Pflegepersonal zu den Fachvorträgen der Rheuma-Liga im Haus eingeladen.

Da rheumatische Erkrankungen ganz unterschiedliche Ausprägungen haben können (Rheumatischer Formenkreis), entwickelte die Rheuma-Liga zu jedem dieser Krankheitsbilder gesonderte *Informationsmaterialien*. Den neu Erkrankten wird ein Merkblatt gemeinsam mit einem Handzettel von den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen persönlich überreicht. Aus Sicht der Selbsthilfe-Kontaktperson gehören dazu „immer ein paar gute Worte“, da die Erkrankten zunächst große Schwierigkeiten mit der Verarbeitung der Diagnose haben. Handzettel der Selbsthilfegruppen liegen auch im Aufenthaltsraum der Station aus. Auf einer Pinnwand auf der Station sind ebenfalls Informationen über Selbsthilfeaktivitäten zu finden. Für die Pflege und die Aktualität des ausliegenden und weiterzugebenden Materials sind die Selbsthilfegruppen zuständig.

Die Rheuma-Liga hat seit ihrem Bestehen *feste Geschäftsräume* auf dem Klinikgelände. Diese vermietet ihnen das Krankenhaus. Feste Sprechzeiten und die telefonische Erreichbarkeit sind geregelt. Darüber hinaus besteht die räumliche Nähe zur Klinik. So haben die Patienten schon wäh-

rend ihres Krankenhausaufenthaltes die Möglichkeit, den persönlichen Kontakt zur Rheuma-Liga herzustellen. Für Veranstaltungen der Rheuma-Liga stellt die Klinik kostenlos Räume zur Verfügung.

Die *Präsenz der Selbsthilfegruppen* sieht die Selbsthilfegruppen-Kontaktperson insbesondere durch das ausliegende und weitergegebene Informationsmaterial als gesichert an. Wöchentlich offene Sprechstunden der Rheuma-Liga für die Erkrankten, die den Weg zu den Geschäftsräumen nicht bewältigen konnten, haben sich als Kontaktform nicht bewährt. Die Nähe der Geschäftsräume der Rheuma-Liga erlaubt es in solchen Fällen jedoch, die Kontaktperson der Selbsthilfe telefonisch zu einem Gespräch auf die Station zu rufen. Die Zusammenarbeit ist inzwischen soweit institutionalisiert, dass die Klinik auf ihrer Homepage mit der Kooperation zur Selbsthilfegruppe wirbt (*gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit*).

Beide interviewten Krankenhausmitarbeiter/innen beklagten die Verdichtung der Arbeit für das Personal durch die im Laufe der Jahre immer kürzer werdenden Liegezeiten sowie den zunehmenden Zeitaufwand für Dokumentationen und den dadurch entstehenden Zeitmangel bei der Betreuung der Patienten. Auch die Selbsthilfe-Kontaktperson ist der Meinung, dass Patienten *weniger Informationen aufgrund des Zeitmangels* bekommen. Auch deshalb finden alle Beteiligten die geregelte Kooperation zwischen Krankenhaus und Selbsthilfe für die Patienten wichtig.

Beide Mitarbeiter des Krankenhauses messen der Arbeit der Selbsthilfegruppen eine hohe Bedeutung bei. Bei der Wiedereinweisung von Patienten durch neue Krankheitsschübe sei es von Vorteil, „dass wir sehr aufgeklärte Patienten quasi zurück bekommen.“

Die Selbsthilfe-Kontaktperson kann in dem Krankenhaus für die an Rheuma erkrankten Patienten auch tatsächlich Positives bewegen, da ihre Arbeit grundsätzlich eine hohe *Akzeptanz* hat. Sie wird auch auf anderen Stationen initiativ, wenn sie Handlungsbedarf sieht. Die Informationen, die die Selbsthilfevertreterin aus ihren Erfahrungen heraus an die Mitarbeiter/-innen weiter geben kann, nützen den Patienten ebenso wie den Mitarbeitern.

## Diskussion

Insbesondere fällt auf, dass nicht nur eine hohe gegenseitige Anerkennung zwischen den Beteiligten besteht, sondern dass beide Seiten ein gleiches Ziel verfolgen: die Patientinnen und Patienten so umfassend wie möglich über ihre Erkrankung und deren Bewältigung zu informieren und sie zu unterstützen. Die Zusammenarbeit dient hier der Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen bei den Patienten und zwar zu einem möglichst frühen Zeitpunkt. Informierte und mündige Patienten sind in dieser Abteilung von allen Seiten stark erwünscht. Durch die Weiterbildung der Mitarbeiter/-innen kennen diese die Besonderheiten, die beim pflegerischen Umgang mit Patienten zu beachten sind. Durch dieses Wissen wird sowohl die Arbeit als auch der Umgang des Personals mit den Patient/-innen erleichtert. So liegt der Nutzen für alle Beteiligten gerade im Zusammenspiel informierter Patienten und informierter Mitarbeiter über das Krankheitsbild und die Bewältigung der Erkrankungsfolgen. Dies spart Zeit in der Pflege, die für das Personal immer knapper wird.

Eine zeitliche und inhaltliche Entlastung der Professionellen durch die Mitwirkung von Selbsthilfegruppen ist laut bisherigen Forschungen ein gängiges Motiv der Akteure im institutionellen Versorgungsbereich, eine Kooperation einzugehen (vgl. Slesina und Fink 2009: 35). Die Entlastung scheint allerdings in dem obigen Beispiel eher erfreuliches Nebenprodukt als das Anfangsmotiv für die gute Zusammenarbeit zu sein.

Das Projekt „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ (s. Abschnitt 2.2) brachte trotz der schon langjährig bestehenden guten Kooperation zwischen Abteilung und Rheuma-Liga noch einen Zugewinn. Laut Selbsthilfekontaktperson wurde einiges „noch mal konkreter in Angriff genommen ... das noch nicht so perfekt war, wie wir das jetzt ausgebaut haben“ (I K,14). Gemeinsam mit dem Selbsthilfebeauftragten des Krankenhauses wurde in Gesprächen im Qualitätszirkel Bilanz gezogen – „Was machen wir eigentlich zusammen? Wo läuft es gut? Was kann ausgebaut werden?“ (I K,16). So wurde zum Beispiel die oben genannte persönliche Übergabe von Merkblättern und Informationsmaterial der Rheuma-Liga bei Ersterkrankten durch die Mitarbeiter/-innen der Abteilung erst in diesem Rahmen eingeführt (I K,23).

### 2.3.4 Bilanz

Insgesamt betrachtet, unterscheiden sich die Auffassungen beider Akteursgruppen zu den förderlichen Aspekten einer Kooperation nicht wesentlich. Ein zentraler Punkt der Übereinstimmung besteht darin, dass eine positive „Kultur der Anerkennung“ wohl als wichtigste Voraussetzung für die Umsetzung der Qualitätskriterien für Kooperation gelten kann. Das Fallbeispiel macht deutlich, wie eine langjährige, gefestigte Kooperation möglich sein kann: Beide Seiten beziehen sich aufeinander, arbeiten eng zusammen, wobei die Zusammenarbeit von einer offenen Kommunikation geprägt ist. Im Fallbeispiel werden beide Kategorien der Zusammenarbeit – Strukturvoraussetzungen und inhaltliche Qualität – zur gegenseitigen Zufriedenheit erfüllt.

Die Erwartung, dass durch die Experteninterviews völlig neue förderliche oder hinderliche Faktoren entdeckt werden könnten, hat sich nicht erfüllt. Praktisch alle Äußerungen sind explizit oder implizit Belege für die Sinnhaftigkeit und Vollständigkeit der in den acht Kriterien des Hamburger Modellprojekts festgehaltenen Qualitätsmerkmale. Auch wenn den Befragten die Qualitätsmerkmale bekannt waren, ist es doch bemerkenswert, dass keine wesentlichen neuen Aspekte zur Sprache kamen. Mit anderen Worten: Wenn ein Krankenhaus die Kriterien als Leitschnur des Handelns nimmt, berücksichtigt es gleichzeitig die förderlichen und vermeidet die hinderlichen Bedingungen für eine gelingende Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen.

Angesichts der aus verschiedenen früheren Studien bekannten Kooperationsprobleme und der Berichte über das Scheitern von Zusammenarbeit sei hier der hoffungsfroh stimmende Satz eines Krankenhausmitarbeiters zitiert:

„Ich denke, wenn man das will, gibt es nicht wirklich einen Hinderungsgrund.“ (I 17,73)

Doch Wollen allein reicht nicht: Kooperation braucht Strukturen. Der Ansatz „Selbsthilfefreundlicher Krankenhäuser“ zielt auf die strukturelle Verankerung in der Institution und im einrichtungsinternen Qualitätsmanagement. Die in diesem Abschnitt präsentierten förderlichen und hinderlichen Faktoren der Kooperation bieten Erkenntnisse über Bedingungen, unter denen solche institutionalisierten Kooperationen in Gang gesetzt

und aufrecht erhalten werden können und wie die abstrakte Norm der Patientenorientierung im Arbeitsalltag mit Leben zu füllen ist.

Die Analysen dieses Abschnitts werden ergänzt durch weitere Forschungsergebnisse (insbesondere in den Abschnitten 2.4 und 2.5.) sowie durch die Ergebnisse aus Modellerfahrungen mit der Umsetzung in NRW (Abschnitte 2.6 und 2.7).

## **2.4 Entwicklung eines Messinstruments für die partizipative, patientenorientierte Versorgungsgestaltung im Krankenhaus am Beispiel der Selbsthilfe**

Stefan Nickel

### **2.4.1 Hintergrund**

Von Beginn des Jahres 2008 bis Ende 2011 wurde das Qualitätskonzept „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ als Ansatz patientenorientierter, partizipativer Versorgungsgestaltung vom Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wissenschaftlich analysiert.<sup>10</sup>

Vorangegangen sind zwei Praxisprojekte zur Etablierung selbsthilfebezogener Prozesse und Strukturen in Krankenhäusern, die maßgeblich für die Entwicklung unseres Forschungsfeldes waren:

- Im Rahmen des Projekts „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ in Hamburg (vgl. Abschnitte 2.1 und 2.2; Bobzien 2007) wurde versucht, mit einer bundesweiten Befragung zum Stand der Kooperation von Selbsthilfe und Krankenhäusern festzustellen, wie weit die Entwicklung dieses Bereiches fortgeschritten ist. Die Anfang 2005 bei 510 Selbsthilfeorganisationen und 275 Selbsthilfekontaktstellen durchgeführte Befragung zeigte zwar einige weitere Praxismodelle, jedoch keine strukturierten Kooperationen oder Evaluationen bestehender Kooperationen (Werner, Nickel und Trojan et al 2006).
- Mit Beginn des Modellprojekts „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus Nordrhein-Westfalen“ bot sich seit 2008 eine weitere Möglichkeit, unser Instrument für das Monitoring und Benchmarking der nachhaltigen Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen zu nutzen (vgl. Abschnitt 2.6; Steinhoff-Kemper 2008). Dies wurde auch dadurch begünstigt, dass gemäß § 10 Abs. 1 Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-West-

---

<sup>10</sup> Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unter dem Förderkennzeichen 01GX0748 finanziert.

falen Krankenhäuser entsprechend ihrer Aufgabenstellung zur Zusammenarbeit mit den Selbsthilfeorganisationen verpflichtet sind (KHG NRW; seit 1.1.2008 außer Kraft).

In Deutschland gab es bis dato kein ausgearbeitetes und allgemein akzeptiertes Instrument zur Messung der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung aus Sicht von Mitarbeitern und Patienten (Mitgliedern von Selbsthilfegruppen). Auch eine systematische Recherche nach Instrumenten zur Erhebung und Beschreibung der „Patientenzufriedenheit“ als Qualitätskriterium der Krankenversorgung ergab keinen allgemein akzeptierten Standard (vgl. zum Überblick Pawils et al 2006). Neben den konzeptuellen und methodischen Schwächen vieler Patientenbefragungen und der eingesetzten Messinstrumente zu diesem Thema beschränken sich die meisten Fragebögen thematisch auf unterstützende („humanitäre“) Prozessmerkmale im Umgang mit den Patienten wie auf organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen der Versorgung. Darin kommt eine eher passive Rolle von Patienten als Leistungsempfänger zum Ausdruck, die zumindest bis in die 1980er Jahre selbst von der Mehrheit der Patienten bevorzugt wurde (vgl. Trojan 1998).

Im Fokus des Forschungsprojektes stand deshalb die Entwicklung und Erprobung von Bewertungsinstrumenten für die selbsthilfebezogene Qualität der stationären Versorgung sowie die dauerhaft strukturelle Verankerung von Patientenorientierung durch eine institutionalisierte Kooperation zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfezusammenschlüssen.

Seine Einzelziele und sein Nutzen waren:

- die Entwicklung krankheitsübergreifender („generischer“) Instrumente für die Messung der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung aus Patienten- und Personalsicht,
- die Einschätzung von Ansätzen für die Institutionalisierung der Kooperation zwischen Selbsthilfezusammenschlüssen und Krankenhäusern,
- die Ermittlung der Faktoren, die für die Ingangsetzung und Aufrechterhaltung (Nachhaltigkeit) von Patientenorientierung im Krankenhaus im Rahmen partizipativer Versorgungsgestaltung förderlich bzw. hinderlich sind, sowie



- der Transfer des Instrumentariums in andere Krankenhäuser für Monitoring und Benchmarking.

Das Forschungsprojekt umfasste eine Langzeitstudie zu zwei Erhebungszeitpunkten in den beiden Hamburger Pilotkrankenhäusern mit dem Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ (Verleihung im Jahr 2006) sowie eine Querschnittstudie in zwei weiteren Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen. Im Folgenden werden das methodische Vorgehen bei der Instrumentenentwicklung und -erprobung sowie die Ergebnisse der psychometrischen Prüfung des Instruments dargestellt.

### 2.4.2 Methodik

Die Studie war als zweistufiger Forschungsprozess angelegt. In der Entwicklungsphase wurden verschiedene qualitative Vorstudien durchgeführt (Experteninterviews mit 23 leitenden Ärzten und Pflegekräften sowie 10 Kontaktpersonen kooperierender Selbsthilfegruppen; Gruppendiskussionen im Hamburger Arbeitskreis „Netzwerk Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“; Dokumenten- und Literaturanalysen) (Trojan et al 2009). Diese dienten der Ermittlung von Kriterien zur Qualität der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung aus Personal- und Patientensicht. Weiterhin sollten förderliche und hinderliche Faktoren für die Ingangsetzung und Aufrechterhaltung der Kooperation zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern beschrieben werden (siehe auch Abschnitt 2.4). Auf Basis der Ergebnisse wurde ein Instrument zur Messung der **Selbsthilfebezogenen Patientenorientierung im Krankenhaus** („SeIP-K“) mit weitgehend übereinstimmenden Befragungsinhalten für Krankenhausmitarbeiter (v.a. Pflegepersonal und Ärzte) und Patientinnen und Patienten (hier: Selbsthilfegruppenmitglieder) entwickelt.

Der inhaltliche Aufbau des Fragebogens orientierte sich an einem Vorschlag von Borgetto (2004: 78 ff.), zwischen zwei Ebenen selbsthilfebezogener Patientenorientierung zu unterscheiden. Die Patientenorientierung im Sinne der Stärkung *individueller Selbsthilfekompetenzen* wurde erfasst über allgemein relevante Merkmale der Kommunikationsqualität, die wahrgenommene Partizipationsoffenheit des Personals sowie die Befähigung von Patienten, für ihre Lebensqualität selbst Sorge zu tragen. Demgegenüber sollte die Selbsthilfefreundlichkeit auf struktureller Ebene über die wahrgenommene Einbeziehung der *gemeinschaftlichen bzw.*

*solidarischen Selbsthilfe*, d.h. das Ausmaß, in dem selbsthilfefreundliche Qualitätskriterien des Kooperationsmodells verbindlich und nachhaltig verankert sind, bewertet werden. Abschließend sollten mittels eines halbstandardisierten Befragungsmoduls förderliche und hinderliche Faktoren sowie Einstellungen der Befragten zur Kooperation zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern exploriert werden.

Im Kern besteht das neue Erhebungsinstrument aus 22 standardisierten Fragen in Form von Aussagen, die als „völlig“, „eher“, „eher nicht“ oder „gar nicht“ zutreffend eingeschätzt werden können (siehe Anhang D). Die Items konnten teilweise aus der vorhandenen Literatur zu patientenorientierten Instrumenten für Krankenhäuser (u.a. Giersdorf et al 2004; Nickel 2006; Scheibler et al 2004, Simon et al 2006) angepasst übernommen werden, teilweise wurden sie gänzlich neu von den Wissenschaftlern im Forschungsprojekt erarbeitet. Eine Besonderheit stellen die Fragen zur Beteiligung der solidarischen Selbsthilfe an der stationären Versorgung dar: Bei ihnen handelt es sich weitgehend um jene Qualitätskriterien, die im Rahmen des Modellprojekts „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ in Hamburg entwickelt wurden (Bobzien 2008). Ein Pretest mit 10 erfahrenen Unterstützerinnen und Unterstützern der Selbsthilfe ergab die abschließende Form des Fragebogens.

Die Validierung des Instruments fand im Rahmen der Erprobungsphase des Forschungsprojekts statt. Die Befragungen erfolgten zwischen Januar 2009 und Oktober 2011. Befragt wurden sowohl Mitarbeiter/-innen als auch Patientinnen und Patienten (Mitglieder von Selbsthilfegruppen) aus den beiden Selbsthilfefreundlichen Krankenhäusern Hamburgs und aus zwei weiteren Kliniken, die seit 2008 am Modellprojekt „Selbsthilfefreundliche Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen“ beteiligt sind. In Kooperation mit den Selbsthilfebeauftragten dieser Krankenhäuser wurde darauf geachtet, dass die Auswertung der Befragung völlig anonym erfolgt. Dazu gehörte, dass die im Haus verteilten und eingesammelten Mitarbeiterfragebögen im ungeöffneten Umschlag an das auswertende Institut weitergeleitet wurden. Die Selbsthilfegruppen-Teilnehmenden wurden ebenfalls von den Selbsthilfebeauftragten angesprochen mit der Bitte, den ausgefüllten Fragebogen wieder im Krankenhaus abzugeben oder direkt an das Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie in Hamburg zu senden.

Der Rücklauf der Mitarbeiterbefragungen belief sich insgesamt auf 405 von 1.621 verteilten Fragebögen, was einer durchschnittlichen Ausschöpfungsquote von 25% (je nach Krankenhaus zwischen 13% und 52%) entspricht. Auch der Rücklauf für die Patientenbefragungen traf nicht unsere Erwartungen: Er belief sich auf 103 von 360 verteilten Fragebögen (29% Ausschöpfungsquote im Durchschnitt; Spannweite: 13% bis 40%). Dies kann mit Besonderheiten der Krankenhausauffälle zusammenhängen, unter Aufwand-Ertrags-Gesichtspunkten werden jedoch auch Grenzen des Forschungsplans (Vergleich von Mitarbeitern und Patienten) sichtbar.

Eine nachträgliche qualitative Analyse der entstandenen Ausfälle bei der Patientenbefragung ergab:

- Die Anzahl der kooperierenden Selbsthilfegruppen, wie sie in Qualitätsberichten der Kliniken ausgewiesen war, stimmte zumeist nicht (mehr) mit den tatsächlichen Kooperationen überein und wurde deutlich überschätzt.
- Selbsthilfegruppen mit mehreren Kontaktpersonen wurden entsprechend häufig im Qualitätsbericht ausgewiesen sowie Kontakte mit der lokalen Selbsthilfekontaktstelle ebenfalls als Kooperation verbucht, was zu einer zahlenmäßigen Verzerrung in der Darstellung der Kontakte führte.
- Ein Großteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern der kooperierenden Selbsthilfegruppen hatte keinen oder nur sehr wenig Kontakt zu der untersuchten Fachabteilung bzw. Klinik.
- Unerwartete Ereignisse im Verlauf des Studienzeitrahmens (z.B. Tod oder Weggang von Kontaktpersonen, Auflösung einzelner Gruppen, nachträgliche Absage der Mitwirkungsbereitschaft, unmögliche oder sehr zeitintensive Kontaktaufnahme) erschwerten oder verhinderten die Studienteilnahme.
- Die Motivation zur Beteiligung an der Befragung war trotz der angebotenen Aufwandsentschädigung begrenzt, da viele sich nicht genügend informiert fühlten, alle Fragen zur Alltagspraxis und Selbsthilfefreundlichkeit des Krankenhauses zu beantworten.

Die Merkmale der Umgebung („Setting“) und die Rückläufe der einzelnen Erhebungen sind in Tabelle 2.4.1 abgebildet. In Tabelle 2.4.2 sind die soziodemographischen, fach- und krankheitsspezifischen Charakteristika der Untersuchungstichprobe dargestellt. Etwas mehr als ein Drittel (37,5%) der befragten Mitarbeiter ist in einer psychiatrischen Abteilung tätig gewesen. Rund drei Viertel (78,5) von ihnen sind Frauen, und 67,9% arbeiten im Pflegedienst. Das Alter innerhalb dieser Teilstichprobe liegt mehrheitlich im Bereich von 30 bis 49 Jahren (57,5%).

**Tab. 2.4.1: Setting und Rückläufe der Mitarbeiter- und Patientenbefragungen (Ausschöpfungsquoten in Klammern)**

Krankenhäuser	Erhebungszeitraum	Beteiligte Abteilungen	Antwortende Mitarbeiter	Antwortende Patienten
Schön Klinik Eilbek	01/2009-01/2010	2	20 bzw. 21 (48 bzw. 50%)	36 bzw. 29 (48 bzw. 39%)
AK Nord – Ochsenzoll †	03/2010-06/2011	5	97 bzw. 75 (23 bzw. 20%)	7 (14%) ‡
AK Nord – Heidberg †	03/2010-06/2011	4	72 bzw. 55 (41 bzw. 25%)	1 (10%) ‡
Klinikum Bielefeld Mitte	03/2011	5	34 (13%)	28 (21%)
Augusta-Kranken-Anstalt Bochum	10/2011	5	31 (52%)	2 (13%)

† Die beiden organisatorisch zusammengehörigen Standorte der Asklepios Klinik (AK) Nord werden hier operativ als eigenständige Einheiten betrachtet.

‡ Wegen extrem geringer Rückläufe bei der Erstbefragung wurde auf die geplante Folgebefragung verzichtet.

Die Zusammensetzung der befragten Patienten ist ebenfalls in Tabelle 2.4.2 dargestellt. Zwei Drittel (66,0%) der Mitglieder von Selbsthilfegruppen berichten, aufgrund einer psychischen (darunter sehr viele Suchterkrankungen) und ein Zehntel (10,7%) wegen einer allgemein chirurgisch zu behandelnden Erkrankung (z.B. Pankreatektomie) mit dem Krankenhaus in Kontakt zu stehen. Das Alter innerhalb der Patientenstichprobe ist deutlich höher als bei den Mitarbeitern, und auch die Geschlechterverteilung ist wesentlich ausgeglichener. Einen Volks-, Hauptschul- oder Real schulabschluss besitzt die Mehrheit (57,4%) der Befragten.

**Tab. 2.4.2: Charakteristika von Antwortenden der Befragung  
(absolute Anzahl; Prozent in Klammern)**

	Mitarbeiter n=405		Patienten n=103	
<b>Fachabteilung</b>				
Innere Medizin	10	(2,5)	2	(1,9)
Chirurgie	14	(3,5)	11	(10,7)
Gynäkologie	35	(8,6)	9	(8,7)
Geburtshilfe	8	(2,0)	0	(0,0)
Kinderheilkunde	70	(17,3)	1	(1,0)
Kardiologie	4	(1,0)	0	(0,0)
Rheumatologie	28	(6,9)	4	(3,9)
HNO	34	(8,4)	8	(7,8)
Urologie	4	(1,0)	0	(0,0)
Nephrologie	6	(1,5)	0	(0,0)
Onkologie	7	(1,7)	0	(0,0)
Psychiatrie	152	(37,5)	68	(66,0)
Sozialdienst / Psychologen	33	(8,1)	0	(0,0)
<b>Geschlecht</b>				
Männer	84	(21,5)	51	(50,0)
Frauen	306	(78,5)	51	(50,0)
<b>Alter</b>				
Unter 30 Jahre	72	(18,8)	1	(1,0)
30 bis 39 Jahre	96	(25,1)	8	(7,8)
40 bis 49 Jahre	124	(32,4)	19	(18,6)
50 bis 59 Jahre	65	(17,0)	30	(29,4)
Über 59 Jahre	26	(6,8)	44	(53,1)
<b>Dienst</b>				
Pflegedienst	264	(67,9)	---	(---)
Ärztlicher Dienst	77	(19,8)	---	(---)
Sonstiger Dienst	48	(12,3)	---	(---)
<b>Schulabschluss</b>				
(Noch) ohne Abschluss	---	(---)	0	(0,0)
Volks-, Hauptschule	---	(---)	34	(33,7)
Mittlere Reife, Realschule	---	(---)	38	(37,6)
Abitur, Fachabitur	---	(---)	20	(19,8)
Hochschulabschluss	---	(---)	9	(8,9)

### 2.4.3 Ergebnisse

Die psychometrische Prüfung des Erhebungsinstruments wurde so weit wie möglich an die Verfahren der klassischen Testtheorie (Lienert und Raatz 1998; Bortz und Döring 2006) angepasst. Kennzeichnend dafür sind ihre Annahmen, die die Qualität eines Tests bzw. Messinstruments angeben: Objektivität, Reliabilität und Validität. Aufgrund der numerisch geringeren Rückläufe bei den Patientenbefragungen und ihrer deutlich schwächeren Repräsentativität werden die Ergebnisse dieser Analysen nur für die Daten aus den Mitarbeiterbefragungen dargestellt.

#### 2.4.3.1 Objektivität

Die Empfehlungen zur Durchführung einer Befragung mit dem SelP-K bei Mitarbeitern, also insbesondere Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften sowie mit Einschränkungen auch bei Patientinnen und Patienten (vgl. Beschreibung der Methodik) gewährleisteten unseres Erachtens eine größtmögliche Durchführungsobjektivität. Bei abweichender Durchführung, insbesondere bei mangelnder Anonymität der Befragten, sind Verzerrungen aufgrund sozialer Erwünschtheit, der Zustimmung zu Fragen unabhängig vom Inhalt („Akquieszenz“) oder der expliziten Verweigerung einer Antwort wahrscheinlich und gefährden die Aussagekraft der Ergebnisse (Schnell, Hill und Esser 1993: 361 ff.).

Auswertungsobjektivität kann als gegeben angesehen werden, wenn die skalenrelevanten Teile des SelP-K-Fragebogens unverändert eingesetzt und die Item- und Subskalenwerte entsprechend der Auswertungsvorschriften der allgemeinen Statistik für die Human- und Sozialwissenschaft berechnet werden.

#### 2.4.3.2 Itemkennwerte

Ausgewählte deskriptive Kennwerte der einzelnen Items sind in Tabelle 2.4.3 dargestellt. Der Anteil fehlender Werte („missing values“) schwankt in den drei ersten Dimensionen zwischen 1,5 und 6,7% und liegt somit in einem mehr als akzeptablen Bereich; weniger gut fällt dieser Anteil für die Items im Themenblock „Selbsthilfegruppen einbeziehen“ aus, was insbesondere auf die Nutzung der vorgegebenen Antwortkategorie „kann ich nicht beurteilen“ zurückzuführen ist. Es fällt weiterhin auf, dass alle Item-

Rohwerte der drei ersten Subskalen rechtsschief und nur drei Items der vierten Subskala linksschief verteilt sind. Der deutlichste Unterschied innerhalb einer Dimension zeigt sich beim vorletzten Item (Nr. 21: „Selbsthilfegruppen wirken mit in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung“). Im Gegensatz zu den anderen Items überwiegen hier negative Bewertungen aus Sicht der Mitarbeiter.

Als zusätzliche Kennwerte wurden die sogenannte Itemschwierigkeit und die (korrigierten) Trennschärfekoeffizienten der Items ermittelt (siehe die beiden rechten Spalten in Tabelle 2.4.3). Der Itemschwierigkeit, d.h. dem Verhältnis zwischen erreichten und maximal erreichbaren Wertepunkten, ist zu entnehmen, wie „schwierig“ oder „leicht“ eine Frage zu beantworten ist. Im Allgemeinen werden Itemschwierigkeiten im mittleren Bereich zwischen 0,20 und 0,80 bevorzugt (Bortz und Döring 2006: 218). Die Trennschärfe gibt darüber Auskunft, wie gut das gesamte Testergebnis aufgrund der Beantwortung eines einzelnen Items vorhersagbar ist, und ist definiert als Korrelation der Beantwortung eines Items mit dem Gesamtestwert. Da in den Gesamtestwert auch das betrachtete Item selbst eingeht, wurden korrigierte Trennschärfekoeffizienten auf der Basis von Gesamtestwerten berechnet, die das aktuelle Item unberücksichtigt lassen. Mit Werten über 0,50 sind die Trennschärfen für fast alle Items des SeIP-K-Fragebogens als hoch einzustufen (ebd.: 219).

Im Anschluss an die Itemanalyse wurden vier Subskalen gebildet, indem die Ausprägungen der Items der jeweiligen Dimension addiert und durch die Anzahl der gültigen Items geteilt wurden. Voraussetzung für die Berechnung war, dass eine Person mindestens die Hälfte der Fragen pro Dimension beantwortet hat. So ergeben sich für jede Subskala (analog zu den einzelnen Items) ein kleinster Wert von 1 („trifft völlig zu“) und ein größter Wert von 4 („trifft gar nicht zu“). Für weitergehende Analysen wurden diese Roh-Skalenwerte aus Gründen der besseren Verständlichkeit und Vergleichbarkeit auf einen Normbereich von 0 bis 100 (100 = Bestwert) umgewandelt (siehe Kapitel 2.4).

**Tab. 2.4.3: Deskriptive Kennwerte der Items**

Nr.	Item	Mis- sing <sup>†</sup>	Mittel- wert <sup>‡</sup>	Std.- abw.	Schie- fe	Schwie- rigkeit	Trenn- schärfe
<b>Patienten informieren</b>							
1.	Die Patienten werden über ihre Erkrankung entsprechend ihren Bedürfnissen informiert und aufgeklärt	4,4%	1,60	0,65	0,73	0,20	0,71
2.	Die Patienten werden über die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt	5,2%	1,73	0,66	0,41	0,24	0,71
3.	Die Informationen zur Behandlung sind verständlich und wenn nötig mit bildlichen Darstellungen erläutert	5,2%	1,92	0,78	0,40	0,31	0,67
4.	Der Ablauf der Behandlung bzw. das weitere Vorgehen werden ausführlich mit den Patienten besprochen	4,2%	1,70	0,70	0,59	0,23	0,69
<b>Patienten beteiligen</b>							
5.	Die Patienten werden gefragt, ob sie mit den geplanten Behandlungsabläufen einverstanden sind	4,0%	1,83	0,76	0,58	0,28	0,51
6.	Sorgen und Wünsche der Patienten im Zusammenhang mit ihren Erkrankungen werden ernst genommen	1,5%	1,53	0,60	0,70	0,18	0,45
7.	Patienten werden ermutigt, ihre Meinung über die medizinische Behandlung und Pflege zu äußern (z.B. bei der Visite oder mit Meinungskarten)	3,0%	1,73	0,84	0,87	0,24	0,52
8.	Patienten werden von den Ärzten und Pflegekräften angeregt, sich am Gesundheitsprozess zu beteiligen	2,5%	1,55	0,63	0,77	0,18	0,58
<b>Patienten befähigen</b>							
9.	Die Patienten werden auf möglicherweise auftretende Beschwerden und Beeinträchtigungen nach ihrer Entlassung hingewiesen	4,4%	1,71	0,65	0,50	0,24	0,59
10.	Den Patienten werden Gesundheitstipps (z.B. Ernährung, Bewegung) für den Umgang mit ihrer Krankheit gegeben	4,0%	1,73	0,68	0,44	0,24	0,66
11.	Die Patienten werden darin bestärkt, auch im Alltag besser auf ihre Gesundheit zu achten	4,9%	1,88	0,72	0,35	0,29	0,66
12.	Die Patienten werden über weiterführende Hilfsmöglichkeiten (z.B. Internet, Beratungsangebote) aufgeklärt	6,7%	1,98	0,82	0,34	0,33	0,59

† Fehlende Werte: keine Angaben und/oder keine Beurteilung möglich

‡ Skalenbereich: 1 „trifft völlig zu“ bis 4 „trifft gar nicht zu“



**Tab. 2.4.3: Deskriptive Kennwerte der Items – Fortsetzung**

Nr.	Item	Mis- sing <sup>†</sup>	Mittel- wert <sup>‡</sup>	Std.- abw.	Schie- fe	Schwie- rigkeit	Trenn- schärfe
<b>Selbsthilfegruppen einbeziehen</b>							
13.	Im Krankenhaus können Präsentationsmöglichkeiten, Räume und Büroinfrastruktur von Selbsthilfegruppen genutzt werden	20,7%	2,03	1,04	0,96	0,34	0,67
14.	Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft mündlich (z.B. beim Entlassungsgespräch) über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert	13,8%	2,20	0,90	0,20	0,40	0,66
15.	Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft durch schriftliche Materialien (z.B. Faltblätter) über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert	11,4%	2,22	0,91	0,26	0,41	0,69
16.	Die Abteilung bzw. das Krankenhaus unterstützt Selbsthilfegruppen bei der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. durch gemeinsame Veranstaltungen)	33,8%	2,08	0,89	0,42	0,36	0,67
17.	Die Abteilung bzw. das Krankenhaus hat eine/n feste/n Ansprechpartner/in oder Beauftragte/n für Selbsthilfe	33,1%	1,94	1,02	0,76	0,31	0,74
18.	Die Kontaktpersonen der kooperierenden Selbsthilfegruppen sind in der Abteilung bzw. im Krankenhaus bekannt	22,0%	2,30	1,05	0,21	0,43	0,81
19.	Es gibt einen regelmäßigen Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Abteilung bzw. Krankenhaus	27,7%	2,63	0,99	-0,21	0,54	0,76
20.	Krankenhausmitarbeiter/innen werden über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen informiert	14,6%	2,57	0,98	-0,08	0,52	0,84
21.	Selbsthilfegruppen wirken mit in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung	18,5%	3,18	0,85	-0,70	0,73	0,59
22.	Die Kooperation mit Selbsthilfegruppen ist in Behandlungspfaden, im Leitbild oder ähnlichen Dokumenten festgehalten	31,9%	2,43	1,02	0,14	0,48	0,69

† Fehlende Werte: keine Angaben und/oder keine Beurteilung möglich

‡ Skalenbereich: 1 „trifft völlig zu“ bis 4 „trifft gar nicht zu“

### 2.4.3.3 Reliabilität

Die Reliabilität der vier Subskalen wurde mit Hilfe des Cronbach-Alpha sowie des Split-Half-Koeffizienten nach Spearman-Brown überprüft. Die interne Konsistenz kann mit Werten zwischen 0,72 und 0,93 ausnahmslos als gut bezeichnet werden (vgl. Cronbachs Alpha in Tabelle 2.4.4). Aufgrund der geringen Itemzahl der jeweiligen Skalen weichen die Split-Half-Koeffizienten nach Spearman-Brown erwartungsgemäß nur unwesentlich von den entsprechenden Alpha-Koeffizienten ab und können ebenfalls als gut bewertet werden. Der Reliabilitätstest zur Subskala „Patienten beteiligen“ zeigte überdies, dass durch die Entfernung eines Items der Alpha-Koeffizient nicht gesteigert werden konnte (ohne Tabelle).

**Tab. 2.4.4: Kennwerte und Reliabilitäten der Subskalen**

Subskala	Mis- sing <sup>†</sup>	Mittel- wert <sup>‡</sup>	Std.- abw.	Schie- fe	Alpha <sup>#</sup>	r <sub>tt</sub> <sup>#</sup>
Patienten informieren	3,2%	1,74	0,58	0,56	0,85	0,85
Patienten beteiligen	1,2%	1,66	0,52	0,46	0,72	0,65
Patienten befähigen	1,7%	1,83	0,57	0,30	0,81	0,80
Selbsthilfegruppen einbeziehen	15,6%	2,38	0,74	0,21	0,93	0,90

† Fehlende Werte: weniger als 50% beantwortete Items je Dimension

‡ Skalenbereich: 1 „trifft völlig zu“ bis 4 „trifft gar nicht zu“

# Reliabilitätskoeffizienten: Cronbachs Alpha; Split-Half-Koeffizient r<sub>tt</sub> (Spearman-Brown)

Ein Test-Retest mit einem kurzen Zeitabstand zwischen Test und Retest, der die Überprüfung der Stabilität von Merkmalen zuließe, war aufgrund forschungsökonomischer Erwägungen und der Einbettung dieser Untersuchung in laufende Aktivitäten und Projekte zur Verbesserung der „Selbsthilfefreundlichkeit in Krankenhäusern“ nicht möglich. Die ohnehin zweifelhafte Annahme, dass die wahren Werte zwischen zwei oder mehr Messungen unverändert bleiben, müsste daher in zukünftigen Studien bei Bedarf noch genauer untersucht werden.

Die Interkorrelationen der Subskalen vor allem zwischen „Patienten informieren“, „Patienten beteiligen“ und „Patienten befähigen“ sind hoch, was darauf hinweist, dass die einzelnen Bereiche nicht völlig unabhängig sind und die Einschätzungen der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung eines Krankenhauses ein relationales Phänomen sind, in dem sich

verschiedene Aspekte verbinden (vgl. Tabelle 2.4.5). Alle Interkorrelationen sind jedoch geringer als die Koeffizienten der internen Konsistenz (Diagonale in der Tabelle 2.4.5), d.h. die Unterschiedlichkeit der Sachverhalte übertrifft die Ähnlichkeit von Indikatoren eines Konstrukts.

**Tab. 2.4.5: Interkorrelationen der Subskalen (Cronbachs Alpha in Klammern)**

SeIP-K-Subskala	Patienten informieren	Patienten beteiligen	Patienten befähigen	Selbsthilfegruppen einbeziehen
Patienten informieren	(0,85)			
Patienten beteiligen	0,65	(0,72)		
Patienten befähigen	0,59	0,67	(0,81)	
Selbsthilfegruppen einbeziehen	0,38	0,45	0,47	(0,93)

Hinweis: Alle Korrelationen (nach Pearson) sind mit  $p \leq 0,001$  hoch signifikant.

#### 2.4.3.4 Faktorielle Validität

Zur Überprüfung der faktoriellen Validität (sogenannte Konstruktvalidität) der Subskalen wurde eine explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse bzw. PCA mit Varimax-Rotation) anhand der Mitarbeiterstichprobe berechnet. Die Anzahl der Faktoren ergab sich aufgrund des Scree-Kriteriums und des Kaiser-Kriteriums (Eigenwert größer eins; vgl. Backhaus et al 2006: 295).

Die Hauptkomponentenanalyse legt – im Gegensatz zu unserer Dimensionalisierung mit vier Themenbereichen – „nur“ eine 3-Faktoren-Lösung nahe, wobei diese Faktoren 59,4% der Gesamtvarianz erklären (vgl. Tabelle 2.4.6). Sowohl nach dem Kaiser-Kriterium als auch nach dem Scree-Kriterium ergibt sich die 3-Faktoren-Lösung. Eine Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung ergab die in Tabelle 2.4.6 angeführten Faktorladungen. Während die meisten Items „richtig“, d.h. über 0,50 mit dem jeweiligen Hauptfaktor korrelieren (laden), weisen die Items der Dimension „Patienten beteiligen“ in der rotierten Komponentenmatrix uneindeutige bzw. Mehrfach-Ladungen zu den Subskalen „Patienten informieren“ und „Patienten befähigen“ auf. Dieses Problem trat bereits bei der Analyse der Reliabilitäten und Interkorrelationen der Subskalen auf und verweist auf unerwünschte Mehrdeutigkeiten in der Formulierung der Items (siehe Diskussion in Abschnitt 2.4.4).

**Tab. 2.4.6: Faktorenanalyse (PCA mit Varimax-Rotation)**

Nr.	Item	Faktorladungen <sup>†</sup>		
		F I	F II	F III
<b>Patienten informieren</b>				
1.	Die Patienten werden über ihre Erkrankung entsprechend ihren Bedürfnissen informiert und aufgeklärt	0,19	<b>0,75</b>	0,17
2.	Die Patienten werden über die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt	0,17	<b>0,75</b>	0,21
3.	Die Informationen zur Behandlung sind verständlich und wenn nötig mit bildlichen Darstellungen erläutert	0,12	<b>0,62</b>	0,40
4.	Der Ablauf der Behandlung bzw. das jeweils weitere Vorgehen werden ausführlich mit den Patienten besprochen	0,20	<b>0,68</b>	0,31
<b>Patienten beteiligen</b>				
5.	Die Patienten werden gefragt, ob sie mit den geplanten Behandlungsabläufen einverstanden sind	0,25	<b>0,67</b>	0,15
6.	Sorgen und Wünsche der Patienten im Zusammenhang mit ihren Erkrankungen werden ernst genommen	0,06	<b>0,63</b>	0,37
7.	Patienten werden ermutigt, ihre Meinung über die medizinische Behandlung und Pflege zu äußern (z.B. bei der Visite oder mit Meinungskarten)	0,11	0,38	0,43
8.	Patienten werden von den Ärzten und Pflegekräften angeregt, sich am Gesundheitsprozess zu beteiligen	0,12	0,38	<b>0,65</b>
<b>Patienten befähigen</b>				
9.	Die Patienten werden auf möglicherweise auftretende Beschwerden und Beeinträchtigungen nach ihrer Entlassung hingewiesen	0,19	0,41	<b>0,62</b>
10.	Den Patienten werden Gesundheitstipps (z.B. Ernährung, Bewegung) für den Umgang mit ihrer Krankheit gegeben	0,16	0,22	<b>0,79</b>
11.	Die Patienten werden darin bestärkt, auch im Alltag besser auf ihre Gesundheit zu achten	0,15	0,18	<b>0,76</b>
12.	Die Patienten werden über weiterführende Hilfsmöglichkeiten (z.B. Internet, Beratungsangebote) aufgeklärt	0,39	0,22	<b>0,64</b>

† Fett markiert sind Faktorladungen über 0,50.

**Tab. 2.4.6: Faktorenanalyse (PCA mit Varimax-Rotation) – Fortsetzung**

Nr.	Item	Faktorladungen †		
		F I	F II	F III
	<b>Selbsthilfegruppen einbeziehen</b>			
13.	Im Krankenhaus können Präsentationsmöglichkeiten, Räume und Büroinfrastruktur von Selbsthilfegruppen genutzt werden	<b>0,70</b>	0,13	0,17
14.	Patienten bzw. deren Angehörige werden regelmäßig mündlich (z.B. beim Entlassungsgespräch) über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert	<b>0,55</b>	0,45	0,28
15.	Patienten bzw. deren Angehörige werden regelmäßig durch schriftliche Materialien (z.B. Faltblätter) über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert	<b>0,61</b>	0,38	0,20
16.	Die Abteilung bzw. das Krankenhaus unterstützt Selbsthilfegruppen bei der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. durch gemeinsame Veranstaltungen)	<b>0,72</b>	0,15	0,11
17.	Die Abteilung bzw. das Krankenhaus hat eine/n feste/n Ansprechpartner/in oder Beauftragte/n für Selbsthilfe	<b>0,82</b>	-0,07	0,17
18.	Die Kontaktpersonen der kooperierenden Selbsthilfegruppen sind in der Abteilung bzw. im Krankenhaus bekannt	<b>0,83</b>	0,06	0,25
19.	Es gibt einen regelmäßigen Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Abteilung bzw. Krankenhaus	<b>0,76</b>	0,14	0,24
20.	Krankenhausmitarbeiter/innen werden über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen informiert	<b>0,82</b>	0,28	0,13
21.	Selbsthilfegruppen wirken mit in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung	<b>0,65</b>	0,15	0,02
22.	Die Kooperation mit Selbsthilfegruppen ist in Behandlungspfaden, im Leitbild oder ähnlichen Dokumenten festgehalten	<b>0,70</b>	0,34	0,01
	<b>Eigenwert</b>	9,1	2,8	1,2
	<b>% der Varianz</b>	25,6	18,3	15,5

† Fett markiert sind Faktorladungen über 0,50.

Insgesamt wird die theoretisch postulierte Multidimensionalität der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung in Krankenhäusern mit dem Modell zur explorativen Faktorenanalyse weitgehend bestätigt, was als Hinweis auf die Konstruktvalidität gelten kann. Weitergehende Analysen zur Übereinstimmungsvalidität („concurrent validity“) und/oder Vorhersagevalidität („predictive validity“) konnten aufgrund fehlender Außenkriterien nicht durchgeführt werden.

#### **2.4.3.5 Unterschiede zwischen Gruppen**

Zur Überprüfung von Zusammenhängen zwischen der wahrgenommenen „selbsthilfebezogenen Patientenorientierung“ und soziodemographischen Merkmalen der Mitarbeiter und ihrem fachlichen Kontext wurde abschließend eine Reihe von Mittelwertvergleichen (t-Tests, Varianzanalysen) berechnet. Für diese Analysen standen sowohl Daten zu Geschlecht und Alter als auch solche zu der Fachabteilung (gruppiert in somatische und psychiatrische Organisationseinheiten) und dem Dienstbereich der Beschäftigten zur Verfügung.

Mit Ausnahme des Geschlechts zeigten sich signifikante Mittelwertunterschiede auf den Selp-K-Subskalen zwischen den nach den ausgewählten Merkmalen aufgeteilten Gruppen innerhalb der Mitarbeiterstichprobe (vgl. Tabelle 2.4.7). Den relativ stärksten Einfluss hat das Alter in der Selbsteinschätzung der Befragten: Je älter eine Person, desto besser fallen die Bewertungen zur selbsthilfebezogenen Patientenorientierung aus, ein Befund, der sich häufig auch bei anderen Patientenbefragungen ergibt.

Beschäftigte des ärztlichen und sonstiger Dienste (darunter Sozialdienst und Psychologen) sehen die Selbstfreundlichkeit auf *individueller* Ebene stärker umgesetzt als der Pflegedienst. Schließlich spiegelt sich auch die längere Tradition psychiatrischer Fachabteilungen (besonders im Suchtbereich), enge Kooperationen mit der Selbsthilfe zu pflegen und Patienten und ihre Angehörigen aktivierend in die Therapie einzubeziehen, in Teilen der Ergebnisse wider. Bei der Interpretation von Befragungsergebnisse sollten diese Besonderheiten in Rechnung gestellt werden.

**Tab. 2.4.7: Unterschiede in der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung nach soziodemografischen und fachspezifischen Merkmalen (Mittelwerte; p-Werte kursiv)**

Gruppierungsmerkmale	SeIP-K-Subskalen			
	Patienten informieren	Patienten beteiligen	Patienten befähigen	Selbsthilfe-gruppen einbeziehen
<b>Geschlecht</b>				
Männlich	1,73	1,59	1,80	2,28
Weiblich	1,74	1,68	1,84	2,41
<i>p-Werte</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
<b>Alter</b>				
-30 Jahre	1,89	1,71	2,04	2,58
30-39 Jahre	1,84	1,79	1,90	2,63
40-49 Jahre	1,67	1,63	1,74	2,28
50-59 Jahre	1,59	1,54	1,73	2,08
60+ Jahre	1,55	1,50	1,71	2,04
<i>p-Werte</i>	$\leq 0,01$	$\leq 0,05$	$\leq 0,01$	$\leq 0,01$
<b>Dienstbereich</b>				
Pflegedienst	1,79	1,71	1,88	2,35
Ärztlicher Dienst	1,64	1,64	1,87	2,50
Sonstiger Dienst	1,56	1,41	1,46	2,26
<i>p-Werte</i>	$\leq 0,05$	$\leq 0,01$	$\leq 0,01$	<i>n.s.</i>
<b>Fachabteilung</b>				
Somatisch	1,70	1,76	1,93	2,39
Psychiatrisch	1,78	1,54	1,71	2,38
<i>p-Werte</i>	<i>n.s.</i>	$\leq 0,01$	$\leq 0,01$	<i>n.s.</i>

Signifikanztests: t-Test bzw. einfaktorielle Varianzanalyse; n.s. = nicht signifikant

#### 2.4.4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Zusammenfassend zeigt die Prüfung des SeIP-K-Erhebungsinstruments aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gute bis akzeptable psychometrische Eigenschaften hinsichtlich der Objektivität, Reliabilität und Validität. Die internen Konsistenzkoeffizienten liegen bei drei von vier Subskalen zum Teil deutlich über dem von Raithel (2008) geforderten Alpha-Wert von 0,8. Dieselben Subskalen weisen zudem eine hohe Konstruktvalidität auf. Lediglich die Skala „Patienten beteiligen“ zeigt diesbezüglich uneindeutige Testergebnisse, die auch in anderen Studien zur partizipativen Entscheidungsfindung bzw. Einbeziehung von Patienten in die Behandlung beobachtet wurden (z.B. Giersdorf et al 2004; Scheibler et al 2004; Scholl et al 2011). Diese Unschärfe muss nicht notwendig in Messfehlern oder intrapsychisch (z.B. durch ausgeprägte Zustimmungstendenzen der Befragten) begründet sein, sie kann auch auf die Unschärfe der Beurteilungsobjekte selbst hinweisen. Die Frage, ob Items neu formuliert und/oder Skalen verändert werden sollten, ist auf Basis der bisherigen Datenlage nicht abschließend zu beantworten.

Alle Berechnungen wurden auch für die (kleinere) Teilstichprobe der Patienten bzw. Mitglieder von Selbsthilfegruppen durchgeführt. Obwohl sich die beiden Teilstichproben aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzung (z.B. Alter, Fachabteilung) deutlich voneinander unterscheiden, ließen sich die Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung und der Faktorenstruktur sowie anderer Analysen zur Validierung größtenteils reproduzieren. Darüber hinaus wurde der Fragebogen nach Abschluss des Forschungsprojekts im Rahmen einer neuen Studie zum Thema „Patientenorientierung und Selbsthilfefreundlichkeit (PatoS) – Pilotstudie zur Verbesserung der Kommunikation zwischen organisierter Selbsthilfe und professionellem Versorgungssystem“ (Nickel und Trojan 2012)<sup>11</sup> in zwei Fokusgruppen aus Betroffenen und Angehörigen der Selbsthilfe in Hamburg diskutiert und überwiegend akzeptiert (vorgeschlagene kleinere redaktionelle Verbesserungen wurden eingearbeitet), was als weiterer Hinweis auf die inhaltliche Validität und insgesamt guten psychometrischen Eigenschaften des Instruments gelten kann.

---

<sup>11</sup> Das Projekt wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) SELBSTHILFE finanziert (Laufzeit: 09/2011-05/2012).



Damit weist das hier vorgestellte Erhebungsinstrument zur Erfassung der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung im Krankenhaus psychometrische Eigenschaften auf, die seinen Einsatz im Qualitätsmanagement und im kontinuierlichen Monitoring der partizipativen, patientenorientierten Versorgungsgestaltung rechtfertigen. Die Kürze des Fragebogens sowie die Praktikabilität des Vorgehens insbesondere bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses erlauben eine flexible, an verschiedene Anforderungen des Qualitätsmanagements (Qualitätsplanung, -lenkung, -sicherung und -verbesserung) angepasste Anwendung. Damit steht erstmalig ein im deutschen Sprachraum entwickeltes und erprobtes Erhebungsinstrument zur selbsthilfebezogenen Patientenorientierung im Krankenhaus zur Verfügung.

Im Unterschied zu bestehenden Instrumenten zur Messung der Patientenorientierung im Krankenhaus weist unser Fragebogen spezifische Vor- und Nachteile auf. Auf der einen Seite fokussiert er auf Themen, die unmittelbar der Stärkung der *individuellen* Patientenautonomie und Gesundheitskompetenzen von Patienten dienen; damit werden zugleich andere Aspekte der Versorgungsqualität (z.B. Wartezeiten vor Untersuchungen und Behandlungen, Unterbringung im Krankenzimmer, medizinische Behandlungsergebnisse) bewusst ausgeblendet bzw. in ihrer Bedeutung für die selbsthilfebezogene Patientenorientierung relativiert (Taylor 2009; Epstein et al 2010). Auf der anderen Seite ist unseres Erachtens die Messung der *kollektiven* Patientenorientierung einzigartig und sollte immer dann angewendet werden, wenn man nicht nur individuelles Verhalten, sondern auch das institutionelle Gefüge in Richtung von mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen verändern möchte.

Zur Verbesserung der Rücklaufquote, die sich als zentrales Problem der standardisierten Befragungen in unserem Forschungsprojekt dargestellt hat, empfiehlt es sich, die drei Dimensionen auf *individueller* Ebene („Patienten informieren“, „Patienten beteiligen“ und „Patienten befähigen“) von möglichst vielen Patientinnen und Patienten des Krankenhauses, also auch solchen ohne Bezug zu Selbsthilfegruppen, bewerten zu lassen. Für die Einschätzung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit der *solidarischen* Selbsthilfe könnten dann auch ergänzende qualitative Verfahren (z.B. Fokusgruppen, leitfadengestützte Interviews) mit Teilnehmenden der Selbsthilfe angewendet werden. Eventuell lässt sich auch die Motivierung der Mitarbeiter und Patienten zur Beteiligung an der Befra-

gung durch die Verantwortlichen im Krankenhaus noch verbessern. Wir mussten feststellen, dass trotz umfassender Informationen über Nutzen und Kostenfreiheit der Erhebungen die Kooperation mit Krankenhäusern sich teilweise schleppend und kompliziert gestaltete. Nach unserer Wahrnehmung lag es zum größten Teil an der permanenten Überforderung der Verantwortlichen mit anderen Aufgaben innerhalb ihrer Einrichtungen.

In Zukunft könnten mit Hilfe des SelP-K-Fragebogens auch die Zusammenhänge zwischen der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung und spezifischen Endpunkten der Versorgung (Zufriedenheit, Gesundheitsverbesserung, Selbstwirksamkeit usw.) untersucht werden. Weiterer Forschungsbedarf besteht in der Untersuchung der Stabilität der einzelnen Dimensionen und Items. Neben dem Einsatzbereich im kontinuierlichen Qualitätsmanagement sehen wir in der Evaluation von Interventionsmaßnahmen zur Verbesserung der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung einen weiteren wichtigen Einsatzbereich für den SelP-K-Fragebogen. Hierfür scheint er durch seine Eigenschaft, auch Strukturen für eine partizipative, patientenorientierte Krankenversorgung abzubilden, besonders geeignet.

## 2.5 Ergebnisse von fünf Fallstudien in Krankenhäusern aus Hamburg und Nordrhein-Westfalen

Stefan Nickel, Silke Werner, Alf Trojan

### 2.5.1 Fragestellung und Methodik

Der im vorherigen Abschnitt 2.4 ausführlich vorgestellte SelP-K-Fragebogen zur Erfassung der **Selbsthilfebezogenen Patientenorientierung** im Krankenhaus wurde

- für den Einsatz im Rahmen eines internen Qualitätsmanagements in stationären Einrichtungen (z.B. zur Identifikation von Problemfeldern und zum Monitoring),
- für Krankenhausvergleiche und
- zur Evaluation von Maßnahmen des internen bzw. externen Qualitätsmanagements (z.B. Vorher-Nachher-Vergleiche) entwickelt.

Der SelP-K-Fragebogen ist unabhängig von der fachspezifischen Ausrichtung eines Krankenhauses und versucht, die verschiedenen Perspektiven von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (ärztlicher Dienst, Pflegende) und von Patientinnen und Patienten (Mitgliedern von Selbsthilfeszusammenschlüssen) einerseits zu erfassen und andererseits in einem gemeinsamen Untersuchungsplan zu integrieren (vgl. Nickel und Trojan 2002; Nickel und Trojan 2004).

Die theoretischen und praktischen Probleme der Qualitätsmessung, insbesondere wenn es um die gleichzeitige Berücksichtigung beider Akteursperspektiven geht („dyadische Messung“), sind allerdings nicht unerheblich (vgl. Epstein et al. 2005 zu dem etwas eingeschränkteren Konzept der patientenorientierten Kommunikation).

Da es sich beim SelP-K um ein vergleichsweise neues Instrument handelt, liegen erst vereinzelte Informationen aus praktischen Anwendungs-

zusammenhängen vor. Bisher wurde der SelP-K nur im Rahmen eines BMBF-Forschungsprojekts<sup>1</sup> in jeweils zwei „Selbsthilfefreundlichen Krankenhäusern“ aus Hamburg (eines davon mit zwei Betriebsteilen an verschiedenen Standorten mit eigener Infrastruktur angesiedelt; im Folgenden daher A, B und C genannt) und in zwei Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens (D und E) mit insgesamt 21 Fachabteilungen eingesetzt (vgl. Abschnitt 2.4).

Während der Rücklauf für die Mitarbeiterbefragung n=405 bzw. 25% von insgesamt 1.621 verteilten Fragebögen betrug, lag er für die Patientenbefragung bei n=103 bzw. 29% von 360. Dies ist auch der Hauptgrund dafür, dass nicht alle der im ursprünglichen Forschungsplan vorgesehenen Datenanalysen für sämtliche Krankenhäuser und/oder Teilstichproben durchgeführt werden konnten (zur möglichen Steigerung des Rücklaufs in künftigen Befragungen siehe Abschnitt 2.4).

Inhaltlich wurden im Rahmen der fünf Fallstudien folgende Fragen untersucht:

- Lassen sich Unterschiede der Krankenhäuser in ihrer selbsthilfebezogenen Patientenorientierung, d.h. auf *individueller* und vor allem auf *kollektiver* Ebene, mit dem eingesetzten SelP-K-Fragebogen messen und sichtbar machen?
- Kann die (Neu-) Ausrichtung von Krankenhäusern auf eine stärkere selbsthilfebezogene Patientenorientierung über einen längeren Zeitraum (mindestens ein Jahr) dauerhaft lebendig gehalten werden?
- Wie unterscheiden sich die Perspektiven der Beschäftigten (ärztlicher Dienst, Pflegedienst) von denen der Patientinnen und Patienten (Mitglieder von Selbsthilfeszusammenschlüssen)?
- Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren lassen sich für die Ingangsetzung und Aufrechterhaltung (Nachhaltigkeit) von Patientenorientierung und strukturierter Partizipation identifizieren?

---

<sup>1</sup> Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unter dem Förderkennzeichen 01GX0748 finanziert.

- Welche Einstellungen haben die befragten Personen in Bezug auf die Integration von Selbsthilfefreundlichkeit als ein Kriterium in das interne Qualitätsmanagement (QM) von Krankenhäusern?

Die folgenden Ergebnisse beruhen größtenteils auf den Aussagen der befragten Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte in den untersuchten Krankenhäusern, da vergleichende Aussagen von den beteiligten Patienten nur sehr eingeschränkt möglich waren. Die Analysen basieren zudem weitgehend auf den *standardisierten* Subskalen des SeIP-K-Instruments<sup>2</sup>, deren Skalenrohwerte aus Gründen der besseren Anschaulichkeit und Vergleichbarkeit auf einen einheitlichen Wertebereich von 0 bis 100 (= Bestwert) transformiert wurden. So weist zum Beispiel ein hoher Wert auf der Skala „Selbsthilfegruppen einbeziehen“ auf eine höhere Qualität der Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit Selbsthilfegruppen hin.

Zur Interpretation der Werte wurden vor allem folgende Zugänge benutzt:

- Die Subskalenwerte für eine Vergleichsgruppe wurden mit denen der jeweils anderen Vergleichsgruppe(n) (zu einem bzw. bei Wiederholungsbefragung zu mehreren Zeitpunkten) verglichen. Hier können die absoluten Messwerte wie auch die relative Abweichung eines gemessenen Subskalenwertes von den zum Vergleich herangezogenen Werten angegeben werden.
- Um Anhaltspunkte für QM-Aktivitäten und Optimierungsmöglichkeiten im Krankenhaus zu gewinnen, wurden über die Betrachtung der Subskalen hinaus auch die Häufigkeitsverteilungen aller Einzelitems der zentralen Dimension „Selbsthilfegruppen einbeziehen“ analysiert und (neben den Einzelaspekten der anderen Subskalen) in den Ergebnisberichten an die Krankenhäuser detailliert beschrieben.

Ergänzend wurden die Freitextangaben zu *halbstandardisiert* gestellten Fragen systematisch nach Maßgaben der Häufigkeits- oder Frequenzanalyse von Mayring (2007) analysiert. Diese bezogen sich schwerpunktmäßig auf förderliche und hinderliche Faktoren für die Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit der Selbsthilfe als auch auf persönliche Einstel-

---

<sup>2</sup> Subskalen: (1) Patienten informieren, (2) Patienten beteiligen, (3) Patienten befähigen, (4) Selbsthilfegruppen einbeziehen (vgl. Abschnitt 2.3)

lungen zur Integration von Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit in die Qualitätsmanagementsysteme von Krankenhäusern. Im Gegensatz zu den vergleichenden quantitativen Analysen werden hierzu nur Ergebnisse auf der Basis aller Antwortenden vorgestellt (vgl. dazu auch die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse im Abschnitt 2.3). In den Ergebnisberichten für die einzelnen Krankenhäuser sind die vollständigen Freitextantworten der Befragten nachzulesen.

## 2.5.2 Ergebnisse

### 2.5.2.1 Vergleich zwischen Krankenhäusern

In einem ersten Schritt wurden die Mittelwerte pro SelP-K-Subskala aus der Perspektive der Beschäftigten in den an der Studie beteiligten Krankenhäusern berechnet. Eine vergleichende Einschätzung durch Patientinnen und Patienten (Mitglieder von Selbsthilfegruppen) gehörte zwar zu unserem Forschungsplan, ließ sich aber aufgrund verschiedener Probleme nicht für alle Krankenhäuser und/oder Fachabteilungen gleichermaßen realisieren (siehe Abschnitt 2.4 für genauere Angaben zur Methodik und Stichprobenszusammensetzung).

Tabelle 2.5.1 zeigt die Mittelwerte der SelP-K-Subskalen für die Mitarbeiter der fünf Krankenhäuser zum ersten (Hamburg) bzw. einzigen Erhebungszeitpunkt (NRW) im Vergleich. Zunächst fällt auf, dass das Krankenhaus A in allen vier Dimensionen selbsthilfebezogener Patientenorientierung die besten Werte aller Krankenhäuser aufweist (Mittelwerte zwischen 77 und 94;  $p \leq .001$ ). Bezeichnenderweise gehört es zusammen mit dem Krankenhaus B zu den beiden Einrichtungen, die im Jahr 2006 zum ersten Mal das Hamburger Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ verliehen bekommen haben. Mit Ausnahme der Klinik C, deren Fachabteilungen nicht an dem damaligen Modellprojekt bzw. der abschließenden Auszeichnung beteiligt waren, schneiden damit die Hamburger Krankenhäuser im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Teil deutlich besser ab.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für eine erfolgreiche Beachtung patientenseitiger Bedürfnisse und Wünsche aus Mitarbeitersicht. Besonders fällt auf, dass in allen fünf Fallstudien die Subskalen zur *individuellen* Selbsthilfebefähigung („Patienten informieren“, „Patienten beteiligen“,

„Patienten befähigen“) höhere Werte aufweisen als die Subskala zur *kollektiven* Selbsthilfebeteiligung („Selbsthilfegruppen einbeziehen“). Die Unterschiede in den Mittelwerten der Subskalen zwischen den Krankenhäusern betragen mindestens 16 („Patienten informieren“) und maximal 34 („Selbsthilfegruppen einbeziehen“) Punkte.

**Tab. 2.5.1: Selbsthilfebezogene Patientenorientierung aus Mitarbeitersicht der Krankenhäuser im Vergleich (Mittelwerte; 100=Bestwert)**

SelP-K-Subskalen	Krankenhaus					p-Wert †
	Hamburg			NRW		
	A	B	C	D	E	
Patienten informieren	89	74	77	73	74	≤.05
Patienten beteiligen	94	82	73	70	75	≤.001
Patienten befähigen	89	76	68	66	65	≤.001
Selbsthilfegruppen einbeziehen	77	51	43	58	55	≤.001

† einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA); n.s. = nicht signifikant

n = 218 bis 251 Mitarbeiter/-innen

Für die Qualitätsverantwortlichen in den Krankenhäusern sind natürlich auch die differenzierten Ergebnisse, die sich aus der Analyse der einzelnen Items ergeben, relevant. Diese Informationen lassen sich für eine verfeinerte Steuerung der Qualität von selbsthilfebezogener Patientenorientierung nutzen, z.B. für die Benennung von Maßnahmen in verschiedenen Fachbereichen der Klinik.

Während dies im Zusammenhang unseres Beitrags für die ersten drei Subskalen nicht im Einzelnen zu interessieren braucht (die Krankenhäuser haben diese Informationen aber als Rückmeldung erhalten), ist es doch zumindest interessant, näher auf die Bewertung der 10 Einzelkriterien in der Dimension „Selbsthilfegruppen einbeziehen“ zu schauen. Zu diesem Zweck wurden die beiden positiven Antwortmöglichkeiten („trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“) der 4-Punkte-Zustimmungsskalen zu jeweils einer Kategorie zusammengefasst (vgl. Tabelle 2.5.2).

**Tab. 2.5.2: Einzelaspekte zur Selbsthilfefreundlichkeit der Krankenhäuser im Vergleich („trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“ in Prozent)**

Items der Selp-K-Subskala „Selbsthilfegruppen einbeziehen“	Krankenhaus					p-Wert †
	Hamburg			NRW		
	A	B	C	D	E	
1. Im Krankenhaus können Präsentationsmöglichkeiten, Räume und Büroinfrastruktur von Selbsthilfegruppen genutzt werden	95	69	52	88	80	≤.001
2. Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft mündlich (z.B. beim Entlassungsgespräch) über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert	90	68	53	<u>48</u>	<u>41</u>	≤.001
3. Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft durch schriftliche Materialien (z.B. Faltblätter) über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert	89	51	54	83	71	≤.001
4. Die Abteilung bzw. das Krankenhaus unterstützt Selbsthilfegruppen bei der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. durch gemeinsame Veranstaltungen)	81	66	<u>50</u>	93	85	≤.001
5. Die Abteilung bzw. das Krankenhaus hat eine/n feste/n Ansprechpartner/in oder Beauftragte/n für Selbsthilfe	89	76	57	71	87	≤.001
6. Die Kontaktpersonen der kooperierenden Selbsthilfegruppen sind in der Abteilung bzw. im Haus bekannt	84	51	47	57	72	≤.01
7. Es gibt einen regelmäßigen Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Abteilung bzw. Krankenhaus	78	<u>33</u>	<u>33</u>	<u>43</u>	<u>46</u>	≤.01
8. Krankenhausmitarbeiter/-innen werden über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen informiert	74	<u>40</u>	<u>28</u>	<u>48</u>	66	≤.001
9. Selbsthilfegruppen wirken mit in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung	<u>33</u>	<u>19</u>	<u>13</u>	<u>26</u>	<u>34</u>	n.s.
10. Die Kooperation mit Selbsthilfegruppen ist in Behandlungspfaden, im Leitbild o.ä. Dokumenten festgehalten	82	65	<u>21</u>	<u>43</u>	58	≤.001

† Kruskal-Wallis-H-Test; n.s. = nicht signifikant

n=170 bis 221 Mitarbeiter/-innen



Die Ergebnisse bestätigen im Kern unseren Überblick zur selbsthilfebezogenen Patientenorientierung: Krankenhaus A schneidet bei (fast) allen Items besser ab als die anderen Krankenhäuser. Geht man davon aus, dass bereits eine geäußerte Zustimmung von weniger als 75% der Antwortenden einen Hinweis darauf bietet, dass die Qualität der Patientenorientierung suboptimal ist, finden sich in nahezu allen Aspekten Verbesserungspotenziale. Besonderer Handlungsbedarf (Anteil der zwei positiven Antworten in mindestens drei Kliniken unter 50%) betrifft:

- die Mitwirkung von Selbsthilfegruppen in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung (Tabelle 2.5.2, Aussage 9),
- den regelmäßigen Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Abteilung bzw. Krankenhaus (Tabelle 2.5.2, Aussage 7),
- die Information der Krankenhausmitarbeiter/-innen über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen (Tabelle 2.5.2, Aussage 8).

Neben der z.T. mangelnden Einbindung der Kooperation mit Selbsthilfegruppen in Behandlungspfaden, im Leitbild oder ähnlichen Dokumenten stellen diese Kriterien „direkte“ Formen der Kooperation zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen dar, d.h. in unmittelbarem Kontakt von Personal und Selbsthilfegruppenmitgliedern. „Indirekte“ Formen der Kooperation (z.B. Hinweise auf Selbsthilfegruppen, Verfügungsstellung von Gruppenräumen) werden demgegenüber deutlich besser bewertet (außer Aussage 2 in NRW).

Häufige Formen des Zusammenwirkens waren den Angaben von Ärztinnen / Ärzten und Pflegekräften zufolge: die Benennung eines festen Ansprechpartners oder Beauftragten für Selbsthilfe (Aussage 5), die Unterstützung von Selbsthilfegruppen bei der Öffentlichkeitsarbeit (Aussage 4) sowie die Nutzung von Präsentationsmöglichkeiten, Räumen und Büroinfrastruktur im Krankenhaus (Aussage 1).

Eine Analyse der Befragungsergebnisse nach den verschiedenen Fachabteilungen ließ sich aufgrund der Anzahl und Verteilung der Antwortenden nur sehr eingeschränkt durchführen. Psychiatrische Fachrichtungen, die nur in den Krankenhäusern A und B vorhanden waren, schnitten öfter,

jedoch nicht in allen Aspekten der Einbeziehung von Selbsthilfegruppen besser ab als somatische Abteilungen; allerdings wurden bei dieser Analyse nur Ergebnisse auf Basis der Erstbefragung in Hamburg berücksichtigt (vgl. Abschnitt 2.4). Bei der Interpretation von Befragungsergebnissen sollten diese Besonderheiten in Rechnung gestellt werden.

### **2.5.2.2 Nachhaltigkeit der Selbsthilfefreundlichkeit**

Eine weitere Fragestellung im Rahmen der Studie war, ob sich die (Re-)Orientierung eines Krankenhauses zur selbsthilfebezogenen Patientenorientierung dauerhaft, d.h. mindestens über einen Zeitraum von einem Jahr, aufrechterhalten oder verbessern lässt. Zu diesem Zweck haben wir in den Hamburger Krankenhäusern eine Wiederholungsbefragung durchgeführt, deren Ergebnisse in Tabelle 2.5.3 zusammengefasst sind. Dargestellt sind die Differenzen der Mittelwerte für die vier SelP-K-Subskalen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten T1 und T2.

In der Folgebefragung wurden die ersten Ergebnisse im Wesentlichen bestätigt. Allerdings fielen die Antworten der Mitarbeiter/-innen bzgl. der *individuellen* Ebene selbsthilfebezogener Patientenorientierung zumeist (mit bis zu -12 Punkten) etwas weniger gut aus. Dies kann ein Hinweis auf gestiegene Arbeitsbelastungen in der stationären Versorgung sein. Umgekehrt zeigten sich gleiche Werte bzw. zum Teil leichte Verbesserungen in Bezug auf die Selbsthilfefreundlichkeit auf *struktureller* Ebene („Selbsthilfegruppen einbeziehen“). Diese Unterschiede sind in der Tendenz klar und hängen möglicherweise mit der größeren Erfahrung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzgl. der Kooperation mit der organisierten Selbsthilfe zusammen. Die Unterschiede sind allerdings an keiner Stelle (auf Ebene des Gesamtkrankenhauses) substantiell so groß, dass sich bestimmte Schlussfolgerungen für Qualitätsmanagement oder Patientenorientierung daraus ergeben würden.

**Tab. 2.5.3: Selbsthilfebezogene Patientenorientierung der Krankenhäuser im Zeitverlauf (Mittelwert-Differenz T2-T1)**

SelP-K-Subskalen	Krankenhaus					
	A	p-Wert <sup>†</sup>	B	p-Wert <sup>†</sup>	C	p-Wert <sup>†</sup>
Patienten informieren	-12	.06	-2	n.s.	-2	n.s.
Patienten beteiligen	-10	≤.05	0	n.s.	-1	n.s.
Patienten befähigen	-9	.08	-1	n.s.	0	n.s.
Selbsthilfegruppen einbeziehen	-2	n.s.	2	n.s.	+9	.08

† t-Test für unabhängige Stichproben; n.s.= nicht signifikant

n=283 bis 348 Mitarbeiter/-innen

In Tabelle 2.5.4 sind die Prozentsatz-Differenzen für die positiven Antworten auf die Items der Dimension „Selbsthilfegruppen einbeziehen“ eingetragen. Am auffälligsten ist, dass viele Einzelaspekte kollektiver Patientenorientierung im Krankenhaus C, d.h. an dem Standort des Unternehmens, der im Zeitraum 2004-2006 explizit *nicht* am Modellprojekt „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ teilgenommen hat, im Verlauf unseres Forschungsprojekts umgesetzt werden. Die Verbesserungen reichen dabei von indirekten Formen der Kooperation (z.B. Bekanntheitsgrad der Kontaktpersonen der kooperierenden Selbsthilfegruppen in der Abteilung bzw. im Krankenhaus; +15 Punkte Differenz) bis hin zu eher direkten Formen (z.B. Integration der Kooperation mit Selbsthilfegruppen in Behandlungspfaden, im Leitbild oder ähnlichen Dokumenten; +20 Prozentpunkte). Dies spricht für die Nachhaltigkeit der eingeschlagenen Planungen und Maßnahmen ebenso wie für die positive Vorbildfunktion, die ein organisatorisch angegliederter Standort bzw. andere Fachabteilungen (Klinik B) einnehmen können.

Krankenhaus A und B weisen mittelfristig kaum Veränderungen im Zeitverlauf auf. In einzelnen Aspekten kollektiver Patientenorientierung sind kleine „Verbesserungen“ festzustellen (z.B. Mitwirkung von Selbsthilfegruppen in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung; siehe Klinik A).

**Tab. 2.5.4: Einzelaspekte zur Selbsthilfefreundlichkeit im Zeitverlauf  
(Prozentsatz-Differenz T2-T1 für „trifft völlig zu“ / „trifft eher zu“)**

Items der Selp-K-Subskala „Selbsthilfegruppen einbeziehen“	Krankenhaus					
	A	p- Wert <sup>†</sup>	B	p- Wert <sup>†</sup>	C	p- Wert <sup>†</sup>
1. Im Krankenhaus können Präsentationsmöglichkeiten, Räume und Büroinfrastruktur von Selbsthilfegruppen genutzt werden	+5	n.s.	+13	.07	-6	n.s.
2. Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft mündlich (z.B. beim Entlassungsgespräch) über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert	+4	n.s.	1	n.s.	-2	n.s.
3. Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft durch schriftliche Materialien (z.B. Faltblätter) über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert	+1	n.s.	+12	n.s.	+2	n.s.
4. Die Abteilung bzw. das Krankenhaus unterstützt Selbsthilfegruppen bei der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. durch gemeinsame Veranstaltungen)	0	n.s.	-1	n.s.	+11	n.s.
5. Die Abteilung bzw. das Krankenhaus hat eine/n feste/n Ansprechpartner/in oder Beauftragte/n für Selbsthilfe	+3	n.s.	<u>-8</u>	n.s.	+15	≤.05
6. Die Kontaktpersonen der kooperierenden Selbsthilfegruppen sind in der Abteilung bzw. im Krankenhaus bekannt	<u>-11</u>	.09	-2	n.s.	+18	≤.05
7. Es gibt einen regelmäßigen Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Abteilung bzw. Krankenhaus	-7	n.s.	+5	n.s.	+10	n.s.
8. Krankenhausmitarbeiter/-innen werden über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen informiert	+14	n.s.	+7	n.s.	+15	≤.05
9. Selbsthilfegruppen wirken mit in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung	+14	n.s.	-8	.06	+13	n.s.
10. Die Kooperation mit Selbsthilfegruppen ist in Behandlungspfaden, im Leitbild o.ä. Dokumenten festgehalten	+6	n.s.	-2	n.s.	+20	≤.05

† Mann-Whitney-U-Test; n.s. = nicht signifikant

n=214 bis 301 Mitarbeiter/-innen

Die größten „Verslechterungen“ betreffen den Bekanntheitsgrad der Kontaktpersonen der kooperierenden Selbsthilfegruppen (Klinik A) und die Kenntnis des Selbsthilfebeauftragten (Klinik B). Da dies zentrale Kriterien sind, könnte sich in diesen Werten ein nachlassendes Engagement andeuten. Andererseits hat die Zustimmung zur Aussage 8, dass die Mitarbeiter/-innen über die Kooperation mit Selbsthilfegruppen informiert werden, deutlich dazu gewonnen.

### 2.5.2.3 Vergleich der Mitarbeiter- und Patientensicht

Eine „dyadische“ Betrachtung der Selbsthilfefreundlichkeit aus Mitarbeiter- und Patientensicht war aufgrund geringer Fallzahlen nur für die Krankenhäuser A und D möglich. Vorab soll betont werden, dass es sich bei beiden Krankenhäusern um von Patientinnen und Patienten im Allgemeinen durchaus geschätzte, positiv beurteilte Einrichtungen handelt. Für Klinik A fielen allerdings (im Gegensatz zu anderen Patientenbefragungen) die Einschätzungen der Mitglieder von Selbsthilfegruppen zum Teil schlechter aus als die Einschätzungen des Personals, wobei sich die Profile der Bewertungen oft unterschieden. Dies deutet auf eine nur selten ähnliche Wahrnehmung der *individuellen* Patientenorientierung und auf ein anderes Anspruchsniveau dieser oftmals als kritischer und mündiger bekannten Patientengruppe hin (Tabelle 2.5.5). Hinsichtlich der *kollektiven* Patientenorientierung ist die Wahrnehmung von Patienten und Personal erstaunlich identisch.

Für Klinik D fallen die Einschätzungen der Mitarbeiter und Patienten fast umgekehrt aus: Während sie in Bezug auf die Dimensionen individueller Patientenorientierung („Patienten informieren“, „Patienten beteiligen“ und „Patienten befähigen“) sehr dicht beieinander liegen, scheinen die Beschäftigten des ärztlichen und pflegerischen Dienstes in Bezug auf die Dimension „Selbsthilfegruppen einbeziehen“ selbstkritischer zu sein als die befragten Mitglieder von Selbsthilfegruppen (Mittelwert: 58 versus 72,  $p=.07$ ). Die Angaben in der Tabelle sind allerdings nicht unmittelbar miteinander vergleichbar, da es sich um Äußerungen von insgesamt nur wenigen Personen (54 Mitarbeiter/-innen und 64 Patientinnen und Patienten) aus unterschiedlichen Fachabteilungen handelt.

**Tab. 2.5.5: Selbsthilfebezogene Patientenorientierung aus Mitarbeiter- und Patientensicht im Vergleich (Mittelwerte; 100 = Bestwert)**

SelP-K-Subskalen	Krankenhaus					
	A			D		
	Mitar- beiter	Pati- enten	p- Wert <sup>†</sup>	Mitar- beiter	Pati- enten	p- Wert <sup>†</sup>
Patienten informieren	89	76	≤.01	73	79	n.s.
Patienten beteiligen	94	77	≤.001	70	72	n.s.
Patienten befähigen	89	75	≤.01	66	64	n.s.
Selbsthilfegruppen einbeziehen	77	78	n.s.	58	72	.07

† t-Test für unabhängige Stichproben; n.s.= nicht signifikant

n=111 bis 116

Wie Tabelle 2.5.6 zeigt, sind auch die Anteile positiver Einschätzungen zu den 10 Items der Dimension „Selbsthilfegruppen einbeziehen“ in Klinik A aus Sicht der klinisch Beschäftigten und den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen zumeist ähnlich. Lediglich in einzelnen Aspekten lassen sich größere Differenzen feststellen, so z.B. bei der Frage nach regelmäßigem Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Fachabteilung bzw. Krankenhaus (Aussage 7; Prozentsatz-Differenz: 23 Punkte) oder der Mitwirkung von Selbsthilfegruppen in Teambesprechungen und bei Planungen zur Qualitätsverbesserung (Aussage 9; 26 Punkte).<sup>3</sup> Möglicherweise bietet der Umstand, dass Krankenhaus A als eines der Hamburger Pilotkrankenhäuser vor und während des Modellprojekts „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ eine längere Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe praktiziert hat, in der sich beide Seiten besser kennengelernt und akzeptiert haben, eine Erklärung für die größere Ähnlichkeit der Einschätzungen.

<sup>3</sup> Die angegebene Signifikanz hängt neben der Stärke der Unterschiede auch von der Streuung des Merkmals und der Anzahl der Antwortenden ab.

Die gefundenen Unterschiede spiegeln sich auch in den Ergebnissen für Klinik D wider, die sich aus der Analyse der einzelnen Fragen ergaben. So werden aus Mitarbeitersicht im Vergleich zu den Patientenurteilen besonders solche Mängel hervorgehoben, die sich auf „indirekte“ Formen der Kooperation von Krankenhäusern mit der Selbsthilfe beziehen. Die Prozentsatz-Differenzen für diese Items betragen zwischen 30 und 53 Punkten und sind mindestens auf dem 5%-Niveau statistisch signifikant (vgl. p-Werte in Tabelle 2.5.6). Im Einzelnen handelt es sich um folgende fünf Aspekte der Einbeziehung von Selbsthilfegruppen:

- den Bekanntheitsgrad der Kontaktpersonen der Selbsthilfegruppen in der Abteilung bzw. im Krankenhaus (Tabelle 2.5.6, Aussage 6),
- den regelmäßigen Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Abteilung bzw. Krankenhaus (Tabelle 2.5.6, Aussage 7),
- die Information der Krankenhausmitarbeiter/-innen über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen (Tabelle 2.5.6, Aussage 8),
- die Mitwirkung von Selbsthilfegruppen in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung (Tabelle 2.5.5, Aussage 9),
- das Festhalten der Kooperation mit Selbsthilfegruppen in Behandlungspfaden, im Leitbild oder ähnlichen Dokumenten (Tabelle 2.5.6, Aussage 10).

Die abweichenden Einschätzungen der Mitarbeiter- und Patientenschaft von Klinik A und Klinik D könnten auf eine unterschiedliche Intensität der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung zurückgeführt werden. Vertiefende Analysen in Klinik A (Klinik D wurde nicht qualitativ beforscht) ergaben, dass sich das Krankenhaus schon einen wesentlichen längeren Zeitraum mit der Integration der Selbsthilfe in Krankenhausstrukturen auseinandersetzt und darin weiter fortgeschritten ist als Klinik D, die erst im Jahr der Untersuchung in den Prozess der Umsetzung von selbsthilfefreundlichen Kriterien eingestiegen ist.

**Tab. 2.5.6: Einzelaspekte zur Selbsthilfefreundlichkeit aus Mitarbeiter- und Patientensicht („trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“ in Prozent)**

Items der Selp-K-Subskala „Selbsthilfegruppen einbeziehen“	Krankenhaus					
	A			D		
	Mitar- beiter	Patien- ten	p-Wert <sup>†</sup>	Mitar- beiter	Patien- ten	p-Wert <sup>†</sup>
1. Im Krankenhaus können Präsentationsmöglichkeiten, Räume und Büroinfrastruktur von Selbsthilfegruppen genutzt werden	95	100	n.s.	88	86	n.s.
2. Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft mündlich (z.B. beim Entlassungsgespräch) über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert	90	91	n.s.	48	67	n.s.
3. Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft durch schriftliche Materialien (z.B. Faltblätter) über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert	89	82	n.s.	83	45	n.s.
4. Die Abteilung bzw. das Krankenhaus unterstützt Selbsthilfegruppen bei der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. durch gemeinsame Veranstaltungen)	81	96	n.s.	93	80	n.s.
5. Die Abteilung bzw. das Krankenhaus hat eine/n feste/n Ansprechpartner/in oder Beauftragte/n für Selbsthilfe	89	74	<u>≤.001</u>	71	82	n.s.
6. Die Kontaktpersonen der koop. Selbsthilfegruppen sind in der Abteilung bzw. im Krankenhaus bekannt	84	94	n.s.	57	87	<u>≤0.01</u>
7. Es gibt einen regelmäßigen Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Abteilung bzw. Krankenhaus	78	55	n.s.	43	82	<u>≤.01</u>
8. Krankenhausmitarbeiter/-innen werden über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen informiert	74	75	n.s.	48	93	<u>≤.01</u>
9. Selbsthilfegruppen wirken mit in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung	33	59	n.s.	26	79	<u>≤.01</u>
10. Die Kooperation mit Selbsthilfegruppen ist in Behandlungspfaden, im Leitbild o.ä. Dokumenten festgehalten	82	81	n.s.	43	77	<u>≤.05</u>

† Mann-Whitney-U-Test; n.s. = nicht signifikant

n=72 bis 105



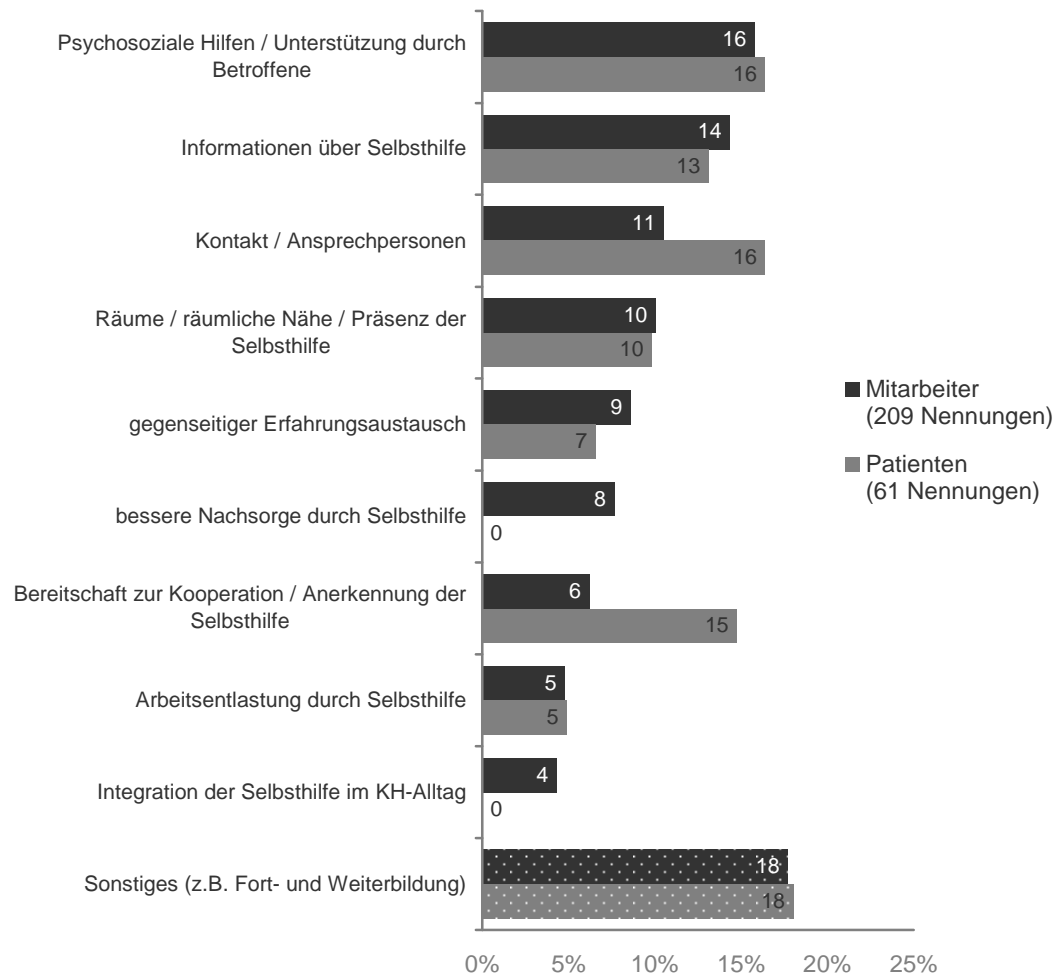
#### 2.5.2.4 Förderliche und hinderliche Faktoren

In einer offenen Freitextfrage wurden die Mitarbeiter, Patientinnen und Patienten gebeten, förderliche und hinderliche Faktoren für die Kooperation von Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern zu benennen. An dieser Stelle folgt eine kurze Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse auf der Grundlage von insgesamt 502 Nennungen der Befragten (Mitarbeiter: 408; Patienten: 94). Der Abschnitt 2.3 widmet sich dieser Thematik ausführlich im Zusammenhang mit den qualitativen Analysen im Rahmen unseres Forschungsprojekts.

Die meisten befragten Mitarbeiter/-innen in den Krankenhäusern wie auch Selbsthilfegruppenmitglieder geben als *förderlich für eine Kooperation* den konkreten Nutzen von Selbsthilfeaktivitäten für die Patientinnen und Patienten an (vgl. Abbildung 2.5.1). Dies umfasst vor allem psychosoziale Hilfen und die Unterstützung durch andere Betroffene bei der Krankheitsbewältigung (ca. 16% der jeweiligen Nennungen). Positiv bewerten viele Mitarbeiter/-innen auch die Leistungen der Selbsthilfe bei der Aufklärung und Information sowie in der Nachsorge der Patienten.

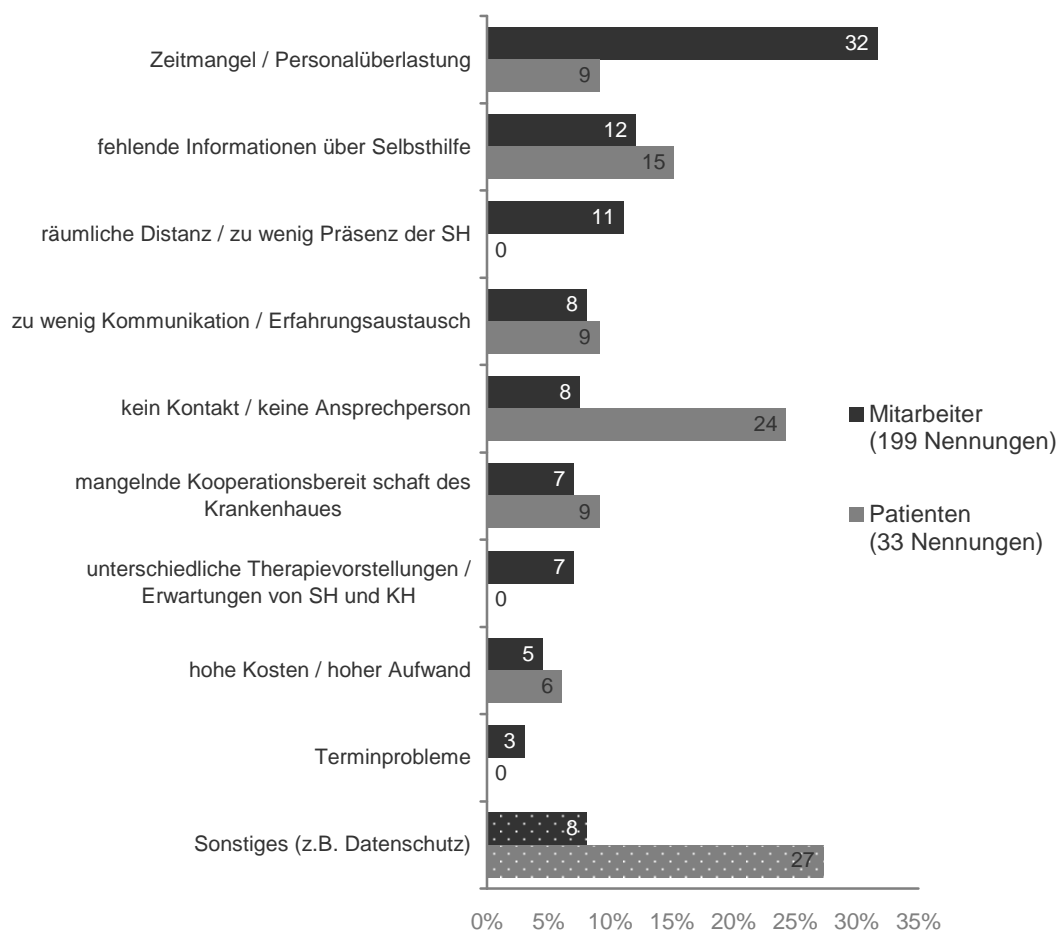
Ebenso dienlich für eine gute Zusammenarbeit aus der Perspektive beider Gruppen ist, wenn das Personal ausreichende Informationen über die Ziele, Arbeitsweisen und den Nutzen der Selbsthilfe erhält (14% bzw. 13% der Nennungen), Kontakt- und Ansprechpersonen in den Gruppen sowie im Pflege- und Ärzteteam bekannt sind (11% bzw. 16%) und die Selbsthilfegruppen eigene Räume zur Verfügung gestellt bekommen oder räumlich gut erreichbar sind (je 10%). Aus Sicht der Selbsthilfe wirken sich neben der Existenz einer festen Ansprechperson im Krankenhaus (z.B. Sozialdienst, Qualitätsmanager/-in) auch die generelle Bereitschaft zur Kooperation sowie die Anerkennung und Wertschätzung der Selbsthilfe seitens des Krankenhauses besonders kooperationsfördernd aus (15% der Nennungen).

Viele Befragte empfinden den gegenseitigen, regelmäßigen Erfahrungsaustausch und gemeinsame Treffen zwischen Selbsthilfegruppenkontaktpersonen und Krankenhausmitarbeiter/-innen als Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit. Sehr wichtig ist einigen Mitarbeiter/-innen (und demnach auch positiv für die Kooperation zu werten), dass die Selbsthilfegruppen sie von Arbeitsaufgaben entlasten. Sie fordern daher auch eine vermehrte Integration der Selbsthilfe in den Klinikalltag.



**Abb. 2.5.1: Förderliche Faktoren für die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern (Nennungen in %)**

Bezüglich der *hinderlichen Faktoren für die Zusammenarbeit* mit Selbsthilfegruppen sieht ein großer Anteil der befragten Mitarbeiter/-innen die mangelnden Zeitressourcen im Arbeitsalltag durch hohe Arbeitsdichte auch aufgrund personeller Engpässe und der kurzen Verweildauer der Patienten in der Klinik in der Verantwortung (32% der Nennungen; vgl. Abbildung 2.5.2). Zeitmangel wirkt sich insofern negativ auf die Kooperation aus, als dass das Personal kaum Kontakt zu Selbsthilfegruppen hat und auch die Selbsthilfegruppen ihrerseits zu wenig Gelegenheit haben, sich mit neuen Krankenhaustherapien zu beschäftigen.



**Abb. 2.5.2: Hinderliche Faktoren für die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern (Nennungen in %)**

Beide Gruppen schreiben der mangelhaften Informationslage und dem Unwissen des Personals über die Selbsthilfe einen großen hemmenden Einfluss auf eine erfolgreiche Kooperation zu (12% bzw. 15% der Nennungen). Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus fehlen offensichtlich gute Informationsmaterialien. Nur sie sehen auch die knappe Ausstattung mit Räumlichkeiten für Selbsthilfegruppentreffen und/oder gemeinsame Besprechungen sowie eine zu große räumliche Distanz zu den Gruppen „behindernd“ für eine Kooperation (11%). Dazu passen sehr genau einzelne Aussagen des Personals, dass die Selbsthilfegruppen kaum engagierte Kontaktaufnahme betreiben und sich und ihre Arbeit zu wenig persönlich im Krankenhaus und auf Stationen vorstellen würden bzw. zu selten auf den Stationen präsent seien.

Bei den Selbsthilfegruppenmitgliedern steht an erster Stelle der hinderlichen Faktoren – quasi im Umkehrschluss zu den förderlichen Faktoren – der *mangelnde* Kontakt und *fehlende* Ansprechpersonen (24% ihrer Nennungen). Dieser Punkt wird, obgleich deutlich seltener, auch von Ärzten / Ärztinnen und Pflegekräften als nachteiliger Faktor thematisiert. Ganz allgemein beklagen beide Vergleichsgruppen zu wenig Kommunikation und Erfahrungsaustausch untereinander sowie fehlendes Engagement und Kooperationsbereitschaft des Krankenhauses.

Ein interessantes Ergebnis bezieht sich schließlich auf abweichende Erwartungen und unterschiedliche Therapievorstellungen von Menschen in Selbsthilfegruppen und den Beschäftigten in Krankenhäusern, was allerdings nur vom befragten Personal als hemmend für eine Kooperation beschrieben wird (7% der Mitarbeiternennungen). Etwaige Datenschutzprobleme oder der Schweregrad der Erkrankung von Patienten sind zwei Beispiele für „sonstige“ Gründe dafür, dass keine Selbsthilfegruppenangebote wahrgenommen werden können.

#### **2.5.2.5 Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das QM**

In einer offenen Freitextfrage sollten die Mitarbeiter/-innen und Mitglieder von Selbsthilfegruppen auch angeben, wie sie persönlich dazu stehen, dass Selbsthilfefreundlichkeit als ein Kriterium in das Qualitätsmanagementsystem des Krankenhauses aufgenommen wird. Hintergrund für diese Frage bilden die Bemühungen des bundesweiten Netzwerks „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung“ (SPiG), Selbsthilfefreundlichkeit stärker in die QM-Systeme von stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen zu integrieren, um auf diese Weise einen Anreiz für die bessere Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen zu schaffen (vgl. Trojan et al 2009; Trojan und Nickel 2011; siehe auch die Abschnitte 3.2 und 6.2).

Abbildung 2.5.3 zeigt die prozentualen Anteile der handschriftlichen, frei formulierten Kommentare der befragten Personen zu den von uns neu gebildeten Kategorien. Ein Großteil der überwiegend positiven Nennungen der Mitarbeiter/-innen (141 von 210 bzw. 67%) bezieht sich auf die „Verbesserung der Behandlungsqualität“.

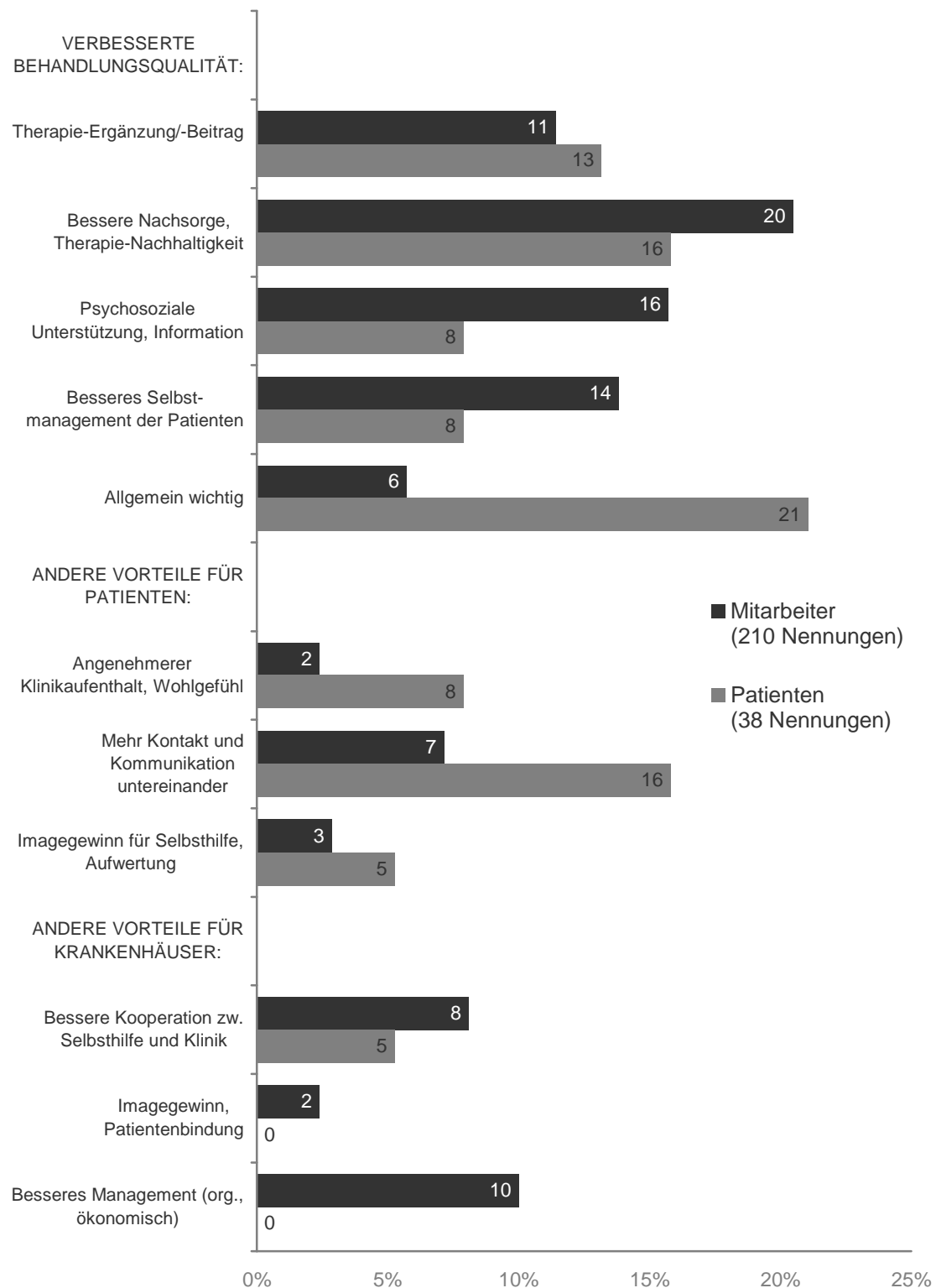
Darunter fallen – in absteigender Reihenfolge – die Äußerungen zu folgenden Themen:

- bessere Nachsorge, Therapie-Nachhaltigkeit (20% aller Nennungen),
- mehr psychosoziale Unterstützung, Information (16%),
- besseres Selbstmanagement der Patienten (14%),
- Therapie-Ergänzung/-Beitrag (11%),
- allgemein wichtig für Behandlung (6%).

Andere Vorteile *für Patientinnen und Patienten* durch die Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das QM-System werden in 26 (12%) der Nennungen von Beschäftigten thematisiert: mehr Kontakt und Kommunikation der Patienten untereinander, Imagegewinn / Aufwertung der Selbsthilfe sowie ein angenehmerer Klinikaufenthalt („Wohlgefühl“). Andere Vorteile *für das Krankenhaus* (43 bzw. 20% der Nennungen) sehen die befragten Mitarbeiter/-innen vor allem in einem besseren Versorgungsmanagement (organisatorisch, ökonomisch), gefolgt von einer verbesserten Kooperation zwischen der Selbsthilfe und Klinik sowie einem Imagegewinn des Hauses bzw. gesteigerter Patientenbindung.

Im Vergleich zum ärztlichen und pflegerischen Dienst beziehen sich ca. zwei Drittel der 38 positiven Äußerungen der Patientinnen und Patienten ebenfalls auf die Erwartung auf eine verbesserte Behandlungsqualität, allerdings werden eher unspezifische Statements vorgetragen (in 8 bzw. 21% aller Nennungen wird Selbsthilfefreundlichkeit für „allgemein wichtig“ erachtet). Ein vergleichsweise größerer Stellenwert in der Beurteilung kommt auch sonstigen Vorteilen für Patientinnen und Patienten zu: Sechs der Nennungen betreffen den Kontakt und die Kommunikation der Patienten untereinander, drei weitere das allgemeine „Wohlgefühl“ während des Aufenthalts. Als Vorteil für das Krankenhaus wird nur die bessere Kooperation mit der Selbsthilfe wahrgenommen (zwei Nennungen).

Als wesentlichstes Ergebnis muss aber festgehalten werden, dass den insgesamt 210 positiven Nennungen nur insgesamt 13 negative Nennungen gegenüber stehen. Dies spricht für eine hohe Akzeptanz und Wertschätzung des Ansatzes Selbsthilfefreundlichkeit beim Stationspersonal.



**Abb. 2.5.3: Positive Kommentare zur Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in QM-Systeme von Krankenhäusern (Nennungen in %)**

### 2.5.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Das Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie in Hamburg hat in diesem Bericht versucht, die positiven und negativen Aspekte der „selbsthilfebezogenen Patientenorientierung“ in fünf Krankenhäusern aus Sicht von 405 Mitarbeitern des ärztlichen und pflegerischen Dienstes und 103 Patienten (Mitgliedern von Selbsthilfegruppen) umfassend darzustellen. Obwohl damit eine breite Facette von Personen, Subgruppen und Organisationseinheiten erfasst werden konnte, ist eine Übertragung der Ergebnisse auf das allgemeine Krankenhauswesen in den untersuchten Bundesländern und darüber hinaus nicht möglich. Insbesondere die Tatsache, dass die ausgewählten Krankenhäuser bereits vermehrte Anstrengungen zur systematischen und strukturierten Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe unternommen haben bzw. immer noch stärker unternehmen als ein „typisches“ Krankenhaus, spricht für Sinnhaftigkeit und Erfolg des Ansatzes, Selbsthilfefreundlichkeit im Rahmen einer systematischen Qualitätsstrategie in Gesundheitseinrichtungen zu verankern.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse knapp und verallgemeinernd zusammengefasst werden.

#### Klinikvergleich

In der Hamburger Erstbefragung wie auch in den Befragungen in NRW beurteilte die große Mehrheit der Mitarbeiter/-innen die selbsthilfebezogene Patientenorientierung auf *individueller* Ebene (Patienten informieren, beteiligen und befähigen) positiv. Auf der *strukturellen* Ebene, d.h. bei der Frage, inwieweit Qualitätskriterien für die Kooperation mit Selbsthilfegruppen verbindlich und nachhaltig verankert sind, zeigte sich je nach Kriterium eine größere Variationsbreite in den Einschätzungen der Mitarbeiter/-innen (13-95% positive Antworten); die Bewertungen im Krankenhaus A heben sich hier positiv von den restlichen Kliniken ab. Da dieses Krankenhaus am längsten die Selbsthilfefreundlichkeit als Strategie betreibt, kann davon ausgegangen werden, dass das Konzept zwar prinzipiell in die Alltagsstrategien integriert werden kann, dies jedoch mehrere Jahre oder länger braucht.

Insgesamt entspricht die Qualität der Kooperationen einem Stufenmodell, demzufolge „indirekte“ Formen der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe (z.B. Nutzung von Präsentationsmöglichkeiten, Räumen oder Büroinfrastruktur) leichter umsetzbar sind als „direkte“ Formen (z.B. Mitwirkung von Selbsthilfegruppen in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung) (Kardorff und Leisenheimer 1999; Borgetto und Knesebeck 2009; Slesina und Fink 2009). Eine differenzierte Auswertung nach Fachabteilungen ergab ebenfalls einige Auffälligkeiten (z.B. bessere Ratings der Mitarbeiter/-innen in psychiatrischen Abteilungen im Vergleich zur Gesamtstichprobe), die bei der Interpretation von Unterschieden zwischen Krankenhauseinheiten in Rechnung gestellt werden sollten.

### **Nachhaltigkeit**

In den Wiederholungsbefragungen der Hamburger Krankenhäuser wurden die Ergebnisse der ca. 12 Monate zurückliegenden Erstbefragungen im Wesentlichen bestätigt. Allerdings fielen die Antworten der Mitarbeiter/-innen der drei betrachteten Häuser auf der individuellen Ebene selbsthilfebezogener Patientenorientierung mitunter etwas weniger gut aus. Vermutlich ist dies auf die gewachsene Arbeitsintensität zurückzuführen. Umgekehrt zeigten sich zum Teil leichte Verbesserungen in Bezug auf die Selbsthilfefreundlichkeit auf struktureller Ebene (z.B. Verankerung der Kooperation mit Selbsthilfegruppen in Behandlungspfaden, im Leitbild oder ähnlichen Dokumenten).

Diese Unterschiede hängen möglicherweise mit der gewachsenen Erfahrung der Mitarbeiter bzgl. Kooperationen mit der organisierten Selbsthilfe zusammen. Die Unterschiede sind allerdings an keiner Stelle (auf Ebene der Krankenhäuser) so groß, dass sich bestimmte Schlussfolgerungen für Qualitätsmanagement oder Patientenorientierung daraus ergeben würden. Positiv ausgedrückt könnte man resümieren: Die Umsetzung selbsthilfefreundlicher Patientenorientierung ist möglich und lässt sich auch über einen mittelfristigen Zeitraum (mindestens ein Jahr) aufrechterhalten. Für die Nachhaltigkeit von Selbsthilfefreundlichkeit im Krankenhaus in einer längerfristigen Perspektive lassen sich allerdings (noch) keine Aussagen treffen.



## **Vergleich der Perspektiven von Mitarbeiter/-innen und Patient/-innen**

Im (sehr begrenzt möglichen) Vergleich der Mitarbeiter- und Patienten-sicht sind die Perspektiven nur zum Teil ähnlich gelagert. Während die Patienten im Krankenhaus A, das als eines der ersten „Selbsthilfefreundlichen Krankenhäuser“ gilt, vor allem die individuellen Aspekte der Patientenorientierung negativer beurteilen als die Mitarbeiter/-innen, drehen sich diese Einschätzungen im Krankenhaus D quasi um. Dies kann ein Indiz darauf sein, dass das gegenseitige Kennenlernen und Verständigen noch nicht so weit fortgeschritten ist, dass eine gemeinsame Perspektive Gestalt annimmt.

Ganz allgemein ist es ungewöhnlich, dass Patientinnen und Patienten weniger gut ihre Versorgung beurteilen als Mitarbeiter/-innen (vgl. Nickel und Trojan 2004). Dass dies in beiden Krankenhäusern, wenn auch bei unterschiedlichen Dimensionen, der Fall war, spricht für kritischere und mündigere Patientinnen und Patienten innerhalb der Selbsthilfe.

Die größten Diskrepanzen in der Dimension „Selbsthilfegruppen einbeziehen“ betrafen – wie schon beim Vergleich der Krankenhäuser untereinander – solche Formen der Kooperation, die gemeinhin als „direkt“ bezeichnet werden (z.B. Mitwirkung von Selbsthilfegruppen in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung; in Klinik D mit einer Prozentsatz-Differenz positiver Antworten von 53 Punkten). Auch hier wirken vermutlich unterschiedliche Erwartungen und/oder Wahrnehmungen der befragten Mitarbeiter/-innen und Patientinnen/Patienten, die eine gemeinsame Perspektive auf die selbsthilfebezogene Patientenorientierung erschweren. Allerdings ist der Vergleich mit Vorsicht zu betrachten, da die geringe Zahl von Antwortenden aus der Selbsthilfe wie auch die fehlende Repräsentativität der beteiligten Fachabteilungen verfälschend wirken können.

## **Meinungen / Einstellungen**

Die Betrachtung der Freitextangaben ergab eine Vielzahl von förderlichen Faktoren und Maßnahmen zu Stärkung der Kooperation von Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern (z.B. regelmäßiger, persönlicher Erfahrungsaustausch). Es wurde auch eine Reihe von hinderlichen Faktoren (z.B. Zeitmangel und fehlende Informationen) für eine Zusammenarbeit

genannt. Die aufgeführten förderlichen und hinderlichen Faktoren erfordern eine systematische Aufarbeitung auch unabhängig der Einschätzungen in den einzelnen Krankenhäusern. Die oft ähnlichen Bewertungen zu förderlichen und hinderlichen Faktoren von Personal und Patienten/Patientinnen bestätigen in wesentlichen Teilen die acht Kriterien eines „Selbsthilfefreundlichen Krankenhauses“, welche gute und schlechte Voraussetzungen der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen darstellen (vgl. Bobzien 2008). Damit scheinen die formulierten Kriterien die wichtigsten Bereiche der Zusammenarbeit abzubilden. Es sollte vor Ort über die Machbarkeit (Realisierbarkeit) der Kriterien entschieden werden.

Eine andere Frage betraf die Einstellungen der Mitarbeiter/-innen und Selbsthilfegruppen-Mitglieder zur Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das QM-System des Krankenhauses. Hier ist insbesondere bemerkenswert, dass mit Ausnahme von 13 Kommentaren ausschließlich positive Nennungen (Mitarbeiter/-innen: 210; Patientinnen und Patienten: 38) geäußert wurden. Beachtenswert ist auch, dass von beiden Seiten mehrheitlich Verbesserungen der Behandlungsqualität (z.B. bessere Nachsorge, psychosoziale Unterstützung) als Gründe für die Beachtung von Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätskriterium hervorgehoben werden. Andere Vorteile für Patientinnen und Patienten (z.B. mehr Kontakt und Kommunikation untereinander) wie auch für Krankenhäuser (z.B. besseres Versorgungsmanagement) spielen eine geringere Rolle.

### **Empfehlungen, wie die Ergebnisse der Einzelberichte für Krankenhäuser genutzt werden können**

An erster Stelle sollte die Information und Aufklärung der Beteiligten im Krankenhaus stehen. Dazu können die Ergebnisse der Befragung im Rahmen von regulären Abteilungs- oder Stationssitzungen den einzelnen Bereichen zur Verfügung gestellt werden. Sinnvoll ist es auch, Probleme und Anregungen der einzelnen Bereiche zu bündeln und eine Prioritätenliste zu erstellen. Durch diese Prioritätenliste kann festgelegt werden, welches Qualitätsproblem als erstes, als zweites usw. in welchem Zeitraum auf welcher Ebene (und von wem!) zu bearbeiten ist. Für die Bearbeitung der in der Prioritätenliste festgelegten Themenkomplexe bieten sich interdisziplinär und hierarchieübergreifend besetzte Qualitätszirkel oder Arbeitsgruppen an.

Das neue bundesweite Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen – gemeinsam für Selbsthilfe- und Patientenorientierung“ (das durch den BKK Bundesverband finanziell gefördert wird) unterstützt die Verbreitung des Selbsthilfeansatzes in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen (Siewerts 2010). Das aktuelle Praxisprojekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus Nordrhein Westfalen“ ([www.sozialeprojekte.de](http://www.sozialeprojekte.de)) nutzt dabei die im Hamburger Modellprojekt entwickelten Qualitätskriterien gezielt als Orientierung für die Stärkung einer systematischen Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und der Selbsthilfe. In insgesamt ca. 30 Kliniken in Deutschland wurden mit Hilfe von vier „Agenturen Selbsthilfefreundlichkeit“ standardisierte Arbeitsschritte der Umsetzung entwickelt und erprobt. Inzwischen haben die ersten Krankenhäuser den Prozess vollständig durchlaufen. Bis Mitte 2012 wurden rund 12 Krankenhäuser dafür ausgezeichnet ([www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)).

## **2.6 Modellprojekt mit Krankenhäusern in NRW: Entwicklung und Erprobung der Umsetzungsschritte**

Christa Steinhoff-Kemper, Monika Bobzien, Alf Trojan

Nachdem die Modellphase in Hamburg (2005-2007)<sup>1</sup> erfolgreich abgeschlossen werden konnte, prüfte der das Modellprojekt begleitende Beirat Optionen für die Weiterentwicklung und Verbreitung des Konzeptes. Im Hamburger Modellprojekt wurden unter Beteiligung der Selbsthilfe und zusammen mit den Qualitätsbeauftragten aus drei Akut-Krankenhäusern in einem gemeinsamen Arbeitsprozess in einzelnen Fachabteilungen die Qualitätskriterien für ein Selbsthilfefreundliches Krankenhaus erarbeitet. Der Logik der üblichen Zertifizierungsverfahren folgend und der vorherrschenden Qualitätsdebatte im Gesundheitswesen geschuldet, wurde ein praktisches und nachvollziehbares Verfahren entwickelt, das im Ergebnis dazu geeignet war, den beteiligten Fachabteilungen das „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundlichkeit“ zuzusprechen. (vgl. Abschnitt 2.7.2.)

Als der Beirat des Hamburger Modells aus seiner Mitte heraus das Angebot des Paritätischen NRW bzw. der Tochtergesellschaft für soziale Projekte (GSP – gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte, Wuppertal) bekam, am Standort der Selbsthilfekontaktstelle Bielefeld und in Kooperation mit Nordrhein-Westfälischen Krankenhäusern eine zweite Modellphase zu beginnen, wurde dieses Angebot ohne zu zögern angenommen. Der Paritätische Wohlfahrtsverband NRW engagiert sich als Träger für die Fortführung des Projektes und aktiv im Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit, weil angesichts der gravierenden Veränderungen im Gesundheitswesen neue Handlungsperspektiven im Verhältnis von Professionellen und Selbsthilfe notwendig werden und „wir (mit dem Handlungsansatz) einen zukunftssträchtigen Weg ausprobieren, Experten-Handeln und Laien-Engagement nachhaltig und im Interesse betroffener kranker Menschen auf neue Art und Weise zu kombinieren“ (Bremen 2009).

---

<sup>1</sup> Das Modellprojekt wurde von der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Hamburg in Trägerschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Hamburg e.V. durchgeführt und vom BKK Bundesverband finanziert ([www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de](http://www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de)).

Die Kernidee der zweiten Modellphase war es, in einem Bundesland über eine landesweit tätige „Agentur Selbsthilfefreundlichkeit“ Krankenhäusern eine Instanz zur gezielten methodischen Unterstützung einer strukturierten und systematischen Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller Versorgung zu schaffen.

Eine Agentur Selbsthilfefreundlichkeit sollte dabei drei zentrale Aufgaben erfüllen. Erstens sollte sie den Brückenschlag zwischen den Akteuren herstellen, zweitens diesen inhaltlich und methodisch unterstützen. Die Erarbeitung und Erprobung von konkreten Prozessschritten und -materialien sollte drittens geeignet sein, weitestgehend standardisiert von weiteren Krankenhäusern genutzt werden zu können.

Dem Anspruch nach sollten nunmehr nicht nur einzelne Fachabteilungen wie im Hamburger Modellprojekt bis zur Auszeichnung begleitet werden, sondern ein Krankenhaus als gesamte Organisation sollte in den Stand versetzt werden, die Qualitätskriterien „Selbsthilfefreundlichkeit“ mit Unterstützung der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit umsetzen zu können. Die Agentur hat zugleich die Verpflichtung und Aufgabe, die Selbsthilfekontaktstelle als zentrale intermediäre Instanz in dem Prozess sowie die Selbsthilfegruppen als Kooperationspartner des Krankenhauses in ihren spezifischen Kompetenzen zu befähigen und zu stärken.

Im Folgenden berichten wir zunächst von der Einrichtung der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit (2.6.1), danach wird das Arbeitskonzept ausführlich mit mehreren Unterpunkten vorgestellt (2.6.2). Während diese Abschnitte den gesamten Prozess am Beispiel des Klinikums Bielefeld behandeln, wird im dritten Abschnitt (2.6.3) beschrieben, welche Erfahrungen in der Beratungs- und Kooperationsarbeit mit 13 weiteren Krankenhäusern gemacht wurden.

### **2.6.1 Etablierung der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit in Nordrhein-Westfalen – die Schaffung von Arbeitsbündnissen**

Da es sich bei dem Ansatz um ein völlig neues Bündnis und Verfahren der Zusammenarbeit handelt, war es notwendig, sowohl direkt und konkret am Standort Bielefeld aktiv zu werden und die ersten Prozessschritte zur Implementierung der Qualitätskriterien in einem Krankenhaus einzuleiten als auch die landesweit agierenden Verbände, Landesorganisations-

nen und Krankenhäuser bzw. im weiteren Projektverlauf (Arzt-) Praxen und Rehabilitationskliniken einzubinden, aktiv auf diese zuzugehen und sie zur Mitwirkung zu gewinnen.

Um das Interesse der direkten Partner zu gewinnen und deren Unterstützung zu erreichen und aufrecht zu erhalten, war für alle Beteiligten der potentielle wechselseitige Nutzen des Projektes ausschlaggebend. Es wurden zahlreiche regionale und landesweite Aktivitäten angestoßen, um auf die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit und den Konzeptansatz prinzipiell aufmerksam zu machen sowie konkrete Impulse zu setzen, um ein Interesse an der Implementierung der Qualitätskriterien zu wecken und konkrete Aktivitäten zu verabreden. Jede Zielgruppe (Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeunterstützungsstellen und Krankenhäuser) erforderte die Ansprache in ihrem jeweils spezifischen Setting und musste von dem Ansatz so überzeugt sein, dass sie bereit war, ihren Kooperationsaufwand zu erhöhen und sich für die Kooperationsaufgaben zu qualifizieren.

Für den überregionalen Kontext bedeutete dies, dass die in Nordrhein-Westfalen vorhandenen landesweiten Strukturen der Selbsthilfe (Wittener Kreis, KOSKON NRW, Paritätischer NRW), die der Krankenhaus-Landschaft (KGNW, Krankenhaus-Netzwerke) und auch die Strukturen der niedergelassenen Ärzte (Kassenärztliche Vereinigung, Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte, Ärztekammer) als übergreifend zentrale und relevante Akteure einzubeziehen waren.

Insbesondere hat die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit mit der KOSKON NRW mit Unterstützung des MAGS (Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW) erfolgreich zusammengearbeitet. In Kooperation wurde die landesweite Fachtagung „Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal der gesundheitlichen Versorgung – Zusammenarbeit bewusst gestalten“ in Oberhausen 2009 durchgeführt, die mit über 200 Teilnehmenden aus der Selbsthilfe und der Gesundheitsversorgung das große Interesse an dem Konzept dokumentierte (KOSKON 2010).

Im Projektzeitraum gab es im Zuge der Etablierung des Angebotes der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit

- insgesamt zu 31 Krankenhäusern (teilweise intensive) Kontakte, die in seitens des Projektes konzipierten Impulsveranstaltungen mündeten.

- Davon haben 16 Krankenhäuser eine tragfähige Arbeitsbeziehung zur Agentur sowie
- 13 Krankenhäuser einen konkreten Arbeitsprozess aufgenommen.<sup>2</sup>

Im September 2011 konnte das Klinikum Bielefeld als bundesweit erstes Krankenhaus die Auszeichnung als Selbsthilfefreundliches Krankenhaus vom Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit entgegennehmen und somit die Erprobungsphase des gesamten Prozesses im Pilotkrankenhaus abgeschlossen werden. Das Spektrum der am Projekt beteiligten Krankenhäuser umfasst einen Klinikverbund, eine Universitätsklinik sowie kommunale Krankenhäuser unterschiedlicher Größenordnung. Bis Mitte 2012 werden voraussichtlich alle 13 von den im Projektzusammenhang von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW beratenen Krankenhäusern den Prozess mit der Auszeichnung als Selbsthilfefreundliches Krankenhaus abschließen.

An einem weiteren Standort konnte das St. Marienhospital Schwelm dafür gewonnen werden, gemeinsam mit der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit das Instrument der Selbsteinschätzung zu erproben (s. 2.7.4).

### **2.6.2 Erste Erprobung des Arbeitskonzepts der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit zur Implementierung von Selbsthilfefreundlichkeit im und mit dem Klinikum Bielefeld**

Im Projektverlauf konnte ein Profil der Agentur ausgestaltet werden, das sich als Prozess darstellen lässt und einem geplanten und geregelten Ablauf folgt:

---

<sup>2</sup> Die Kapazitäten der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW (19,25 Wochenstunden bis Juni 2011 bzw. 11 Wochenstunden bis Juni 2012) reichten nicht aus, um weitere interessierte Krankenhäuser im Rahmen des Projektes zu betreuen. In solchen Fällen musste auf das kostenpflichtige Angebot nach Projektende verwiesen werden.

- Eine landesweit tätige Agentur Selbsthilfefreundlichkeit gibt Krankenhäusern den Impuls für weitergehende Aktivitäten und eine Erstinformation über den Konzeptansatz.
- Es folgt eine persönliche Erstberatung der Krankenhäuser vor Ort. Weitere konkrete Beratungs- und Unterstützungsaktivitäten werden offeriert – in enger Abstimmung mit dem ihr vor Ort bekannten Partner, der Selbsthilfekontaktstelle.
- Die Agentur initiiert die konkreten Kontakte, geht selbst eine formale Kooperationsvereinbarung mit dem Krankenhaus ein und begleitet die Kooperationsaktivitäten des Krankenhauses mit der Selbsthilfekontaktstelle, bis diese eine stabile Form gefunden haben.
- Danach steht die Agentur insbesondere den Selbsthilfekontaktstellen und den Selbsthilfebeauftragten in dem Umsetzungsprozess beratend und begleitend zur Verfügung.
- Die konkrete Umsetzungsarbeit wird dann vom Krankenhaus und der Selbsthilfekontaktstelle sowie den Selbsthilfegruppen geleistet.
- Die Agenturleistungen werden wieder notwendig und müssen vom Krankenhaus nachgefragt werden, wenn abschließend die konkreten Voraussetzungen zur Bewerbung für die Auszeichnung geschaffen werden.
- Das Auszeichnungsverfahren durch das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit ist der abschließende Schritt und das Ergebnis des Unterstützungsprozesses durch die Agentur.

Bei der Konkretisierung und praktischen Umsetzung eines nachhaltigen Modells einer Förderung des Konzepts stellte sich heraus, dass eine Agentur Selbsthilfefreundlichkeit die zentralen Herausforderungen

- Stärkung der Akzeptanz der Selbsthilfe,
- Strukturierung der Kooperation mit der Selbsthilfe,
- Schaffung von Verbindlichkeit in der Kooperation

bewältigen kann und dafür eine landesweite Ausrichtung erforderlich und geeignet ist.



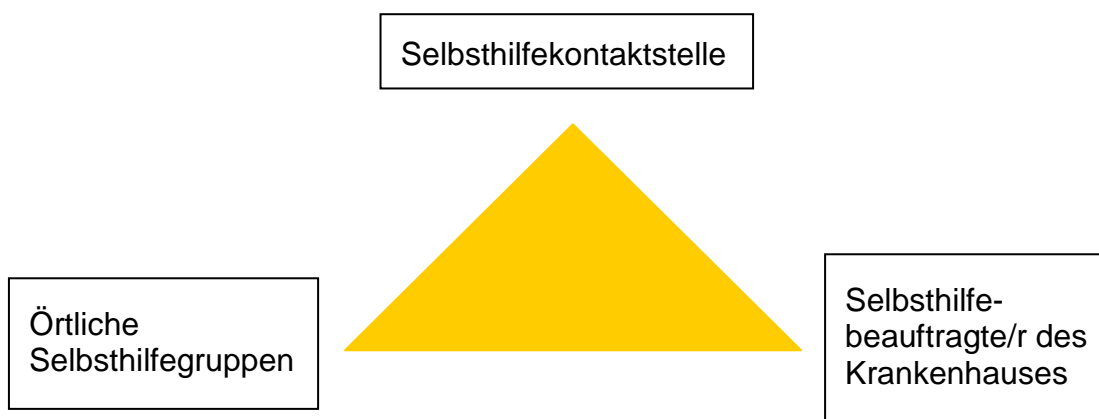
Im Folgenden wird dargestellt, wie die konkrete Zusammenarbeit am Pilotstandort Bielefeld gestaltet wurde, und welche Instrumente, Arbeitsschritte und Materialien entwickelt wurden, die sowohl für den Transfer an die im Projekt beteiligten Krankenhäuser geeignet waren als auch im weiteren Verlauf in die Selbsteinschätzung als Grundlage zur Mitgliedschaft für Krankenhäuser im Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ (SPiG) Eingang gefunden haben (6.2).

### 2.6.2.1 Die Arbeitsbeziehung im Konzept Selbsthilfefreundlichkeit – Kooperation auf Augenhöhe gestalten

Für die Umsetzung des Konzeptes Selbsthilfefreundlichkeit ist es erforderlich, die von der Agentur gesetzten Impulse an den Standorten von Anfang an zwischen den Partnern

- Krankenhaus,
- Selbsthilfekontaktstelle und
- Selbsthilfegruppen

über die Etablierung einer entsprechenden Kommunikationskultur transparent zu halten und die Kooperationsbeziehungen kontinuierlich gemeinsam weiter zu gestalten. Dazu werden am jeweiligen Krankenhausstandort alle drei Partner eines gedachten „Beziehungsdreiecks“ zur Zusammenarbeit im Projekt aktiv angesprochen.



**Abb. 2.6.1: Arbeitsprinzip: gleichwertige Zusammenarbeit aller Partner vor Ort**

Informationen zum Arbeitsansatz sowie den damit verbundenen Aufgaben gehen einher mit dem Bewusstmachen der bedeutsamen Rolle, die jeder Partner für das Gelingen einnimmt. Ein Krankenhaus kann nur im Dialog mit der Selbsthilfe Selbsthilfefreundlich werden!

Diese Haltung ist unerlässlich, damit über eine strukturierte und systematische Kooperation zwischen Krankenhaus und Selbsthilfe eine nachhaltige Verankerung von Selbsthilfefreundlichkeit in der professionellen Versorgung bewirkt werden kann.

- *Strukturiert* ist die Kooperation dann, wenn sich das Krankenhaus wie auch die Selbsthilfe an den Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliches Krankenhaus orientieren.
- *Systematisch* ist die Kooperation dann, wenn die Schritte der vereinbarten Zusammenarbeit methodisch überprüfbar/nachvollziehbar sind.

**2.6.2.2 Strukturelle Voraussetzungen schaffen – Kooperationsbedingungen initiieren**

Bevor mit der konkreten Erarbeitung der Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätskriterien Selbsthilfefreundlichkeit begonnen werden konnte, mussten die strukturellen Voraussetzungen am Klinikum Bielefeld für die Zusammenarbeit geschaffen und die Selbsthilfegruppen zur Mitarbeit gewonnen werden.

Folgende Anforderungen konnten herausgearbeitet und gemeinsam mit dem Klinikum Bielefeld – im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung – verabredet werden. Sie haben als standardisierter Arbeitsschritt („Arbeitsbündnis herstellen“) Eingang in den Transfer gefunden.

- Das Krankenhaus hat auf der Leitungsebene den Beschluss gefasst, eine Kooperationsbeziehung mit dem Partner Selbsthilfekontaktstelle einzugehen, um die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen vor Ort systematisch und strukturiert zu entwickeln.

- Das Krankenhaus akzeptiert die Selbsthilfekontaktstelle als gleichwertigen Kooperationspartner, um die Selbsthilfe für Kooperationen zu erschließen. Die Kooperation ist formal beschlossen und dokumentiert.
- Die Kooperation mit der Selbsthilfekontaktstelle und den zusammenarbeitenden Selbsthilfegruppen ist auf benannte Ergebnisse ausgerichtet.
- Die Gestaltung der Kooperation mit der Selbsthilfekontaktstelle und den Selbsthilfegruppen ist konkret vereinbart („Qualitätszirkelarbeit“), und auf Nachhaltigkeit ausgerichtet („Maßnahmen sind im QM des Krankenhauses verankert“).
- Das Krankenhaus stellt zur Gestaltung der Kooperation mit der Selbsthilfe institutionell eingebundenes Personal („Selbsthilfebeauftragte/r“) zur Verfügung.

#### *Eine/n Selbsthilfebeauftragte/n benennen*

Die Benennung eines/einer Selbsthilfebeauftragten ist Bestandteil der Qualitätskriterien und hat als zentrale Anforderung Eingang in die Kooperationsvereinbarung gefunden. Eine formale Zuordnung seitens des Krankenhauses musste erfolgen.

Als interne Ansprechpartnerin vertritt der/die Selbsthilfebeauftragte das Thema Selbsthilfefreundlichkeit aktiv im Hause und entwickelt es im Kontakt zu den relevanten Entscheidungsebenen weiter. Insbesondere unterstützt er/sie die nachhaltige Umsetzung der in den Qualitätszirkeln vereinbarten Maßnahmen zum selbsthilfefreundlichen Krankenhaus. Dazu muss er/sie im Stande sein, hierarchieübergreifend zu wirken und beschlossene Maßnahmen anregen und umsetzen zu können.

Der/die Selbsthilfebeauftragte ist darüber hinaus die zentrale Ansprechperson des Krankenhauses für die Selbsthilfekontaktstelle und für kooperationsbereite Selbsthilfegruppen. Im Klinikum Bielefeld konnte die Mitarbeiterin des Patienten-Informations-Zentrums (PIZ) diese Aufgabe übernehmen. Sie arbeitet dabei eng mit der Unternehmenskommunikation zusammen.

Die Aufgaben und Kompetenzbereiche der Selbsthilfebeauftragten wurden in einer Funktionsbeschreibung festgelegt, die als Bestandteil der Stellenbeschreibung der Mitarbeiterin ergänzend in ihrem Arbeitsvertrag aufgenommen wurde. Dieser Prozess und die erarbeiteten Materialien wurden als Arbeitshilfe von der Agentur zusammengestellt und standen den am Projekt beteiligten Krankenhäusern zur Verfügung.

#### *Bestandsaufnahme zum Stand der Kooperation mit der Selbsthilfe vor Ort*

Begleitend wurde hausintern geprüft, mit welchen Selbsthilfegruppen bereits Kooperationsbeziehungen bestanden („Bestandsaufnahme“). Diese wurden in einem gesonderten Informationstreffen auf die Kooperation entlang den Qualitätskriterien vorbereitet.

Das Klinikum wie auch die weiteren beteiligten Projektkliniken waren überrascht, wie viele Selbsthilfegruppen bereits mit einzelnen Fachkliniken oder Berufsgruppen zusammenarbeiteten. Die Bestandsaufnahme lieferte eine Übersicht über bestehende Kooperationen und Bedarfe und ließ die Qualität der Kooperation erkennen. Ausgewählte Selbsthilfegruppen konnten als Mitwirkende für die Qualitätszirkelarbeit gewonnen werden. Interessierte Schlüsselpersonen unter den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden, die bereits eine intensive und zum Teil langjährig stabile Kooperation mit bestimmten Selbsthilfegruppen pflegten, konnten identifiziert, für ihr Engagement gewürdigt und für eine Beteiligung gewonnen werden. Außerdem konnte erfragt werden, ob es ein Interesse seitens des Krankenhauses an einer Kooperation mit Selbsthilfegruppen zu bestimmten Indikationen gab. Dies mündete dann in ein Kooperationsangebot an bestimmte Selbsthilfegruppen, die ihrerseits hierdurch motiviert wurden, aktiv mitzuwirken.

#### *Kooperationsvereinbarung schließen*

Die Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung musste als wichtiger strategischer Schritt für das Krankenhaus allen Mitarbeiter/innen im Krankenhaus bekannt sein. Die Unterzeichnung einer Kooperationsvereinbarung wird offiziell als Beginn des Weges zum selbsthilfefreundlichen Krankenhaus verstanden und sichert den damit verbundenen Maßnahmen, die von den Qualitätszirkeln entwickelt werden, eine ausreichende

Akzeptanz im Haus. Insbesondere legitimiert die Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung die Aktivitäten der/des Selbsthilfebeauftragten. Die Agentur entwickelte einen Kontrakt mit dem Klinikum Bielefeld, der dann für die anderen Standorte adaptiert wurde.

### *Interne und externe Kommunikation*

Neben der internen Kommunikation über die Gremien des Krankenhauses wie die „Chefarztkonferenz“ und die „Pflegekonferenz“ sowie hausinterne Medien („Mitarbeiterzeitung“) wurde über ein Pressegespräch die Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung auch nach außen kommuniziert. Diese fand bereits unter Beteiligung der örtlichen Selbsthilfegruppen statt, jedoch erst, nachdem die interne Kommunikation abgeschlossen war.

Die besondere Rolle des Klinikums Bielefeld im Pilotprojekt ermöglichte es, am Standort eine übergreifende Kick-off-Veranstaltung mit dem Klinikum Bielefeld durchzuführen, zu der interessierte Krankenhäuser, Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie Selbsthilfekontaktstellen aus Westfalen-Lippe eingeladen und erreicht werden konnten. In diese Veranstaltung konnten die bereits identifizierten Schlüsselpersonen sowie kooperierende Selbsthilfegruppen einbezogen werden, Kooperationserfolge und -hemmnisse thematisiert werden und das Konzept der qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Kooperation entlang den Kriterien überzeugend und praxisnah dargestellt werden.

Die Kick-off-Veranstaltung in Bielefeld diente als Beispiel für ein Veranstaltungsformat, das Eingang in den Transfer gefunden hat. Nach der positiven Resonanz am Pilotstandort wurde an allen Standorten eine Auftaktveranstaltung für den offiziellen Projektstart in Zusammenarbeit mit der Agentur konzipiert und umgesetzt.

Die Ausrichtung des Klinikums Bielefeld auf eine selbsthilfebezogene Patientenorientierung auf Grundlage der Qualitätskriterien Selbsthilfefreundlichkeit wurde darüber abgesichert, dass die Umsetzung der acht Kriterien Selbsthilfefreundlichkeit als strategisches Ziel in die Qualitätspolitik des Klinikums aufgenommen wurde.

Die Einführung des Konzepts Selbsthilfefreundlichkeit erfordert eine koordinierte und geplante Vorgehensweise. Die Arbeitsschritte für den Weg zum Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus lassen sich chronologisch aufzählen:

1. Kontaktaufnahme
2. Entscheidungsfindung
3. Kooperationsvereinbarung schließen
4. Selbsthilfebeauftragten benennen
5. Bestandsaufnahme der Selbsthilfe vor Ort
6. Interne Kommunikation im Krankenhaus
7. Externe Kommunikation vor Ort
8. Qualitätszirkel zur Umsetzung der Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliches Krankenhaus
9. Nachhaltigkeit sichern

In der konkreten Umsetzung, wenn interne Faktoren im Krankenhaus es erfordern, müssen diese nicht zwingend der Reihe nach bearbeitet werden. Der Start des Qualitätszirkels kann jedoch erst dann erfolgen, wenn die Punkte 1-6 bearbeitet worden sind.

Die einzelnen Arbeitsschritte wurden von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit kontinuierlich begleitet. Die jeweiligen Projektpartner Selbsthilfekontaktstelle und Selbsthilfegruppen wurden bei den notwendigen Arbeitsschritten mit einbezogen.

Voraussetzung für diesen Schritt war, dass die Selbsthilfekontaktstelle vor Ort ausreichend über das Projekt selbsthilfefreundliches Krankenhaus von der Agentur informiert worden war und sich bereit erklärt hatte, sich an dem Kooperationsprozess aktiv zu beteiligen.

Die Ansprache der Selbsthilfegruppen erfolgte durch die örtliche Selbsthilfekontaktstelle.

### **2.6.2.3 Die Umsetzung der Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – die Arbeit im Qualitätszirkel**

Kernstück auf dem Weg zum selbsthilfefreundlichen Krankenhaus ist die Implementierung der Qualitätskriterien über Qualitätszirkel. In diesem werden den Verantwortlichen im Krankenhaus von den Mitwirkenden geeignete Maßnahmen zur zeitnahen Umsetzung vorgeschlagen und Angebote der Unterstützung durch und mit der Selbsthilfe unterbreitet.

Das vorbereitete Setting für den Start der konkreten Qualitätszirkelarbeit mit den kooperierenden Selbsthilfegruppen, insbesondere auch die Kick-off-Veranstaltung im Klinikum Bielefeld wirkte auf alle Beteiligten im hohen Maße motivationsfördernd. Es entstand eine aufgeschlossene Grundhaltung, um einen neuen Weg in der Kooperation zu beschreiten.

Der Qualitätszirkel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus im Klinikum Bielefeld setzte sich interdisziplinär aus Vertretern der kooperierenden Selbsthilfegruppen, der Selbsthilfebeauftragten und der Selbsthilfekontaktstelle Bielefeld zusammen und wurde jeweils im Bedarfsfall um Mitarbeitende des Klinikums aus verschiedenen Fachrichtungen ergänzt. Die Moderation des Qualitätszirkels wurde von der Selbsthilfekontaktstelle Bielefeld übernommen, die am Pilotstandort auch die Rolle und Funktion der Agentur übernahm.

Ziel war es zunächst, die Qualitätszirkelarbeit bei den Beteiligten als geplantes Vorgehen zur Implementierung der Qualitätskriterien selbsthilfefreundliches Krankenhaus einzuführen.

Die bereits als interessierte Selbsthilfegruppen identifizierten sowie weitere der Selbsthilfekontaktstelle bekannte kooperationsinteressierte Selbsthilfegruppen wurden zu einem Informationstreffen von der Selbsthilfebeauftragten in die Klinik eingeladen. Die Begrüßung und Einstimmung erfolgte durch den ärztlichen Direktor des Klinikums Bielefeld – dies betonte den Stellenwert für die Entwicklung des Klinikums Bielefeld.

Den Selbsthilfegruppen wurde die Selbsthilfebeauftragte als zentrale Ansprechperson vorgestellt und die den Selbsthilfegruppen bekannte Selbsthilfekontaktstelle in ihrer Moderationsrolle eingeführt. Zeitnah fand dann die konstituierende Sitzung des Qualitätszirkels statt.

Die Qualitätszirkelarbeit folgte der aus dem Qualitätsmanagement bekannten Methodik, wurde jedoch entsprechend adaptiert: Der Bestandsaufnahme der aktuellen Situation (Sicherung der positiven Kooperationsaktivitäten, Benennung von Problempunkten/Defiziten) folgte die Formulierung von übergreifenden Zielen im Konsens. Damit konnte erreicht werden, dass der Prozess in einen größeren Zusammenhang eingebettet wurde, der die weiterreichende Perspektive des Engagements, aber auch die unterschiedlichen Aufgaben und Funktionen angemessen reflektierte.

Erst im nächsten Schritt wurden, unter Einbezug von bestimmten Berufsgruppen wie zum Beispiel der Pflege oder der Unternehmenskommunikation, des Beschwerdemanagements etc. konkrete Maßnahmen geplant. Zeitnah wurden mit der Umsetzung, bereits unter Beteiligung der Selbsthilfegruppen und der Selbsthilfekontaktstelle, begonnen und die jeweiligen Fortschritte jeweils in den folgenden Sitzungen im Sinne eine Kontrolle zum Stand der Umsetzung resümiert.

Bei der Erarbeitung stellte die Entwicklung von regelhaften Maßnahmen die Beteiligten vor die Herausforderung innerhalb der Grenzen ihrer Ressourcen zu planen.

Zunehmend entstand im Qualitätszirkel Verständnis für die unterschiedlichen Handlungszusammenhänge. Forderungen auf Seiten der Selbsthilfe wie z.B. die Unterstützung ihrer Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer Partnerschaft wurden als angemessen anerkannt und rückten gleichermaßen in das Bewusstsein der Unternehmenskommunikation. Hilfreich für das Verständnis auf Seiten der Selbsthilfe waren die Darstellung der Gesamtstruktur des Klinikums, die Vorstellung des Tagesablaufes eines Patienten sowie der Aufgaben der Krankenhausmitarbeiter. Die Beteiligten nutzten die sich im Qualitätszirkel entwickelnde offene Gesprächskultur auch, um ihre zum Teil negativen Kooperationserfahrungen anzusprechen und die damit verbundenen Frustrationen zu thematisieren. Aufgabe der Moderation war es so auch immer wieder, ausreichend Raum für diese Erfahrungen zu geben und mittels der Selbsthilfebeauftragten die Perspektive des Krankenhauses einzubringen.

Die Vor- und Nachbereitung der Qualitätszirkel erforderten eine ausführliche Abstimmung zwischen der Selbsthilfekontaktstelle/Agentur Selbsthil-



fefreundlichkeit mit der Selbsthilfebeauftragten und der jeweils einzubindenden Mitarbeitenden des Klinikums Bielefeld.

Da die Maßnahmen aus der Planung im Qualitätszirkel heraus unmittelbar praktisch umgesetzt wurden, zeigte sich direkt, an welchen Stellen korrigierend eingegriffen werden musste und wo noch Nachbesserungsbedarf war.

Es erwies sich zum Beispiel als unerlässlich, die vorgesehene Dokumentation der Kooperationsgespräche tatsächlich durchzuführen. In einem Kooperationsgespräch waren sich die Selbsthilfegruppe und die Selbsthilfebeauftragte sicher, dass die Kooperation bereits so stabil etabliert wäre, dass auf diesen scheinbar bürokratischen Akt verzichtet werden könnte. Sie wurden eines Besseren belehrt. Bereits nach zwei Monaten war nicht mehr zu ermitteln, in welcher personellen Zuständigkeit die regelhafte Information des Patienten auf der Station liegt.

Zu auftretenden Problemen wie zum Beispiel beim „Kriterium 2: Regelmäßige Information der Patienten“) wurden in gemeinsamen Beratungsgesprächen mit der Selbsthilfegruppe, der Selbsthilfebeauftragten und Mitarbeitern auf den Stationen Lösungen entwickelt. Die Selbsthilfekontaktstelle konnte in ihrer Moderationsrolle konfliktentschärfend wirken und gemeinsam mit den Beteiligten kleinschrittige Lösungsversuche, wie z.B. den Hinweis („An die Selbsthilfe gedacht?“) auf der Patientenakte, erarbeiten.

Die erarbeiteten Maßnahmen und Vorschläge eignen sich für den Transfer in andere Krankenhäuser wie auch für die Arbeit in den neuen (parallel entstandenen) Agenturen für die Unterstützung von Selbsthilfefreundlichkeit (siehe Anhang C Katalog möglicher Maßnahmen).

Insgesamt fanden 13 Sitzungen des Qualitätszirkels im Zeitraum von März 2009 bis Juli 2011 für jeweils 2 Stunden statt. Der Qualitätszirkel fand etwa alle 2 Monate statt.

Die 13. Sitzung des Qualitätszirkels diente als Abschluss und wurde als gemeinsame Selbstbewertung von Krankenhaus und Selbsthilfe (siehe Kapitel 2.7.3) durchgeführt.

#### **2.6.2.4 Nachhaltigkeit sichern – die Selbstbewertung und der Transfer der Maßnahmen ins Qualitätsmanagement**

##### *Die Selbstbewertung*

Das Modellprojekt Hamburg hatte bereits mit dem Instrument der Selbstbewertung die Arbeit im Qualitätszirkel abgeschlossen. Im Klinikum Bielefeld wurde dieser Prozess verändert und weiterentwickelt.

Nach wie vor galt die Vorgabe: Die im „Beziehungsdreieck“ (s. Abb. 2.6.1) am Qualitätszirkel beteiligten Partner können am besten beurteilen, ob und inwieweit die zu den Qualitätskriterien erarbeiteten Maßnahmen tatsächlich geeignet sind, die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus nachhaltig zu sichern.

Zur Durchführung der Selbstbewertung wählte der Qualitätszirkel einen Termin zur Überprüfung der Ergebnisse. Dabei galt: Stimmen die Mitwirkenden im Qualitätszirkel in der Bewertung überein, werden für das Qualitätskriterium die vereinbarten Maßnahmen entweder überarbeitet oder zur Aufnahme in das interne Qualitätsmanagement vorgeschlagen.

Für die Bewertung der Maßnahmen wählt der Qualitätszirkel eine vereinfachte PDCA-Systematik (s. 2.7.1), in welche die Mitwirkenden eingeführt wurden.

Zur Vorbereitung der Selbstbewertung im abschließenden Qualitätszirkel am 4. Juli 2011 im Klinikum Bielefeld, wurden die vorliegenden Protokolle aus den vorangegangenen Qualitätszirkeln für die strukturierte Durchführung einer Selbstbewertung aufbereitet. Ein zusammenfassender Ziel- und Maßnahmenkatalog zur Umsetzung der Qualitätskriterien im Klinikum Bielefeld wurde erstellt und diente als Grundlage der Sitzung und gleichzeitig als Nachweisdokument.

Für die Einführung in das Selbstbewertungsgespräch, zu den Fragestellungen und zum Protokoll der Selbstbewertung wurden Vorlagen und für die Mitwirkenden im Qualitätszirkel unterstützende Handouts erarbeitet. Diese enthielten zwei zentrale Leitfragen mit jeweils vier Konkretisierungsfragen zur systematischen Bewertung der Maßnahmen:

1. Leitfrage: „Tun wir das Richtige - verfolgt die Maßnahme das Ziel?“

Konkretisierungsfragen:

- „Ist die Maßnahme geplant (Plan)?“
- „Ist die Maßnahme umgesetzt (Do)?“
- „Wird die Maßnahme regelmäßig überprüft (Check)?“
- „Wird die Maßnahme daraufhin ggf. verändert? (Act)“

2. Leitfrage: „Tun wir das Richtige richtig – Ist die Maßnahme nachvollziehbar geregelt?“

Konkretisierungsfragen:

- „Ist Verantwortung und Zuständigkeit geregelt?“
- „Ist der Zeitpunkt der Durchführung festgelegt?“
- „Ist die Maßnahme dokumentiert?“
- „Ist die Überprüfung der Maßnahme festgelegt?“

Mittels dieses Fragenkatalogs waren die Selbsthilfegruppen in der Lage, die Maßnahmen im Konsensgespräch zu bewerten. Zum jeweiligen Status der Umsetzung gab es eine ausführliche Diskussion, bei der das bereits Erreichte gewürdigt, Schwächen analysiert und Vorschläge zur weiteren Bearbeitung gemacht wurden.

Die Ergebnisse der Selbstbewertung zur Umsetzung der Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliches Krankenhaus im Klinikum Bielefeld wurden auf den Protokollen von den mitwirkenden Selbsthilfegruppen, der Selbsthilfebeauftragten und der Vertreterin der Selbsthilfekontaktstelle Bielefeld (Agenturleitung) gegengezeichnet. Die Protokolle der Selbstbewertung weisen den erreichten Grad zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach, der im Fall des Klinikums Bielefeld überdurchschnittlich gut ausgefallen ist.

Den Selbsthilfegruppen wurde mit diesem Verfahren ein Instrument an die Hand gegeben, bei dem ihre Einschätzung zum Stand der Kooperati-

on von Bedeutung ist. Außerdem ist dieses Verfahren geeignet, um in der Folge kontinuierlich und vor allem eigenständig den erreichten Status zu überprüfen, Fehlerquellen zu identifizieren und daraus Verbesserungsvorschläge zu entwickeln.

Die Protokolle wurden vom Klinikum Bielefeld zusammen mit dem Qualitätsbericht zur Selbsthilfefreundlichkeit dem Netzwerk vorgelegt. Sie sind Voraussetzung für die Vergabe der Auszeichnungsurkunde. Standardisierte Materialien, die der Vorbereitung und Orientierung für die abschließenden Arbeitsschritte „Selbstbewertung“ und „Implementierung der Qualitätskriterien in das interne Qualitätsmanagement des Krankenhauses“ dienen, wurden nicht nur den Krankenhäusern in NRW sondern auch der Netzwerk-Koordination für die weitere Verwendung zur Verfügung gestellt.

#### *Die Implementierung der Qualitätskriterien in das interne QM*

Der nächste Prozessschritt zur Sicherung der Nachhaltigkeit („Implementierung in das interne Qualitätsmanagement“) erforderte die Abstimmung zwischen der Qualitätsbeauftragten und der Selbsthilfebeauftragten des Klinikums Bielefeld. Verabredet wurde, die Maßnahmen als Prozessanweisungen für den Transfer ins Qualitätsmanagement aufzubereiten. Die dazu erforderlichen Vorlagen wurden von der Selbsthilfebeauftragten zusammen mit der Projektentwicklung für die Implementierung der acht Qualitätskriterien in das interne Qualitätsmanagement verfasst (s. 2.7.3).

Darüber hinaus wurde der Vorschlag des Klinikums zur Darstellung der Selbsthilfefreundlichkeit im Qualitätsbericht entsprechend den Vorgaben mit der Projektentwicklung und Agenturleitung abgestimmt. Der Qualitätsbericht Selbsthilfefreundlichkeit wird auf der Homepage des Klinikums Bielefeld veröffentlicht ([www.klinikumbielefeld.de](http://www.klinikumbielefeld.de); s. a. Abschnitt 2.6.2).

#### **2.6.2.5 Die Auszeichnung zum Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus – den Prozess intern und extern darstellen**

Bei Projektstart in NRW war die Idee eines Qualitätssiegels nach dem Muster des Hamburger Modellprojekts (s. 2.2) deutlich in den Hintergrund gerückt. Das Interesse schien gering, dieses als Abschluss der Imple-

mentierung der Qualitätskriterien zu erhalten. Auch sollte das damit verbundene, für alle Beteiligten aufwändige Verfahren vermieden werden. Im Verlaufe des Modellprojektes in NRW wurde die Frage nach einer öffentlich sichtbaren Anerkennung aber erneut von den Krankenhäusern an die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit herangetragen.

Nach intensiver Diskussion im Netzwerk SPiG wurde „Auszeichnung“ (statt Qualitätssiegel) als Begriff gewählt und als Bestandteil der Leistungen aufgenommen.

Die Auszeichnung, die in Form einer Urkunde vergeben wird, ist neben der Mitgliedschaft im Netzwerk SPiG (siehe 6.2.4.2) an bestimmte Anforderungen gebunden, die vom Krankenhaus im Qualitätsbericht dargestellt und durch entsprechende Dokumente nachgewiesen werden müssen.

Der Qualitätsbericht zur Bewerbung für die Auszeichnung Selbsthilfefreundliches Krankenhaus muss folgende Informationen und Dokumente enthalten:

#### *Informationen*

##### 1. Deckblatt

Qualitätsbericht zum Abschluss des Prozesses „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“

im: Name der Gesundheitseinrichtung“

##### 2. Präambel/Vorwort (z.B. des Geschäftsführers),

Zielsetzung, die mit dem Prozess zur Selbsthilfefreundlichkeit verfolgt wird

Optional: Darstellung von umgesetzten Qualitätskriterien

##### 3. Nennung der in der Gesundheitseinrichtung auf dem Weg zur Selbsthilfefreundlichkeit Beteiligten:

- Selbsthilfebeauftragte/r (einschließlich Funktion, die diese/r in der Gesundheitseinrichtung sonst wahrnimmt)
- regionale Selbsthilfekontaktstelle
- örtliche Selbsthilfegruppen im Qualitätszirkel

- ggf. Agentur Selbsthilfefreundlichkeit
4. Unterschriften des Entscheidungsträgers und des/der Selbsthilfebeauftragten, die für die Erstellung des Berichts zuständig waren und die Richtigkeit der Angaben bestätigen.

#### *Dokumente*

1. Nachweis der Kooperation mit dem Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit (z.B. Kooperationsvereinbarung mit der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit oder Mitgliedschaft im Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit)
2. Abschlussprotokoll der gemeinsamen Selbstbewertung im Qualitätszirkel
3. Nachweis zur Implementierung der Qualitätskriterien im internen Qualitätsmanagement

Das Klinikum Bielefeld wählte eine Darstellungsform der Ergebnisse, die geeignet ist, einerseits den von der Agentur und Projektentwicklung als erforderlich gesehenen Anforderungen zu genügen, andererseits sowohl Patienten/Patientinnen und Angehörigen als auch Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen und Selbsthilfegruppen nahe zu bringen, welche Maßnahmen im Klinikum Bielefeld zur Verwirklichung der Kooperation mit der Selbsthilfe als Standard zu erwarten sind.

In dem Vorwort des Geschäftsführers zum Qualitätsbericht wird die Anforderung aufgegriffen, dass es auf der Leitungsebene ein deutliches Votum (Management-Strategie) für selbsthilfebezogene Patientenorientierung gibt.

Im Qualitätsbericht des Klinikums Bielefeld zum Abschluss des Projekts „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NRW“ heißt es im Vorwort des Geschäftsführers:

„In einem über zwei Jahre andauernden Prozess haben die Selbsthilfekontaktstelle Bielefeld und Vertreter von Bielefelder Selbsthilfegruppen in Zusammenarbeit mit dem Klinikum die Qualitätskriterien Selbsthilfefreundlichkeit umgesetzt. Die Ergebnisse dieses Prozesses werden Ihnen im Folgenden dargestellt. Das Klinikum Bielefeld war das erste Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen, welches an dem von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW initiierten Projekt zur Stärkung der Patientenorientierung teilnahm. Auch die

Auszeichnung zum ‚Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus‘ durch das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit wird bundesweit erstmalig an das Klinikum Bielefeld vergeben.

Die Arbeit innerhalb der Qualitätszirkel, die zweimonatig in den letzten zwei Jahren mit Vertretern der kooperierenden Selbsthilfegruppen und des Klinikums unter Moderation der Selbsthilfekontaktstelle Bielefeld stattgefunden haben, wurde von den Mitwirkenden mit viel Engagement und Kreativität bestritten. So konnten zur Umsetzung der Qualitätskriterien geeignete Maßnahmen erarbeitet werden, von denen insbesondere Patienten und ihre Angehörigen profitieren. Hier kann das Klinikum Bielefeld sicherlich mit gutem Beispiel für andere Krankenhäuser voran gehen.

Die Auszeichnung zum „Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus“ bedeutet für das Klinikum Bielefeld, dass ein weiterer Schritt in die richtige Richtung gemacht wurde - hin zu mehr Patientenorientierung (...)

Das Klinikum Bielefeld ist stolz darauf, sich ‚Selbsthilfefreundliches Krankenhaus‘ nennen zu dürfen und wird dieses Qualitätsmerkmal weiter entwickeln.“

Im Qualitätsbericht wird dann in systematischer Weise für jedes Kriterium beschrieben, welche Maßnahmen für das jeweilige Kriterium gewählt und durchgeführt wurden (s. [www.klinikumbielefeld.de](http://www.klinikumbielefeld.de) und Anhang C, in den die insgesamt in NRW gewählten Umsetzungsmaßnahmen als Beispiele guter Praxis eingeflossen sind).

In der Erarbeitung der Maßnahmen konnte vielfach schon auf gelungene Aktivitäten zurückgegriffen werden, die es zu sichern galt. Breiten Raum nehmen Maßnahmen ein, die die Selbsthilfegruppen für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter im Krankenhaus im wahrsten Sinne des Wortes (über Medien wie z.B. Info-Wände und Internetpräsenzen) *sichtbar* machen. Bei Veranstaltungen angemessen als Partner berücksichtigt und in Fachvorträgen als Kooperationspartner genannt zu werden, sind weitere Beispiele.

Voraussetzung für Kooperation ist auch, dass man wechselseitige Kenntnis voneinander hat, um Berührungspunkte zu ermitteln, aus denen Arbeitsbündnisse entstehen können. In gemeinsamen Kooperationsgesprächen stellten sich die Selbsthilfegruppen vor, berichteten konzentriert über ihre Arbeit und formulierten konkrete Kooperationsanliegen, die individuell mit der Station abgestimmt werden konnten.

Die Anerkennung der Betroffenenkompetenz als zentraler Baustein in interdisziplinären Schüler/Studentenforen ermöglicht es, dass die Teilnehmenden ein ganzheitliches Verständnis für die Erkrankung des Patienten entwickeln können. Mit dieser Maßnahme wird eine wesentliche Anforderung von Selbsthilfegruppen an die Versorgung bedient.

Für die Auszeichnung fordert der Qualitätsbericht das Abschlussprotokoll der Selbstbewertung (s. 2.7.3) auf das bereits im Vorwort des Geschäftsführers Bezug genommen worden ist. Das Klinikum Bielefeld hatte einen bereits recht hohen Erfüllungsgrad der Maßnahmen von überwiegend 80-100%. Die Selbstbewertung wird von den Beteiligten des Qualitätszirkels unterschrieben (Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstelle und Selbsthilfebeauftragten) und im Original der Bewerbung zur Auszeichnung beigelegt.

Für den Nachweis der Maßnahmen in das hausinterne Qualitätsmanagementsystem wählte das Klinikum Bielefeld nach Abstimmung die schon erwähnten (hausinternen) Prozessanweisungen.

Der Qualitätsbericht des Klinikum Bielefeld wurde engmaschig mit der Agenturleitung und der Projektentwicklung abgestimmt und diente als Grundlage für die Bewerbung zur Auszeichnung. Seitens des Klinikums Bielefeld galten die Anforderungen hierfür als umsetzbar und praxistauglich. Den am Projekt beteiligten Krankenhäusern diente der Bielefelder Qualitätsbericht als Beispiel guter Praxis ([www.klinikumbielefeld.de](http://www.klinikumbielefeld.de)).

Zum Abschluss des Prozesses am Pilotkrankenhaus Klinikum Bielefeld wurde das Engagement der Beteiligten in einer Veranstaltung, die überregionales Interesse fand, gewürdigt.

### **2.6.3 Erfahrungen zu Beratungs- und Umsetzungsprozessen in 13 Krankenhäusern NRW**

Ein wesentliches Ziel der Modellphase in Nordrhein-Westfalen war es auch, den Transfer der gesammelten ersten Erfahrungen in anderen Krankenhäusern zu erproben (finanziell gefördert durch BKK Bundesverband und BKK-Landesverband NORDWEST). Als erstes hatte das Klinikum Bielefeld in einem über zweijährigen Arbeitsprozess mit Vertretern und Vertreterinnen aus Selbsthilfegruppen und der Selbsthilfekontaktstel-



le Bielefeld erreicht, dass die Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit konsequent umgesetzt werden. Allgemeines Motiv für die Beteiligung von Krankenhäusern ist die Erkenntnis, dass sie durch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen auf strukturierte und systematische Weise ihre Patientenorientierung verbessern können. Der Dialog mit der Selbsthilfe trägt dazu bei, die Qualität der Versorgung im Krankenhaus weiterzuentwickeln.

Folgende Krankenhäuser sind im weiteren Verlauf mit der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit ein vertraglich vereinbartes Arbeitsbündnis<sup>3</sup> eingegangen und werden voraussichtlich bis Mitte 2012 die Auszeichnung als selbsthilfefreundliches Krankenhaus erhalten können:

- Augusta-Kranken-Anstalt Bochum, Bochum
- St. Marien-Hospital Mülheim, Mülheim an der Ruhr
- Klinikum Lippe-Lemgo, Detmold und Lemgo
- Universitätsklinikum Köln
- Valeo – Klinikverbund<sup>4</sup> mit den Standorten:
  - Ev. Krankenhaus Unna, Unna

---

<sup>3</sup> Die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit hat im Projektzeitraum mit 31 Krankenhäusern, zeitweise intensive Beratungskontakte in Abstimmung mit der jeweiligen regionalen Selbsthilfe durchgeführt, denen Aktivitäten zur Gestaltung der Kooperation mit der Selbsthilfe folgten wie z.B. Benennung einer Ansprechperson für die Selbsthilfe. Eine Verpflichtung auf die Qualitätskriterien und die Einrichtung von Qualitätszirkeln wurde jedoch nur als bedingt machbar gesehen. Die Gründe dafür waren unterschiedlich und hatten meist mit aktuellen Entwicklungen in den Krankenhäusern wie z.B. Geschäftsführerwechsel zu tun. In der letzten Projektphase ab 2010/2011 konnte das Beratungsangebot nur noch kostenpflichtig angeboten werden. Dieses wurden von den interessierten Krankenhäusern bisher abgelehnt.

<sup>4</sup> Der Valeo-Klinikverbund umfasst 13 Einrichtungen (Akut-Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen) in evangelischer Trägerschaft in Westfalen, wovon allerdings sich nur die obenstehenden beteiligten ([www.valeo-klinikverbund.de](http://www.valeo-klinikverbund.de)).

- Ev. Lukas-Krankenhaus, Gronau
- St. Johannisstift, Ev. Krankenhaus Paderborn gmbH
- Ev. Krankenhaus Johannisstift Münster
- Ev. Krankenhaus Hamm
- Ev. Lukas Krankenhaus Bünde
- Ev. Krankenhaus Lippstadt
- Ev. Krankenhaus Dortmund-Lütgendortmund.

Wie im Arbeitskonzept vorgesehen, haben diese ihrerseits mit den kooperierenden regionalen Selbsthilfekontaktstellen bzw. Selbsthilfebüros eigene Kooperationsvereinbarungen zu Inhalten und Gestaltung der Zusammenarbeit geschlossen.

Bei der Auswahl der Krankenhäuser, die Interesse an der Beteiligung am Projekt äußerten, wurde darauf Wert gelegt, ein möglich breites Spektrum hinsichtlich der Größe, Trägerschaft und regionaler Voraussetzungen zu erreichen. So gelang es im Projekt, sowohl ein kleines, aber regional verankertes Krankenhaus wie das St. Marien-Hospital Mülheim an der Ruhr wie auch ein in der Region aufstrebendes Krankenhaus wie das Klinikum Lippe-Lemgo mit zwei Standorten (Detmold und Lemgo) zu gewinnen. Auch das Universitätsklinikum Köln konnte gewonnen werden wie auch ein Krankenhausverbund. Letzterer war von besonderem Interesse, da bei der Umsetzung des Handlungskonzeptes in einem Krankenhausverbund erhebliche Synergieeffekte angenommen wurden.

Entscheidendes *Projektergebnis* war, dass sich *die Qualitätskriterien Selbsthilfefreundlichkeit*, unabhängig davon wie ein Krankenhaus strukturell, trägerbezogen und regional verankert ist, *in jedem Krankenhaustyp umsetzen lassen*.

Einzig einschränkende Voraussetzung ist: Selbsthilfegruppen müssen als Kooperationspartner zur Verfügung stehen.

Außerdem muss eine Selbsthilfeunterstützungsinstanz an dem Prozess beteiligt werden, da eine vermittelnde, auf die Selbsthilfe bezogene fachliche Instanz erforderlich ist.

Diese Annahme konnte im Projektverlauf nicht kritisch überprüft werden, da in Nordrhein-Westfalen mittlerweile zumindest eine Basisversorgung durch Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfebüros<sup>5</sup> flächendeckend erreicht ist. Interessant ist diese Frage allerdings für Regionen, in denen der Handlungsansatz Verbreitung finden soll, aber eine hinreichende Selbsthilfe-Unterstützungsstruktur fehlt.

Im Rahmen des Projektes konnte an zwei Standorten in Kooperation mit den örtlichen Selbsthilfe-Unterstützungsstellen erprobt werden, ob es gelingt, die *Qualitätszirkelarbeit zeitlich und örtlich zu konzentrieren* und von einer externen Instanz, der überregionalen Kontaktstelle durchführen zu lassen. Hintergrund war, dass die Selbsthilfekontaktstelle Dortmund bereits durch das Pilotprojekt „Selbsthilfefreundliche Arztpraxis“ stark beansprucht war und das Selbsthilfebüro Kreis Borken/Kreis Coesfeld zu dem aktuellen Zeitpunkt nur minimale Ressourcen zur Verfügung stellen konnte.

An den Standorten Ev. Lukas-Krankenhaus Gronau sowie Ev. Krankenhaus Lütgen-Dortmund wurden daher von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW in zwei jeweils eintägigen Qualitätszirkelworkshops die Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätskriterien erarbeitet. Die Selbsthilfekontaktstelle Dortmund bzw. das Selbsthilfebüro Kreis Borken/Kreis Coesfeld waren jedoch in der strukturgebenden Phase und beim Aufbau der Arbeitsbeziehung zentral beteiligt und selbstverständlich auch bei der Durchführung der Qualitätszirkel-Workshops.

Die Moderation der Workshops sowie die weiteren Arbeitsschritte (Selbstbewertung, Nachhaltigkeit sichern – Transfer ins Qualitätsmanagement, Auszeichnung) wurden hingegen von der Agentur Selbsthilfefreundlich-

---

<sup>5</sup> Ein Selbsthilfebüro ist eine Einrichtung zur Selbsthilfeunterstützung, die organisatorisch und trägerbezogen zu einer Selbsthilfekontaktstelle gehört, aber über eine deutlich geringere personelle Ausstattung verfügt. Selbsthilfebüros in diesem Sinn existieren nur in Nordrhein-Westfalen.

keit (in Abstimmung mit den Selbsthilfeunterstützungsstellen und den Krankenhäusern) erfolgreich durchgeführt. Dies gibt Hinweise darauf, dass durch die externe überregionale Agentur Selbsthilfefreundlichkeit der regional zu leistende Aufwand verringert werden kann und damit die örtliche Selbsthilfeunterstützungsstelle entlastet wird.

Erstmalig konnte auch die im neuen Beratungskonzept vorgesehene *Übergabe der Verantwortung für den Prozess an das Krankenhaus* („Steuerkreis“) erfolgreich kommuniziert und erprobt werden. Dieses Ergebnis war Voraussetzung dafür, dass die Idee entwickelt wurde, den Krankenhäusern mit dem Selbsteinschätzungsbogen ein Instrument an die Hand zu geben, den Prozess stärker eigenverantwortlich durchzuführen und eine ergänzende externe Beratung bei Bedarf als kostenpflichtige Dienstleistung anzubieten (siehe 2.7.4).

Die in Bielefeld entstandenen *Materialien zur Vorbereitung und Durchführung einer Selbstbewertung*, d.h. eine Muster-Prozessanweisung für den Gesamtprozess Selbsthilfefreundlichkeit sowie der Qualitätsbericht Selbsthilfefreundlichkeit des Klinikums Bielefeld, können anderen Krankenhäusern als *Orientierungsbeispiele*, dienen.

Sämtliche Arbeitsmaterialien wurden in einem Transfer-Ordner erfasst und gebündelt für die neuen Agenturen zur Verfügung gestellt. Eine ansprechend aufbereitete Fassung – so die Planung 2012 – soll im das Netzwerk SPiG für die Nutzung durch interessierte (Mitglieds-) Krankenhäuser zielgruppengerecht verfügbar sein.

Die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit stand allen am Projekt beteiligten Krankenhäusern, ihren Selbsthilfebeauftragten sowie den Selbsthilfekontaktstellen und Vertretern von Selbsthilfegruppen bzw. -organisationen als Ansprechpartnerin für inhaltliche, organisatorische und praktische Fragen bei der Umsetzung des Konzeptes zur Verfügung. Zu dieser Qualifizierungsarbeit gehörte auch die Kommentierung von Protokollen aus den Qualitätszirkeln der im Projekt mitwirkenden Krankenhäuser.

Anfragen aus den Krankenhäusern und aus der Selbsthilfe waren der Agentur willkommene Ansatzpunkte, um den Beratungsbedarf von Gesundheitseinrichtungen bei der Umsetzung des Handlungskonzeptes zu

erkennen und wurden für die Entwicklung von Arbeitsmaterialien in den jeweiligen Prozessschritten genutzt.

Zum Ende der Projektlaufzeit und über alle im Projekt beteiligten Krankenhäuser hinweg zeichnet sich ab, dass Krankenhäuser und Selbsthilfe zum jeweiligen Qualitätskriterium ähnliche Maßnahmen wählen, um ihre Kooperation konkret zu gestalten. Aus den vorliegenden Protokollen ergab sich ein Gesamtbild von möglichen Maßnahmen, die sich in den jeweiligen Häusern für eine Umsetzung der Qualitätskriterien eignen (s. Anhang C). Der Katalog wird kontinuierlich ergänzt und abschließend der Netzwerkkoordinatorin zur Verfügung gestellt.

In der Zusammenarbeit mit dem Valeo-Klinikverbund zeigte sich, dass es erhebliche *Synergien* gibt, wenn *in einem Klinikverbund* die Instanz des/der zentralen Selbsthilfebeauftragten installiert wird, über den/die Arbeitsschritte in den einzelnen Häusern zusätzlich koordiniert und begleitet werden. Es fanden gemeinsame, verbundweite Workshops zu speziellen Inhalten statt. Bei diesen Treffen wurden Maßnahmen wie z.B. Kooperationsgespräche geplant, Arbeitshilfen ausgetauscht, Internetpräsenzen abgestimmt etc. Aktuelle Neuigkeiten sowie Daten, Fakten und Termine wurden in der Mitgliedszeitschrift „Valeo-Mittendrin“ präsentiert. Der Verband Evangelischer Krankenhäuser in Rheinland/Westfalen/Lippe fördert gezielt Einzelaktivitäten wie z.B. Informationstafeln in den Verbundkrankenhäusern.<sup>6</sup> Die örtliche Pressearbeit zur „Einweihung“ dieser Tafeln wurde seitens der Agentur gemeinsam mit der Selbsthilfebeauftragten des Valeo-Klinikverbundes geleistet (Abstimmung von Presseartikeln, Einbindung der Klinikleitung und örtlicher Unterstützer etc.).

Gemeinsam mit den Selbsthilfebeauftragten des Valeo-Klinikverbundes konnten insgesamt drei 2-stündige Workshops und ein ganztägiger Workshop durchgeführt werden. Das Interesse der Selbsthilfebeauftrag-

---

<sup>6</sup> Der VDK-RWL stattet alle Standorte des Valeo - Klinikverbundes mit hochwertigen Informationstafeln aus, deren grafische Gestaltung die jeweilige Selbsthilfe-Kontaktstelle als Kooperationspartner ausweist. Zudem sind Fächer vorhanden, in denen die kooperierenden Selbsthilfegruppen ihre Flyer prominent präsentieren können. Die Abstimmung zur Gestaltung der Informationstafeln erfolgte mit der jeweiligen Selbsthilfe-Kontaktstelle über die Agentur Selbsthilfe-freundlichkeit.

ten der weiteren Krankenhäuser wurde zwar geäußert, aber die konkrete Bereitschaft, an einem überregional organisierten Workshop teilzunehmen, war nicht vorhanden.

Eine wichtige flankierende Maßnahme für die zunehmende Verbreitung und Verselbständigung des Umsetzungsprozesses war die *Qualifizierung weiterer Kontaktstellen für Unterstützungsleistungen* in Krankenhäusern, die die Qualitätskriterien entlang des Arbeitskonzeptes umsetzen wollten. Diese Qualifizierung geschah kontinuierlich: in der strukturgebenden Phase durch eine aktive Gestaltung des Prozesses durch die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit, im weiteren Verlauf sowohl durch die gemeinsame Bearbeitung der Protokolle der Qualitätszirkels als auch durch Telefonate oder Beantwortung von E-Mail-Anfragen, bei Bedarf auch durch persönliche Beratungstermine gemeinsam mit den Selbsthilfebeauftragten des jeweiligen Krankenhauses.

Mit den Selbsthilfekontaktstellen wurden von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit im Projektverlauf sechs ganztägige Qualifizierungs-Workshops durchgeführt, vor- und nachbereitet. Diese dienten zur Vorbereitung der Selbsthilfekontaktstellen auf die abschließenden Umsetzungsaufgaben und zum kollegialen Austausch. Inhaltliche Schwerpunkte waren die abschließende Moderation des Qualitätszirkels zur Selbstbewertung, das Beispiel einer Prozessanweisung für das interne Qualitätsmanagement und der kollegiale Austausch. Insgesamt schilderten die Selbsthilfekontaktstellen, dass die strukturierte und systematische Kooperation mit einer Einrichtung im Gesundheitswesen zu einer deutlichen Akzeptanzsteigerung für ihre Einrichtung geführt hat.

Die Fortbildung und Unterstützung der Kontaktstellen in NRW diente teilweise gleichzeitig zur Erfassung des Bedarfes für die *Qualifizierung von Mitarbeiterinnen in Unterstützungsagenturen für Selbsthilfefreundlichkeit* in andern Bundesländern (s. 6.2.3). Die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW beteiligte sich maßgeblich am insgesamt vierten Workshop der Agenturen Selbsthilfefreundlichkeit und bereitete die Inhalte für den kollegialen Austausch auf, damit die Agenturen (Baden-Württemberg, Niedersachsen und Hannover, Berlin-Brandenburg) die erforderlichen nächsten Konzeptschritte nachvollziehen konnten.

Die *Öffentlichkeits- bzw. Lobbyarbeit* an verschiedenen Standorten gehört auch zu den Aufgaben der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit. Die örtlichen Selbsthilfekontaktstellen und Krankenhäuser nutzen ihre lokale Kooperation im Rahmen des Projektes für ihre kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit. So finden sich diverse Artikel in Selbsthilfezeitungen und in der örtlichen Presse zu den Auftaktveranstaltungen. Bei der Erstellung der Artikel unterstützt die Agentur. Die Veröffentlichungen liegen der Agentur NRW vor und werden genutzt, um Anregungen für die Öffentlichkeitsarbeit an weiteren Standorten zu geben und sie in den Transfer an die neuen Agenturen einzubringen.

Als besondere Leistung der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit ist herauszustellen, dass es ihr durch ihren Status als *„externe Experten-Instanz“ für einen strukturierten Kooperationsansatz Selbsthilfefreundlichkeit* überall gelang, im Krankenhaus, bei den Selbsthilfekontaktstellen, bei den Selbsthilfegruppen sowie auf der Landesebene einen allgemeinen Bedeutungszuwachs für die Selbsthilfe zu erzielen. Hierdurch wurden auch der Aspekt der Patientenorientierung und die damit verbundenen Umsetzungsaktivitäten in Krankenhäusern besser verankert. Das Modellprojekt mit den Krankenhäusern in NRW wurde von allen Beteiligten als *„Wertsteigerung“* wahrgenommen und führte zu verstärkten Aktivitäten der Beteiligten in der Kooperation mit Patienten.

## **2.7 Zwei Ansätze zur Beurteilung von Selbsthilfefreundlichkeit: die Selbstbewertung im Qualitätszirkel sowie der Selbsteinschätzungsbogen für das Krankenhaus**

Monika Bobzien, Alf Trojan

### **2.7.1 Selbsthilfefreundlichkeit als beurteilbares Qualitätsmerkmal von Patientenorientierung**

In der fachlichen Diskussion über eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller Gesundheitsversorgung ging es von Anfang an auch um die Fragen, was zum Gelingen von Kooperationen beiträgt, wie aus einzelnen guten Kontakten und positiven Erfahrungen gemeinsam an übergreifenden Zielsetzungen gearbeitet werden kann und welche Anreize zur Kooperation zwischen Gesundheitseinrichtungen und Selbsthilfe geschaffen werden könnten. Erfolgsfaktoren sollten analysiert und ein verallgemeinerbarer Transfer von Beispielen guter Praxis systematisch vorangetrieben und strukturell abgesichert werden: Die Versorgungsqualität sollte über eine systematische und institutionelle Verbindung von Fach- und Erfahrungswissen weiter entwickelt werden (Vgl. Trojan A 1999, Findeiß P et al. 2000, Stark W 2001, Bobzien M et al. 2002, Borgetto B 2002, Bobzien M 2003).

Wie sich in den ab dem Jahr 2005 durchgeführten Projekten zur Selbsthilfefreundlichkeit im Bereich der Akutkrankenhäuser, im niedergelassenen Bereich wie auch in stationären Rehabilitationseinrichtungen gezeigt hat, lassen sich Anforderungen an eine gelingende Zusammenarbeit zwischen professioneller Versorgung und Selbsthilfe über Qualitätskriterien zur Selbsthilfe mit den am Kooperationsprozess beteiligten Akteuren erfolgreich definieren und in den jeweiligen Gesundheitseinrichtungen umsetzen. Die Qualitätskriterien sind darüber hinaus ein elementarer Bezugspunkt für die systematische Bewertung einer nachhaltigen Zusammenarbeit auf der operativen Ebene, das heißt im direkten Kontakt und im Alltagshandeln zwischen Gesundheitseinrichtung und Selbsthilfegruppe bzw. Selbsthilfe-Kontaktstelle. Kooperationsformen zwischen der Selbsthilfe und den Gesundheitseinrichtungen auf einem vereinbarten Niveau zu verstetigen, das Ergebnis transparent und beurteilbar zu ma-



chen und Kooperationsprozesse auf geplante Weise unter Beteiligung der relevanten Akteure optimieren zu können, ist ein Verdienst dieser Projekte, die auf den unterschiedlichen Versorgungsebenen regional angestoßen wurden (siehe Abschnitte 3.5 Arztpraxen und 4.3 Reha). Das in den Modell-Projekten zur Selbsthilfefreundlichkeit entwickelte Konzept führt weg von der Beschreibung punktueller episodischer Kooperationen, hin zu einer systemischen Sichtweise. In den Vordergrund rücken damit die strategische Verankerung von selbsthilfebezogener Patientenorientierung und deren systematische Weiterentwicklung in Gesundheitseinrichtungen.

Kernidee des Konzeptes Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen (vgl. Abschnitt 1.1) ist die konsequente Einbeziehung der am Kooperationsprozess Beteiligten von der Entwicklung krankenhauser interner Maßnahmen zur Kooperationsgestaltung auf der Grundlage der Qualitätskriterien selbsthilfefreundliches Krankenhaus bis hin zur Beurteilung der Umsetzungsqualität. Ob ein Krankenhaus „selbsthilfefreundlich“ ist, wird damit weitgehend auch davon abhängen, ob und wie es einer Gesundheitseinrichtung gelingt, den Prozess zur Einführung einer selbsthilfebezogener Patientenorientierung selbst als kontinuierlichen, kooperativen Prozess zu gestalten. Damit unterscheidet sich dieser Ansatz grundsätzlich von anderen Vorgehensweisen, nach denen Gesundheitseinrichtungen mit dem Label „selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ nach Außen gehen,<sup>1</sup> beziehungsweise ein „Gütesiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ erlangen (vgl. hierzu die Beispiele zu Kooperationsprojekten in Kärnten und Niederösterreich bei Forster/ Rojatz 2011).

Zum besseren Verständnis der beiden Beurteilungsansätze und deren Unterscheidung, sollen zuerst das Verfahren der „Selbstbewertung“ und das Instrument „Selbsteinschätzung“ erklärt werden. Diese Begriffe werden in der allgemeinen Literatur zu Beurteilungsmethoden häufig nicht auseinander gehalten, im Rahmen der beschriebenen Projekte zur Selbsthilfefreundlichkeit sind sie jedoch klaren Sachverhalten zugeordnet.

---

<sup>1</sup> Das Label „selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ wie auch andere Wortkombinationen um den Begriff „Selbsthilfefreundlichkeit“ herum sind nicht geschützt und werden von immer mehr Gesundheitseinrichtungen als Marketinginstrument verwendet (vgl. z.B. <http://www.uk-essen.de/aktuelles/newsletter/> zur „Selbsthilfefreundlichen Krankenhauslandschaft“ vom 23.3.2012).

Wie sich diese beiden Ansätze im Projektzusammenhang entwickelt haben, wie sie verwendet werden und in welchem Verhältnis sie zueinander stehen, wird in den daran anschließenden Abschnitten erläutert:

### „Selbstbewertung“

ist ein definierter Begriff aus dem Werkzeugkasten des Qualitätsmanagements. Eine Arbeitshilfe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zur Selbstbewertung des Qualitätsmanagements gibt folgende Definition: „Eine Selbstbewertung ist eine umfassende, systematische und regelmäßige Überprüfung der Tätigkeiten und Ergebnisse einer Organisation anhand eines Kriterienmodells, die von den betroffenen Mitarbeitern und Abteilungen selbst durchgeführt wird“ (BMFSFJ 1999: 12).

Gemeint ist damit ein systematisches *Verfahren*, mit dem die zu bewertenden Tätigkeiten und Ergebnisse als Folge von geplanten Aktivitäten an einem Soll-Standard gemessen werden. Ist, wie bei zufällig auftretenden Ergebnissen, im Vorfeld kein definiertes Ziel angegeben und auch nicht nachvollziehbar, auf welche Weise das Ergebnis zustande gekommen ist, kann kein Soll-Standard als „Messlatte“ angelegt werden. Der Nutzen von Selbstbewertungen wird u.a. darin gesehen, dass möglichst alle „Anspruchsgruppen“ daran beteiligt werden, und somit für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess sensibilisiert werden (BMFSFJ 1999: 12).

Zentraler Ansatzpunkt einer Selbstbewertung ist, dass ausgehend von der Vorstellung eines wünschenswerten Zustands (Soll = engl. Plan), Indikatoren entwickelt werden, mit denen erkannt werden soll, dass der gegenwärtige Zustand (Ist = engl. Do) dem erwünschten Zustand entspricht. Dieser Überprüfung (= engl. Check) folgen im Allgemeinen Konsequenzen (= engl. Act), z. B. wird ein Verbesserungsbedarf festgestellt. Die für die Selbstbewertung genutzte Systematik ist ein in sich schlüssiger Problemlösungsprozess, bekannt als PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) bzw. Demingkreis (Deming 1982), der auch in krankenhausrelevanten Qualitätsmanagementsystemen (beispielsweise KTQ®) angewendet wird. Die Selbstbewertung ist Grundlage für die Fremdbewertung im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens. Die Zertifizierungsstelle entscheidet auf der Basis des eingereichten Selbstbewertungsberichts, welche Daten in der unabhängigen Fremdbewertung (es findet eine Begehung

des Krankenhauses durch externe „Visitoren“ statt) vertieft überprüft werden.

Verfahren zur *Selbstbewertung* (durch das Krankenhaus) und zur *Fremdbewertung* (durch die Selbsthilfe) wurden erstmalig im Modellprojekt „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ erprobt (s. Abschnitt 2.2). Das aus dem Zertifizierungsverfahren von Qualitätsmanagementsystemen adaptierte Beurteilungsinstrumentarium (vgl. auch EFQM 1998) wurde im nachfolgenden Projekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NRW“ für die Zielgruppen modifiziert und auch unter dem Gesichtspunkt einer zumutbaren zeitlichen Belastung der Beteiligten weiterentwickelt. Es gelang dort vor allem, die *Selbstbewertung* bezüglich der Umsetzung der Qualitätskriterien direkt an diejenigen Akteure zu binden, die in Qualitätszirkeln zusammen an einem Katalog von geeigneten Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätskriterien vor Ort arbeiteten. Die im Qualitätszirkel vertretenen Mitwirkenden aus dem Krankenhaus und aus der Selbsthilfe beurteilen in einem jährlich terminierten *gemeinsamen Selbstbewertungsgespräch* auf strukturierte Weise (PDCA-Systematik), ob die anvisierten Ziele und Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätskriterien im Alltagshandeln des Krankenhauses umgesetzt werden. Die Ergebnisse aus dem so genannten Qualitätszirkel zur Selbstbewertung werden protokolliert und sind auch bei der Bewerbung für die Auszeichnung zum selbsthilfefreundlichen Krankenhaus mit einzureichen. Die ursprünglich getrennte Selbstbewertung des Krankenhauses und anschließende Fremdbewertung durch die Selbsthilfe, wie in Abschnitt 2.2 zum Hamburger Modell-Projekt ausgeführt, wurden also ersetzt durch eine, in einem einzigen Termin stattfindende gemeinsame, kooperative Bewertung von beiden beteiligten Seiten.

### „Selbsteinschätzung“

Mit diesem Begriff wurde im Rahmen des Projekts Selbsthilfefreundlichkeit ein Instrument – der „Selbsteinschätzungsbogen“ – belegt, mit dem ein Krankenhaus eine Standortbestimmung vornehmen kann, um festzustellen: Wo stehen wir in puncto selbsthilfebezogener Patientenorientierung? Welche Aspekte möchten wir verbessern, um selbsthilfefreundlich zu werden? Die Erfüllung der Anforderungen im „Selbsteinschätzungsbogen“ wird dabei ausschließlich vom Krankenhaus beurteilt und kann auch nur von diesem beurteilt werden, da entscheidende Schritte auf der Unternehmensebene gegangen werden müssen. Der Katalog der Anforder-

rungen bezieht sich auf Kernaufgaben einer Organisation, wie z.B. Verantwortung der Leitung oder das Qualitätsmanagement, in denen eine selbsthilfebezogene Patientenorientierung Berücksichtigung finden kann. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Standortbestimmung wird nicht davon ausgegangen, dass für eine selbsthilfebezogene Patientenorientierung in diesen Kernaufgaben bereits Ziele und Maßnahmen auf geregelte Weise entwickelt wurden. Vielfach zeigt die Erfahrung, dass es sich um punktuelle und episodische Ergebnisse auf der operativen Ebene, d.h. im Alltagshandeln des Krankenhauses, handelt, das oft vom persönlichen Engagement der Kooperationspartner Krankenhaus und Selbsthilfe geprägt ist.

Um sich mit den Anforderungen an Selbsthilfefreundlichkeit in der Patientenorientierung vertraut zu machen, kann der „Selbsteinschätzungsbogen“ in der Kurzversion auf der Homepage des Netzwerks abgerufen werden. Mitgliedern des Netzwerks „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ (SPiG) ermöglicht der „Selbsteinschätzungsbogen“ in der Langversion eine Fortschrittskontrolle auf dem Weg zur Selbsthilfefreundlichkeit. Der Selbsteinschätzungsbogen wird ergänzt durch ein weiteres Instrument, nämlich ein ähnlich strukturiertes Formblatt, genannt „Aktionsplan“, in dem die weiteren Schritte der Entwicklung festgehalten werden. Geplant ist, diese Instrumente die bislang nur Krankenhäusern zur Verfügung stehen (<http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de>), künftig auch für Arztpraxen und für Rehabilitationseinrichtungen auszuarbeiten.

Krankenhäuser, die nach Abschluss der regionalen Projekte zur Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen<sup>2</sup> (voraussichtliche Ende 2012) daran interessiert sind, die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe auf der Grundlage der Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit nachhaltig zu entwickeln, sollen darin mit den beschriebenen erprobten Verfahren unterstützt

---

<sup>2</sup> Neben der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW (seit 2008) wurden im Jahr 2010 drei weitere regionale Agenturen in Berlin-Brandenburg, Baden-Württemberg und Niedersachsen gegründet. Aufgabe der Agenturen ist es, im Rahmen des Projektes Selbsthilfefreundlichkeit interessierte Krankenhäuser und die Selbsthilfe vor Ort im Prozess der Einführung von Selbsthilfefreundlichkeit fachlich zu begleiten (siehe Abschnitt 6.2). Die Agenturen sind finanziert vom BKK BV sowie von den BKK Landesverbänden.

werden. Das Netzwerk SPiG fördert bundesweit auf vielfältige Weise die weitere Entwicklung und vergibt die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ nach festgelegten Vorgaben (vgl. Abschnitte 2.6 und 6.2).

Im Fokus der folgenden Abschnitte steht nun die Beschreibung, wie im Verlauf der aufeinanderfolgenden Projekte ein partizipatives Verfahren zur Beurteilung von Selbsthilfefreundlichkeit entwickelt und an die sich wandelnden Projektbedingungen angepasst werden konnte.

Mit dem Instrument des „Selbsteinschätzungsbogens“ liegt ein Erhebungsinstrument vor, das das beteiligungsorientierte Verfahren der „Selbstbewertung“ als Teil der Anforderungen erfragt. Die Einschätzung, wann eine Gesundheitseinrichtung selbsthilfefreundlich ist, bezieht daher implizit die Mitwirkung durch den Kooperationspartner Selbsthilfe mit ein.

Eine über das einzelne Krankenhaus hinausgehende Perspektive des nachhaltigen Transfers von Selbsthilfefreundlichkeit zeigen die Entwicklungen zum Stand der Implementierung von Selbsthilfefreundlichkeit in die für Gesundheitseinrichtungen relevanten Qualitätsmanagementsysteme. Auf diese Entwicklung soll in diesem Beitrag nur verwiesen werden (siehe dazu ausführlich Abschnitte 3.5 und 6.1).

### **2.7.2 Partizipative Verfahrensentwicklung im Hamburger Modellprojekt**

Schon im Jahre 1999 hat sich in Hamburg eine Initiative gegründet, die sich für ein Zertifikat „selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ einsetzte. Insbesondere ein Akutkrankenhaus im Stadtteil Eilbek des vormaligen Trägers Landesbetrieb Krankenhäuser GmbH (LBK) Hamburg, von dem sich später drei Häuser in neuen Trägerschaften am Hamburger Modellprojekt „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ (2005-2007<sup>3</sup>) beteiligten, hat diesen Prozess mitbefördert (vgl. Trojan und Estorff-Klee 2004). Angespornt wurde diese Initiative durch das Selbsthilfeforum, ei-

---

<sup>3</sup> Das Modellprojekt wurde von der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Hamburg in Trägerschaft des PARITÄTischen Wohlfahrtsverbandes Hamburg e.V., durchgeführt und vom BKK Bundesverband finanziert.

ner regelmäßig von der Selbsthilfe-Kontaktstelle (KISS) Hamburg organisierten Veranstaltung, das sich im Jahr 2003 dem Thema „Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern“ widmete, so dass zu Beginn des Modellprojekts bereits wesentliche und kooperationsbereite Akteure in den Startlöchern standen.

Eine entscheidende Rolle, vor welchem Hintergrund ein solches Qualitätssiegel an Krankenhäuser vergeben werden könnte, spielte die Qualitätsdebatte, die im Zuge der fortschreitenden Reformen im Gesundheitswesen immer mehr Einzug in die professionelle stationäre Versorgung hielt. Insbesondere der Fokus auf Patientenorientierung (vgl. Bleses 2005), den der Gesetzgeber mit dem Erlass des GKV-Gesundheitsreformgesetzes (2000) explizit forderte, kam der Idee des Modellprojektes „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ entgegen: *Patientenorientierung* umfasst nach traditionellem Verständnis,

- dass sich die gesamte Organisation mit ihren Strukturen, ihrer Unternehmenskultur und ihren Leistungen auf die Erfordernisse der Patient/innen ausrichtet und in allen direkten Kontakten mit einzelnen Patient/innen in der Kommunikation und Interaktion eine partnerschaftliche, auf Patientenbedürfnisse ausgerichtete Grundhaltung praktiziert.

*Selbsthilfebezogene Patientenorientierung* meint ein erweitertes Verständnis, nämlich

- dass das Handeln und Verhalten einer Institution einerseits gezielt durch aktives Informieren, Beteiligen und Befähigen Patienten an die Selbsthilfe heranführt und andererseits nicht nur auf individuelle Patienten und Patientinnen, sondern auch „systematisch“ auf Selbsthilfeszusammenschlüsse orientiert ist.

Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtungen fördern insbesondere die Kooperation mit Selbsthilfeszusammenschlüssen von Patienten und Patientinnen bzw. Angehörigen in einem Indikationsgebiet, wobei die psychosoziale Unterstützung und Anleitung der Patienten und Patientinnen bzw. Angehörigen zur Selbsthilfe von den Akteuren als komplementär zum ärztlichen / pflegerischen Handeln wahrgenommen wird.

Eine so verstandene Patientenorientierung verändert die Arzt-Patienten-Beziehung und geht beidseitig von einem neuen Rollenverständnis aus,

das zum Eingehen neuer Partnerschaften führen kann. Anerkannt wird, dass Patienten und Patientinnen als Koproduzenten im Therapieprozess gleichwertige Partner zum medizinischen Betrieb sind und die Leistungen der Selbsthilfe (als ein Zusammenschluss von gleich betroffenen Patienten und Patientinnen bzw. Angehörigen, die einerseits indikationsbezogen über Erfahrungswissen verfügen und andererseits als Nutzer die Leistungen des Anbieters in Anspruch nehmen) einen komplementären Beitrag zur Qualitätsentwicklung der Gesundheitseinrichtung darstellen können.

Das Hamburger Modellprojekt, in dem unter Beteiligung der Selbsthilfe und zusammen mit den Qualitätsbeauftragten aus drei Akutkrankenhäusern intensiv die Qualitätskriterien für ein Selbsthilfefreundliches Krankenhaus erarbeitet wurden, hat sich erstmals mit der Frage auseinandergesetzt, wann denn ein Krankenhaus „selbsthilfefreundlich“ ist und wie dies durch wen und auf welche Weise nachgewiesen werden kann. Deutlich wurde allen Beteiligten, dass für die Qualifizierung zum Qualitätssiegel ein praktisches und nachvollziehbares Verfahren geschaffen werden muss, um die Vergabe der Auszeichnung eines Krankenhauses nach Innen und nach Außen glaubwürdig zu kommunizieren (vgl. Bobzien 2006).

#### *Anlehnung an das Bewertungsverfahren von KTQ®*

Eine klare Vorgabe der beteiligten Krankenhäuser im Modellprojekt war, dass zur Erfüllung der Vorgaben für ein Qualitätssiegel kein zusätzlicher Aufwand in den Häusern über ein neues Verfahren zur Überprüfung der operativen Umsetzung der Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliches Krankenhaus betrieben werden sollte. Alle drei Krankenhäuser befanden sich zum Zeitpunkt der Kooperation mit dem Modellprojekt in der Vorbereitungsphase zur KTQ®-Zertifizierung<sup>4</sup>, so dass vorgeschlagen wurde, das Vergabeverfahren für das Qualitätssiegel kompatibel zur Systematik des KTQ®-Zertifizierungsverfahrens zu entwickeln. Die daraus zu entwickelnde Vorgehensweise und die Nutzung der KTQ®-Materialien erfolgte in Absprache mit der KTQ®-GmbH und legte den Grundstein für eine späte-

---

<sup>4</sup> KTQ® steht für Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Weiterführende Informationen können unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abgerufen werden.

re Zusammenarbeit, bei der die Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliches Krankenhaus in das KTQ®-Manual Krankenhaus (2009) in mehrere Kategorien zur Selbstbewertung eingearbeitet wurden (s. Abschnitte 2.2 und 6.1).

Für die im Zertifizierungsverfahren vorgegebene *Selbstbewertung* wie auch für die *Fremdbewertung* (audit) wurden daraufhin für einen „Probelauf“ sieben Fachabteilungen in zwei kooperierenden Krankenhäusern ausgewählt, die sich bereit erklärten, erstens eine Selbstbewertung zu Fragen von Selbsthilfefreundlichkeit auf der Grundlage der Qualitätskriterien durchzuführen und sich zweitens einer Fremdbewertung mit Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe zu stellen. Mit den Qualitätsbeauftragten beider Häuser wurden dafür zu den relevanten Kategorien des seinerzeit vorliegenden KTQ®-Manuals, Version 5.0 (zu Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Informationswesen, Krankenhausführung, Qualitätsmanagement) Fragestellungen ergänzt, die geeignet waren, die Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliches Krankenhaus abzubilden. Darüber hinaus wurde die von KTQ® vorgeschlagene Bewertungssystematik „Plan-Do-Check-Act“ übernommen. Die Bewertung nach PDCA erfolgt in einem Kreislauf prozessorientiert: Einer systematischen Planung mit festgelegten Zielen und Verantwortlichkeiten folgt die Beschreibung der durchgeführten Prozesse bzw. Maßnahmen, auf welche Weise sie überprüft werden und welche Konsequenz für weiteres Handeln daraus entsteht, das erneut in den Planungsprozess einfließt. Der *Erfüllungsgrad* der Umsetzung der Qualitätskriterien bemisst sich neben dem Erreichungs- und Durchdringungsgrad<sup>5</sup> danach, in wieweit geeignete Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätskriterien im Krankenhaus / in der Fachabteilung entsprechend dieser Logik nachvollziehbar geregelt sind.

Entsprechend der Philosophie einer beteiligungsorientierten Vorgehensweise im Modellprojekt war vorgesehen, dass die am Projekt mitwirkenden Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe in die Lage versetzt werden, die von den Fachabteilungen eingereichten Selbstbewertungsberichte kompetent auszuwerten, die Ergebnisse auf geeignete Weise zurück-

---

<sup>5</sup> Nach KTQ® ist für die Bewertung des Erreichungsgrades die Qualität der Kriterienerfüllung ausschlaggebend, bei dem Durchdringungsgrad wird die Breite der Umsetzung im Hause bewertet.



zukoppeln und im Anschluss mit geeigneten Fragen an der Fremdbewertung (Audit) mitzuwirken. Für diese Aufgaben wurden sie von der Projektentwicklerin geschult und von den Qualitätskoordinatoren der Krankenhäuser fachlich unterstützt. Konkret wurden Visitorentams gebildet, die ausgewählte Fachkräfte in den Fachabteilungen interviewten, mit Ihnen eine Begehung auf Station vornahmen und ein Abschlussgespräch mit allen Beteiligten einschließlich der Leitungsebene führten. Die Eindrücke und Ergebnisse aus den Verfahrensschritten flossen zusammengefasst in einen *Qualitätsbericht* ein. Mit Vorlage des Qualitätsberichts durch das Krankenhaus ging die Vergabe des Qualitätssiegels Selbsthilfefreundliches Krankenhaus durch die Selbsthilfe einher.

#### *Das Hamburger Modellprojekt: Lessons learned*

Selbstbewertung (durch das Krankenhaus) und Fremdbewertung (durch die Selbsthilfe) waren im Hamburger Modellprojekt notwendige Verfahrensschritte, um eine Vergabe des Qualitätssiegels Selbsthilfefreundliches Krankenhaus auf der Basis von Qualitätskriterien plausibel zu begründen. Die zuerst aus Gründen der Akzeptanz übernommene Logik des Bewertungsverfahrens von KTQ® stellte sich als effektive wenn auch für alle Beteiligten aufwendige Vorgehensweise heraus, die methodisch jedoch gestrafft werden könnte, ohne dabei den mit dem Modellprojekt beabsichtigten partizipativen Charakter zu verlieren.

Für die Bewertung des Erreichungs- und Durchdringungsgrades eines Qualitätskriteriums Selbsthilfefreundliches Krankenhaus waren erstmals *Indikatoren* entwickelt worden, mit denen ein Erfüllungsgrad ermittelt werden konnte, inwieweit Selbsthilfefreundlichkeit auf der operativen Ebene umgesetzt ist (indem beispielsweise geregelt<sup>6</sup> ist, dass dem Patienten oder der Patientin bzw. einem Angehörigen beim Entlassungsgespräch der Besuch einer Selbsthilfegruppe empfohlen wird; als Indikator dient der entsprechende Vermerk in der Patientendokumentation).

---

<sup>6</sup> Eine Maßnahme ist dann *geregelt*, wenn nachvollzogen werden kann, wer für die Durchführung der Maßnahme verantwortlich/zuständig ist, zu welchem Zeitpunkt sie durchgeführt wird, wo sie dokumentiert ist und wie sie in Bezug auf die Zielsetzung überprüft wird.

Eine selbsthilfebezogene Patientenorientierung schon während der zweijährigen Laufzeit des Modellprojekts *strukturell* zu verankern, hätte sich unter den gegebenen Rahmenbedingungen bei den kooperierenden Krankenhäusern nicht realisieren lassen. Das heißt, die Aktivitäten und das Engagement zur Selbsthilfefreundlichkeit auf der operativen Ebene fanden noch keine Entsprechung in den übergeordneten Zielen, wie beispielsweise im Leitbild, in der Qualitätspolitik, in der Unternehmenskommunikation und im internen Qualitätsmanagement. Somit bestand weiterhin das Risiko, dass eine gute Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe in der Fachabteilung nicht fortgeführt wird, sobald das persönliche Engagement eines der Protagonisten auf dieser Ebene ausfällt.

Wegweisend war es jedoch gelungen, dass in den kooperierenden Häusern die Stelle eines / einer Selbsthilfebeauftragten mit klarer Zuordnung von Verantwortung und Aufgaben eingerichtet werden konnte. Darüber hinaus wurden verschiedentlich auch schriftliche Vereinbarungen zwischen Selbsthilfegruppen und Fachabteilungen zur Ausgestaltung der Kooperation geschlossen. Dass solche Ansätze einer nachhaltigen Implementierung von Selbsthilfefreundlichkeit zu optimieren wären, darauf weisen auch die Ergebnisse der Fallstudien von Krankenhäusern hin, die in Abschnitt 2.5 vorgestellt werden.

### **2.7.3 Nachhaltigkeit sichern im Modellprojekt mit Krankenhäusern in NRW**

Eine der Schlussfolgerungen aus den Erfahrungen des Hamburger Modellprojekts war, in der Fortführung des Konzepts Selbsthilfefreundliches Krankenhaus mit Akutkrankenhäusern in Nordrhein-Westfalen (2008-2012) das Verfahren zur Überprüfung von Selbsthilfefreundlichkeit noch stärker der partizipativen Logik des Konzepts anzupassen. Zum anderen sollten mit Unterstützung des Projekts auf der Entscheidungsebene des Krankenhauses Maßnahmen ergriffen werden, mit denen sich nach Beendigung der Mitwirkung am Projekt Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NRW das Erreichte aufrecht erhalten und dauerhaft in einen Regelbetrieb überführen ließ. Diese Überlegungen waren umso geeigneter, als nach und nach die Idee „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ immer mehr Krankenhäuser anzog, aber auch die Selbsthilfe an mehreren Standorten initiativ wurde, die fachliche Begleitung dagegen projektbedingt zeitlich befristet war (vgl. auch Abschnitt 2.6).

Damit das Krankenhaus wie auch die kooperierenden Selbsthilfegruppen ihre vereinbarten Kooperationsprozesse überprüfen und auch künftig lebendig halten können, wurden im Projekt zwei Vorgehensweisen erprobt

- eine *geregelt Selbstbewertung* (durch die Akteure) auf der Grundlage der vereinbarten Ziele und Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliches Krankenhaus,
- eine Aufnahme der Qualitätskriterien selbsthilfefreundliches Krankenhaus in das *Überprüfungsverfahren des internen Qualitätsmanagements*.

Am Beispiel des Standortes Klinikum Bielefeld Mitte, das sich als Pilotkrankenhaus im September 2011 erstmals für die Auszeichnung Selbsthilfefreundliches Krankenhaus qualifizierte (vgl. [www.klinikumbielefeld.de/index.php/aktuelle-nachricht/items/auszeichnung-zum-selbsthilfefreundlichen-krankenhaus](http://www.klinikumbielefeld.de/index.php/aktuelle-nachricht/items/auszeichnung-zum-selbsthilfefreundlichen-krankenhaus)) werden diese Arbeitsschritte nachfolgend beschrieben.

### **Selbstbewertung im Qualitätszirkel**

Damit die Vorschläge zur Umsetzung der Qualitätskriterien aus der Selbsthilfe wie auch aus dem Krankenhaus zu einem von den Beteiligten getragenen Ergebnis führen, wurden in allen kooperierenden Krankenhäusern des Projekts Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NRW *Qualitätszirkel* gebildet. Diese aus dem Qualitätsmanagement adaptierte Methodik zur schrittweisen Verbesserung beruht auf dem Gedanken, dass die Zugehörigkeit zu einem Qualitätszirkel die Aufgeschlossenheit der Mitarbeiter/innen für das Lösen von Problemen begünstigt, wenn sie dazu aktiv zusammenarbeiten.

Übertragen auf den partizipativen Ansatz des Projekts, konnte im Qualitätszirkel erreicht werden, dass innerhalb eines überschaubaren Zeitrahmens eine kontinuierliche und systematische Bearbeitung von Zielen und Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätskriterien stattfand. Darüber hinaus blieben die Mitwirkenden des Qualitätszirkels bis einschließlich des letzten Arbeitsschritts der *Ergebniskontrolle* eingebunden, so dass nach einer festgelegten Zeitspanne der Erfolg der bis dato umgesetzten Maßnahmen überprüft werden konnte.

Die am Qualitätszirkel mitwirkenden Selbsthilfegruppen, die Selbsthilfe-Kontaktstelle und die Selbsthilfebeauftragte des Krankenhauses sollten die konkreten Möglichkeiten und Wirkungen der Ziele und Maßnahmen, die sie mitgestalten, von denen sie selbst betroffen waren oder die sie aus eigener Anschauung kennen, zu einem festgelegten Zeitpunkt auch beurteilen können. Dazu wurden die Mitwirkenden von der Projektentwicklerin (M. B.) einerseits in die *Qualitätszirkelarbeit* wie auch in die Methode der *Selbstbewertung* eingeführt.

Im Selbstbewertungsgespräch im Qualitätszirkel wurden die Maßnahmen, mit denen das Krankenhaus die Ziele zur Umsetzung der Qualitätskriterien erreichen wollte, systematisch zu den folgenden Aspekten befragt:

- Die vereinbarten Maßnahmen *eignen* sich, um die gesetzten Ziele zu verfolgen und sie werden im Krankenhaus *umfassend* gelebt (Erreichungs- und Durchdringungsgrad).
- Die vereinbarten Maßnahmen sind nachvollziehbar *geregelt* (in Bezug auf Verantwortung, Dokumentation etc.).

Wie bereits im Hamburger Modellprojekt erprobt, wurde auch hier die PDCA-Systematik angewendet. Der im Selbstbewertungsgespräch herausgearbeitete Erfüllungsgrad für jedes Qualitätskriterium wurde dokumentiert und zusammen mit den Verbesserungsvorschlägen den relevanten Stellen im Krankenhaus vorgelegt.

Abschließend wurde im Qualitätszirkel mit allen Beteiligten verbindlich ein Folgetermin für ein Selbstbewertungsgespräch im darauf folgenden Jahr vereinbart, zu dem die Selbsthilfebeauftragte des Krankenhauses einlädt. Diese Verabredung zur Fortschrittsüberprüfung im Qualitätszirkel ist Teil des von allen Beteiligten unterzeichneten Protokolls.

### **Verankerung der Qualitätskriterien im internen Qualitätsmanagement**

Das Klinikum Bielefeld, das Selbsthilfefreundlichkeit als einen schnittstellenübergreifenden und standortübergreifenden Prozess versteht, hat sich bereit erklärt, die Qualitätskriterien selbsthilfefreundliches Krankenhaus in das interne Qualitätsmanagement einzupflegen. Dazu wurden in Zusammenarbeit mit der Projektentwicklerin von der verantwortlichen Qualitäts-

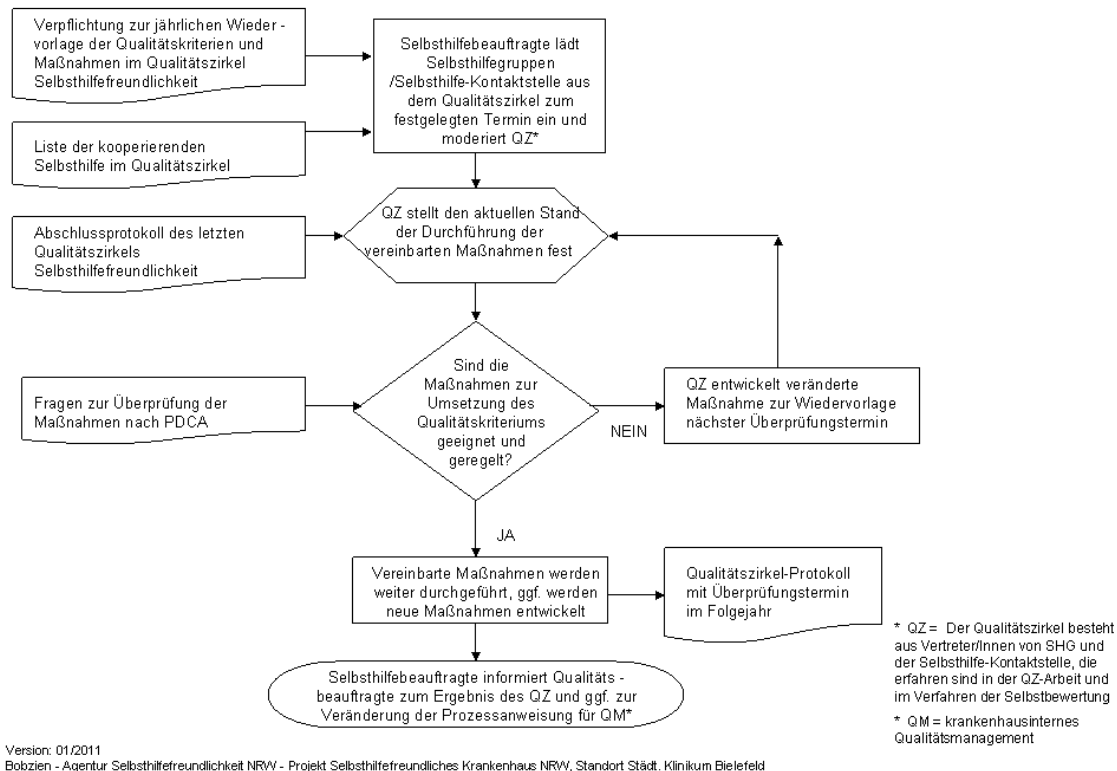
beauftragten und der Selbsthilfebeauftragten des Hauses Prozessanweisungen erstellt, mit denen die Qualitätskriterien formal in Kraft gesetzt werden. Die Prozessanweisung beschreibt für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses

- Ziel und Zweck eines jeden Qualitätskriteriums
- Geltungsbereich sowie die Verantwortlichkeiten / Zuständigkeiten der Aufgabenträger zur Umsetzung des Ziels
- wie vereinbarte Maßnahmen ablaufen, wie sie geregelt, dokumentiert und mit welchen Dokumenten hinterlegt sind

Regelung des Änderungsdienstes, mit denen die Prozesse aktuell gehalten werden sollen. Das heißt, dort fließen einerseits die Ergebnisse des jährlichen Selbstbewertungsgesprächs im Qualitätszirkel mit der Selbsthilfe ein, wie auch die Ergebnisse aus den internen Audits, die im Rahmen des internen Qualitätsmanagements regelmäßig durchgeführt werden.

Ein der Prozessanweisung hinterlegtes Flussdiagramm veranschaulicht darüber hinaus die Vorgehensweise zum jährlichen Selbstbewertungsgespräch im Qualitätszirkel.

### Jährliche Überprüfung zur Umsetzung der Qualitätskriterien im Qualitätszirkel Selbsthilfefreundlichkeit



Das Klinikum Bielefeld will über eine systematische Überprüfung und Verbesserung von Selbsthilfefreundlichkeit mit den am Prozess Beteiligten auch eine Evaluierung der Effekte auf die konkrete Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Selbsthilfegruppen erreichen. Darüber hinaus ist beabsichtigt, Selbsthilfefreundlichkeit als kontinuierlichen Prozess im internen Qualitätsmanagement mit folgenden Maßnahmen zu verankern:

- Entwicklung von Fragestellungen, mit denen die Prozessanweisungen zur Umsetzung der Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit in das interne Audit eingebunden werden,
- Einbindung des übergreifenden Prozesses zur Selbsthilfefreundlichkeit in das zentrale Fehlermanagement im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses,
- Aufnahme des übergreifenden Prozesses zur Selbsthilfefreundlichkeit in das Management Review (QM-Bewertung durch oberste Leitung), womit langfristig eine stärkere Durchdringung von Selbsthilfefreundlichkeit in allen Kliniken erreicht werden soll,

- regelmäßige Vorstellung des Projektstands und der Implementierungsschritte des Prozesses durch die Qualitätsbeauftragte und durch die Selbsthilfebeauftragten in der QM-Kommission,
- eine Fortschreibung zur Selbsthilfefreundlichkeit im Qualitätsbericht des Hauses alle zwei Jahre. Das Projekt ist im Bericht 2010 erstmalig erwähnt, zusammen mit den Qualitätskriterien und den vom Krankenhaus angestrebten Maßnahmen zur Umsetzung (vgl. [http://www.klinikumbielefeld.de/tl\\_files/dateidownloads/Qbericht2010.pdf](http://www.klinikumbielefeld.de/tl_files/dateidownloads/Qbericht2010.pdf), S. 264 ff.)

### *Das Projekt Selbsthilfefreundlichkeit NRW: Lessons learned*

Das Verfahren der Selbstbewertung konnte im Projekt weiter systematisiert und im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit erprobt werden. Es eignet sich für die Umsetzungskontrolle der Qualitätskriterien selbsthilfefreundliches Krankenhaus auf der *Handlungs- bzw. operativen Ebene*. Voraussetzung für tragfähige Ergebnisse aus der Selbstbewertung ist allerdings eine konsequente Moderation der *vorangegangenen Qualitätszirkel* mit protokollfähigen Ergebnissen in Bezug auf vereinbarte Ziele und geregelte Maßnahmen zum jeweiligen Qualitätskriterium. Die sorgfältige Dokumentation der Ergebnisse des Selbstbewertungsgesprächs ist wiederum Bedingung, damit im Folgejahr eine Fortschrittsüberprüfung auf einer aussagekräftigen Grundlage stattfinden kann.

Die *strukturelle* Verankerung von Selbsthilfefreundlichkeit ist mit der Entwicklung von Dokumenten zur Implementierung der Qualitätskriterien selbsthilfefreundliches Krankenhaus in das *interne Qualitätsmanagement* qualitativ wieder einen Schritt vorangekommen. Darüber hinaus konnte mit der Anforderung zur Festlegung von Aufgaben und Befugnissen die Funktion der Selbsthilfebeauftragten formal gestärkt werden. Diese Schritte, die im Projekt Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NRW auch von anderen kooperierenden Krankenhäusern gegangen werden, werden auch durch den Anreiz gefördert, dass von Seiten des Netzwerks SPiG eine Auszeichnung zum Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus verliehen wird, wenn die beschriebenen Voraussetzungen nachgewiesen werden.

Aufgrund der Vielfalt der am Projekt beteiligten Häuser in Bezug auf Größe des Hauses, Trägerschaft und regionale Voraussetzungen auf Seiten

der Selbsthilfe, wurde im Laufe des Projektzeitraums in den jeweiligen Qualitätszirkeln ein Katalog von Maßnahmen erarbeitet, der interessierte Krankenhäuser inspirieren kann, wie sie Selbsthilfefreundlichkeit auf der operativen Ebene umsetzen können. Zum Ende der Projektlaufzeit und über alle im Projekt beteiligten Krankenhäuser hinweg zeichnet sich ab, dass Krankenhäuser und Selbsthilfe zum jeweiligen Qualitätskriterium ähnliche Vorgehensweisen wählen, um ihre Kooperation konkret zu gestalten. Auf der *Handlungsebene* des Krankenhauses bildet der Maßnahmenkatalog mit Umsetzungsbeispielen (vgl. Anhang C) daher einen wichtigen Bezugsrahmen, der auch bei der Ausgestaltung des nachfolgend beschriebenen Selbsteinschätzungsbogens berücksichtigt wurde.

Letztlich hat sich im Projekt Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NRW gezeigt, dass eine regelmäßige Selbstbewertung im Qualitätszirkel zur Umsetzung der Qualitätskriterien auf der Handlungsebene sowie eine Implementierung im operativen Bereich des internen Qualitätsmanagements alleine nicht ausreichen, um den Prozess Selbsthilfefreundlichkeit in den Krankenhäusern stabil und übergreifend einzuführen. Vielfach konnte im Projektzeitraum beobachtet werden, dass bereits vereinzelt gute Ansätze zur Kooperation mit Selbsthilfe bestehen, die jedoch in kein übergreifendes Konzept eingebettet sind. Weitere strukturelle und strategische Rahmenbedingungen sind nötig, wenn eine selbsthilfebezogene Patientenorientierung auf breiter Basis im Hause umgesetzt und nachhaltig gelebt werden soll.

#### **2.7.4 Der Selbsteinschätzungsbogen zur Selbsthilfefreundlichkeit**

Mit dem Übergang von der kostenlosen Begleitung und Beratung zur Selbsthilfefreundlichkeit durch die regionalen Agenturen zu einem kostenpflichtigen Dienstleistungsangebot zur Vorbereitung auf die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ durch das Netzwerk SPiG (s. Abschnitte 2.6 und 6.2) wird interessierten Krankenhäusern im Internet ein Instrument zur Verfügung gestellt, mit dem sie ihre bisherigen Aktivitäten bezüglich Selbsthilfefreundlichkeit einordnen können.<sup>7</sup> Die Selbstein-

---

<sup>7</sup> Der Selbsteinschätzungsbogen ist abrufbar unter [www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)



schätzung zur Selbsthilfefreundlichkeit wird ausschließlich von der professionellen Seite ausgefüllt.

Der Selbsteinschätzungsbogen zur Selbsthilfefreundlichkeit profitiert von den Ergebnissen und Erfahrungen aus den fachlichen Begleitprozessen des Projekts Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NRW. Dazu werden auf die Homepage des Netzwerks SPiG sukzessive Materialien eingestellt, die Mitgliedskrankenhäusern die Einführung von Selbsthilfefreundlichkeit auf der Handlungsebene erleichtern. Gleichzeitig soll bei der Umsetzung von Selbsthilfefreundlichkeit der beteiligungsorientierte Ansatz aufrecht erhalten bleiben.

Damit Selbsthilfefreundlichkeit im umfassenderen Kontext von Patientenorientierung wirksam wird, basieren die Anforderungen im Selbsteinschätzungsbogen auf zwei elementaren Vorgaben:

- Auskunft über die Einbindung von selbsthilfebezogener Patientenorientierung auf der Managementebene, einschließlich der Verankerung im internen Qualitätsmanagement,
- Beschreibung der konkreten Umsetzung der Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit auf der Handlungsebene in Zusammenarbeit mit der kooperierenden Selbsthilfe vor Ort.

Eine Managementstrategie zur selbsthilfebezogenen Patientenorientierung bündelt die punktuellen Aktivitäten zu Selbsthilfe im Krankenhausbetrieb und macht dazu eine klare Aussage auf Leitungsebene. Sie wird nach Innen und nach Außen kommuniziert und bildet sich schließlich im internen Qualitätsmanagement ab. Diese im Rahmen der Unternehmens- bzw. Organisationsentwicklung angesiedelten Prozesse eignen sich auch

---

für die nachhaltige Umsetzung und Weiterentwicklung von Selbsthilfefreundlichkeit in einer Gesundheitseinrichtung<sup>8</sup>. Eine Anforderung dazu im Selbsteinschätzungsbogen heißt

- Das Leitbild und/oder die schriftlichen Ziele der Gesundheitseinrichtung (Qualitätspolitik) schließen eine selbsthilfebezogene Patientenorientierung auf der Grundlage der Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit mit ein.

Die Entwicklung zu einem selbsthilfefreundlichen Krankenhaus ist ein dynamischer Prozess, der im Hause auf breiter Ebene mitgetragen werden muss. Mit der Benennung einer/eines *Selbsthilfebeauftragte/n* als Ansprechpartner/in für die Selbsthilfe, können die notwendigen Maßnahmen zur nachhaltigen Umsetzung von Selbsthilfefreundlichkeit allein nicht bewältigt werden. Angenommen wurde, dass die Koordination, Planung und Moderation durch die externe Begleitung im Einführungsprozess, der dem Prozess auch den notwendigen motivierenden Schub bei den Beteiligten gab, im Regelbetrieb am besten über einen *Steuerkreis* gelingen kann, der hierarchie- und fachübergreifend zusammengesetzt ist. Eine Anforderung dazu im Selbsteinschätzungsbogen heißt:

- Ein Steuerkreis zur Unterstützung einer strukturierten und systematischen Entwicklung, Verwirklichung und ständigen Verbesserung der Wirksamkeit einer selbsthilfebezogenen Patientenorientierung, ist von der obersten Leitung benannt.

Entscheidend für den Erfolg ist, dass Selbsthilfefreundlichkeit im Krankenhaus als gemeinsames Ziel beider Akteure – Krankenhaus und Selbsthilfe – betrachtet wird. Selbsthilfefreundlichkeit bleibt damit keine

---

<sup>8</sup> Der Schritt, Selbsthilfefreundlichkeit bzw. selbsthilfebezogene Patientenorientierung in die Management-Strategie aufzunehmen folgt im weitesten Sinne den Prioritäten der WHO-Gesundheitsförderungskonferenz in Jakarta (1997) zur Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit, expliziter dem Modell der Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung (vgl. Barić 1999). Eine Bestätigung dieses Ansatzes beschreiben auch Luxford et al 2011 in ihrem Beitrag „Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations“, die besonders die Verankerung in die Organisationsstrategie und -prozesse als förderliche Bedingung zur Umsetzung von Patientenorientierung hervorheben.

abstrakte Größe auf dem Papier, wonach eine einmal einseitig festgelegte Vorgehensweise auf Jahre hinaus die Kooperation bestimmt, sondern kann als so genannter iterativer Prozess verstanden werden: Im Qualitätszirkel setzen sich die Beteiligten intensiv mit den Maßnahmen auseinander, mit denen die Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit erstmalig („prototypisch“) und möglichst ohne großen Aufwand auf beiden Seiten umgesetzt werden können. Dabei können die beispielhaften Maßnahmen aus dem Maßnahmenkatalog (vgl. Anhang C) des Modellprojekts als Anregung dienen. In den fortlaufenden Terminen können aber auch neue Ideen der Zusammenarbeit entstehen, wie sich das Qualitätskriterium anders oder besser umsetzen lässt. Da der Prozess individuell auf das Haus ausgerichtet ist, berücksichtigt er im konkreten Handeln dabei immer Bedingungen, Entwicklungen und Möglichkeiten der Kooperationspartner vor Ort. Eine Anforderung dazu im Selbsteinschätzungsbogen heißt

- Die Gesundheitseinrichtung hat einen Qualitätszirkel eingerichtet, an dem die Selbsthilfe mitwirkt und der in den Räumen des Krankenhauses stattfindet.

Der Selbsteinschätzungsbogen wird durch das Formular für einen Aktionsplan ergänzt, in dem das Krankenhaus alle Maßnahmen verbindlich festlegt, mit denen es die Erfüllung der Anforderungen zur selbsthilfebezogenen Patientenorientierung mit „überwiegend umgesetzt = 50-80%“ erreichen möchte. Bewirbt sich das Krankenhaus für die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ beim Netzwerk SPiG, dann ermöglicht ein angepasster Aktionsplan zum jährlich einzureichenden Selbsteinschätzungsbogen die Fortschrittskontrolle auf dem Weg zur Selbsthilfefreundlichkeit.

### **2.7.5 Abschließende Diskussion**

Ein *qualifiziertes Verfahren* zur Selbstbewertung von Selbsthilfefreundlichkeit immer stärker in die Hand derjenigen Akteure zu geben, die eine geregelte Zusammenarbeit anstreben oder diese verstetigen möchten, ist das langfristige Ziel eines Transferprozesses, bei dem die Ergebnisse und Erfahrungen aus den vorangegangenen Projekten zum selbsthilfefreundlichen Krankenhaus potentiellen Kooperationspartnern zugute kommen sollen. Die dem Verfahren zur Umsetzung der Qualitätskriterien

und deren Bewertung zugrundeliegenden Methoden der modernen Betriebsführung (Management) wie Planung, Durchführung, Kontrolle und Anpassung können zumindest im Krankenhausbetrieb - und zunehmend häufiger auch bei Mitgliedern von Selbsthilfegruppen – als bekannt vorausgesetzt werden.

Ungewöhnlich erscheint auf den ersten Blick, diese Systematik in den Dienst der Entwicklung einer Zusammenarbeit zwischen Gesundheitseinrichtung und Selbsthilfe zu stellen. Immer noch wird, nicht zuletzt auf Seiten der professionellen Selbsthilfeunterstützer/innen, eine systematische Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Selbsthilfe auf Basis von Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit mit Skepsis betrachtet: Verliert die Selbsthilfe durch verbindliche Absprachen an Autonomie und Selbstbestimmung? Wird im Gegenzug eine Dienstleistungserwartung an die Selbsthilfe gerichtet, die diese mit ihren ehrenamtlichen und freiwilligen Strukturen überfordert? Nimmt sie Züge des Expertensystems an und vernachlässigt damit ihre „eigentliche“ Aufgabe des Erfahrungsaustausches der Gruppenmitglieder untereinander? (Vgl. u.a. Bachl et al. 1998; Borgetto 2005; SEKIS 2010; Nowak 2011).

Nicht die gemeinsam – auf der Basis wechselseitiger Akzeptanz – erarbeiteten Ziele und Maßnahmen zur Gestaltung einer strukturierten Zusammenarbeit bringen jedoch die Selbsthilfe in Abhängigkeit von Gesundheitseinrichtungen oder kosten die Selbsthilfe unnötig viel Ressourcen, sondern Strukturen, die gegenüber der Selbsthilfe „Scheinbeteiligungen bis hin zur Beschäftigungstherapie“ praktizieren (Rega 2006: 42). Mit dem in den regionalen Projekten zur Selbsthilfefreundlichkeit etablierten Verfahren zur systematischen Umsetzung, Bewertung und Optimierung von Selbsthilfefreundlichkeit bleiben Mitglieder von Selbsthilfegruppen über den gesamten Prozess handelnde Akteure. Damit ergeben sich Möglichkeiten, aktiv auf die Kooperationsqualität und auf längere Sicht auf die Bewusstseinsbildung bei den Fachkräften im Krankenhaus Einfluss zu nehmen.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Vgl. hierzu auch Erfahrungen zu ähnlichen Kooperationsprojekten in Österreich (Forster und Rojatz 2011)

Seit Beginn der regionalen Projekte zum selbsthilfefreundlichen Krankenhaus hat sich gezeigt, dass die Qualitätskriterien zum selbsthilfefreundlichen Krankenhaus beiden Seiten zwar eine grundsätzliche Orientierung zur Gestaltung der Kooperation geben, diese jedoch nur dann stattfinden kann, wenn auf der Seite der Selbsthilfe ein kooperationsbereiter Partner (Selbsthilfegruppe/-organisation bzw. Selbsthilfekontaktstelle) vorhanden ist, der daran mitwirken möchte und aufgrund des Organisationsgrades und der vorhandenen Ressourcen dies auch kann. Selbsthilfebezogene Patientenorientierung ist eine Strategie für Gesundheitseinrichtungen, die im Betriebsalltag (erst) dann „greift“, wenn sie mit konkreten Verantwortlichkeiten, Ressourcen und Aktivitäten umgesetzt wird und wenn das Krankenhaus in der Lage ist, zu konkreten Maßnahmen der Zusammenarbeit die Selbsthilfe vor Ort einzubinden.

Diesem Umstand wird auch im Instrument des *Selbsteinschätzungsbogens* Rechnung getragen. So wird einer Gesundheitseinrichtung, die selbsthilfefreundlich werden will, beispielsweise nahe gelegt, beizeiten im Umfeld nach geeigneten indikationsbezogenen Selbsthilfegruppen bzw. einer Selbsthilfe-Kontaktstelle Ausschau zu halten, damit sie diese potentiellen Partner, so vorhanden, in den weiteren Prozess einbeziehen kann. Der Aufbau des *Selbsteinschätzungsbogens* ist damit auch eine Anleitung zu Schritten, die auf dem Weg zur Selbsthilfefreundlichkeit gegangen werden müssen.

Im *Selbsteinschätzungsbogen* werden die wichtigsten Aspekte einer Einbindung von selbsthilfebezogener Patientenorientierung auf der Management- und auf der Handlungsebene angesprochen. Dazu werden zahlreiche konkrete, empirisch fundierte Aussagesätze formuliert, mit denen ein Standard für eine strukturelle Implementierung von selbsthilfebezogener Patientenorientierung in der Gesundheitseinrichtung gefördert werden

---

kann. Für die Entwicklung von Aussagesätzen zur selbsthilfebezogenen Patientenorientierung war wesentlich auch das Handbuch zur Selbstbewertung der fünf Standards der Gesundheitsförderung (Groene 2006) handlungsleitend.

Programmatischer Ausgangspunkt für die Kernidee des Konzeptes zur Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen ist ein Modell der Gesundheitsförderung, das auf Strukturen und Aufgaben von Organisationen oder Settings – wozu auch Gesundheitseinrichtungen gehören – aufbaut: die „Ottawa Charta for Health Promotion“ (WHO 1986). Sie nennt als eines der fünf wichtigen Handlungsfelder die Neuorientierung der Gesundheitsdienste (vgl. Forster und Rojatz 2011: 53; Barić 1999). Die nachfolgende „Jakarta Erklärung“ zur Konferenz im Jahre 1997 mit dem Titel „Neue Akteure für eine neue Ära – Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“ (WHO 1997) bekräftigt diesen Ansatz und setzt als eine der Prioritäten für dieses Jahrhundert die Festigung und den Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit. Betont wird, dass „durch den Austausch von Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Ressourcen (...) Partnerschaften allen Beteiligten“ nutzen (ebd.: 4). Ein selbsthilfefreundliches Krankenhaus ist demnach sicher ein gutes Beispiel dafür, wie die Akteure für diese Ära angemessen befähigt sind.



## **2.8 Bilanz der Kooperation mit Selbsthilfegruppen im Krankenhaus, Transferaspekte und Perspektiven**

Alf Trojan, Stefan Nickel

Die Kooperation von Selbsthilfegruppen im stationären Bereich kann auf eine lange Tradition von positiven Beispielen zurückblicken (siehe 1.2).

Den Umfang und die Verbreitung von Kooperationserfahrungen hat eine Vorstudie 2005 systematischer zu erheben versucht. Im Großen und Ganzen zeigte sich, dass die Hamburger Erfahrungen auch andernorts gemacht wurden und dass die Beurteilung der Qualitätskriterien weitgehend einheitlich ist (Abschnitt 2.1; Werner et al 2006). Die Ergebnisse der Befragung waren eine gute Hilfe, Legitimation und Ermutigung, auf dem begonnenen Weg der Entwicklung und Definition von Qualitätsstandards für Selbsthilfefreundliche Krankenhäuser fortzufahren.

Dies geschah zunächst in Form des Modellprojekts „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ (s. Abschnitt 2.2; [www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de](http://www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de)). Es verfolgte das übergeordnete Ziel, die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus unter Qualitätsgesichtspunkten zu fördern und wurde von KISS Hamburg in der Zeit von November 2004 bis Dezember 2006 mit ausgewählten Krankenhäusern des LBK Hamburg und mehreren Gesundheitsselbsthilfegruppen vor Ort durchgeführt. Das seit langem geforderte Zusammenwirken von Expertenwissen und Laienkompetenz wurde in dem Projekt positiv aufgegriffen und mit Verleihung eines Qualitätssiegels für die beiden beteiligten Krankenhäuser abgeschlossen.

In Hamburg konnte aus verschiedenen Gründen der Entwicklungsprozess nicht weitergeführt werden. Es begann jedoch ein Forschungsprojekt mit dem Ziel, den weiteren Prozess zu begleiten und ein Instrument für die kontinuierliche Fortschrittsmessung selbsthilfebezogener Patientenorientierung zu entwickeln und zu überprüfen. Das Ergebnis bezüglich dieses Instruments (s. Anhang D) wurde in Abschnitt 2.4 präsentiert; weitere Ergebnisse des Projekts, insbesondere hinsichtlich förderlicher und hinderlicher Faktoren bei der Implementierung von Selbsthilfefreundlichkeit, wurden in den Abschnitten 2.3 und 2.5 berichtet.



Der Entwicklungsprozess für ein standardisiertes Umsetzungsverfahren und entsprechende Materialien ging in einem zweiten Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen weiter (2.6). Insgesamt waren in Nordrhein-Westfalen 13 Kliniken und in drei anderen Bundesländern ca. 17 Krankenhäuser beteiligt.

Aus den sehr stark miteinander verschränkten Forschungs- und Praxisprojekten sind entscheidende Kenntnisse und Materialien hervorgegangen, die für die Umsetzung des Qualitätskonzepts „Selbsthilfebezogene Patientenorientierung“ auf breiter Fläche nötig sind:

- partizipativ entwickelte und einvernehmlich von Selbsthilfe und professioneller Seite als wichtig und umsetzbar akzeptierte *Kriterien* (2.2),
- ein systematisches Verfahren der Umsetzung von *Maßnahmen* (Anhang C) mit abschließender gemeinsamer Selbstbewertung in einem Qualitätszirkel (2.6.2.4; 2.7),
- ein wissenschaftlich geprüftes *Fragebogen*-Instrument für die kontinuierliche Selbstkontrolle aus „dyadischer“ Sicht (2.4; Anhang D),
- ein *Selbsteinschätzungsbogen* für Krankenhäuser, die Mitglied im Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung“ werden wollen (2.7.5),
- ein *Auszeichnungsverfahren* für erfolgreich implementierte Selbsthilfefreundlichkeit (2.6.2.5; 6.2.4.3),
- ein *Arbeitskonzept für eine Unterstützungsagentur* als notwendige Infrastruktur für die weitere Verbreitung und Unterstützung von Einrichtungen auf dem Weg in die Selbsthilfefreundlichkeit (2.6.3; 6.2.3).

Im Folgenden sollen einige Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für Transfer und Verbreitung der Idee des Selbsthilfefreundlichen Krankenhauses auf der Basis bisheriger Projekte und Erfahrungen beantwortet werden.

### **2.8.1 Lässt sich Selbsthilfefreundlichkeit im Krankenhaus umsetzen und aufrechterhalten?**

Das erste Modellprojekt in Hamburg (2.2) ebenso wie die Erfahrungen in NRW (2.6) führen zu einem klaren „Ja“ auf den ersten Teil der Frage. Darüber hinaus wurden in ca. 30 Krankenhäusern in Deutschland durch die vier Unterstützungsagenturen (s. Abschnitt 6.2) Prozesse zur Selbsthilfefreundlichkeit angestoßen und begleitet, darunter auch in einer Universitätsklinik (Uniklinik Köln: 52/53). Zusammen mit nahezu identischen oder ähnlichen Initiativen in rund 40 Krankenhäusern in Österreich zeigt dies die prinzipielle Machbarkeit von systematischer Kooperation mit Selbsthilfegruppen.

Auch zur Frage der *Aufrechterhaltung* gibt es gesicherte Informationen: Die Nachfolgebefragungen (2.4.2.2) in den beiden in Hamburg mit dem Qualitätssiegel ausgezeichneten Krankenhäusern zeigten zur Frage der Aufrechterhaltung: Sie weisen mittelfristig kaum Veränderungen im Zeitverlauf auf. In einzelnen Aspekten kollektiver Patientenorientierung sind kleine Verbesserungen festzustellen (z.B. Mitwirkung von Selbsthilfegruppen in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung in einer Klinik).

Verschlechterungen betreffen den Bekanntheitsgrad der Kontaktpersonen der kooperierenden Selbsthilfegruppen und die Kenntnis des Selbsthilfebeauftragten. Da dies zentral wichtige Qualitätskriterien sind, könnte sich in diesen Werten ein nachlassendes Engagement andeuten. Andererseits hatte die Zustimmung zur Aussage, dass Mitarbeiter über die Kooperation mit Selbsthilfegruppen informiert werden, deutlich dazu gewonnen.

Eine „dyadische“ Betrachtung der Selbsthilfefreundlichkeit aus Mitarbeiter- und Patientensicht war aufgrund geringer Fallzahlen nur für zwei Krankenhäuser möglich. Bei beiden Krankenhäusern handelt es sich um von Patientinnen und Patienten im Allgemeinen durchaus geschätzte, positiv beurteilte Einrichtungen.

Im Prinzip kann also davon ausgegangen werden, dass die erreichte Kooperation über einen Zeitraum von 1-2 Jahren relativ stabil bleibt, dass dies aber von Klinik zu Klinik hinsichtlich einzelner Dimensionen und Kriterien stark variieren kann. Auch sind die Einschätzungen von Personal- und Selbsthilfe-Seite manchmal unterschiedlich, manchmal nicht. Bei der

für uns besonders wichtigen Frage, inwieweit Qualitätskriterien für die Kooperation mit Selbsthilfegruppen verbindlich und nachhaltig verankert sind, zeigten sich je nach Kriterium stark unterschiedliche Einschätzungen der Mitarbeiter (zwischen 13 und 95% positive Antworten). Die Bewertungen in einem Krankenhaus heben sich positiv von den restlichen Kliniken ab. Da dieses Krankenhaus am längsten die Selbsthilfefreundlichkeit als Strategie betreibt, kann man die Hypothese formulieren, dass das Konzept zwar prinzipiell in die Alltagsroutinen integriert werden kann, dies jedoch mehrere Jahre oder länger braucht.

Über die Erfahrungen in Österreich gibt es eine umfassende Studie von Forster und Rojatz (2011), die auch einige Rückschlüsse zur Nachhaltigkeit der Verankerung erlaubt: In Österreich lässt sich die Kooperation bis 1994 zurückverfolgen. Ein erster systematischer Versuch der Umsetzung wurde ab 2005 im Rahmen des Wiener PIK-Projekts (PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung) begonnen. Die Maßnahme hieß „Selbsthilfegruppen greifbar im Spital“ und ging nach Ende des Projekts in den Routinebetrieb über. 2011 gab es „HauskoordinatorInnen“ für die Selbsthilfe in 16 Krankenhäusern. Auch wenn der Anspruch an Kooperationsaktivitäten niedriger liegt als in den deutschen Modellprojekten, spricht dies doch für eine gelungene andauernde Implementierung der Kooperation.

<p><b>Selbsthilfe- FORUM</b></p> <p>Montag, <b>14. September 2009</b> um 14 Uhr im DV Selbsthilfe Kärnten</p> <p>Gast: <b>Mag. Isabella SCHEIFLINGER</b> (Behindertenanwältin)</p> <p>INFO und Anmeldung: DV Selbsthilfe Kärnten (TEL 0463/50 48 71) oder E-MAIL: <a href="mailto:office@selbsthilfe-kaernten.at">office@selbsthilfe-kaernten.at</a></p>		<p><b>INFO</b></p> <p><b>4/09</b></p> <p>September / Oktober 2009</p>
--	--	---

## **Selbsthilfefreundliche Krankenhäuser - fünf Landeskrankenhäuser wurden ausgezeichnet**



**Selbsthilfe  
freundliches  
Krankenhaus**

eine Auszeichnung des  
Dachverbandes Selbsthilfe Kärnten

Mit viel Engagement haben sich fünf Landeskrankenhäuser in Klagenfurt, Villach, Hermagor, Laas und Wolfsberg um die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ beworben.

Das Engagement hat sich gelohnt und die fünf KABEG-Häuser wurden Ende Juni im Rahmen einer offiziellen Verleihung ausgezeichnet. Durch diese Auszeichnung wird die langjährige Kooperation zwischen Krankenhaus und Selbsthilfe auch nach außen sichtbar gemacht.

Die VertreterInnen aus der Sozial- und Gesundheitspolitik würdigten das Engagement der Selbsthilfegruppen und hoben ihre Bedeutung für den Bereich der psychosozialen Versorgung hervor. Auch die Kärntner Medien zeigten sich selbsthilfefreundlich, z.B. berichtete der ORF in Radio und Fernsehen über die Verleihung. Dadurch gelang es, das Thema Selbsthilfe in den Blickpunkt der Öffentlichkeit zu rücken, was wesentlich zur Stärkung eines selbsthilfefreundlichen Klimas in der Bevölkerung beiträgt.

**Mehr Infos unter [www.selbsthilfe-kaernten.at](http://www.selbsthilfe-kaernten.at)  
unter „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“.**

Auch dieses Projekt ebenso wie die weitere Ausdehnung des Ansatzes auf andere Bundesländer in Österreich sprechen für die generelle Machbarkeit, Umsetzbarkeit und Nachhaltigkeit des Ansatzes (vgl. Forster und Rojatz 2011: 38-46).

Angesichts der prinzipiellen Umsetzbarkeit, die sich inzwischen in zahlreichen Krankenhäusern Deutschlands und Österreichs gezeigt hat, stellt sich die Frage, welche Bedingungen sich als relevant erwiesen haben für die gelingende Ausgestaltung und die weitere Verbreitung.

### **2.8.2 Was sind relevante Faktoren und Transferaspekte auf der Ebene der Gesundheitseinrichtungen?**

In den Kliniken der BMBF-Studie waren recht große Unterschiede festzustellen, welche Kriterien selbsthilfebezogener Patientenorientierung besser und welche schlechter erfüllt wurden. Besonderer Handlungsbedarf (Anteil der zwei positiven Antworten in mindestens drei Kliniken unter 50%) betraf die Kriterien:

- Mitwirkung von Selbsthilfegruppen in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung,
- regelmäßiger Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Abteilung bzw. Krankenhaus,
- Information der Krankenhausmitarbeiter/-innen über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen.

Daraus kann geschlossen werden, dass es für ein Krankenhaus sinnvoll ist, eine Prioritätenliste bei der Umsetzung zu entwickeln und evtl. nicht alle Kriterien auf einmal umzusetzen.

Sehr wichtig ist einigen Mitarbeiter/-innen (und demnach auch positiv für die Kooperation zu werten), dass die Selbsthilfegruppen sie entlasten.

Bei den offenen Fragen wurden jedoch keine neuen, sondern genau die Aspekte als *förderlich* genannt, die auch schon in dem ersten Hamburger Modellprojekt als Qualitätskriterien der Zusammenarbeit identifiziert worden waren: ausreichende Informationen über die Ziele, Arbeitsweisen und den Nutzen der Selbsthilfe, Vorhandensein von Kontakt- und Ansprech-

personen in den Gruppen sowie im Pflege- und Ärzteteam, Raumnutzung für die Selbsthilfegruppen, generelle Bereitschaft zur Kooperation sowie die Anerkennung und Wertschätzung der Selbsthilfe seitens des Krankenhauses, regelmäßiger Erfahrungsaustausch und gemeinsame Treffen zwischen Selbsthilfegruppenkontaktpersonen und Krankenhausmitarbeiter/-innen (s. Abb. 2.5.1 in Abschnitt 2.5).

Bezüglich der *hinderlichen Faktoren für die Zusammenarbeit* mit Selbsthilfegruppen dominieren *mangelnde Zeitressourcen* im Arbeitsalltag durch hohe Arbeitsdichte, personelle Engpässe und kurze Verweildauer der Patienten. Möglicherweise unterschiedliche Therapievorstellungen oder hohe Kosten / hoher Aufwand rangieren ganz unten in der Liste der hinderlichen Faktoren, scheinen demnach keine bedeutsame Rolle zu spielen. Im Übrigen werden von beiden Gruppen auch wieder Aspekte angesprochen, die den Qualitätskriterien entsprechen (s. Abb. 2.5.2).

In einer weiteren offenen Freitextfrage sollten die Mitarbeiter/-innen und Mitglieder von Selbsthilfegruppen angeben, wie sie persönlich dazu stehen, dass *Selbsthilfefreundlichkeit als ein Kriterium in das Qualitätsmanagementsystem des Krankenhauses aufgenommen* wird und was die Gründe für ihre positive oder auch negative Position sind (s. Abbildung 2.5.3). Als wesentlichstes Ergebnis muss festgehalten werden, dass den insgesamt 210 positiven Nennungen nur 13 negative Nennungen gegenüber stehen. Ein Großteil der überwiegend positiven Nennungen der *Mitarbeiter/-innen* bezieht sich auf den Nutzen der Selbsthilfe bei der Verbesserung der Behandlungsqualität (z.B. bessere Nachsorge, mehr psychosoziale Unterstützung, besseres Selbstmanagement).

Insgesamt sprechen diese Ergebnisse für eine hohe Akzeptanz und Wertschätzung des Ansatzes Selbsthilfefreundlichkeit beim Stationspersonal. Dieses Thema wurde auch auf der 16. Konferenz für Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen (27.10. 2011) in einem spezifischen Workshop zu Selbsthilfefreundlichkeit angesprochen. Positiv wurde dabei eine „Kritische Partnerschaft“ durch die Kooperation mit den Selbsthilfegruppen hervorgehoben. Ehrliche Kritik, die gleich ans KH gehe, ist das Beste, was einem Krankenhaus passieren könne. Betont wurde aber auch, dass der Begriff der „Patientenorientierung“ in dem Konzept deutlicher hervorgehoben werden solle. Selbsthilfefreundlichkeit reiche als Begriff nicht aus, um eine große Akzeptanz für

das Konzept bei den MitarbeiterInnen der Klinik zu bekommen (persönliche Mitteilung Marion Schumann).

Die in diesem Abschnitt angesprochenen positiven und negativen Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung können als eine Art Checkliste dienen für Krankenhäuser, die Selbsthilfefreundlichkeit in ihre Alltagspraxis und ihr umfassendes Qualitätsmanagement aufnehmen wollen.

### **2.8.3 Was sind relevante Faktoren und Transferaspekte auf Systemebene?**

Als erstes ist hervorzuheben, dass alle relevanten Materialien und Instrumente für den Transfer, also Fragebogen, gemeinsame Selbstbewertung, Selbsteinschätzungsbogen (s. 2.8.1) vorliegen und unabhängig vom Standort eines Krankenhauses abgerufen werden können ([www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)). Das BMBF-Projekt schafft wichtige Erkenntnisse hinsichtlich der wissenschaftlichen Anschlussfähigkeit für Projekte, die sich mit der Versorgungssituation von chronisch Kranken befassen. Darüber hinaus besteht Anschlussfähigkeit an Projekte zur allgemeinen Patientenzufriedenheit sowie an Projekte, die sich mit der Thematik der „Selbsthilfefreundlichkeit“ in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens befassen.

Mit der Einbindung der Koordination des Netzwerks SPiG in das Deutsche Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser ist auch eine strukturelle Basis geschaffen worden, von der aus die weitere Verbreitung erfolgen kann.

Unklar ist bisher, ob die derzeit verfügbaren personellen Ressourcen für die Koordination auf Bundesebene und in den überregionalen Agenturen für Selbsthilfefreundlichkeit ausreichen, um aktive Verbreitung und Unterstützung in dem nötigen Umfang leisten zu können. Da diese Aspekte nicht nur für die Krankenhäuser, sondern für alle Versorgungsbereiche gelten, werden sie in den abschließenden Abschnitten 6.2 und 6.3 nochmals ausführlicher aufgegriffen.

Einige Einflussfaktoren allgemeiner Art im Krankenhausbereich werden in der Studie von Forster und Rojatz (2011, Abschnitt 4.4) angesprochen<sup>1</sup>: Die bedarfsorientierte Anpassbarkeit der Kriterien spielt in Österreich eine Rolle, d.h. ein Höchstmaß an Standardisierung wird als hinderlich für die Akzeptanz und die Umsetzung angesehen. Ein geeignetes Mittelmaß zu finden, sollte dem weiteren Prozess überlassen werden. Ein Netzwerk von selbsthilfefreundlichen Einrichtungen ist vermutlich die beste Instanz für Entscheidungen über den Korridor definierter, aber nicht zu enger oder gar dogmatischer Qualitätskriterien. Ein solches Forum zum Austausch selbsthilfefreundlicher Einrichtungen zu organisieren, ist geplant, war jedoch bisher weder in Österreich noch in Deutschland umsetzbar.

Die meisten weiteren in Österreich identifizierten Faktoren beziehen sich eher auf die institutionelle Ebene und entsprechen den in den Qualitätskriterien festgehaltenen Faktoren. Kritisch sind auch in Österreich auf allen Ebenen die zeitlichen und finanziellen Ressourcen. In diesem Zusammenhang wird auch darüber diskutiert, welche monetären oder immateriellen Anreize (Siegel, Auszeichnung) den größten Nutzen versprechen. Eine definitive Antwort hierauf lässt sich aber weder aus den deutschen noch den österreichischen Erfahrungen ableiten. Sicher scheint nur zu sein, dass Krankenhäuser in der heutigen Wettbewerbssituation sehr stark von Nutzenerwägungen geleitet sind.

In einer noch unveröffentlichten Studie bei 68 Visitoren des Qualitätsmanagementsystems KTQ (289 Befragte, 24% Rücklauf) war gefragt worden: „Wie stehen Sie dazu, dass Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit Eingang in KTQ gefunden haben?“ Es gab offene Antwortmöglichkeiten für die Vorgaben „positiv, weil ...“ und „negativ, weil ...“ und „unentschieden/kann ich nicht beurteilen“. Wir bekamen von 58 Antwortenden positive Äußerungen und nur 2 negative Äußerungen. Insgesamt spricht dies für eine generelle Akzeptanz der Aufnahme von Selbsthilfefreundlichkeit in das Qualitätsmanagementsystem. Die positiven Äußerungen betonten vor allem, dass damit ein wichtiger Aspekt der Patientenorientierung systematisch integriert worden sei. Eine der wenigen negativen Äußerungen

---

<sup>1</sup> Für aktuelle Informationen zu Österreich möchten wir an dieser Stelle auch Frau Mag. Renate Gamsjäger vom Dachverband der Niederösterreichischen Selbsthilfegruppen in St. Pölten ganz herzlich danken.

betraff die quantitative Überforderung durch zu viele Kriterien im KTQ-Manual. Nach den Vorstellungen im Netzwerk SPiG könnte diese positive Bewertung der Visitoren eine Chance sein: Positive Bewertungen der Patientenorientierung bei der Zertifizierung eines Krankenhauses stellen einen echten Anreiz dar. Wenn besondere Anstrengungen überdies mit vergleichbar begrenztem Mehraufwand zu einer Auszeichnung führen können, ist dies vermutlich von deutlichem Nutzen in der Außendarstellung des Krankenhauses.

Zwar haben die beschriebenen Studien und Modellversuche schon einen erheblichen Gewinn an Erfahrungen und Wissen für den Transfer in andere Krankenhäuser hervorgebracht. Es fehlt aber eine systematische Transferforschung, die das künftige Handeln leiten könnte. Im Prinzip stünden hierfür insgesamt über 70 Krankenhäuser in Deutschland und Österreich zur Verfügung. Die dort gesammelten Erfahrungsschätze sollten gehoben werden.

Durch die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Berlin sind dankenswerterweise zumindest für eine Region und die dort beteiligten Krankenhäuser die Beispiele gelungener Kooperation veröffentlicht und damit für neue Interessenten zugänglich gemacht worden (Stötzner und Neuhaus 2011). Es wurden allgemeine Schlussfolgerungen formuliert (ebd.: 12), die in ihrer Allgemeinheit auf allen Ebenen der Umsetzung von Selbsthilfefreundlichkeit Gültigkeit haben. Aus diesem Grunde werden diese „Bedingungen für gelingende Kooperation“ hier abschließend wiedergegeben:

### **1. Personale Anforderungen:**

- Kooperation lebt von persönlichen Kontakten.
- Kooperation benötigt gegenseitige Anerkennung, Akzeptanz und Vertrautheit.
- Kooperation verlangt Transparenz über den erwarteten Nutzen, die eigenen Zielvorstellungen und das gemeinsame Vorgehen.
- Kooperation verlangt bestimmte Kompetenzen, die weiter entwickelt werden müssen.



## **2. Strukturelle Anforderungen:**

- Kooperation benötigt umfassende, gezielte und aktuelle Informationen.
- Kooperation braucht zeitliche und personelle Ressourcen.
- Kooperation braucht angemessene Rahmenbedingungen, Zeit, Infrastruktur und Finanzen.
- Kooperation muss freiwillig sein.
- Kooperation benötigt Vorbilder und Verbindlichkeit.
- Kooperation braucht eine entfaltete Kultur.
- Kooperation ist angewiesen auf professionelle Unterstützung.

Für die Verankerung von Selbsthilfefreundlichkeit in Krankenhäusern sind mancherorts diese Anforderungen tatsächlich schon erfüllt. In den meisten Krankenhäusern fehlen sie jedoch. Das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Krankenhaus sieht seine Aufgabe darin, diese Krankenhäuser auf ihrem Weg zu unterstützen.

## Literatur zu Kapitel 2

- Bachl A, Büchner B, Stark W (1998) Projekt C 22 „Beratungskonzepte und Dienstleistungen von Selbsthilfe-Initiativen“. Schlussbericht, Bayerischer Forschungsverbund Public Health – Öffentliche Gesundheit, unveröffentlicht
- Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R (2006) Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsfreundliche Einführung. 11. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer
- Badura B (1978) Volksmedizin und Gesundheitsvorsorge. W-Mitteilungen 31: 542-548
- Badura B et al. (1979) Grundlagen einer konsumorientierten Gesundheitspolitik. Programmentwurf für einen Forschungsverbund im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie. Universität Konstanz
- Badura B, Ferber Cv (1981) Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. In: Soziologie und Sozialpolitik. Band 1. München Wien: Oldenbourg Verlag
- Bahrs O, Klingenberg A (1995) Die Beurteilung ärztlicher Arbeit durch Teilnehmer von Selbsthilfe-Gruppen: 81-96 in: Szecsenyi J, Gerlach FM (Hg.): Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin. Stuttgart: Hippokrates Verlag
- Bahrs O, Heim S (2001) Kooperation zwischen Professionellen und Selbsthilfe-Gruppen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 77: 201-206
- Barić L, Conrad G (1999) Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg
- Bleses H (2005) Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal. Berlin: Medizinische Fakultät der Charité. [edoc.hu-berlin.de/dissertationen/bleses-helma-2005-01.../HTML/](http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/bleses-helma-2005-01.../HTML/) (11. 4. 2012)
- Bobzien M (2003) Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen mit dem professionellen Versorgungssystem – den Wandel mit den Akteuren initiieren. In: DAG SHG (Hg.) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2003. Gießen, 72-83
- Bobzien M (2006) Die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus unter Qualitätsgesichtspunkten fördern: Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ In: Werner S, Bobzien M, Nickel S, Trojan A (Hg.): Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

- Bobzien M (2007) Ein selbsthilfefreundliches Krankenhaus – was soll das sein? Qualitätskriterien als Orientierung für gelingende Zusammenarbeit. In: DAG SHG (Hg.) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2007. Gießen, 54-61
- Bobzien M (2008) Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung. Ein Leitfaden für interessierte Krankenhäuser. Essen: BKK Bundesverband
- Bogenschütz A et al (2000) Ein Blick in die Arbeit der Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte einiger Kassenärztlichen Vereinigungen. In: DAG SHG (Hg.) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2000, Gießen, 83-86
- Borgetto B (2001) Strukturen und Verbände der Selbsthilfe auf Bundesebene in Deutschland: 186-201 in: Borgetto B, von Troschke J (Hg.) Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, Band 12, Freiburg/Br.: DKGW
- Borgetto B, Troschke J von (Hg.) (2001) Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Freiburg i. Br.: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften
- Borgetto B (2002) Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Stand der Forschung. Band 147 der Schriftenreihe des BMGS. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Borgetto B (2004) Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Bern: Huber
- Borgetto B (2005) Kooperation im System der Gesundheitsversorgung. Zur Vernetzung von Experten- und Betroffenenkompetenz. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 28 (1), 48-64
- Borgetto B, Knesebeck Ovd (2009) Patientenselbsthilfe, Nutzerperspektive und Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52(1): 21-29
- Bortz J, Döring N (2006) Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer
- Bremen K (2004) Patientenberatung durch Krankenhäuser – Ist die Beteiligung von Selbsthilfegruppen ein Gewinn für beide? – Statement. In: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) Patientenberatung – Die neue Rolle der Selbsthilfe? Düsseldorf, 53-58
- Bremen K (2009) Warum wir die Gesundheitsversorgung nicht allein den Experten überlassen sollten: Sieben Thesen zur künftigen Bedeutung der Selbsthilfe im Gesundheitswesen. In KOSKON NRW (Hg.) Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsversorgung. Tagungsdokumentation. Mönchengladbach: Eigenverlag

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (1999) Selbstbewertung des Qualitätsmanagements. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. QS Nr. 24, Berlin
- DAG SHG Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hg.) (1999-2004) Selbsthilfegruppenjahrbuch. Gießen
- Danner M, Matzat J (2005) Patientenbeteiligung beim Gemeinsamen Bundesausschuss – ein erstes Resümee. In: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 1/2005, 141-144
- Deiritz K (2004) Patientenberatung durch Krankenhäuser – Ist die Beteiligung von Selbsthilfegruppen ein Gewinn für beide? – Praxisbeispiel. In: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) Patientenberatung – Die neue Rolle der Selbsthilfe? Düsseldorf, 64-73
- Deming WE (1982) Out of the Crisis, Massachusetts Institute of Technology. Cambridge, S. 88
- Diakonie, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, KOSKON (Hg.) (2004) Selbsthilfe im Krankenhaus: ein Gewinn für alle. Broschüre des Arbeitskreises „Selbsthilfe und Krankenhaus“, Gelsenkirchen
- Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M u.a. (2001) Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. Stuttgart: Eigenverlag
- Ehlebracht-König I (2001) Möglichkeiten der Einbindung von Selbsthilfe in die rehabilitative Versorgung. In: Borgetto B, von Troschke J (Hg.) Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, Freiburg, 120-127
- Englert G, Litschel A (2005) Ärzte und Selbsthilfe: Entwicklung einer Partnerschaft. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Heft 10, 605-606
- Epstein RM et al (2005) Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. Social Sciences & Medicine 61: 1516-1528
- Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC (2010) Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. Health Affairs 29 (8): 1489-1495
- Etgeton, S (2009) Patientenbeteiligung in den Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses in: Bundesgesundheitsblatt 104-110
- European Foundation for Quality Management (EFQM) (1998) Die Leistung steigern mit dem EFQM\_Modell für Business Excellence. European Foundation for Quality Management, Brüssel

- Ferber Cv (1976) Volks- und Laienmedizin als Alternative zur wissenschaftlichen Medizin – zur Partizipation im Gesundheitswesen, Soziale Sicherheit 24: 203-209
- Ferber Cv, Badura B (Hg.) (1983) Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. München: Oldenbourg Verlag
- Findeiß P, Schachl T, Stark W (2001) Modelle der Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem. Unveröffentlichter Abschlussbericht zum Projekt C2 des Bayerischen Forschungsverbunds Public Health - Öffentliche Gesundheit
- Fischer J et al (2004) Leitlinien für Kooperationen. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hg.) Kooperationshandbuch – ein Leitfaden für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfe. Dtsch. Ärzte-Verlag, Köln, 124-126
- Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (Hg.) (1987) Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen. Berlin: Springer
- Forster R, Rojatz D (2011) Selbsthilfegruppen als Partner der Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Eine Analyse am Beispiel krankenhausesbezogener Kooperationsprojekte. Institut für Soziologie, Universität Wien. Forschungsbericht
- Geislinger R (2004) Selbsthilfe und professioneller Bereich bei psychischen Erkrankungen: Formen der Kooperation. In: DAG SHG (Hg.) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004, Gießen, 91-96
- Giersdorf N, Loh A, Bieber C et al (2004) Entwicklung eines Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47: 969–976
- GMK-Gesundheitsministerkonferenz: Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. Beschluss der 72. GMK am 9./10.6.1999 in Trier
- Groene O (Hg.) (2006) Einführung von Gesundheitsförderung in Krankenhäuser: Handbuch und Selbstbewertungs-Formulare. Denmark: WHO regional Office for Europe
- Grunow D, Breitkopf H, Dame HJ, Engfer R, Grunow-Lutter V, Paulus W (1983) Gesundheitsselbsthilfe im Alltag. Stuttgart: Enke Verlag
- Grunow D (2009) (im Druck): Selbsthilfe, in: Olk T, Hartnuß B (Hg.) Handbuch bürgerschaftliches Engagement. Weinheim: Juventa-Verlag
- Hammerl V, Hermes K (2002) Evaluation des Modellprojektes „Kooperation Krankenhaus und Selbsthilfe“ im Auftrag des Selbsthilfezentrums München und des Krankenhauses Neuperlach. München: Unveröffentlichter Endbericht

- Janota B (2004) Patientenberatung durch Krankenhäuser – Ist die Beteiligung von Selbsthilfegruppen ein Gewinn für beide? – Praxisbeispiel. In: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) Patientenberatung – Die neue Rolle der Selbsthilfe? Düsseldorf, 59-63
- Jördening K (Wintersemester 2006/2007) Kooperationsformen zwischen Selbsthilfe und professionellen Gesundheitsversorgern – eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der beruflichen Pflege (im Krankenhaus). Ev. Fachhochschule Darmstadt: Diplomarbeit, Fachbereich Pflegewissenschaft
- Kammerer P, Kuckartz A (1994) Professionelle und Selbsthilfe. ISAB Schriftenreihe Nr. 35. Köln: Eigenverlag
- Kardorff E v, Leisenheimer C (1999) Selbsthilfe im System der Gesundheitsversorgung – Bestehende Formen der Kooperation und ihre Weiterentwicklung. Psychomed, 4, 238-245
- Kickbusch I, Trojan A (Hg.) (1981) Gemeinsam sind wir stärker. Frankfurt a.M.: Fischer
- Klein A (2002) Die Selbsthilfe als Thema der Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“: 112-127. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hg): Selbsthilfegruppen Jahrbuch. Gießen: Eigenverlag
- Klein M (2004) Selbsthilfe und Rehabilitation. Perspektiven einer Zusammenarbeit. In: DAG SHG (Hg.) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004, Gießen, 124-131
- Klinikum Bielefeld (Hg.) (2011) Qualitätsbericht zum Abschluss des Projekts „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NRW“ im Klinikum.Bielefeld [http://www.klinikumbielefeld.de/tl\\_files/dateidownloads/selbsthilfe/Qualitaets-Bericht\\_selbsthilfefreundliches\\_Krankenhaus.pdf](http://www.klinikumbielefeld.de/tl_files/dateidownloads/selbsthilfe/Qualitaets-Bericht_selbsthilfefreundliches_Krankenhaus.pdf)elefeld. (Zugriff 12.5.2012)
- Klinikum Bielefeld gem. GmbH [www.klinikumbielefeld.de/index.php/aktuelle-nachricht/items/auszeichnung-zum-selbsthilfefreundlichen-krankenhaus](http://www.klinikumbielefeld.de/index.php/aktuelle-nachricht/items/auszeichnung-zum-selbsthilfefreundlichen-krankenhaus) und [http://www.klinikumbielefeld.de/tl\\_files/dateidownloads/Qbericht2010.pdf](http://www.klinikumbielefeld.de/tl_files/dateidownloads/Qbericht2010.pdf), S. 264 ff
- KOSKON NRW (Hg.) (2010) Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsversorgung. Tagungsdokumentation. Mönchengladbach: Eigenverlag
- Köster G (2006) Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss: 78-90 in: Jahrbuch für kritische Medizin, 42. Hamburg: Argument Verlag

- KTQ; Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (Hg.) (2009) KTQ-Manual / KTQ-Katalog 2009 Krankenhaus. Berlin: Fachverlag Matthias Grimm
- Kurtz V, Fricke E, Dierks ML (2006) Selbsthilfegruppen und ihre Organisation - Wie weit sind sie wirklich in politische Entscheidungsprozesse eingebunden? Ergebnisse der SelBSD-Studie. *Das Gesundheitswesen* 50: 16-18
- Levin LS, Idler EL (1981) *The hidden health care system: Mediating structures and medicine*. Cambridge: Ballinger Publishing Company
- Lienert GA, Raatz U (1998) *Testaufbau und Testanalyse*. 4. Aufl. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union
- Luxford K, Gelb Safran D, Delbanco T (2011) Promoting patient-centered care: A qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. In: *International Journal for Quality in Health Care*: pp.1-6
- Mayring P (2007) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 9. Aufl. Stuttgart: UTB-Verlag
- Meinhardt M, Plamper E, Brunner H (2009) Beteiligung von Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss, in: *Bundesgesundheitsblatt* Vol.52, Nummer 1: 96-103
- Moeller ML (1978) *Selbsthilfegruppen. Anleitungen und Hintergründe*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Möller B (2004) Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken – Besser als ihr Ruf: Die Praxis der Kooperation. *NAKOS-INFO*, 81, 39-40
- Nickel S, Trojan A (2002) Qualitätssicherung in der stationären Versorgung: Zum Stellenwert der Patienten- und Mitarbeiterorientierung für Qualität und Innovation im Krankenhaus. In Flick U (Hg.) *Innovation durch New Public Health*. Göttingen: Hogrefe, 225-242
- Nickel S, Trojan A (2004) Diagnose: Situation im Krankenhaus aus Sicht der Mitarbeiter und Patienten. Ergebnisse einer kombinierten Befragung in zwei Kliniken. *Pflegemagazin* 5 (2): 8-17
- Nickel S (2006) *Patientenzufriedenheit mit kurzstationärer Versorgung. Entwicklung und Erprobung eines standardisierten Messinstruments für das Gesundheitsmanagement im Krankenhaus*. Hamburg: LIT-Verlag
- Nickel S, Trojan A (2008) Akzeptanz, Informationsbedarf und Einschätzung von Anreizen für die Beteiligung an (Modell-)Projekt(en) selbsthilfefreundliche Arztpraxis (Machbarkeitsexpertise im Auftrag des BKK BV, Essen)
- Nickel S, Trojan A (2012) *Patientenorientierung und Selbsthilfefreundlichkeit. Pilotstudie zur Verbesserung der Kommunikation zwischen organisierter Selbsthilfe und professionellem Versorgungssystem*. Hamburg: Endbericht

- Nowak P (2011) Wohin geht die Selbsthilfe in der Gesundheitsgesellschaft?  
In: Meggeneder O (Hg.): Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Frankfurt/Main: Marbuse-Verlag, 41-66
- Pawils S, Satzinger W, Trojan A, Koch U (2006) Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung.  
In: Pawils S, Koch U (Hg.) Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer, 343-362
- Raithel J (2008) Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. Wiesbaden: VS Verlag
- Rega IM (2006) Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen Deutschlands, Finnlands und Polens. Dissertation, Universität Göttingen
- Robert-Koch-Institut (Hg.) (2004) Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. GBE des Bundes, Heft 23, Berlin
- Robert-Koch-Institut (Hg.) (2006) Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen GBE des Bundes, Heft 32. Berlin: Eigenverlag
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. 1 (Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung, Partizipation) und Bd. 2 (Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege). Gutachten 2000/2001, Bonn 2001, Bundestagsdrucksache14/5660, -5661, -6871
- Sannwald E (2002) Sozialarbeit im Krankenhaus und ihr Verhältnis zur Selbsthilfe am Beispiel der Universitätsklinik Ulm. In: DAG SHG (Hg.) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2002, Gießen, 101-107
- Scheibler F, Freise D, Pfaff H (2004) Die Einbeziehung von Patienten in die Behandlung. Validierung der deutschen PICS-Skalen. Journal of Public Health 12:199-209
- Schnell R, Hill PB, Esser E (1993) Methoden der empirischen Sozialforschung. 4. Aufl. München, Wien: R. Oldenbourg
- Scholl I, Koelewijn-van Loon M, Sepucha K et al (2011) Measurement of shared decision making – a review of instruments. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 105(4): 313-324
- Schumann M (2011) Die Institutionelle Verankerung von Selbsthilfe im Krankenhaus. Fördernde und hemmende Rahmenbedingungen aus Sicht der beteiligten Akteure. MH Hannover: Magisterarbeit Public Health
- SEKIS (1999) Anforderungen an die Kooperation zwischen dem System professioneller Gesundheitsversorgung und der Selbsthilfe. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Berlin: SEKIS



- SEKIS (2011) Selbsthilfe und Krankenhäuser. Beispiele gelungener Zusammenarbeit in Berlin. Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Berlin-Brandenburg. Berlin: SEKIS
- Siewerts D (2010) Mehr Patientenorientierung ist angesagt. Netzwerk will Kliniken und Arztpraxen für Kooperation mit der Selbsthilfe gewinnen. Der Paritätische 1: 13-15
- Simon D, Schorr G, Wirtz M et al (2006) Development and first validation of the shared decision-making questionnaire (SDM-Q). Patient Education and Counseling 63:319-27
- Slesina W, Fink A (2009) Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen. Forschungsergebnisse. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52(1): 30-39
- Slesina W, Knerr A (2005) Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen – für alle ein Gewinn. BKK Praxishilfe. BKK Bundesverband (Hg.) Essen
- Slesina W, Knerr A (2007) Kooperation von Zusammenarbeit von Ärzten – Formen, Nutzen, Wünsche. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaften GmbH
- SHZ; Selbsthilfezentrum München (Hg.) (2005) Abschlussbericht des Modellprojektes „Dialog – Münchner Ärzte und Selbsthilfegruppen“ des FÖSS e.V. München
- Stark W (1998) Modelle der Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem. Zwischenbericht zur Mittelfreischließung. München: Manuskript im Bayerischen Forschungsverbund Public Health
- Stark W (2001) Selbsthilfe und PatientInnenorientierung im Gesundheitswesen – Abschied von der Spaltung zwischen Professionellen und Selbsthilfe? In: Borgetto B, Troschke J v (Hg.) Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Deutschen Gesundheitswesen. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, 47-66
- Steinhoff-Kemper C (2008) Selbsthilfefreundliches Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen. NAKOS INFO 95:47-48
- Stötzner K (2008) Können Patienten zufrieden sein? Berlin, Vortrag BQS-Ergebniskonferenz am 25.11. 2008, Berlin
- Stötzner K, Neuhaus M (2011) Selbsthilfe und Krankenhäuser. Beispiele gelungener Kooperation. Berlin: Eigenverlag
- Taylor K (2009) Paternalism, participation and partnership – the evolution of patient-centeredness in the consultation. Patient Education and Counseling 74 (2): 150-155

- Trojan A (1980) Demokratisierung des Gesundheitswesens durch Mitwirkung Betroffener. Forum für Medizin und Gesundheitspolitik Nr.14: 14-33
- Trojan A (1985) Ansätze für Mitbestimmung in der Sozial- und Gesundheitspolitik. WSI-Mitteilungen 38: 621-630
- Trojan A (Hg.) (1986) Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuchverlag (nur noch beim Verfasser zu beziehen)
- Trojan A (1998) Warum sollen Patienten befragt werden? In: Ruprecht TM (Hg.) Experten fragen – Patienten antworten. St. Augustin: Asgard-Verlag, 15-30
- Trojan A (1999) Beteiligung von Patienten an der Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In: Schmacke N (Hg.) Gesundheit und Demokratie. Von der Utopie der sozialen Medizin. VAS , Frankfurt/M., 231-243
- Trojan A, Estorff-Klee A (Hg.) (2004) 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung. Unterstützungserfahrungen und -bedarf am Beispiel Hamburgs. Münster: LIT Verlag
- Trojan A et al. (2008) Selbsthilfebezogene Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal. Eine Expertise zu Integrationsmöglichkeiten von „Selbsthilfefreundlichkeit“ in Qualitätsmanagementsysteme der ambulanten ärztlichen Versorgung. Unveröff. Manuskript Hamburg
- 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
- Trojan A, Nickel S (2011) Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das Gesundheitswesen – Entwicklungen und Perspektiven. Das Gesundheitswesen 73: 67-72
- Uniklinik Köln (Hg.) Jahresbericht 2010, S.52/53. [http://cms.uk-koeln.de/presse/content/publikationen/jahresberichte/index\\_ger.html](http://cms.uk-koeln.de/presse/content/publikationen/jahresberichte/index_ger.html); Zugriff: 21.5.2012
- Werner S, Nickel S, Trojan A (2006) Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zum Status quo der Kooperation von Selbsthilfe und Krankenhäusern. In: Werner et al (Hg.) Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, 21-48
- Werner S, Bobzien M, Nickel S, Trojan A (Hg.) (2006) Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag

WHO (Hg.) (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html> (11.4.2012)

WHO (Hg.) (1997) Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era – Leading Health Promotion into the 21st Century, Jakarta, Indonesia, 21-25 July 1997. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/index.html> (11.4.2012)



## **Kapitel 3**

# **Vertragsärztliche Versorgung**



### **3.1 Einführung zur Geschichte der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Ärzten: Rückblick auf Kooperationserfahrungen**

Alf Trojan, Christopher Kofahl, Stefan Nickel

Das Verhältnis zwischen Selbsthilfe und Professionellen ist in der Vergangenheit in zahlreichen Studien zum Thema gemacht worden. Hintergrund war zunächst die These, dass Selbsthilfe und professionelles System miteinander konkurrieren. Relativ rasch zeigte sich jedoch, dass dies nicht der Fall ist, sondern dass sich Selbsthilfegruppen und Professionelle wechselseitig ergänzen und dass es um eine „neue Partnerschaft“ ging (vgl. Kapitel 6 in Trojan 1986). In der Folgezeit erschienen zahlreiche Studien, die diesen Befund genauer untersuchten und im Prinzip bestätigten (vgl. insbesondere Kammerer und Kuckartz 1994, Stark 1998. Ergänzende Belege lieferten die entstehenden Kooperationsmodelle und -projekte (vgl. Meye et al. 1990; Fischer et al. 2004, Trojan 1999, Bahrs und Klingenberg 1995, Bahrs und Heim 2001, Bogenschütz 2006).

Allen zuletzt zitierten Modellen war bzw. ist gemeinsam, dass sie nicht nur punktuell die Zusammenarbeit fördern wollen bzw. wollten, sondern auch mehr oder weniger nachhaltige Strukturen für die krankheitsübergreifende Verknüpfung von Selbsthilfe- und professionellem System schufen.

In allen Modellen wurde aber auch deutlich, dass selbst eine entschiedene Rückenstärkung durch Kassenärztliche Vereinigungen oder Ärztekammern nicht in der Lage ist, eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit einer nennenswerten Zahl von Ärzten zu garantieren.

Aus jüngerer Zeit liegen zwei Studien vor, die beide im Jahr 2003 (von ehemaligen Beteiligten des Forschungsverbunds Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe; vgl. von Ferber 1981; Forschungsverbund 1987) durchgeführt wurden und die sich wechselseitig in ihrem Zugang und ihren Ergebnissen ergänzen.

*Kooperationserfahrungen und -bedarf von Selbsthilfegruppen: Ergebnisse einer Befragung von 345 Kontaktpersonen in Hamburg*

In dem Hamburger Forschungsprojekt des erwähnten Forschungsverbunds zum Laienpotenzial wurden von 1979 bis 1983 Entstehung, Arbeitsweise und Erfolge von Selbsthilfegruppen untersucht. Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wurde auch das Modell einer Selbsthilfekontakt- und Informationsstelle (KISS) systematisch entwickelt und erprobt. Seit Ende des Forschungsprojekts 1984 wurden dann aus Mitteln der Freien und Hansestadt Hamburg Selbsthilfegruppen im Rahmen eines Trägervereins des Instituts für Medizin-Soziologie unterstützt. Die Arbeit des Trägervereins wird seit Anfang 2004 vom Paritätischen Wohlfahrtsverband Hamburg e.V. fortgeführt. Anlässlich dieses Wechsels wurde eine erneute Studie der Hamburger Selbsthilfegruppen initiiert. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse aus dieser Studie über die Zusammenarbeit mit dem professionellen Gesundheitssystem berichtet (ausführlich in Trojan und Estorff-Klee 2004).

Im Frühjahr 2003 wurden 648 Fragebögen an die Kontaktpersonen der bei den Hamburger Kontaktstellen registrierten Selbsthilfeszusammenschlüsse verschickt. Die Gesamtzahl der bekannten Zusammenschlüsse betrug ca. 1500. Die Kontaktstellen kooperieren jedoch in einigen Bereichen (insbesondere Suchtkrankheiten) nicht mit allen einzelnen Gruppen, sondern mit den Dachorganisationen dieser Zusammenschlüsse. Daraus erklärt sich die geringere Zahl der ausgesandten Fragebögen. Die Auswertung stützt sich auf 345 auswertbare Fragebögen (entsprechend 52%) Rücklauf: bei den somatischen Gruppen 173 Fragebögen, aus dem Bereich der psychischen und psychosomatischen Gruppen 89 Fragebögen und der Gruppen mit psychosozialen Themenbezügen 83 Fragebögen. Hinsichtlich der Krankheits- bzw. Problembereiche sind die Antworten repräsentativ für alle angeschriebenen Zusammenschlüsse. Einschränkend ist allerdings zu vermerken, dass natürlich die Angaben von Kontaktpersonen über „ihre“ Selbsthilfegruppen immer nur ein subjektiv gefärbtes Bild wiedergeben können.

Den Ergebnissen zur Kooperation werden einige allgemeine Ergebnisse vorausgeschickt, um das untersuchte Feld der Selbsthilfegruppen zu charakterisieren.



Die Gruppen sind im Durchschnitt 11 Jahre alt. Selbsthilfe ist weiterhin überwiegend weiblich: Mehr als zwei Drittel der aktiven Mitglieder sind Frauen, bei den somatischen Gruppen sogar drei Viertel. Die Altersgruppen zwischen 30 und 70 Jahren sind am stärksten vertreten. Fast zwei Drittel der Gruppen sind nicht im Rahmen eines eingetragenen Vereins organisiert, entsprechen also den ursprünglichen kleinen selbst organisierten Gruppen zur gegenseitigen Hilfe bei der Bewältigung von Krankheiten und psychosozialen Problemen.

### *Kooperation und Unterstützung*

Zusammenarbeit mit Professionellen geben in der Gesamtheit aller Gruppen 60% an. Bei den somatischen Gruppen sind es sogar fast 70%, bei den psychosozialen Gruppen knapp 50%. Die Erfahrungen mit der Kooperation sind bei über drei Viertel der Gruppen positiv. Über 50% sind „sehr“ oder „ziemlich zufrieden“ mit der Kooperation, 36% nur „teils/teils“. Auch wenn nur 2% „nicht zufrieden“ sind, gibt es offenbar Verbesserungspotentiale.

Die Formen der Zusammenarbeit sind (in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit): Empfehlung durch professionelle Helfer, Betroffene an Professionelle empfehlen, Einladungen von Professionellen für Beratung und ähnliches zur Weiterbildung der Gruppe, „Mitglieder der Gruppe arbeiten ehrenamtlich in einer Institution mit“ sowie „Darstellung der Gruppenarbeit in Institutionen“. Die zuletzt genannte Kooperation kommt bei durchschnittlich 55% „selten/nie“ vor. Für alle Kooperationsformen ist festzustellen, dass sie am häufigsten bei den somatischen Gruppen sind.

Die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Professionellen sind bei allen Gruppentypen weitgehend identisch. Deutlich überwiegen insgesamt die positiven Einschätzungen. Überfordert sehen sich 13% „immer/häufig“ und 16% „manchmal“. Möglicherweise drückt sich hier nach langjähriger Unterschätzung der Selbsthilfegruppen auch eine inzwischen häufiger vorkommende Überschätzung der Selbsthilfegruppen aus. Dass Selbsthilfegruppen als Konkurrenz angesehen werden, kommt inzwischen offenbar nur noch selten vor.

Gerade angesichts der insgesamt recht positiven Bewertung der Kooperation erstaunt das folgende Ergebnis: Auf die Frage „Sind professionelle

Helfer und Institutionen Ihrer Meinung nach genügend gut über die Existenz und Arbeitsweise von Selbsthilfegruppen informiert?“ antworteten nur 24% der somatischen Gruppen mit „ja“: d.h., dass der Informationsstand von drei Viertel der Gruppen als unzureichend eingeschätzt wird – trotz der in den vergangenen Jahrzehnten geleisteten Aufklärungsarbeit in professionellen Institutionen und Verbänden.

Fragt man, inwieweit Mitglieder der Selbsthilfegruppen schon an Qualitätsverbesserungsmaßnahmen von professionellen Institutionen teilgenommen haben, ist dies bei Patientenbefragungen bei 18% der Fall, bei Fortbildungsmaßnahmen bei 16%, bei der Teilnahme an Gremien bei 13%, an Qualitätszirkeln bei 10% und DMPs bei 2%.

Insgesamt wurde aber deutlich, dass es auch ein ungenutztes Potential der Beteiligung an Verbesserungsmaßnahmen gibt, das in 5 Kategorien zwischen 18% und 35% liegt.

Die Bilanz der Zusammenarbeit mit Ärzteschaft und ärztlichen Institutionen fiel zwiespältig aus: einerseits gab es mit dieser Berufsgruppe offenbar die am besten ausgebauten Kooperationen. Die Bewertung war überwiegend positiv. Soweit mit Hilfe einer standardisierten Erfragung erkennbar, war auch die Qualität der Zusammenarbeit überwiegend gut (insbesondere „ernst genommen werden“, Anerkennung der Fähigkeiten, gleichberechtigte Behandlung). Andererseits meldeten ca. ein Drittel der Gruppen ungedeckte Bedarfe nach Kooperation mit der Ärzteschaft an, und eine noch größere Zahl (76% der somatischen Gruppen) sind der Meinung, dass professionelle Helfer und Institutionen nicht genügend über die Existenz und Arbeitsweise von Selbsthilfegruppen informiert sind. Über Selbsthilfegruppen zu informieren, die Kooperation mit ihnen zu fördern und zu unterstützen, blieb also auch nach dieser Studie weiterhin auf der Tagesordnung der Gesundheitspolitik.

#### *Zusammenarbeit von Ärzten der ambulanten/stationären Versorgung und Selbsthilfegruppen: Ergebnisse einer Quer- und Längsschnittstudie*

Slesina und Knerr (2007) berichten über die im Titel angeführte Studie, um Ziele, Formen, Verläufe und Erfahrungen der Zusammenarbeit aktuell zu bilanzieren. Die Studie hatte einen Vorläufer, nämlich eine Interventionsstudie im Bereich niedergelassener Ärzte und Selbsthilfegruppen in

Bielefeld und dem angrenzenden Kreis Gütersloh, die in den Jahren 1988 bis 1992 stattfand. Aus dieser Vorläuferstudie, die vom Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik finanziert worden war, ist die Kooperationsstelle für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA) der KV Westfalen-Lippe hervorgegangen. KOSAs haben eine wichtige Rolle gespielt beim Aufbau struktureller Kooperationen zwischen Ärzteschaft und Selbsthilfegruppen.

In der Längsschnittstudie in der Region Bielefeld/Kreis Gütersloh war zu sehen, dass der Prozentsatz der Ärzte, die schon einmal Kontakt zu Selbsthilfegruppen hatten, in dieser Zeit von 44% auf 59% erhöht hatte (Slesina und Knerr 2007: 15ff).

Zusätzlich zu der Längsschnittstudie in der genannten Region wurde auch mit in etwa derselben Methodik die Region Halle/Saalkreis/Landkreis Wittenberg einbezogen, um die Situation in den neuen und alten Bundesländern miteinander vergleichen zu können.

Gegenüber der Hamburger Untersuchung, in der sich eine große Zahl von Kontaktpersonen von Selbsthilfegruppen äußerte, sind Ergänzungen und Vorteile in dieser Studie, dass zwei unterschiedliche, eher ländlich oder kleinstädtisch geprägte Regionen untersucht wurden und dass es neben den Befragungen der Selbsthilfegruppen auch Befragungen der Ärzte in Praxen und Krankenhäusern gab. Auch wenn die Stichproben und Frageformulierungen der Studien nicht unmittelbar zu vergleichen sind, zeigen sich doch viele positive Entwicklungen. Diese sind in den meisten Fällen allerdings nicht signifikant, so dass man von einer stetigen jedoch langsamen Annäherung von Ärzten und Selbsthilfegruppen sprechen kann.

In einer vertiefenden Analyse von Daten derselben Studie (Slesina und Knerr 2008) gingen die Autoren in multivariaten Analysen der Frage nach, warum bzw. welche niedergelassenen Ärzte mit Selbsthilfegruppen kooperieren (und andere dies nicht tun). Als kooperierende Ärzte wurden diejenigen bezeichnet, die zumindest Info-Material in der Praxis ausgelegt haben und solche Ärzte, die im letzten Jahr Patienten zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe rieten. In die Analyse gingen 140 Ärzte aus Bielefeld/Gütersloh und 127 aus der Studie in Sachsen-Anhalt ein. Kernfrage war, welche unabhängigen (d.h. erklärenden) Variablen die Zielvariablen

„Kontakt mit Selbsthilfegruppen: ja/nein“ und „Empfehlung von Selbsthilfegruppen: ja/nein“ am besten voraussagen können.

Nicht alle der Ergebnisse der Modellrechnungen waren für praktische Handlungszwecke geeignet. Versucht man, diejenigen Merkmale, die als „echte Einflussgrößen“ gelten können, nochmals verdichtet zusammenzufassen, so sind dies vor allem zwei Einstellungen der Ärzte, nämlich Altruismus („fehlende Abrechnungsmöglichkeit ist kein Hindernis“) und angenommene Kooperationsgewinne (z.B. bessere Beratungsqualität, eigene Fortbildung, eigene Entlastung). Auch die Fachrichtung, nämlich allgemein-praktischer Arzt zu sein, spielt eine positive Rolle für die faktische Kooperation und Kooperationsbereitschaft.

Auf einer gemeinsamen Fachtagung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des BKK Bundesverbandes im Juni 2008 in Berlin unter dem Titel „Konzepte zur Aktivierung der Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Ärzten“ wurden die Ergebnisse vorgestellt. Diese Tagung kann auch als ein wichtiger Meilenstein für die Verbreitung von „Selbsthilfefreundlichkeit“ in Arztpraxen gelten.

Trotz einiger methodischer Einschränkungen, die auch sehr stark in der Beteiligung an den Befragungen und den daraus resultierenden limitierten Analysemöglichkeiten liegen, hat die Studie von Slesina und Knerr (2007; gefördert vom BKK Bundesverband) mit einem relativ komplexen Ansatz die Situation im Jahre 2004 abgebildet. Die Ergebnisse sind ambivalent. In der Schlussbemerkung (Slesina und Knerr 2008: 222 ff) wird dies von Slesina, der auch dem Forschungsverbund Laienpotenzial angehörte, folgendermaßen zusammengefasst: „So gesehen, haben sich seit Anfang der Achtziger Jahre (Badura und von Ferber 1981; Forschungsverbund 1987) wichtige Entwicklungen ergeben, und es ist J. Matzat zuzustimmen, wenn er von einem zwar langsamen, aber allmählich fortschreitenden Prozess sich wandelnder Wahrnehmungen und Interaktionen zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen spricht“.

Wir selbst interpretieren beide Studien als deutlichen Hinweis darauf, dass die Information und Aufklärung in der Ärzteschaft über Selbsthilfe zwar kleine Entwicklungsprozesse bewirkt hat, es jedoch für flächendeckendere und quantitativ relevantere Entwicklungen struktureller Anreize

bedarf, um die Kooperation mit Selbsthilfegruppen zu einem selbstverständlichen Element der Gesundheitsversorgung zu machen.

### **3.2 Selbsthilfefreundliche Arztpraxen: die Entstehungsgeschichte der Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung**

Alf Trojan, Stefan Nickel

Eine vom Bayerischen Forschungsverbund Public Health im Jahr 2000 veröffentlichte wissenschaftliche Studie zur Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem (Findeiß et al. 2001) unterstrich die Notwendigkeit einer *nutzerorientierten Qualitätsentwicklung* und führte in der Folge zu regionalen Praxisprojekten der Kooperation zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen.

Das wichtigste war „dialog“. Das Selbsthilfezentrum München initiierte und begleitete dieses Modellprojekt mit dem vollen Titel: „dialog – Münchner Ärzte und Selbsthilfegruppen kooperieren“. Es wird bis heute als Kernaufgabe des Selbsthilfezentrums mit dem leicht veränderten Titel „dialog – Fachwelt und Selbsthilfe kooperieren“ fortgeführt. „dialog“ hat das übergeordnete Ziel, die Akzeptanz der Selbsthilfe als ergänzende Unterstützung im Rahmen der medizinischen Behandlung zu erhöhen, also gleichsinnige Ziele wie der Ansatz, die Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen zu fördern (www.shz-muenchen.de; Selbsthilfezentrum München 2005).

Auf die allgemein sehr bedeutsame Rolle der KOSAs in Trägerschaft von Kassenärztlichen Vereinigungen wurde schon hingewiesen. Von besonders großer Bedeutung waren und sind dabei die kondensierten Erfahrungen in Form der „Leitlinien für eine erfolgreiche Kooperation zwischen Ärzten und Selbsthilfe“ (Fischer et al. 2004: 124-126).

Vor allem auf dieser Basis hat die Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA) der KV Nordrhein 10 Punkte formuliert, die zur praktischen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen beitragen und daher auch als erste Formulierung von Qualitätskriterien gelten können (KV Nordrhein 2006: 5):

1. „Informationen über Selbsthilfegruppen in der Praxis auslegen

2. Patienten auf die Vorteile von Selbsthilfegruppen hinweisen
3. Patienten zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen motivieren
4. Selbsthilfegruppen in medizinischen/psychotherapeutischen Fragen beraten
5. in einer Selbsthilfegruppe zu medizinischen/psychotherapeutischen Themen referieren
6. Teilnahme von Ärzten an einem Selbsthilfegruppentreffen
7. in Qualitätszirkeln mit Selbsthilfe zusammenarbeiten
8. Selbsthilfegruppen in neue Versorgungsformen einbeziehen
9. Veranstaltungen zu medizinischen oder gesundheitspolitischen Themen organisieren
10. Praxisräume für Selbsthilfegruppen öffnen.“

Auf diese Kriterien stützen sich die in nachfolgenden Modellprojekten im Konsens zwischen Selbsthilfegruppen, Unterstützern und Professionellen entwickelten Qualitätskriterien.

Vor diesem Hintergrund von Erfahrungen einschließlich ihrer bilanzierenden Zusammenfassung und parallel zu dem Ansatz, Krankenhäuser als besonders selbsthilfefreundlich zu kennzeichnen, sind aus einem Kreis von erfahrenen Selbsthilfeunterstützern erste Überlegungen entwickelt worden, um Selbsthilfefreundlichkeit als Kernelement von Patientenorientierung auch in Arztpraxen zu implementieren.

Wichtigster Meilenstein dabei war das 14. Selbsthilfe-Forum der Ärztekammer Hamburg in Zusammenarbeit mit KISS Hamburg im November 2007. Auf der Basis kurzer konzeptioneller Eckpunkte wurde das Thema „Selbsthilfefreundlichkeit“ auf diesem Forum von zahlreichen Vertretern von Selbsthilfegruppen, Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und einigen engagierten Ärztinnen und Ärzten diskutiert. Sowohl der

Ausschuss der Hamburger Ärztekammer als auch die beteiligten Experten waren nach dieser Veranstaltung einhellig der Meinung, dass das Konzept weiter verfolgt werden sollte.

Die generelle Aufbruchstimmung lässt sich besonders deutlich auf Befragungsergebnisse der KV Bayern zurückführen, die auf dem 14. Selbsthilfeforum in Auszügen präsentiert wurde (Scholze 2008): 33% der 323 antwortenden Ärzte (entsprechend einem Rücklauf von 30% der Angeschriebenen) sagten zu dem Statement „Ich wäre bereit, nach außen als ‚selbsthilfefreundliche Praxis‘ zu firmieren“, dass dieses „voll und ganz“ oder „weitgehend“ zutreffe. Weitere 33% antworteten, dass dieses „eher zutreffe“ und nur das restliche Drittel war im negativen Bereich der Skala angesiedelt („trifft eher“ bis „überhaupt nicht zu“).

Der grundsätzliche strategische Gedanke schon seit dem Hamburger Selbsthilfeforum bestand darin, Selbsthilfefreundlichkeit mit bestehenden Qualitätsmanagementsystemen und den damit verknüpften Anreizen zu verbinden.

Dieses Ziel, Selbsthilfefreundlichkeit als Bestandteil von Qualitätsmanagement (QM) zu implementieren, erfolgte in einem relativ idealen Zeitfenster. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden die Ärzte 2004 verpflichtet, ein praxisinternes QM einzuführen und weiterzuentwickeln. Am 1. Januar 2006 trat eine QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft (GBA 2005). Als Grundelemente werden u.a. auch genannt: „Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung“. Bis Ende des Jahres 2007 sollten die Ärzte die QM-Planung abgeschlossen haben. Daran schlossen sich zwei Jahre an, in denen konkrete Umsetzungsmaßnahmen erfolgen sollten. Eine Überprüfung der Einhaltung war durch den G-BA für 2011 vorgesehen. Ergebnisse dazu liegen noch nicht vor. Nach einem Bericht der Ärztezeitung von Mitte 2011 auf der Basis vorangegangener Stichproben-Untersuchungen scheinen aber über 90% der Praxen (Selbstauskunft) im Zeitplan zu liegen (Höhl 2011).

Für die Integration von „Selbsthilfefreundlichkeit“ in ambulante Praxis-Managementsysteme wurden vier Arbeitsschritte eines Modellprojektes „Selbsthilfefreundliche Arztpraxen“ des BKK BV konzipiert. Im Einzelnen sahen die Arbeitsschritte des Konzepts wie folgt aus:



1. Machbarkeitsexpertise 1: Patientenorientierung und Selbsthilfefreundlichkeit in Managementsystemen – aktuelle Situation und Entwicklungsperspektiven;
2. Machbarkeitsexpertise 2: Akzeptanz, Informationsbedarf und Einschätzung von Anreizen für die Beteiligung an (Modell-) Projekt(en) selbsthilfefreundlicher Arztpraxis;
3. Vorbereitung eines Modellprojekts durch Entwicklung von Fortbildungsmaterialien;
4. Modell-Erprobungen „Selbsthilfefreundliche Arztpraxis“.

In der *Machbarkeitsexpertise 1* wurde gefragt, ob es im Rahmen des obligatorischen Qualitätsmanagements von Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung gelingen könnte, die Kooperation mit Selbsthilfezusammenschlüssen als festen Bestandteil alltäglichen Handelns zu implementieren. Dazu wurden umfassende Internetrecherchen und Dokumentenanalysen der verfügbaren bekannteren Qualitätsmanagementsysteme durchgeführt und Vertreter der sieben bekannten Systeme zum Stand der Integration und zu den zukünftigen Möglichkeiten einer Aufnahme von Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal befragt (siehe ausführlich dazu Abschnitt 3.3)

Die *Machbarkeitsexpertise 2* beruhte auf einer Studie, in der Moderatoren von Qualitätszirkeln in den Bundesländern Hamburg, Hessen, Bayern und später auch im Bereich der KV Nordrhein nach Akzeptanz und geeigneten Anreizen für die Zusammenarbeit befragt wurden (siehe ausführlich dazu Abschnitt 3.4)

Im *Arbeitsschritt drei* des Konzeptes wurden von der Selbsthilfekoordination Bayern Materialien für eine verbesserte Kooperation entwickelt ([http://www.seko-bayern.de/index.php?article\\_id=79](http://www.seko-bayern.de/index.php?article_id=79); Zugriff 9.1.2011).

Als ein Ergebnis dieses Projekts, das mit Unterstützung des BKK-Bundesverbandes 2008 durchgeführt wurde, ist eine Internetseite für Bayern online gegangen ([www.selbsthilfekontakt.de](http://www.selbsthilfekontakt.de)). Sie richtet sich in erster Linie an niedergelassene Ärzte/innen, Psychotherapeuten/innen und medizinisches Praxispersonal und stellt den schnellen und einfachen

Zugang zu Selbsthilfeeinrichtungen in Bayern her. Durch Eingabe einer Postleitzahl und eines Themas werden die nächstliegenden Unterstützungsstellen angezeigt. So ist es leicht möglich, den Patienten/innen passende Adressen mitzugeben. Mit einem Klick können außerdem Informationen über das Projekt sowie Selbsthilfe im Allgemeinen abgerufen werden. Ziel ist es, die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Ärzten bzw. Psychotherapeuten zu verbessern und Selbsthilfefreundlichkeit in den Praxisalltag zu integrieren. Diesem Ziel dienen auch die übrigen Arbeitsergebnisse und -erfahrungen in dem Projekt, nämlich verschiedene Aufklärungsfaltblätter und ein in drei Fällen erprobter Fortbildungsansatz für Praxisteams (Tezak 2009). Wegen des Erfolgs und der Wünsche nach Fortführung wurde unmittelbar anschließend das Projekt „Selbsthilfe und niedergelassene Ärzte in Bayern“, gefördert von der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, begonnen. Es startete mit einer Ideenwerkstatt, in der Nutzen von Kooperationen zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen in vier Arbeitsgruppen herausgearbeitet wurde. Auf dieser Basis wurde das Fortbildungskonzept weiter präzisiert und verbessert und 2009 mit 7 Praxisteams erprobt. 2010 wurde das Projekt mit 3 Fortbildungen weitergeführt (Tezak 2010).

Eine weitere wichtige flankierende Maßnahme war die Entwicklung der sogenannten Fortbildungsbausteine „Gelingende Kooperation“ der NAKOS. Sie beinhalten Angebote (für verschiedene Bereiche), um Wissenslücken zu schließen und strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen. Das Fortbildungsmaterial kann bei der NAKOS unter Angabe des Verwendungszusammenhanges angefordert werden ([www.nakos.de](http://www.nakos.de); s. dort auch das entsprechende Faltblatt mit näheren Informationen über Inhalte und Nutzungsbedingungen der Fortbildungsbausteine).

Das Material ist Teil eines sogenannten Netzwerkkoffers. Der NAKOS-Netzwerkkoffer ist ein Informationspool zum Thema „Selbsthilfe und Kooperation“. Man findet dort Fachbeiträge, Praxisbeispiele gelebter Kooperation sowie Arbeitshilfen zur Kooperation mit der sozialen, psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung und mit dem Gemeinwesen. Aus diesem Fundus kann sich jede Nutzerin und jeder Nutzer ihren oder seinen ganz individuellen, auf ihre oder seine Bedürfnisse abgestimmten, persönlichen Netzwerkkoffer packen. In einer eigenen Rubrik sind auch

Materialien zum Konzept „Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen“ zusammengetragen.

*Arbeitsschritt vier* wurde in Form eines eigenen Modellprojekts in Trägerschaft der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit in Nordrhein-Westfalen und in enger Kooperation mit der KV Westfalen-Lippe durchgeführt (siehe ausführlich dazu Abschnitt 3.5). Das Ende 2011 abgeschlossene Projekt bildet den Abschlusspunkt einer mehr als vier Jahre andauernden Entwicklung zunächst der Qualitätskriterien selbst und dann der geeigneten Vorgehensweisen zu ihrer Umsetzung in Arztpraxen. Zusammen mit der parallel laufenden Integration der Qualitätskriterien insbesondere in das QM-System QEP sind damit motivierende Strukturen und konkrete Arbeitshilfen für die weitere Verbreitung und strukturelle Absicherung von Selbsthilfefreundlichkeit in Praxen geschaffen worden.

In den folgenden Abschnitten werden die erwähnten Arbeitsschritte bzw. Grundlagen der Entwicklung in geraffter Form festgehalten, um im abschließenden Abschnitt 3.6 das Erreichte und die Perspektiven für die Zukunft zu bilanzieren.

### **3.3 Explorative Studie „Selbsthilfefreundlichkeit und Qualitätsmanagement“ in Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung**

Alf Trojan, Ellis Huber, Christopher Kofahl, Stefan Nickel

Auch für den ambulanten Bereich gab es schon zu Beginn die Absicht, Qualitätskriterien der Selbsthilfefreundlichkeit mit bestehenden Qualitätsmanagementsystemen und den damit verknüpften Anreizen zu verbinden. Der Zeitpunkt für diese Absicht einer Implementation von Selbsthilfefreundlichkeit in das Qualitätsmanagement (QM) war günstig: Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden die Ärzte 2004 verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Am 1. Januar 2006 trat eine entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft. Diese Richtlinie „Vertragsärztliche Versorgung“ des G-BA vom 18.10.2005 nennt als Ziele in §2 unter anderem: „systematische Patientenorientierung, alle an der Versorgung Beteiligten angemessen einbeziehen, strukturierte Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung“. In §3 werden als Grundelemente unter anderem genannt: Patientenorientierung, Patienteninformation und -beratung sowie Patientenmitwirkung. Es liegt auf der Hand, dass eine systematische Kooperation mit der organisierten Selbsthilfe ein entscheidendes Element sein muss, um diese Ziele zu erreichen bzw. die Grundelemente mit Leben zu erfüllen.

Bis Ende des Jahres 2007 sollten die Ärzte die Qualitätsmanagement-Planung abgeschlossen und innerhalb der folgenden zwei Jahre mit konkreten Umsetzungsmaßnahmen begonnen haben.

Eine explorative Machbarkeitsexpertise im Jahr 2008 zu „Patientenorientierung und Selbsthilfefreundlichkeit in Managementsystemen“ kam also zu einem Zeitpunkt, zu dem das Thema QM in Arztpraxen gerade etwa auf der Mitte des Weges der Umsetzung angelangt war. Im Prozess der Entwicklung, so war die Annahme, würden sich Möglichkeiten einer Integration eher ergeben, als wenn Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit nachträglich in ein fertiges System hätten eingefügt werden müssen.

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die QM-Systeme, d.h. den Gegenstand der explorativen Studie gegeben, danach über Ziele und Methodik und zuletzt über die Ergebnisse und aus der Studie resultierenden Empfehlungen.

### 3.3.1 Überblick über QM-Systeme und ihre Verbreitung

Grundsätzlich kann man bei den Systemen zwischen den allgemein gültigen oder branchenneutralen und den medizinangepassten oder branchenspezifischen Qualitätsmanagementsystemen (QMS) unterscheiden. Das international bekannteste QMS, die DIN EN ISO 9000 ff, ist ebenso wie das europäische Excellence-Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) branchenneutral ausgestaltet. Die inzwischen ebenfalls vorhandenen branchenspezifischen Systeme basieren zum großen Teil auf den beiden allgemeingültigen QMS. Als branchenspezifische Entwicklungen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung die folgenden Systeme eingeführt und verbreitet:

- Das KPQM 2006 System der KV Westfalen-Lippe (KV WL) ist eine praxisnahe Weiterentwicklung des EFQM-Modells.
- Das qu.no-Qualitätsmanagementsystem der KV Nordrhein ist eine Lizenznahme des KPQM/KPQM 2006 und mit diesem System identisch (ebenso das früher benutzte qu.bhäv des Bayerischen Hausärzteverbandes).
- Das KTQ-System der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH mit den Gesellschaftern der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), des Deutschen Pflegerates (DPR) und des Hartmannbundes der Ärzte Deutschlands e.V.
- Das Europäische Praxis Assessment (EPA-Modell), das von der Arbeitsgemeinschaft TOPAS Europe und TOPAS Germany e.V. entwickelt wurde und in Deutschland von AQUA, dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH angeboten wird. Eine Zertifizierung der Praxen erfolgt durch die Stiftung Praxissiegel e.V. Für dieses Modell wurde die Effektivität für tatsächliche Verbesserungen der Versorgung nachgewiesen (Götz et al. 2011; Szecsenyi et al. 2011).

- Das QEP-System der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, das eine eigenständige Entwicklung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten darstellt und von den Kassenärztlichen Vereinigungen angeboten wird. Eine Zertifizierung erfolgt durch unabhängige Zertifizierungsstellen.

Die KBV rühmte sich in ihrer Pressemitteilung vom 24.4.2008: „Der Marktanteil des QEP der KBV sei im Vergleich zu 2006 um das Vierfache auf insgesamt 24,6% gestiegen. Die noch 2006 bestehende Dominanz des DIN-ISO-Systems ist nicht mehr vorhanden. QEP ist mittlerweile weithin bekannt und wird auch viel eingesetzt.“

Es war damals offen, welche QMS sich wirklich auf Dauer bewähren und durchsetzen würden. Die branchenneutralen Systeme DIN-ISO und EFQM schienen aber gegenüber den branchenspezifischen Systemen in den Hintergrund zu geraten. Die regionalen KV-Systeme KPQM und qu.no sind mit dem QEP-System der KBV kompatibel und letztlich nur einfachere und weniger aufwendige Subsysteme. Daher wurde davon ausgegangen, dass QEP und die KV-Systeme wahrscheinlich mittel- und langfristig die stärkste Verbreitung erreichen würden, dass es aber sinnvoll sei, zunächst keines dieser 6 QMS aus der Studie auszuschließen.

### 3.3.2 Studienziele und Methodik

In dieser ersten Studie 2008 (zu weiteren Befragungen und dem aktuellen Stand vgl. Kapitel 6.1 und den Anhang) ging es darum, herauszufinden, inwieweit nach der erfolgreichen Integration von Qualitätskriterien der Selbsthilfefreundlichkeit im *stationären* Bereich etwas Gleichsinniges für den *ambulanten* Bereich erreicht werden könne. Mittels eines Leitfadens wurden Verantwortliche bzw. Experten der sechs wichtigsten Qualitätsmanagementsysteme (QMS) in der ambulanten Versorgung befragt. Die Befragung hatte einen explorativen und aktivierenden Charakter.

Die folgenden kurzen Fragen sollten helfen, die Anschlussfähigkeit des Qualitätsmerkmals „Selbsthilfefreundlichkeit“ an die bekanntesten QMS realitätsgerecht einzuschätzen:

- Welche Rolle spielt die Zusammenarbeit mit Selbsthilfefzusammenschlüssen im Konzept?

- Welche Rolle spielt die Zusammenarbeit mit Selbsthilfefremdschlüssen in der Praxis der Anleitung von Anwendern und/oder bei der Zertifizierung?
- In dieser Frage wurden 10 Aktivitäten genannt, die von Seiten der Kooperationsstellen zwischen Selbsthilfegruppen und Ärzteschaft (KOSA) als relevant für die Zusammenarbeit eingeschätzt worden waren (zitiert nach KOSA Nordrhein). Es sollte angekreuzt werden, wie leicht oder wenig leicht diese Aktivitäten in das ambulante QM zu integrieren wären.
- An welchen Stellen würden Sie andere und/oder bessere Formulierungen für Kooperationsaktivitäten vorschlagen?
- Würden Sie zusätzliche Kriterien vorschlagen? Ggf. welche?
- Wie müsste man vorgehen, um eine Richtungsentscheidung für die Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das QMS zu erreichen?
- Wie müsste man konkret administrativ vorgehen, um Selbsthilfefreundlichkeit bei einer Überarbeitung des von Ihnen vertretenen QMS zu integrieren?
- Wären Sie im Prinzip bereit, Praxen zu vermitteln, die an einem Modellprojekt teilnehmen, mithilfe dessen die Integrierbarkeit von Selbsthilfefreundlichkeit in das QM ambulanter Praxen erprobt wird?

Diese Befragung wurde begleitet durch eine umfangreiche Recherche in der Literatur und im Internet. Beide Elemente der Studie werden im Folgenden zusammengefasst.

### **3.3.3 Zusammenfassung der Studienergebnisse in 10 Punkten**

*(1) Selbsthilfeunterstützung und Selbsthilfefreundlichkeit ist mit der Qualitätsentwicklungspolitik im ambulanten Bereich voll und ganz kompatibel.*

Die Selbstverwaltungsorgane der Ärzteschaft formulierten in der Vergangenheit dazu immer wieder formelle Bekenntnisse und Veröffentlichungen, die eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfefremdschlüssen propagieren. Die Publikation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? – Checkliste für Patientinnen und Patienten“ zeugt davon ebenso wie zahlreiche Strukturen, in denen die Zusammenarbeit mit Selbsthilfefremdschlüssen praktiziert und unterstützt wird. Kontaktstellen für die Zusammenarbeit von Selbsthilfefremdschlüssen und Ärzten, die KOSAs, gibt es in sechs Bundesländern. Das ÄZQ und das Patienten-Forum sind nur die

wichtigsten überregionalen Strukturen, die sich um Selbsthilfeunterstützung kümmern.

Der Band 34 der Schriftenreihe des ÄZQ betont hierzu im Vorwort: „Wie gelingt Patientenbeteiligung? Im Gesundheitswesen stellt sich diese Frage für Patientenorganisationen und Patientenvertreter in verschiedenen Situationen und täglich neu. *Kollektive Patientenbeteiligung* ist kein Selbstzweck. Sie zielt ganz wesentlich ab auf die Sicherung und *Anhebung der Qualität* praktizierter medizinischer Versorgung (...).“

### *(2) Zusammenhang der QMS untereinander*

Die Qualitätsmanagementsysteme sind nicht parallel und unabhängig voneinander entstanden. Die zeitlich späteren Systeme bauen auf der Basis der branchenunspezifischen Systeme (DIN EN ISO und EFQM) auf. Die beiden auf Landesebene entwickelten Systeme (KPQM und qu.no) profitieren von der Möglichkeit, aus dem QEP-System der KBV einzelne Elemente direkt zu übernehmen. Das EPA-System stellt eine Verknüpfung mit Praxis-Assessments auf europäischer Ebene her und liefert ergänzende Tools zur Qualitätsentwicklung.

### *(3) Integration von Selbsthilfefreundlichkeit*

Für die Integration von Selbsthilfeunterstützung und -freundlichkeit als inhaltliches Kernkriterium, als Indikatorenset oder wichtiges Qualitätsziel der einzelnen QMS kommen vor allem die Dimensionen Patientenorientierung, Kundenorientierung oder Patientenbeteiligung in Frage.

Die Beteiligung von betroffenen Patienten oder Bürgern bei der Entwicklung von Zielen, Indikatoren und Kriterien für ein QMS sollte in Modellversuchen erprobt werden. Patienten- und Selbsthilfefzusammenschlüsse müssen in die weitere Entwicklung des Qualitätsmerkmals „Selbsthilfefreundlichkeit“ einbezogen werden.

### *(4) Konkrete Ansatzpunkte und Teilelemente einer selbsthilfeförderlichen und selbsthilfefreundlichen Entwicklung der QMS:*



Die „Philosophie“ der QMS enthält in der Regel grundsätzliche Formulierungen und Zielsetzungen zur Patientenorientierung, die um den Aspekt der Selbsthilfeunterstützung und -unterstützung ergänzt werden müssten.

Fortbildungsmaterialien für die Instrukturen, Visitoren oder Berater von QMS müssten entsprechend erarbeitet und zur Verfügung gestellt werden („Train the Trainers“). Dies gilt auch für Informationswerkzeuge und Fortbildungsmaterialien der einzelnen QMS für die Nutzer, also die Ärzte und Therapeuten.

#### *(5) Integration in Schlüsseldokumente*

Um eine nachhaltige Implementierung von Selbsthilfefreundlichkeit zu erreichen, wäre es wichtig, Selbsthilfefreundlichkeit auch in strategisch wichtigen, allgemeinen Schlüsseldokumenten für die Gestaltung von QMS aufzuführen. Insbesondere wäre dabei an die G-BA-Richtlinie und die Qualitätskriterien des ÄZQ für QMS zu denken.

#### *(6) Vorbildfunktion von interdisziplinären Netzwerken und Versorgungszentren bei der Entwicklung von Selbsthilfepotenzialen*

Ohne einer Diskussion um die Konkretisierung von Modellversuchen in einzelnen Praxen vorgreifen zu wollen, lässt sich doch schon zu diesem Zeitpunkt sagen, dass neue Versorgungsformen (z.B. Krebs-, Brust-, Darm-„Zentren“) einerseits für ihre Anerkennung mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten müssen, und andererseits in einer Münchner Befragung (Scholze 2008) diese interdisziplinären Netzwerke auch eine größere Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfezusammenschlüssen gezeigt hatten als die traditionellen Praxisformen. Solche Referenzeinheiten für Qualität und gute Ergebnisse in der Versorgung sind auch geeignete Anlaufstellen für die selbsthilfebezogene Patientenorientierung und die optimale Entfaltung von Gesundheitskompetenz bei ihren Patienten.

#### *(7) Strategie und ergebnisorientiertes Vorgehen*

Es bietet sich an, dass professionelle Experten und die Selbsthilfe kooperativ die Ziele, Dimensionen, Prozesse, Strukturen, Indikatoren und Controllingtools für eine selbsthilfeförderliche und -freundliche Versorgungskultur weiterentwickeln und für eine Erprobung in verschiedenen Praxis-kontexten verwenden.

### *(8) Ergebnisse der aktivierenden Befragung*

Alle Experten bekamen die Befragungsergebnisse vor Veröffentlichung zur Kontrolle zugesandt. Wo nötig, wurden kleine Korrekturen vorgenommen. Besonders erfreulich war, dass das Befragungsziel „Aktivierung“ offenbar erreicht wurde: Drei QMS berichteten, dass sie an Neuformulierungen oder Ergänzungen zur selbsthilfebezogenen Patientenorientierung in ihren Kriterien- und Indikatorenkatalogen arbeiten.

### *(9) Bedeutung von Indikatorensystemen und offene Fragen*

Hintergrund für die Entwicklung eines eigenen Indikatorensystems der KBV (AQUIK) (und eines gleichsinnigen der AOK) ist die ab 2009 gesetzlich bestehende Möglichkeit, „dass die Kassen und kassenärztlichen Vereinigungen für besonders gute Qualität Zusatzhonorare mit den Krankenkassen vereinbaren können“ (Rabbata 2008: B 808). Die Aufnahme in Indikatorensysteme und auf Qualitätszertifizierungen angelegte QMS würde bedeuten, dass Selbsthilfefreundlichkeit (zusammen mit anderen Qualitätsmerkmalen) zu Zusatzhonoraren für die betreffenden zertifizierten Ärzte führen kann. Diese Integration in ein ökonomisches Anreizsystem ist u. E. vielversprechender als alle anderen Ansätze, „selbsthilfefreundliche Arztpraxen“ als generellen Standard zu etablieren.

### *(10) Grundsätzliche Empfehlung*

Die Integration von Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal der ambulanten ärztlichen Versorgung in das gesetzlich vorgegebene Qualitätsmanagement sollte in Kooperation von Vertretern der Selbsthilfe und Ärzteschaft systematisch weiter vorbereitet, in Modellversuchen erprobt und wissenschaftlich begleitet werden.

Die Ergebnisse dieser Expertise zusammen mit der ergänzenden Befragung von ärztlichen Qualitätszirkel-Moderatoren im folgenden Abschnitt 3.4 bildeten die Grundlage für die Gestaltung und Durchführung sowohl der Entwicklung eines Fortbildungskonzepts für Arztpraxen (siehe Abschnitt 3.2 und Teszak 2009 bzw. 2010) wie auch für den Modellversuch zur systematischen Umsetzung von Selbsthilfefreundlichkeit in Arztpraxen mit einem ärztlichen Qualitätszirkel in Nordrhein-Westfalen (Abschnitt 3.5).

### **3.4 Akzeptanz, Informationsbedarf und Anreize zur Kooperation von Arztpraxen mit der Selbsthilfe: Ergebnisse einer Umfrage in vier Bundesländern**

Stefan Nickel, Alf Trojan

In diesem Bericht werden die Ergebnisse einer Befragung von Moderatorinnen und Moderatoren von ärztlichen Qualitätszirkeln in Hamburg, Hessen, Bayern und im Bereich der KV Nordrhein präsentiert. Die Studie bildete einen der vorbereitenden Arbeitsschritte des BKK-Modellprojekts „Selbsthilfefreundliche Arztpraxis“ (vgl. auch Abschnitte 3.3 und 3.5).

Als Einleitung der in den folgenden Kapiteln präsentierten Ergebnisse sollen zunächst Hintergrund und Fragestellung sowie das methodische Vorgehen der Studie vorgestellt werden.

#### **3.4.1 Hintergrund und Fragestellung**

Aus einem Kreis von erfahrenen Selbsthilfeunterstützern entstanden erste Ansätze für die Entwicklung eines Qualitätskonzepts, das „Selbsthilfefreundlichkeit“ als Kernelement von Patientenorientierung in der ambulanten Medizin implementieren helfen soll. Vorläufer war ein Modellprojekt zur Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen in Bayern (Ende 2001 bis 2003), auf dem spätere Bemühungen aufbauten. Das Projekt hatte seinerzeit den Titel „dialog – Münchner Ärzte und Selbsthilfe“ (Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund 2003).

2007 wurde das Thema beim 14. Selbsthilfeforum Anfang November in der Ärztekammer Hamburg mit zahlreichen Vertretern von Selbsthilfegruppen und einigen engagierten Ärztinnen und Ärzten diskutiert. Sowohl der Ausschuss der Hamburger Ärztekammer als auch die beteiligten Experten betonten die Notwendigkeit, das Konzept weiter zu verfolgen. Als wichtig wurde aber angesehen, dass dieses behutsam und auf einer soliden Informationsbasis erfolgt, da trotz der diesbezüglichen Offenheit der Ärzteschaft ihre Bereitschaft für Innovationen aktuell „überstrapaziert“ erschien. Daraus folgte als grundsätzlicher strategischer Gedanke, dass Selbsthilfefreundlichkeit mit bestehenden Qualitätsmanagementsystemen

(QMS) und/oder bestehenden Fortbildungsformen und den damit verknüpften Anreizen verbunden werden sollte.

Spezifischer Ausgangspunkt der Überlegungen für eine schriftliche Befragung von sog. Moderatoren ärztlicher Qualitätszirkel (QZ) ist die Annahme gewesen, dass diese überdurchschnittlich gut informiert sind über Qualitätsmanagement und auch eine größere Bereitschaft hierzu haben als der Durchschnitt der niedergelassenen Ärzte. Die Qualitätszirkel bestehen aus 8 bis 12 Mitgliedern, arbeiten auf Grundlage des kollegialen Diskurses („peer review“) und treffen sich gewöhnlich in monatlichem Abstand. Die Moderatoren, die selbst niedergelassene Ärzte sind, organisieren, dokumentieren und begleiten den Prozess mit „ihrer“ Gruppe von Ärzten (vgl. [www.kbv.de/qualitaetszirkel.html](http://www.kbv.de/qualitaetszirkel.html)). Sie sind deshalb in besonderer Weise geeignet, Informationen zu geben über Akzeptanz, Informationsbedarf und Einschätzung von Anreizen für die Beteiligung an Qualitätsmanagementsystemen im Allgemeinen und über die Befassung mit Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal im Besonderen.

Ziele dieses Arbeitsschrittes waren:

a) Ermittlung von:

- Informationsstand zu Patientenorientierung und Selbsthilfefreundlichkeit im Kontext von Qualitätsmanagement,
- Akzeptanz dieses Qualitätsbereiches und Einschätzung von Wichtigkeit und Bedeutung,
- Informationsbedarf für die Implementierung von Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätskriterium und für die konkrete Zusammenarbeit mit Selbsthilfezusammenschlüssen,
- Einschätzung der Wirksamkeit verschiedener Anreize für die Berücksichtigung von Selbsthilfefreundlichkeit,
- potentielle Bereitschaft zur Beteiligung an Modellprojekten der Selbsthilfefreundlichkeit.

b) Informationen gewinnen, wie Arztpraxen für Modellprojekte gewonnen werden können und welche Anreize und Verfahren für die Implemen-

tierung von Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal in Arztpraxen geeignet sind.

- c) Ein indirektes, eher praktisches Ziel bestand in der Verstärkung und Verbreiterung des Wissensstandes über Selbsthilfefreundlichkeit als Konzept. Dies galt insbesondere für die zeitlich versetzt erfolgte Befragung in NRW, da in diesem Bundesland ein Modellversuch zur Umsetzung vorgesehen war.

Die mit diesem Arbeitsschritt angestrebten Ziele (a und b) wurden mit der quantitativen Befragung erreicht. Bei der Planung war als zusätzlicher Schritt eine qualitative Befragung einzelner Qualitätsmoderatoren konzipiert worden. Ziel dabei war, Widerstände und Barrieren für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen detaillierter zu erfassen. Dieses wurde jedoch schon durch die sehr große Bereitschaft erreicht, im quantitativen Fragebogen auf entsprechende offene Fragen zu antworten. Dort wurden nicht nur positive Faktoren und Anreize für die Zusammenarbeit ermittelt, sondern auch Widerstände, Barrieren und Kritik an Selbsthilfe. Auch in einer Frage bei den ergänzenden Bemerkungen und Hinweisen wurden Widerstände und Skepsis gegenüber der Zusammenarbeit deutlich.

Angesichts der zahlreichen Antworten zu offenen Fragen im schriftlichen Fragebogen wären aus vertiefenden Gesprächen mit einzelnen Moderatoren keine nennenswerten zusätzlichen Erkenntnisgewinne zu erwarten gewesen. Daher wurde sie nicht durchgeführt.

Im Folgenden werden das methodische Vorgehen und die Ergebnisse der quantitativen Befragung dargestellt.

### **3.4.2 Methodisches Vorgehen**

Die bundesweite Befragung von Moderatoren der ärztlichen Qualitätszirkel erfolgte vom 16. Juni bis 30. August 2008. In diesem Zeitraum wurden mit Hilfe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in *Hamburg*, *Hessen* und *Bayern* insgesamt 1.643 Fragebögen an alle registrierten Moderatoren verschickt, davon 1.487 Bögen per Online-Befragung (Hessen, Bayern) sowie 156 per Post (Hamburg).

Die Befragung von Moderatoren der ärztlichen Qualitätszirkel für den *KV-Bereich Nordrhein* konnte erst später, nämlich vom 3. bis 24. Mai 2010 durchgeführt werden. Dort wurden mit Hilfe der Kassenärztlichen Vereinigung 300 Fragebögen an eine Auswahl von Moderatoren verschickt, die regelmäßig Qualitätszirkel anbieten und/oder Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen besitzen. Insgesamt antworteten dort 109 oder 36,3% der angeschriebenen Moderatoren.

Die KV Bayern ist die südlichste und größte KV; Hessen hat eine eher ländliche KV mit gut entwickelten Strukturen zur Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen; die Hamburger KV im Norden Deutschlands repräsentiert eine Großstadtregion. Das Land Nordrhein-Westfalen liegt in der Mitte Deutschlands und umfasst sowohl Großstädte als auch ländliche Gebiete. Insgesamt wird also eine breite Vielfalt durch die vier gewählten KVen repräsentiert.

Im Rahmen der Online-Befragung wurde außerdem die Möglichkeit eingeräumt, einen beigefügten Fragebogen auszufüllen und per E-Mail, Post oder Fax an das Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie in Hamburg zurückzuschicken. Nach einem Erinnerungsschreiben, das noch einmal den Nutzen und die Anonymität der Befragung unterstreichen sollte, antworteten  $521 + 109 = 630$  oder 32,4% der Moderatoren. Aufgrund von sechs nicht ausgefüllten Fragebögen bekamen wir letztlich 624 bzw. 32,1% auswertbare Datensätze. Dies ist – gemessen an den Fragestellungen der Studie und dem generell begrenzten Zugang von Ärzten zu dieser Problematik – eine akzeptable Rücklaufquote.

In Tabelle 3.4.1 sind die Anzahl und Prozentanteile der an der Befragung teilnehmenden Moderatoren nach dem Bundesland dargestellt, in dem sie beruflich tätig sind. Um zu überprüfen, ob die Antwortrückläufe zu systematischen Verfälschungen der Ergebnisse führen und ggf. die Aussagekraft unserer Studie beeinträchtigen, wurden zusätzlich die Antworten der Befragung der Auswahlgesamtheit von Personen gegenübergestellt, die im Untersuchungszeitraum kontaktiert wurden. Die Ergebnisse der Gegenüberstellung zeigt ebenfalls Tabelle 3.4.1.

**Tab. 3.4.1: Vergleich der Antworter mit der Auswahlgesamtheit**

Bundesland	Auswahlgesamtheit <sup>°</sup>		Antworter	
	N	%	n	%
Hamburg	156	8%	54	11%
Hessen	~ 575	30%	83	17%
Bayern	~ 912	47%	242	50%
NRW (Bereich Nordrhein)	300	15%	109	22%
<i>Bundesland unbekannt</i>	-	-	136	-
<b>Total</b>	<b>1.943</b>	<b>100%</b>	<b>624</b>	<b>100%</b>

<sup>°</sup> Für Hessen und Bayern waren die Zahlen nicht exakt bestimmbar, da einzelne Moderatoren in den Verteilerlisten doppelt geführt wurden und/oder per E-Mail nicht erreichbar waren.

Die Mehrheit der Antwortenden stammt aus Bayern (n=242), gefolgt von NRW (109), Hessen (83) und Hamburg (54). Ein Vergleich der Stichprobe mit der Auswahlgesamtheit aller Moderatoren ergab unterschiedliche Rücklaufquoten hinsichtlich der Zugehörigkeit zu den drei Bundesländern ( $p < 0,001$  bzw. hoch signifikant; Chi-Quadrat-Anpassungstest), wobei insbesondere die Beteiligung von Moderatoren aus Hessen zu wünschen übrig ließ. Eine genauere Aussage zur Verteilung der Antwortenden nach Bundesländern ist allerdings nicht möglich, da für fast ein Viertel keine Angaben zum Ort ihrer beruflichen Tätigkeit vorliegen.

Neben den Fragen zur Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten mit Selbsthilfegruppen haben wir jeden Moderator auch zu eigenen persönlichen Merkmalen befragt (vgl. Tabelle 3.4.2). Die Befragtenpopulation ist zu knapp zwei Drittel älter als 50 Jahre. Sie besteht zu 76% aus Männern und wird zu rund einem Viertel (26%) aus Ärzten der allgemeinmedizinischen Fachrichtung gebildet (Innere Medizin: 21%; Psychiatrie / Psychotherapie: 18%). Bei den Antwortenden handelt es sich um sehr erfahrene Ärztinnen und Ärzte, die im Durchschnitt sieben Jahre als Moderatoren in Qualitätszirkeln tätig sind. 48% von ihnen geben auch an, „mehrfach“ oder „häufig“ eigene Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen zu besitzen.

**Tabelle 3.4.2: Persönliche Charakteristika der Moderatoren (n=624)**

<b>Merkmale</b>	<b>Prozent</b>
<i>Geschlecht</i>	
Männlich	76%
Weiblich	24%
<i>Alter</i>	
Unter 40 Jahre	3%
40 bis 49 Jahre	34%
50 bis 59 Jahre	48%
Über 59 Jahre	15%
<i>Medizinische Fachdisziplin</i>	
Allgemeinmedizin	26%
Innere Medizin	21%
Gynäkologie	10%
Kinderheilkunde	6%
Psychiatrie / Psychotherapie	18%
Sonstiges	20%
<i>Tätigkeit als Moderator/in</i>	
Ø Jahre (Minimum – Maximum)	7,1 (0,5-28)
<i>Eigene Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit SHG</i>	
Keine	13%
Wenig	40%
Mehrfach	29%
Häufig	19%
<i>Beurteilung der Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit SHG</i>	
Sehr gut	17%
Gut	39%
Teils, teils	35%
Weniger gut	6%
Schlecht	3%

Frageformulierungen: 1. Welches Geschlecht haben Sie? 2. Wie alt sind Sie? 3. Medizinische Fachdisziplin: ... 4. Ich bin als Moderator/in in Qualitätszirkeln insgesamt schon ... Jahre tätig. 5. Eigene Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen: ... 6. Meine Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen beurteile ich als: ...



Im Vergleich der Bundesländer zeigten sich zumeist nur geringe Unterschiede. Festzuhalten ist, dass die Moderatoren verschiedene Fachdisziplinen repräsentieren: Während in Nordrhein-Westfalen (KV-Bereich Nordrhein) mehr Internisten und Gynäkologen geantwortet haben, überwiegen in den anderen KV-Bereichen Psychiater bzw. Psychotherapeuten. Auch in Bezug auf die Beurteilung der eigenen Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen sind größere Unterschiede zwischen den befragten Moderatoren festzustellen: „Sehr gute“ oder „gute“ Erfahrungen geben von 38% (Hessen) bis hin zu 63% (NRW) der Befragten an; dabei wird die Zusammenarbeit insgesamt mehrheitlich positiv beurteilt.

Inhaltlich war der Fragebogen in vier Themenkomplexe gegliedert: Aktuelle Situation der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen; Informationsbedarf für eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen; Anreize für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen; Einstellung/Meinungen der Ärzte zum Thema Qualitätsmanagement.

Zusätzlich wurde eine offene Frage zur Akzeptanz der Qualitätsmanagementsysteme im ambulanten Versorgungsbereich gestellt sowie das Interesse der Moderatoren und anderer Praxen im Umfeld an einem Modellversuch zum Prädikat „Selbsthilfefreundliche Praxis“ ermittelt; im Bereich Nordrhein wurde statt letztgenannter Frage das Interesse erhoben, an der Umsetzung und Messung kontinuierlicher Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen mitzuarbeiten. Für den Pretest unseres Fragebogens wurden 10 Selbsthilfeunterstützer (darin eingeschlossen unsere Verbindungspersonen aus den KVen, in denen die Befragung lief) und Forscher aus dem Selbsthilfebereich gebeten, die Verstehbarkeit und Beantwortbarkeit des Fragebogens zu beurteilen. Die entsprechenden Hinweise führten zu Kürzungen und Textüberarbeitungen des ursprünglichen Fragebogens.

An dieser Stelle soll auch eine einschränkende Aussage zum Wesen der Befragungsergebnisse gemacht werden: Obwohl sich die Fragen auf niedergelassene Ärzte *allgemein* bezogen, sind die Angaben der Moderatoren natürlich von ihrer spezifischen persönlichen Erfahrung geprägt. Auch lässt sich nicht ausschließen, dass die Angaben zu einer positiven Überschätzung sowohl der Situation des Qualitätsmanagements als auch der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen tendieren. Die Befragten konnten sich jedoch keine unmittelbaren Vorteile durch bestimmte Antworttendenzen erhoffen.

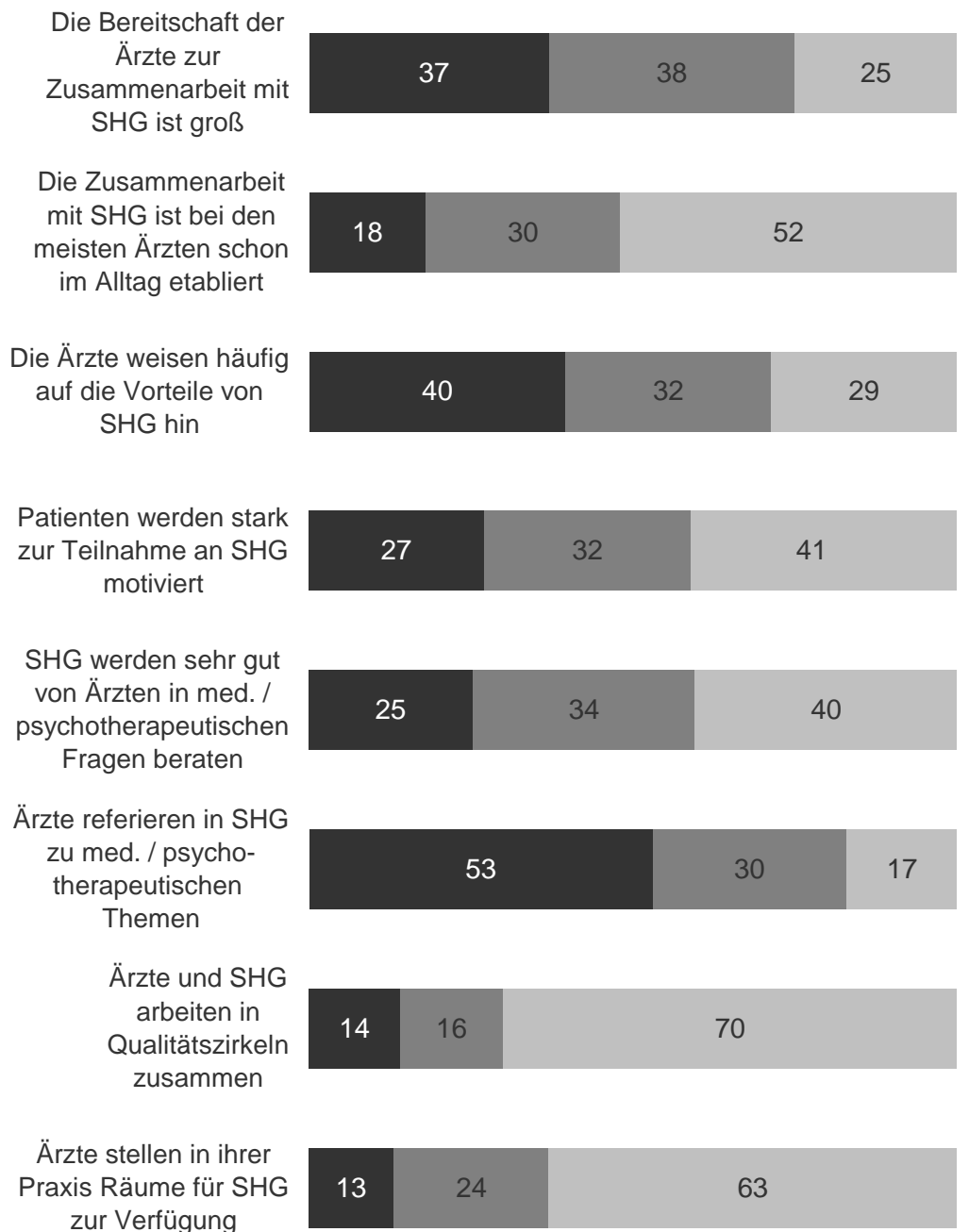
### 3.4.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung nach den Themenblöcken des Fragebogens zusammengefasst. Dargestellt werden die prozentualen Häufigkeiten auf der Basis aller Antwortenden. Zusätzlich wurden Analysen nach dem Bundesland und persönlichen Merkmalen der befragten Personen (Alter, Geschlecht, Fachdisziplin, Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen etc.) durchgeführt und soweit erforderlich bei der Interpretation der Daten berücksichtigt.

#### 3.4.3.1 Aktuelle Situation der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

Im ersten Teil der Befragung wollten wir etwas über die aktuelle Situation der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Selbsthilfegruppen in den drei Bundesländern erfahren. Zu diesem Zweck wurde (wie auch bei den anderen Themenblöcken) eine Reihe von Aussagen vorgegeben, denen die Befragten abgestuft zwischen „voll und ganz“ und „nicht“ zustimmen konnten. Die Aussagen orientierten sich so weit wie möglich an den von der KOSA Nordrhein entwickelten 10 empfohlenen Kooperationsformen, die auch in der vorangegangenen Expertise (siehe Abschnitt 3.3; KV Nordrhein 2006: 5) als Operationalisierung von Selbsthilfefreundlichkeit verstanden wurden. Außerdem gab es bei allen Fragen die Möglichkeit, die Kategorie „kann ich nicht beurteilen“ anzukreuzen.

Wie Abbildung 3.4.1 zeigt, wird von den Moderatoren die *Bereitschaft* der niedergelassenen Ärzte zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen zu jeweils mehr als einem Drittel positiv (37%) oder gemischt (38%) und nur zu rund einem Viertel (25%) negativ eingeschätzt. Dass die Zusammenarbeit bei den meisten Ärzten schon *im Alltag etabliert* ist, glaubt indes nur eine Minderheit. Unter den Formen guter Kooperation dominiert insbesondere die Erfahrung, dass Ärzte in Selbsthilfegruppen zu medizinischen / psychotherapeutischen Themen *referieren* (53% positive Antworten), gefolgt von häufigen *Hinweisen auf die Vorteile von Selbsthilfegruppen* (40%) sowie der *Motivierung* von Patienten zur Teilnahme an solchen Gruppen und der allgemeinen *Beratung* zu medizinischen / psychotherapeutischen Themen (27 bzw. 25%).



■ stimme voll und ganz / eher zu ■ stimme teils, teils zu ■ stimme eher nicht / nicht

SHG=Selbsthilfegruppe

n=409 bis 491

**Abb. 3.4.1: Einschätzungen der Moderatoren zur aktuellen Situation der Zusammenarbeit (Angaben in %)**

Mit anderen Worten: Die kooperierenden Ärzte entsprechen den Erwartungen und Wünschen der meisten Selbsthilfegruppen nach zusätzlichem „Expertenwissen“ sowie verstärkter Empfehlung der Gruppenarbeit (vgl. Slesina und Knerr 2008: 7). Die Einschätzung der Qualitätsmoderatoren korrespondiert auch hinsichtlich der Rangliste von Anliegen der Selbsthilfegruppen und der Art ihrer Kontakte recht weitgehend mit den Ergebnisse von Slesina und Knerr (2005; 2008: Tabellen 1 und 2). Noch mehr Übereinstimmung gibt es bei vielen Items mit einer repräsentativen Bayerischen Umfrage bei 323 Bayerischen Ärzten und Psychotherapeuten (ca. 30 % der Angeschriebenen). Diese Übereinstimmungen, auf die auch bei anderen Antworten im Folgenden zu verweisen sein wird, sprechen sehr stark dafür, dass die Moderatoren ihre Kollegen sehr gut kennen und einschätzen können (Scholze 2008).

Den größten Optimierungsbedarf weisen Kontakte und Kooperationsformen auf, die einen höheren Grad der Institutionalisierung in der Zusammenarbeit erfordern: So stimmen nur 14% der Moderatoren „voll und ganz“ oder „eher“ der Aussage zu, dass Ärzte und Selbsthilfegruppen *in Qualitätszirkeln zusammenarbeiten*. Ähnlich niedrig (13%) fällt der Anteil für die Frage aus, ob Ärzte in ihrer Praxis *Räume für Selbsthilfegruppen* zur Verfügung stellen. In beiderlei Hinsicht wird entgegen unseren Erwartungen die Zusammenarbeit von Ärzten aus Hessen signifikant schlechter eingeschätzt, wobei die Stärke des Unterschieds insgesamt eher gering ist und auch mit der geringen Beteiligung hessischer Ärzte zusammenhängen könnte (vgl. Bogenschütz 2006 zur relativ gut entwickelten Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Qualitätszirkeln in Hessen).

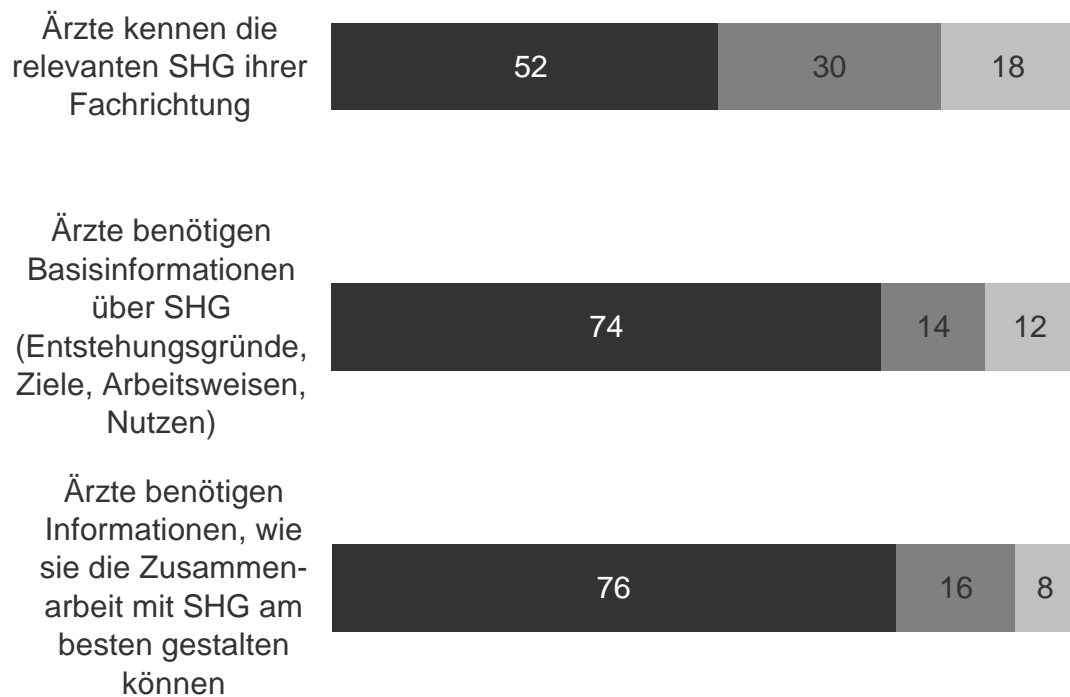
Auf der Suche nach Einflussfaktoren für die Beurteilung zeigt sich das statistisch signifikante Muster, dass Moderatoren aus der Kinderheilkunde und Gynäkologie sowie solche mit *längerer* und *besserer* eigener Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen auch die Kooperationsbereitschaft und -qualität ihrer Kolleginnen und Kollegen zumeist höher einschätzen als beispielsweise Moderatoren aus der Allgemeinmedizin oder solche mit weniger Berufserfahrung. Dies kann zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass Fachärzte oft einzelne Zusammenschlüsse ihres Fachgebietes gut kennen und direkte positive Erfahrungen haben, während Allgemeinärzte mit einem breiteren Spektrum von Selbsthilfe zusammenarbeiten und dies öfter vermittelt über Selbsthilfekontaktstellen tun. (Der Unterschied nach medizinischer Fachdisziplin, wie wir ihn in der

Teilstudie in Hamburg, Hessen und Bayern festgestellt hatten, konnte in der NRW-Teilstudie nicht bestätigt werden.)

### **3.4.3.2 Informationsbedarf für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen**

Ein gewichtiges Hindernis für die Zusammenarbeit bildet das fehlende oder unvollständige Wissen der niedergelassenen Ärzte über Selbsthilfegruppen und/oder die Kooperationsweisen mit ihnen. Aus diesem Grund haben wir die Moderatoren gebeten einzuschätzen, wie groß dieser Informationsbedarf ihrer Ansicht nach ist. Die Ergebnisse in Abbildung 3.4.2 bestätigen zunächst unsere Erwartung, dass die meisten Ärzte die relevanten *Selbsthilfegruppen ihrer Fachrichtung kennen*: 52% der Moderatoren stimmen diesem Statement „voll und ganz“ oder „eher“ zu, weitere 30% zumindest „teils, teils“. Diese Einschätzung steigt mit der Häufigkeit und der Qualität eigener Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen wie auch zum Teil mit der Tätigkeitsdauer der Befragten als Moderatoren (ohne Tabelle).

Als besonders handlungsrelevant ist festzuhalten, dass für rund drei Viertel der Befragten ein Informations- und *Aufklärungsbedarf zu Basisinformationen* über Selbsthilfegruppen (Entstehungsgründe, Ziele, Arbeitsweisen, Nutzen) und zur besseren *Gestaltung der Zusammenarbeit* mit ihnen angenommen wird. In beiden Hinsichten wird der Bedarf für Hamburger Ärzte höher eingeschätzt als derjenige für Ärzte aus anderen Bundesländern. Nicht abschließend zu klären ist allerdings, ob diese Ergebnisse aufgrund eines besonders hohen Anspruchsniveaus der Befragten zu diesem Thema zustande gekommen sind oder aufgrund der realen Unterschiede zwischen den niedergelassenen Ärzten aus den vier Bundesländern.



■ stimme voll und ganz / eher zu ■ stimme teils, teils zu ■ stimme eher nicht / nicht zu

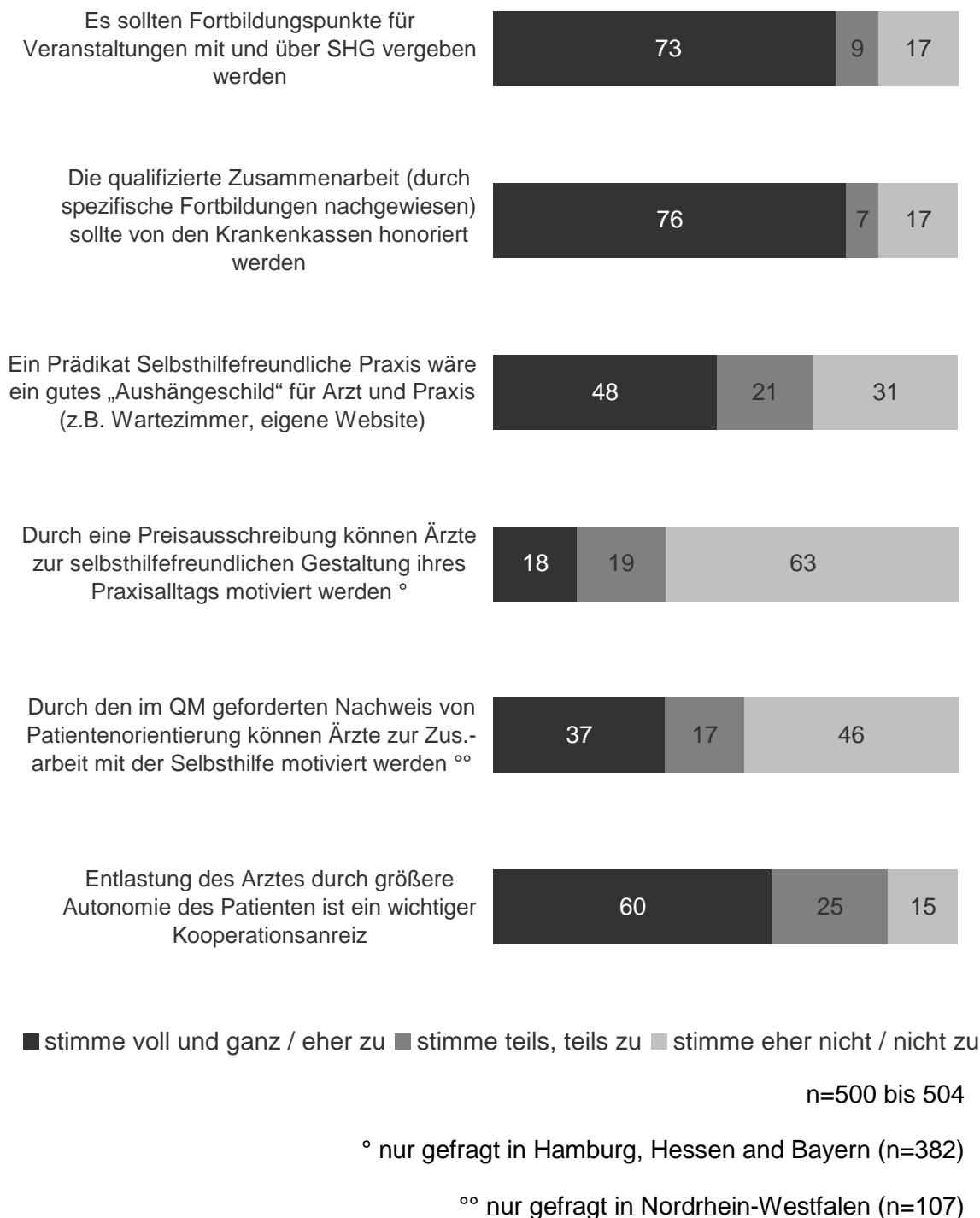
SHG=Selbsthilfegruppe

n=491 bis 503

**Abb. 3.4.2: Einschätzungen der Moderatoren zum Informationsbedarf für eine Zusammenarbeit (Angaben in %)**

### 3.4.3.3 Anreize für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

Ging es bei den vorigen Fragen um konkrete Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, richteten sich die folgenden Fragen auf mögliche Anreize, um die Kooperation zu fördern und abzusichern. Eine methodische Einschränkung für die Zuverlässigkeit der Antworten bei diesem Fragekomplex könnte darin liegen, dass die Befragten Präferenzen angeben sollten für Anreize, die sie zum Teil zu wenig kennen, um sie realistisch einschätzen zu können.



**Abb. 3.4.3: Einschätzungen der Moderatoren zu Anreizen für die Zusammenarbeit mit SHG (Angaben in %)**

Gemäß Abbildung 3.4.3 würden vor allem *finanzielle Anreize* von den Krankenkassen für die *qualifizierte* Zusammenarbeit (durch spezifische Fortbildungen nachgewiesen) sowie die Möglichkeit, *Fortbildungspunkte* für Veranstaltungen mit und über Selbsthilfegruppen zu erwerben, sich positiv auf die Kooperationsbereitschaft auswirken: Beiden Anreizen stimmen mehr als 80% der Befragten mindestens teilweise zu (76 bzw. 73% „voll und ganz“ oder „eher“). Auch die Entlastung bzw. Unterstützung des Arztes durch größere Autonomie des Patienten wird als relevanter Anreiz eingeschätzt, wobei der hohe Rang dieses Items allerdings auch partiell durch den Trend, sozial erwünschte Antworten zu geben, bedingt sein könnte.

Ein Prädikat „Selbsthilfefreundliche Praxis“ trifft dagegen nur begrenzt auf Zustimmung seitens der befragten Moderatoren: Während 48% von ihnen diesen „Kooperationsanreiz“ sehr positiv oder positiv einschätzen, erfolgen von 31% negative Beurteilungen, die anderen 21% geben gemischte Urteile an. Die Zahl der nicht Zustimmenden (ca. ein Drittel) war ebenso groß wie in der Bayrischen KV-Befragung bei Scholze (2008). Noch weniger erfolgversprechend ist jedoch die Idee, Ärzte durch eine Preisaus-schreibung zur selbsthilfefreundlichen Gestaltung ihres Praxisalltags zu motivieren: Fast zwei Drittel (63%) stimmen diesem Anreiz „eher nicht“ oder „nicht“ zu (18% „voll und ganz“ oder „eher“; 19% „teils, teils“).

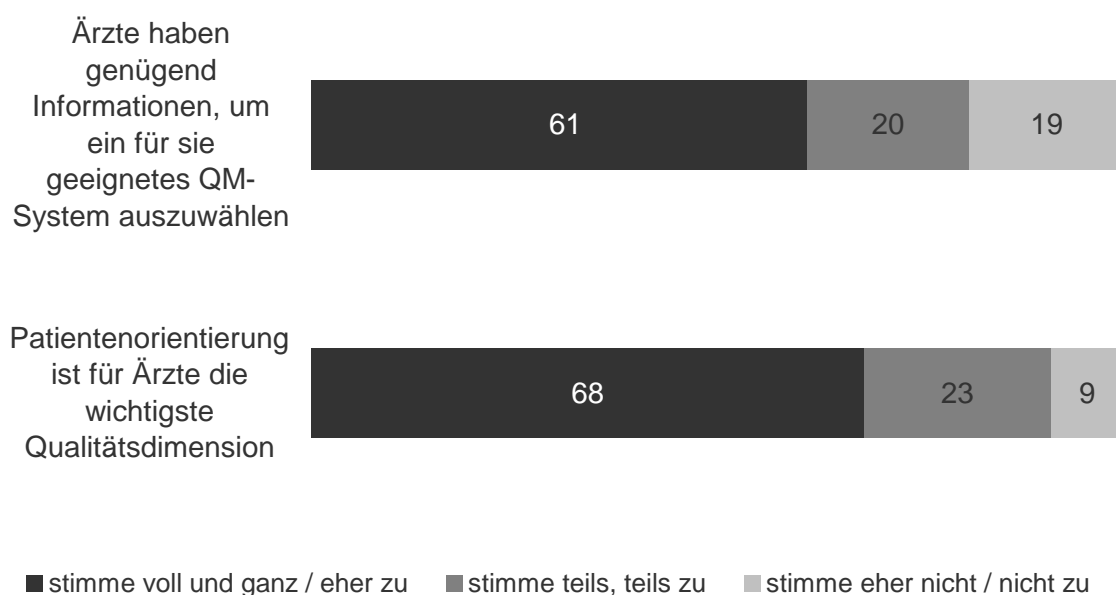
Einzigster statistischer Unterschied zwischen den Bundesländern ist, dass größere Autonomie des Patienten, also letztlich eine Belohnung, die unmittelbar aus der Zusammenarbeit resultiert, im KV-Bereich Bayern als vergleichsweise geringer Anreiz eingeschätzt wird.

#### **3.4.3.4 Ärzte und Qualitätsmanagement**

Neben den oben beschriebenen Anreizen für eine bessere Zusammenarbeit der Ärzte mit Selbsthilfegruppen gibt es auch den Ansatz, Selbsthilfefreundlichkeit und Selbsthilfeförderung als ein Qualitätsmerkmal in bestehende Qualitätsmanagementsysteme der ambulanten Versorgung zu integrieren (vgl. Trojan, Nickel, Huber und Kofahl 2008; Trojan, Werner, Bobzien, Nickel 2008). In diesem Zusammenhang haben wir die Moderatoren gefragt, ob die Ärzte über genügend Informationen verfügen, um ein für sie geeignetes Qualitätsmanagementsystem auszuwählen.



Wie Abbildung 3.4.4 zeigt, sind (nach Ansicht der Moderatoren) die Informationen für 61% der Befragten größtenteils und für 20% teilweise in den Arztpraxen vorhanden. Dabei kommt insbesondere der Qualitätsdimension „Patientenorientierung“ eine Schlüsselrolle zu, um Selbsthilfefreundlichkeit und Selbsthilfeförderung in Qualitätsmanagementsysteme zu integrieren: Eine große Mehrheit (68%) stimmt jedenfalls der Aussage „voll und ganz“ oder „eher“ zu, dass Patientenorientierung für Ärzte die wichtigste Qualitätsdimension sei. Dieses Ergebnis der Moderatorenbefragung stimmt mit der Bayrischen Befragung von Ärzten und Psychotherapeuten recht genau überein (Scholze 2008).



n=493 bis 495

**Abb. 3.4.4: Einschätzungen der Moderatoren zum Thema Ärzte und Qualitätsmanagement (QM) (Angaben in %)**

Welche Qualitätsmanagementsysteme für diese Aufgabe am besten in Frage kämen, sollte mit einer offen formulierten Ergänzungsfrage in Erfahrung gebracht werden (vgl. Tabelle 3.4.3). Unter den bis zu 3 genannten Qualitätsmanagementsystemen, die bei Ärzten aus Sicht der Moderatoren von Qualitätszirkeln den „besten Ruf“ besitzen, taten sich mit jeweils knapp einem Drittel der Nennungen die Normen der Reihe DIN EN ISO 9000 ff. des Deutschen Instituts für Normung (29%) sowie das QEP-

System („Qualität und Entwicklung in Praxen“) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (31%) hervor. Mit deutlichem Abstand folgen das KTQ-System der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH, das (nur in der KV Nordrhein verwendete) qu.no-System und das Europäische Praxisassessment (EPA-Modell), die insgesamt nur 7% bzw. 6% der Nennungen erhielten. In Hessen wurde das EPA-Modell relativ öfter genannt, was möglicherweise auf die größere Unterstützung bei der Einführung und Optimierung des Modells durch die KV Hessen zurückzuführen ist.

**Tab. 3.4.3: Qualitätsmanagementsysteme mit „bestem Ruf“ (Anzahl der Nennungen; Prozentwerte in Klammern °)**

Qualitätsmanagementsystem	Nennungen
DIN EN ISO	163 (29%)
EFQM	25 (4%)
KPQM	9 (2%)
KTQ	38 (7%)
EPA	36 (6%)
QEP	175 (31%)
qu.no °°	42 (7%)
Sonstiges	81 (14%)
<b>Summe:</b>	<b>569 (100%)</b>

Frageformulierung: Welche drei der Ihnen bekannten Qualitätsmanagementsysteme haben Ihrer Einschätzung nach bei Ärzten den besten Ruf?

° Prozentwerte beziehen sich auf den jeweils prozentualen Anteil der Nennungen einer Kategorie bezogen auf die Gesamtzahl aller Nennungen, so dass die Spaltensumme immer gleich 100% ist. Erfasst wird damit die relative Bedeutung einer Kategorie

°° nur im KV-Bereich Nordrhein verwendet

### 3.4.3.5 Modellversuch „Selbsthilfefreundliche Praxis“

Im letzten Teil der Befragung in Hamburg, Hessen und Bayern stellten wir den Moderatoren noch einige Fragen zu Kooperationsbereitschaft und -möglichkeiten in dem seinerzeit geplanten Modellprojekt „Selbsthilfefreundliche Praxis“. Auf die Frage, ob die Moderatoren selbst Interesse

hätten, an einem Modellversuch zur Entwicklung und Verleihung des Prädikats „Selbsthilfefreundliche Praxis“ teilzunehmen, antwortete fast ein Viertel (22%) eindeutig positiv (siehe oberen Teil der Tabelle 3.4.4). Zusammen mit den 42%, die unter bestimmten Bedingungen an solchen Kooperationen interessiert wären, ergibt sich also eine große Mehrheit zumindest mit Einschränkung interessierter Moderatoren von Qualitätszirkeln. (Das Interesse nimmt wiederum zu, je häufiger und/oder bessere eigene Erfahrungen der Moderatoren in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen bestehen.)

Darüber hinaus kämen für über die Hälfte (56%) der Befragten 1 bis 3 Praxen, für ein weiteres Fünftel (21%) sogar mehr als 3 Praxen aus ihrem Umfeld für einen solchen Modellversuch infrage (siehe unteren Teil der Tabelle 3.4.4). Insgesamt ergibt sich also unabhängig vom Bundesland ein großes Potenzial interessierter Ärzte, die für den geplanten Modellversuch rekrutiert werden können. Diese Ergebnisse korrespondieren mit der Studie in Bayern, die zeigte, dass innovative Ansätze der Patientenorientierung von ca. drei Viertel der Befragten gewünscht wurden. Zwei Drittel wären bereit, als „Selbsthilfefreundliche Praxis“ zu firmieren (Scholze 2008).

**Tab. 3.4.4: Interesse an einem Modellversuch zur Entwicklung und Verleihung des Prädikats „Selbsthilfefreundliche Praxis“ (Angaben in %)**

<b>Merkmale</b>	<b>Prozent</b>
<b><i>Eigenes Interesse:</i></b>	
Ja	22
Nein	36
Kommt darauf an	42
<b><i>Anzahl interessierter Praxen im Umfeld:</i></b>	
0 Praxen	24
1 bis 3 Praxen	56
4 bis 10 Praxen	15
Mehr als 10 Praxen	6

Frageformulierungen: 1. Hätten Sie selbst mit Ihrer Praxis Interesse, an einem Modellversuch zur Entwicklung und Verleihung des Prädikats „Selbsthilfefreundliche Praxis“ teilzunehmen? 2. Wie viele Praxen in Ihrem Umfeld kämen für einen solchen Modellversuch infrage?

Eine offene Frage, welche sonstigen Anreize für den Erwerb eines Prädikats „Selbsthilfefreundliche Praxis“ es nach Meinung der Moderatoren geben sollte, ergab unklare Ergebnisse. Oftmals werden nur die Anreize wiederholt, die ganz allgemein für die bessere Kooperation mit Selbsthilfegruppen stehen: finanzielle Belohnungen (40 Nennungen), Informationen und Unterstützung (21), Entlastung bei der Arbeit (12), Imagegewinn (10) und eigene Fortbildung. Umgekehrt wird in vielen Fällen der Sinn eines zusätzlichen Prädikats „Selbsthilfefreundliche Praxis“ in Zweifel gezogen (23 Nennungen), keine sonstigen Anreize für seinen Erwerb genannt (14) oder eine kritische Position zur Selbsthilfe (7) bezogen. Von „Quatsch“ bis „nützlich“, so könnte man zugespitzt sagen, erfreut sich das Prädikat recht unterschiedlicher Beliebtheit.

Im KV-Bereich Nordrhein wurde in leicht veränderter Form gefragt, ob der Qualitätszirkel bzw. mehrere Praxen im Verbund Interesse daran hätten, mit Unterstützung der örtlichen Selbsthilfekontaktstelle zu erarbeiten, wie kontinuierliche Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen umgesetzt und nachgewiesen werden kann. Dies bejahte ein Drittel (34%) der Befragten eindeutig, weitere 51% wären unter bestimmten Bedingungen an solchen Kooperationen interessiert (ohne Tabelle). Für über die Hälfte (52%) kämen 1 bis 3 Praxen, für über ein Drittel (39%) sogar mehr als 3 Praxen aus dem Qualitätszirkel für die Beteiligung an dieser Maßnahmenentwicklung infrage. Insgesamt ergibt sich also – wie schon in der älteren Teilstudie gesehen – ein großes Potenzial interessierter Ärzte, die für einen Modellversuch rekrutiert werden könnten.

#### **3.4.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen**

Was folgt aus den Befragungsergebnissen für die Ableitung von Akzeptanz, Informationsbedarf und Anreizen für die Beteiligung an einem oder mehreren (Modell-) Projekt(en) selbsthilfefreundlicher Arztpraxis? Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und Schlussfolgerungen für die weitere Entwicklung gezogen:

- Über die Repräsentativität der Ergebnisse lässt sich nichts Definitives sagen. An vielen Stellen zeigt sich jedoch, dass die Moderatoren von Qualitätszirkeln umfangreichere und/oder längere Erfahrungen und Kenntnisse im Bereich der Zusammenarbeit von Ärzten mit Selbsthilfegruppen haben als der „typische“ niedergelassene Arzt (vgl. Slesina

und Knerr 2005 und 2008: Tabelle 3). Dies bedeutet, dass es bei unserer Befragung zu einer Fremd- und Selbstselektion von Kooperationserfahrenen gekommen ist. Die große Ähnlichkeit der Bundesländer spricht dafür, dass keine systematischen Verzerrungen in einzelnen Ländern erfolgt sind. Diese These könnte durch Befragungen in weiteren Bundesländern geklärt werden.

- Die Bereitschaft der Ärzte zur Zusammenarbeit mit und das tatsächliche Verweisen auf Selbsthilfegruppen wird von bis zu drei Viertel der befragten Moderatoren angenommen (auch wenn diese Zahlen nicht verallgemeinerbar sind). Dass die Zusammenarbeit schon im Alltag etabliert ist, glaubt jedoch nur eine Minderheit. Die meisten Kooperationsformen werden eher selten praktiziert; nur dass Ärzte in Selbsthilfegruppen referieren und/oder auf die Vorteile von Selbsthilfegruppen hinweisen, wird größtenteils bestätigt. Eine große Bereitschaft und viele Anknüpfungspunkte für eine Zusammenarbeit sind also vorhanden; es besteht jedoch Aktivierungs- und Motivierungsbedarf für die meisten Kooperationsformen.
- Selbsthilfegruppen der eigenen Fachrichtung werden als den meisten Ärzten bekannt angenommen. Aber: Rund drei Viertel der befragten Moderatoren sehen einen Aufklärungs- und Informationsbedarf zu Basisinformationen über Selbsthilfegruppen (Entstehungsgründe, Ziele, Arbeitsweisen, Nutzen) wie auch zur Frage der Gestaltung der Zusammenarbeit mit ihnen. Gründe für die von den Moderatoren vermutete Situation relativ großer Unwissenheit können sein: Zeitmangel, abwartende Haltung vieler Ärzte bei der Kontaktaufnahme, fehlendes Fachwissen über bestimmte Krankheiten, vereinzelt auch grundsätzliches Desinteresse u.a.m. (vgl. auch Slesina und Knerr 2008: 13 ff.).
- Als Anreize zur Förderung der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen haben zusätzliche Honorierungen, Fortbildungspunkte und die Entlastung des Arztes durch größere Autonomie des Patienten die größten Erfolgchancen. Ein Prädikat „Selbsthilfefreundliche Praxis“ wird bereits deutlich geringer als Kooperationsanreiz betrachtet und am wenigsten von allen eine Preisausschreibung bzw. den im Qualitätsmanagement geforderten Nachweis von Patientenorientierung. Das wirft u.a. die Frage auf, wie sinnvolle ökonomische Anreize machbar sind (z.B. indem Selbsthilfefreundlichkeit zum verbindlichen Qualitätskriteri-

um erhoben oder eine höhere Gesamtqualität der Praxis honoriert wird).

- Informationen für die Auswahl von Qualitätsmanagementsystemen sind in den Arztpraxen vorhanden, und Patientenorientierung wird mehrheitlich als wichtigste Qualitätsdimension (von den Moderatoren) eingeschätzt. Daraus lässt sich schließen, dass eine Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in die Dimension Patientenorientierung sinnvoll und möglich ist. Für einen Modellversuch bietet sich vor allem das QEP-System an, welches den besten Ruf unter den Befragten genießt, ggf. aber auch KTQ® und das qu.no-System der KV Nordrhein (vgl. Trojan, Nickel, Huber und Kofahl 2008 zur „Philosophie“ und zu Empfehlungen für die Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in die Qualitätsmanagementsysteme). DIN EN ISO 9000 ff. hat aufgrund seines branchenspezifischen Charakters und seiner Vorreiterrolle für alle späteren QM-Systeme zwar einen hohen Bekanntheitsgrad, bietet sich aber wegen des mangelnden Kooperationsinteresses des kontaktierten Normeninstituts und zukünftig geringerer Bedeutung im Gesundheitswesen nicht für die Integration in einem Modellversuch an.
- Knapp ein Viertel der Moderatoren in Hamburg, Hessen und Bayern äußerten bedingungsloses Interesse, an einem Modellversuch zur Entwicklung und Verleihung eines Prädikats „Selbsthilfefreundliche Praxis“ teilzunehmen. In NRW war sogar ein Drittel der Moderatoren daran interessiert, an der Umsetzung und dem Nachweis kontinuierlicher Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen beteiligt zu werden. Darüber hinaus kämen viele Praxen aus dem Umfeld für solch einen Modellversuch infrage. Es gibt also ein großes Feld potenziell Interessierter, so dass die Gewinnung geeigneter Ärzte bzw. eines Spektrums verschiedener Praxen keine allzu großen Probleme bereiten sollte. In welcher Form und für welche Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung ein Modellversuch organisiert werden kann, soll auf Basis der übrigen Vorarbeiten im und unter Beteiligung des Beirats weiter diskutiert und geklärt werden.

**Nachbemerkung:**

Die in der Befragung vorherrschende Vorstellung, dass ein Modellversuch in einzelnen Praxen an unterschiedlichen Orten laufen sollte, wurde bei den weiteren Beratungen über das Vorgehen verlassen. In den Vordergrund trat stattdessen die Idee, dass die Umsetzung der Kriterien im Praxisalltag erprobt und in einer Anleitung festgehalten werden sollte. Dieser Weg wurde in einem Modellversuch in Nordrhein-Westfalen in enger Kooperation mit der KV Westfalen-Lippe beschritten. Er wird in dem folgenden Abschnitt beschrieben.

### **3.5 Modellprojekt „Selbsthilfefreundliche Praxis“ Nordrhein-Westfalen<sup>31</sup>**

Monika Bobzien, Doris Schlömann, Alf Trojan

#### **3.5.1 Zur Bedeutung einer selbsthilfebezogenen Patientenorientierung in der ambulanten Versorgung**

Vor dem Hintergrund der demografischen und epidemiologischen Entwicklungen, wie die „Überalterung der Gesellschaft“ und die Zunahme psychosozialer, psychosomatischer, chronischer und/oder degenerativer Erkrankungen, ist die Bedeutung von Selbsthilfegruppen auch im ambulanten Bereich unbestritten und durch die Erkenntnisse der gesundheitswissenschaftlichen Forschung auch umfassend belegt (Slesina und Fink 2009; Litschel 2009; Scholze 2008; Borgetto 2002 und 2004). Selbsthilfe trägt entscheidend dazu bei, das Ziel einer ganzheitlichen Versorgung zu erreichen. Dazu muss die Selbsthilfe, als (Bündnis-)Partner im medizinischen und sozialen Betreuungssystem, in die Verbesserung von Versorgungsstrukturen einbezogen und kontinuierlich gefördert werden. Die Verwirklichung einer selbsthilfefreundlichen Kultur in der ambulanten Versorgung stellt somit für die Effizienz und Effektivität des Gesundheitssystems eine zentrale Herausforderung dar.

Selbsthilfe versteht sich komplementär zum ärztlichen Handeln und kann die Praxis in Fragen der psychosozialen Bewältigung einer Erkrankung entlasten. Eine gelungene Zusammenarbeit mit Selbsthilfe, bezieht die auf dem Erfahrungswissen basierenden Informationen in die professionellen Betreuungsprozesse mit ein, stärkt die Patientenbindung und unterstützt die Adhärenz (Therapietreue als gemeinsame Aufgabe). Insbesondere die ressourcenorientierte Sichtweise von Selbsthilfe auf die gesundheitliche Kompetenz unterstützt Patientinnen und Patienten bei der Entfaltung ihres Selbsthilfepotentials.

---

<sup>31</sup> Das Projekt mit einer Laufzeit von 2009-2011, in Trägerschaft der Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP) – Projektgesellschaft des Paritätischen NRW, wurde finanziell gefördert vom BKK Bundesverband, Essen



Umfragen zur *selbsthilfebezogenen Patientenorientierung*<sup>32</sup> zeigen, dass es eine große Bereitschaft und viele Anknüpfungspunkte für eine Zusammenarbeit gibt. Selbsthilfegruppen haben in der Ärzteschaft einen hohen Bekanntheitsgrad, jedoch hat sich im Praxisalltag der regelmäßige Verweis auf eine Selbsthilfegruppe an den Patienten nicht stabil etabliert. Insbesondere fehlen den befragten Praxen verlässliche Basisinformationen über Selbsthilfe und oft Zugangsmöglichkeiten, um sich Informationen zu Selbsthilfegruppen vor Ort zu beschaffen. Wie die folgende Fallvignette zeigt, findet Kooperation aber durchaus schon statt.

#### Fallvignette

Hausarzt: Herr D., warum besuchen Sie Selbsthilfegruppen?

Herr D.: Ich habe mehrere Therapien, unter anderem zur Entgiftung als Alkoholiker, hinter mir. Zunächst glaubte ich es allein zu schaffen, wurde aber mehrfach rückfällig. In der Klinik und bei meinem Hausarzt wurde mir zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen geraten. Nachdem ich mehrere Selbsthilfegruppen ausprobiert hatte, habe ich nun seit 18 Jahren mehr oder weniger intensive Kontakte zu einer Gruppe von einmal im Monat bis zeitweise zweimal pro Woche. Häufig auch mit meiner jetzigen Frau, die eine Teilnahme sehr unterstützt.

Hausarzt: Wie läuft ein solches Treffen ab?

Herr D.: Zunächst findet eine gegenseitige Vorstellung statt. Sie entfällt natürlich, wenn keine neuen Gesichter da sind. Sodann eröffnet die Leitungsperson das Zusammensein zumeist mit der Frage: Wer hat ein Problem? Hier beginnt die schwierigste Phase. Nicht selten haben wir „verstockte“ Teilnehmer. Die sollte der Gruppenleiter zum Sprechen bringen. Wir haben ja nicht alle gelernt, unsere Gefühle wahrzunehmen und dann auch

---

<sup>32</sup> „Selbsthilfebezogene Patientenorientierung“ wird erstmals erwähnt in einer Expertise für den BKK Bundesverband zu Integrationsmöglichkeiten von Selbsthilfefreundlichkeit in Qualitätsmanagementsystemen der ambulanten ärztlichen Versorgung (Trojan 2008; Trojan, Huber et al. 2009). Deutlich gemacht wird dort, wie sich die Zusammenarbeit mit Selbsthilfezusammenschlüssen als Qualitätsmerkmal, kompatibel mit anderen Qualitätsmerkmalen von Patientenorientierung, in relevante Qualitätsmanagementsysteme integrieren lässt.

noch auszudrücken. Aber wenn das Vertrauen sich aufbaut, kommt doch zumeist ein gutes Gespräch zustande. Wichtig ist der Grundsatz: Kein Kreuzverhör!

Hausarzt: Inwiefern haben Sie selbst profitiert?

Herr D.: Man bekommt Distanz zu sich selbst und sieht die Welt anders. Und das wollte man ja vorher mit Hilfe des Alkohols auch. Nur jetzt ist es realistischer. Es gibt plötzlich mehrere Wege nach Rom. Dazu hilft auch zuweilen das kulturelle und sportliche Begleitprogramm, welches die Gruppe in Anspruch nehmen kann. Auch spielt die „Mischung“ einer Gruppe aus Jung und Alt, Männern und Frauen mit unterschiedlichen oder ähnlichen Lebenserfahrungen eine belebende Rolle. Ich habe dort den für mich wichtigsten Satz zu sagen gelernt: „Nein danke, kein Alkohol“.

Dieses nicht-fiktive Interview mit einem Patienten unserer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis zeigt die vielfältigen Wirkmöglichkeiten einer gegenseitigen Unterstützung von Menschen, die ein gemeinsames Problem haben.

Quelle: Lau 2009

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen Bereich und Selbsthilfe ist abhängig von den speziellen lokalen Gegebenheiten, Bedürfnissen, fachlichen Besonderheiten oder vorhandenen Partnern. Dies hat sich auch für die Durchführung des Projekts Selbsthilfefreundliche Praxis NRW am Pilot-Standort Dortmund gezeigt.

### **3.5.2 Ziele und methodisches Vorgehen des Projekts Selbsthilfefreundliche Praxis NRW**

Das Projekt wurde von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW<sup>33</sup>, in Zusammenarbeit mit der Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA), der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) sowie mit Unterstützung der Selbsthilfekontaktstelle Dortmund, im Zeitraum 2009-2011 durchgeführt.

---

<sup>33</sup> Die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW in Bielefeld ist in Trägerschaft der GSP – Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH, Der PARITÄTische Landesverband Nordrhein-Westfalen, Wuppertal ([www.sozialeprojekte.de](http://www.sozialeprojekte.de))

Ziel des Kooperationsprojektes war es, die Patientenorientierung über eine strukturierte und systematische Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten und der örtlichen Selbsthilfe nachhaltig zu fördern. Anhaltspunkte, wie diese Zusammenarbeit im niedergelassenen Bereich für beide Seiten befriedigend gestaltet werden kann, geben Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit. Ihre Umsetzung im Rahmen der Patientenorientierung erfüllt auf praktische Weise eine gesetzliche Verpflichtung (SGB V), nach der Leistungserbringer zu einer Zusammenarbeit mit Selbsthilfe angehalten sind. Zweck der Qualitätskriterien ist es, einen einheitlichen und von den Beteiligten anerkannten Standard aufzuzeigen, nach dem Zusammenarbeit unabhängig von der einzelnen Arztpraxis bzw. einer einzelnen Selbsthilfegruppe initiiert und gelebt werden kann.

Um die Patientenorientierung im niedergelassenen Bereich zu stärken, war mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) vereinbart, den Transfer der Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit in die Ärzteschaft über das Qualitätsmanagementsystem der KVWL (KPQM) vorzubereiten und damit die Nachhaltigkeit einer strukturierten und systematischen Zusammenarbeit über das interne Qualitätsmanagement einer Arztpraxis zu befördern.

Damit für die Zielsetzung des Projekts eine ausreichende Akzeptanz bei den Zielgruppen geschaffen werden konnte, sah das Konzept vor, die relevanten Akteure von Anfang an weitgehend in die Entwicklung und Ausgestaltung der Qualitätskriterien für eine selbsthilfefreundliche Praxis einzubinden. Tools aus dem Qualitätsmanagement, die zur Durchführung des Projekts angewendet wurden, unterstützten eine beteiligungsorientierte Vorgehensweise im Projektverlauf, ermöglichten aber auch ein für alle Beteiligte nachvollziehbares Projektcontrolling. Insbesondere die Einführung der Qualitätszirkelarbeit wie auch die Durchführung eines Selbstbewertungsgesprächs zur abschließenden Beurteilung der Praktikabilität wie auch zur nachvollziehbaren Umsetzung von vereinbarten Maßnahmen stellten sich hier als wertvolle Ansätze heraus. Über die konkrete Mitwirkung an allen relevanten Schritten des Projekts konnte bei den Akteuren im Pilot einerseits eine generelle Zustimmung für die Anwendung von Qualitätskriterien zur Kooperation mit Selbsthilfe im Praxisalltag erreicht werden, wie auch am Ende des Projekts ein Votum zur Weiterentwicklung und Verbreitung des Erreichten.

Schließlich war vorgesehen, die mitwirkenden Arztpraxen nach Abschluss des Projekts für ihr nachweisliches Engagement und für ihre Vorreiterrolle bei der Umsetzung der Qualitätskriterien mit einer Urkunde Selbsthilfefreundliche Praxis auszuzeichnen ([www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)). Die Vertreter und Vertreterinnen der Selbsthilfe erhielten für Schulungen und für die Mitwirkung am Qualitätszirkel und am Selbstbewertungsgespräch eine qualifizierte Bescheinigung.

Ausschlaggebend, um das Projekt in NRW zu beginnen, waren die positiven Erfahrungen, die zur Einführung einer strukturierten und systematischen Zusammenarbeit mit Selbsthilfe im stationären Bereich vorlagen. Von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW waren bereits in zahlreichen Akutkrankenhäusern in Nordrhein-Westfalen Kooperationen initiiert worden, die auf Qualitätskriterien zum selbsthilfefreundlichen Krankenhaus basierten und die an ein vorangegangenes Modellprojekt mit Hamburger Kliniken (2005-2007) anknüpften (siehe Abschnitt 2.2 in diesem Buch).

Ein Anliegen des Projekts war es, mit den Projektaktivitäten am gewählten Projektstandort das Engagement des Kooperationspartners KOSA KVWL zu unterstützen. Als Bindeglied zwischen Ärzteschaft und Selbsthilfegruppen wendet sich die Kooperationsberatungsstelle (KOSA) an Ärzte, Psychotherapeuten und Praxispersonal, um über die Arbeit der Selbsthilfe zu informieren, Kontakte zu Selbsthilfegruppen zu initiieren und den Nutzen der Kooperation mit Selbsthilfe für die Ärzteschaft herauszustellen (vgl. Fischer et al. 2004). Vor diesem Hintergrund gelang es, potentiell interessierte Praxen über den Kooperationspartner für eine Mitwirkung am Projekt anzusprechen. Für die im Projekt vorgesehenen Veranstaltungen stellte die KVWL ihre Räumlichkeiten am Standort Dortmund zur Verfügung.

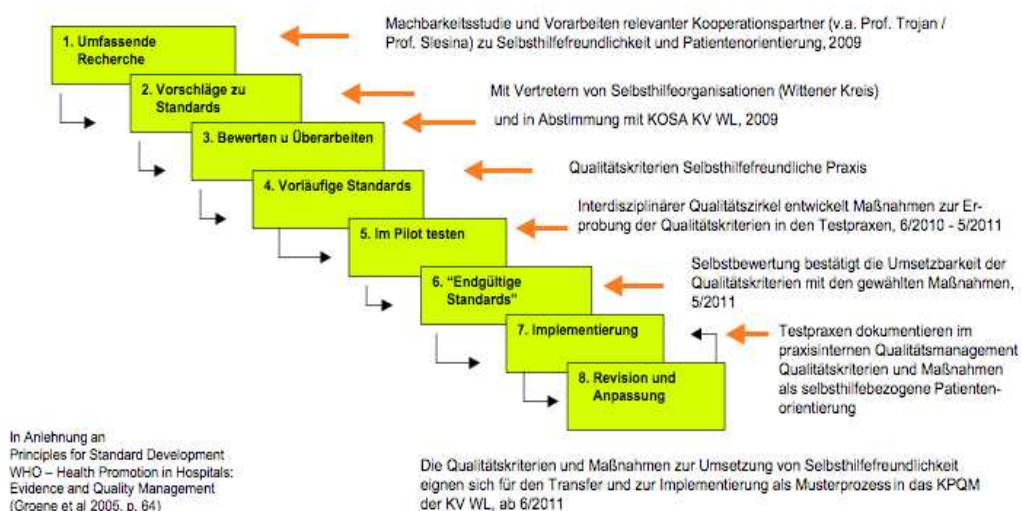
Das Projekt Selbsthilfefreundliche Arztpraxis stieß ebenfalls auf die Zustimmung der Selbsthilfekontaktstelle in Dortmund. Mit dem Konzept war beabsichtigt, beim Brückenschlag zwischen Selbsthilfe und professioneller Versorgung einen Impuls zu setzen und somit die fachliche Arbeit der Selbsthilfeunterstützung vor Ort zu befördern. Langjährige Kontakte zu einem breiten Spektrum von Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich erleichterten den Projektstart. So konnten über die Selbsthilfekontaktstelle indikationsbezogen interessierte Selbsthilfegruppen gezielt für eine In-

formationsveranstaltung angesprochen und zur Mitwirkung am Pilotprojekt gewonnen werden.

Methodisch orientierte sich die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW am Prozess zur Standardentwicklung der International Society for Quality in Health Care (Groene et al. 2005) und adaptierte die dort vorgesehenen Schritte auf den Ablauf des Projekts selbsthilfefreundliche Praxis.

### Projekt Selbsthilfefreundliche Praxis NRW

#### Schritte im Prozess der Standardentwicklung - Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliche Arztpraxis



Die zu Beginn durchgeführte Literaturrecherche ergab als Resümee, dass es punktuell und episodisch Beispiele einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Arztpraxen gibt, die auf „einem zwar langsamen, aber allmählich fortschreitenden Prozess sich wandelnder Wahrnehmungen und Interaktionen zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen“ beruhen (Slesina 2009, zitiert nach Matzat 2002). Die Bestandsaufnahmen über die Vielzahl der Kooperationsformen und die bereits eingeleiteten Aktivitäten von Seiten der Selbsthilfeunterstützung wie auch der Kooperations-

stellen zeigen aber auch, dass klare und verbindliche Absprachen zwischen beiden Akteuren wichtig sind (Litschel 2009: 45).

In einem nächsten Schritt lud die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW aus den Landesverbänden der Gesundheitsselbsthilfe im Paritätischen Wohlfahrtsverband NRW (Wittener Kreis) Vertreter und Vertreterinnen ein, um zur Frage, was eine gute Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und Selbsthilfe ausmacht, Vorschläge zu entwickeln. Diese wurden in sechs Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichen Praxis gefasst und sind auf Ihre Umsetzbarkeit hin mit dem KVWL Vorstand abgestimmt:

- Informationen zu Selbsthilfe sind übersichtlich an zentraler Stelle in den Praxisräumen für Patienten zugänglich.
- Die Praxis weist in ihren Medien und innerhalb der Praxisräume auf die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe hin.
- Der Arzt / Psychotherapeut gibt regelhaft und persönlich und insbesondere bei einer seltenen Erkrankung den konkreten Hinweis auf die Selbsthilfe.
- Die Praxis benennt für die Selbsthilfe einen Ansprechpartner.
- Praxis und Selbsthilfe treffen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit.
- Die Praxis ist über Strukturen und Arbeitsweise der Selbsthilfe durch regelmäßigen Erfahrungsaustausch informiert.

Über ein Pilotprojekt sollte als nächstes überprüft werden, in wieweit niedergelassene Ärzte/Ärztinnen und Selbsthilfegruppen die vorliegenden Qualitätskriterien mit Leben füllen können. An dem dazu initiierten interdisziplinären und indikationsübergreifenden Qualitätszirkel, beteiligten sich neun Arztpraxen und acht Selbsthilfegruppen, die über die Kooperationspartner im Raum Dortmund angesprochen wurden (KVWL 2011: 24).

Auf Seiten der Arztpraxen waren folgende Indikationsgebiete vertreten: Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Urologie, Augenheilkunde, Orthopädie und Allgemeinmedizin.

Selbsthilfegruppen kamen aus folgenden Krankheitsbildern: Depressionen, Blasenkrebserkrankungen, Herzerkrankungen bei Kindern, Glaukom, Pro Retina, Tinnitus, Suchterkrankungen.

Darüber hinaus nahm eine Vertreterin der Selbsthilfe-Kontaktstelle Dortmund wie auch eine Vertreterin der KOSA KVWL teil. Moderiert wurde der Qualitätszirkel von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW.

### **3.5.3 Ziele und Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliche Praxis – Ergebnisse aus dem interdisziplinären Qualitätszirkel-Pilotprojekt Dortmund**

Zwischen Juni und November 2010 erarbeitete der interdisziplinäre Qualitätszirkel in vier Treffen einen Katalog von Zielen und Maßnahmen, mit denen die vorliegenden Qualitätskriterien im Praxisalltag niederschwellig umgesetzt werden können. An den Ergebnissen, die nachfolgend in ihrer endgültigen Fassung vom August 2011 vorgestellt werden, können sich sowohl Arztpraxen wie auch Selbsthilfegruppen orientieren, die an einer Kooperation interessiert sind:

Qualitätskriterium 1:

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

Ziele: Während allgemeine Informationen zu Selbsthilfe /Selbsthilfegruppen in der Praxis zentral sichtbar sind, werden Materialien (Flyer etc.) von Selbsthilfegruppen zu spezifischen Krankheitsbildern persönlich ausgegeben.

Maßnahme/n: Zu den relevanten Selbsthilfegruppen hält die Praxis aktuelles Material vor, das persönlich an die Patient/innen bzw. Angehörigen ausgegeben wird.

Qualitätskriterium 2:

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

Ziele: Über die Medien der Praxis und konkret in den Praxisräumen wird die Zusammenarbeit allgemein mit Selbsthilfe bzw. mit den relevanten Selbsthilfegruppen sichtbar.

Maßnahme/n: Die Praxis nutzt die Informationsmaterialien der Selbsthilfe-Kontaktstelle bzw. der KOSA KVWL.

Die relevanten Informationen zu Selbsthilfe /Selbsthilfegruppen werden für die Patientinnen und Patientin zentral und in geeigneter Weise platziert.

Veranstaltungshinweise von Selbsthilfegruppen werden in der Praxis ausgehängt, bzw. ins Intranet / auf die Homepage gestellt.

Die Praxis unterstützt die Veröffentlichung von Veranstaltungshinweisen der Selbsthilfegruppe in der lokalen Presse bzw. werden Veranstaltungen von Ärzten mit dem Hinweis auf Selbsthilfe in der lokalen Presse veröffentlicht.

Qualitätskriterium 3:

Der Arzt / Psychotherapeut gibt regelhaft und persönlich und insbesondere bei einer seltenen Erkrankung den konkreten Hinweis auf die Selbsthilfe.

Ziel/e: Der Hinweis auf eine Selbsthilfegruppe ist nach der Diagnoseerstellung Teil der Therapieempfehlung.

Der Hinweis auf eine Selbsthilfegruppe wird vorrangig vom Arzt / von der Ärztin im Arztgespräch mit dem Betroffenen / Angehörigen gegeben.

Maßnahme/n: Der Arzt / die Ärztin weist zum relevanten Zeitpunkt auf die Selbsthilfegruppe hin.

Abhängig vom Krankheitsbild informiert sich der Arzt / die Ärztin im Kontakt mit der Selbsthilfegruppe über den richtigen Zeitpunkt des Hinweises.

Abhängig von den Abläufen in der Praxis unterstützt die medizinische Fachkraft in Absprache mit dem Arzt / der Ärztin den Hinweis auf eine Selbsthilfegruppe (Material, weitergehende Informationen).



## Qualitätskriterium 4:

Die Praxis benennt für die Selbsthilfe einen Ansprechpartner.

Ziel/e: Der / die Ansprechpartner/in ist zum Thema Selbsthilfe / Selbsthilfegruppen kompetent.

Funktion, Rolle und Aufgaben der Ansprechpartnerin / des Ansprechpartners sind in der Praxis geklärt und werden gelebt.

Maßnahme/n: Medizinische Fachkräfte nehmen an einer von der KOSA bei der KVWL angebotenen Fortbildung zum Thema „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“ teil, die über Selbsthilfe informiert und auf die Rolle und Aufgaben als Ansprechpartnerin vorbereitet.

Der Arzt / die Ärztin unterstützt die Benennung einer Ansprechpartnerin für Selbsthilfe, indem er/sie im Rahmen der praxisinternen Qualitätsmanagement-Besprechung über das Thema Selbsthilfefreundlichkeit informiert.

Für praktische Erfahrung mit Selbsthilfegruppenarbeit setzt sich die Ansprechpartnerin mit einer relevanten Selbsthilfegruppe in Verbindung und nimmt gegebenenfalls an einem Gruppentreffen teil.

Im Team ist der regelmäßige Austausch über aktuelle Informationen zu Selbsthilfe gewährleistet (Stellvertreterregelung).

## Qualitätskriterium 5:

Praxis und Selbsthilfe treffen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit.

Ziel/e: Vereinbarungen, die getroffen werden, beinhalten Absprachen, die beiden Seiten zugute kommen.

Eine Vereinbarung ist auf eine Selbsthilfegruppe mit einem spezifischen Krankheitsbild bzw. Behinderung zugeschnitten und korrespondiert mit dem fachlichen Schwerpunkt der Arztpraxis. Damit verbunden ergeben sich konkrete Maßnahmen / Angebote der Zusammenarbeit.

Maßnahme/n (Inhalte einer Vereinbarung): Material wird der Arztpraxis von der Selbsthilfegruppe zur Verfügung gestellt und zu einem relevanten Zeitpunkt an Patient/innen (Angehörige) mit dem Hinweis auf die Gruppe weitergegeben.

Ärzte/ Ärztinnen stehen für Fachvorträge in Selbsthilfegruppen bei Bedarf zur Verfügung. Selbsthilfegruppen sprechen Ärzte / Ärztinnen bei Bedarf zu Fachinformationen an.

Zwischen Arztpraxis und Selbsthilfegruppe findet regelmäßig ein Austausch zu aktuellen Informationen statt.

Qualitätskriterium 6:

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

Ziel/e: Ärzte/Ärztinnen beziehen zu passenden Anlässen (z.B. ärztliche Fortbildungen, regionale Veranstaltungen) die Selbsthilfe aktiv mit ein.

Selbsthilfegruppen sowie die Selbsthilfe-Kontaktstelle bieten Ärzte/Ärztinnen konkrete Gelegenheiten, sich über Selbsthilfe zu informieren.

Maßnahme/n: Arztpraxen bieten einer kooperationsbereiten Selbsthilfegruppe einen Termin an, an dem diese ihre Arbeit vorstellt und gegebenenfalls eine weiterführende Zusammenarbeit vereinbart wird.

Der Arzt/die Ärztin nimmt am Treffen einer Selbsthilfegruppe teil und stellt dort ein relevantes Thema vor.

Selbsthilfegruppen / Selbsthilfe-Kontaktstelle werden punktuell zu ärztlichen Qualitätszirkeln eingeladen und ihre Arbeit damit einem breiteren Kreis von Kollegen und Kolleginnen bekannt gemacht.

Relevante Selbsthilfegruppen werden zu ärztlichen Veranstaltungen in der Region eingeladen.

Arztpraxen nutzen das Kooperationsangebot der Selbsthilfekontaktstelle Dortmund und bahnen darüber einen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe an.

### 3.5.4 Selbstbewertung zur Umsetzung der Qualitätskriterien in den Arztpraxen

Während einer Testphase im Zeitraum Dezember 2010 bis Mai 2011 hatten die mitwirkenden Praxen Gelegenheit, mit ausgewählten Maßnahmen die Umsetzung der Qualitätskriterien zu erproben, wobei Umsetzbarkeit in diesem Zusammenhang eher die Praktikabilität und nicht Effektivität meinte. Eine solche Evaluation hätte frühestens nach einem Jahr erfolgen können, was aber den Zeitrahmen des Projekts gesprengt hätte.

Erfahrungen sollten darüber hinaus gesammelt werden, ob die vereinbarten Maßnahmen in der Arztpraxis nachvollziehbar geregelt werden können, d.h. in puncto Zuständigkeit, Zeitrahmen, Dokumentation und Überprüfungsmodus.

Vereinbart wurde von den Mitwirkenden im interdisziplinären Qualitätszirkel ein Selbstbewertungsgespräch, das am 18. Mai 2011 in der KVWL Dortmund stattfand und von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW moderiert wurde. Mit der Methodik der Selbstbewertung wurden vorab alle Beteiligten vertraut gemacht. Insbesondere die Vertreter und Vertreterinnen der Selbsthilfe wurden zur Unterstützung des Befragungsprozesses geschult.

Zweck der Selbstbewertung war es nicht, die *einzelne Arztpraxis* zur Erfüllung der Qualitätskriterien zu überprüfen, sondern die vorliegenden Qualitätskriterien mit den entwickelten Maßnahmen auf Eignung und eine machbare Umsetzung im Praxisalltag hin zu beurteilen, damit ein Transfer nach der Pilotphase vorbereitet werden konnte. Aufgrund der knappen zeitlichen Vorgabe zur Erprobung einer oder mehrerer Maßnahmen im Pilotkontext lag der Fokus auf Einzelerfahrungen, d.h. die Ergebnisse des Selbstbewertungsgesprächs waren beispielhaft und „streuten“ über mehrere Praxen. In der Gesamtschau wurden jedoch beispielgebende Ergebnisse erwartet, die auch anderen Arztpraxen Anregung für eine gelingende Zusammenarbeit mit Selbsthilfe geben könnten.

Als Grundlage für das Selbstbewertungsgespräch dienten folgende Fragestellungen:

*Eignung:* Welche Qualitätskriterien sind Ihnen leicht gefallen, mit der vereinbarten Maßnahme in der Testphase umzusetzen? Welche Qualitätskriterien sind Ihnen schwer gefal-

len umzusetzen? Welche Unterstützung hätten Sie in Ihrer Praxis gebraucht, um das Qualitätskriterium mit der vereinbarten Maßnahme besser umsetzen zu können?

*Regelung:* Wer ist in Ihrer Praxis zum Qualitätskriterium XY für die vereinbarte Maßnahme XY verantwortlich? Zu welchem Zeitpunkt wird / wurde die Maßnahme umgesetzt bzw. ab wann beginnt sie? Wo ist die Durchführung bzw. die Erledigung der Maßnahme dokumentiert? Wann bzw. wie oft wollen Sie in Ihrer Praxis überprüfen, ob die Durchführung der Maßnahme so noch passend ist?

Die Erfahrungsberichte und die Diskussion wurden durch eine Visualisierung unterstützt und die Ergebnisse des Selbstbewertungsgesprächs protokolliert und allen Mitwirkenden zur Verfügung gestellt.

Als Ergebnis der Selbstbewertung konnte festgehalten werden, dass

- sich alle Qualitätskriterien mit den gewählten Maßnahmen in der Praxis umsetzen lassen und
- die Maßnahmen in der Praxis nachvollziehbar geregelt werden können.

### **3.5.5 Materialien und Hilfen für die weitere Verbreitung des Modells „Selbsthilfefreundliche Praxis“**

Sowohl auf der Ebene der Qualitätszirkelarbeit als auch für das Qualitätsmanagementsystems der KVWL (KPQM) sind Dokumente entstanden, die anderen Praxen den Prozess zur selbsthilfefreundlichen Praxis erleichtern können. In der Praxis beginnt der Prozess mit einer formalen Kooperationsvereinbarung zwischen Arztpraxis und Selbsthilfe, die individuelle Absprachen beidseitig verbindlich regelt. Sie kann in etwa folgendermaßen aussehen:

Mustervereinbarung zwischen der Selbsthilfegruppe XY und der Praxis:

In der Zusammenarbeit erbringt die Arztpraxis folgende Leistungen:

- einen Vortrag pro Jahr zu einem indikationsspezifischen Thema
- fachliche Beratung der Selbsthilfegruppe, auch ggf. mit Anregungen für die Lobbyarbeit

- Hinweis auf die Gruppe und Weitergabe von Informationsmaterial an jeden Neuerkrankten in der Praxis
- Kontaktaufnahme zur Selbsthilfegruppe 2x im Jahr
- Hinweis in der Praxis auf die Selbsthilfegruppe und Veröffentlichung eines Links zur Selbsthilfe auf der Homepage der Praxis
- bei Interesse gelegentliches Angebot eines indikationsspezifischen Kurses speziell für Mitglieder der Selbsthilfegruppe

Die Selbsthilfegruppe erbringt folgende Leistungen:

- Informationsmaterial der Selbsthilfegruppe (ggf. Landes- oder Bundesverbandes) wird der Praxis zur Verfügung gestellt
- Rückmeldung zu Problemen in der medizinischen Versorgung der Patientengruppe
- Übernahme der sozialen und organisatorischen Informationsweitergabe an Neumitglieder (z.B. Versorgungsamtsangelegenheiten, Kuransprüche... )
- psychosoziale Unterstützung der Verarbeitung des Krankheitsgeschehens für die betroffenen Patienten der Praxis
- Informationsweitergabe bei Änderung der Gruppenzusammensetzung oder der Treffpunktzeiten.

.....Ort, Datum, Unterschriften

Wie die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe gestaltet wird, d.h. wie die Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit im Praxisalltag konkretisiert und umgesetzt werden, wird aus den Zielen und Maßnahmen im vorhergehenden Abschnitt deutlich. Soll die Kooperation mit der Selbsthilfe als Qualitätsmerkmal die Patientenorientierung einer Praxis nachweislich unterstützen, steht am Ende des Prozesses die Integration der Qualitäts-

kriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit in das Qualitätsmanagement der Praxis.

Dazu hat die KVWL in Zusammenarbeit mit der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW beispielhaft einen Musterprozess zur Umsetzung der Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit entwickelt. Dem Musterprozess stimmten am 12.10.2012 die am Projekt beteiligten niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen zu. Die KVWL hat daraufhin ein Prozessbeispiel zur Implementierung von „Selbsthilfefreundlichkeit“ als Verfahrensanweisung und als Flussdiagramm (pdf-Datei, Stand 3.5.2012) für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement auf die Homepage eingestellt.

Praxis:	Implementierung der Selbsthilfefreundlichkeit	VA-Selbsthilfe
		Version 1.0
		Seite 1 von 1

#### 1 Zielsetzung

Mit dieser Verfahrensanweisung soll die strukturierte und systematische Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe die Patientenorientierung fördern und zu einem Wissensgewinn aus der Betroffenensicht von Patienten und Angehörige führen. Patienten und deren Angehörige sollen über eine Zusammenarbeit der Praxis mit der Selbsthilfe informiert werden.

#### 2 Geltungsbereich

Diese Verfahrensanweisung gilt für alle Mitarbeiter der Praxis.

#### 3 Begriffsdefinition

KOSA Kooperationsberatungsstelle für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten in Westfalen-Lippe

#### 4 Verantwortlich für die Inkraft- und Außerkraftsetzung

Für die Inkraft- und Außerkraftsetzung dieser Verfahrensanweisung ist die Praxisleitung verantwortlich.

#### 5 Vorgehen und Zuständigkeiten (Regelungsinhalt)

Siehe Flow-Chart FC-Selbsthilfe „Implementierung der Selbsthilfefreundlichkeit“

#### 6 Mitgeltende Unterlagen

- FC-Selbsthilfe Implementierung der Selbsthilfefreundlichkeit
- Kooperationsvereinbarung zwischen Arztpraxis und Selbsthilfegruppe

#### 7 Aufzeichnungen, die im Zusammenhang entstehen

- In der Patientendokumentation festgehaltener Hinweis auf eine Selbsthilfegruppe.
- Schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen Praxis und indikationsbezogener Selbsthilfegruppe.
- Funktions- und Aufgabenbeschreibung Selbsthilfebeauftragte im Organigramm.

#### 8 Verteiler

Die Verfahrensanweisung wird für alle Mitarbeiter der Praxis im QM-Handbuch bereit gestellt.

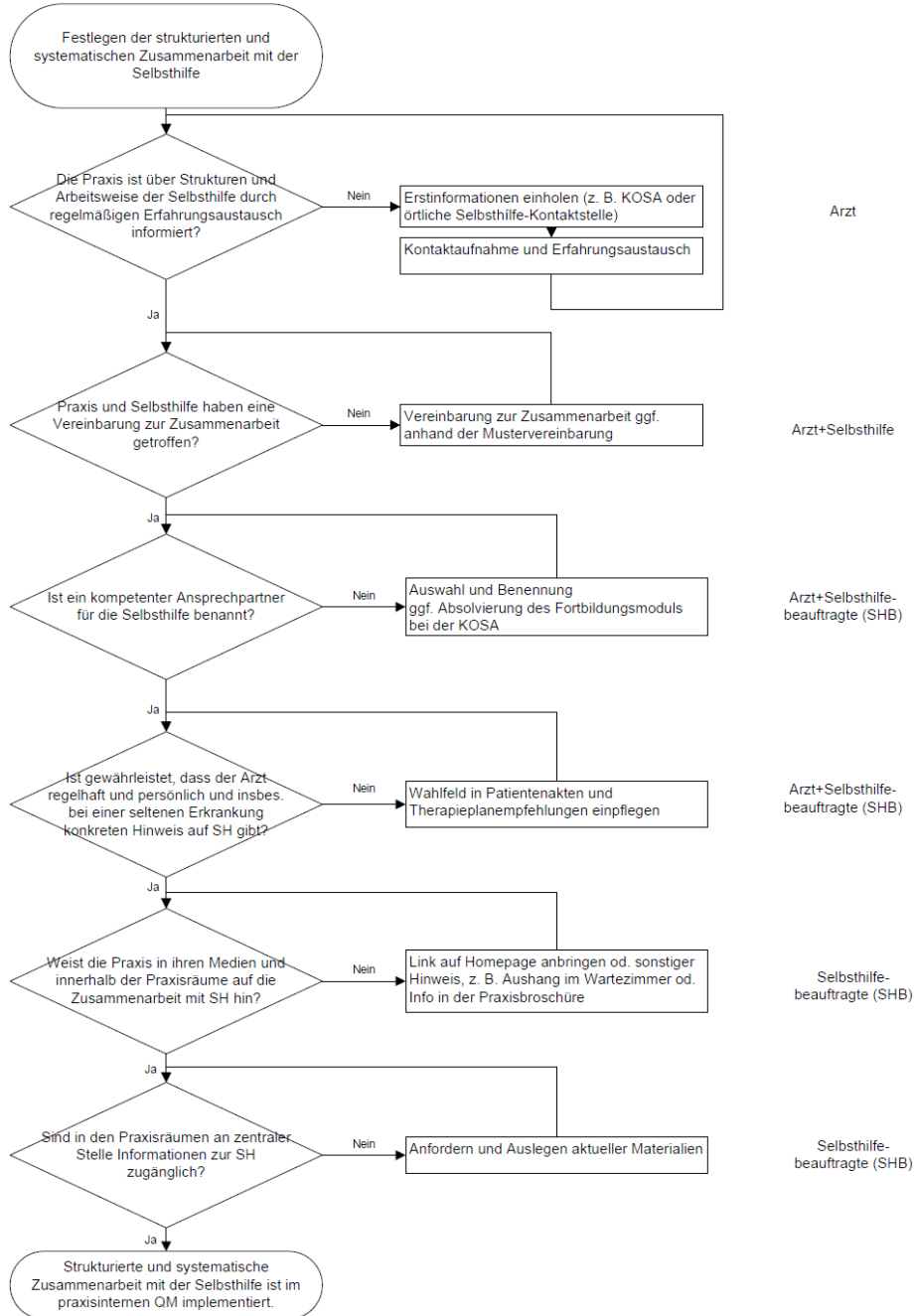
Quelle: <http://www.kvwl.de/arzt/qsqm/struktur/qm/prozessmuster/index.htm>

Um eine strukturierte und systematische Zusammenarbeit mit Selbsthilfe zu beginnen oder zu verstetigen, kann eine Praxis entlang des *Flussdiagramms* auf der Website einen Fragenkatalog bearbeiten. Daneben werden konkrete Schritte zur Herangehensweise und zu Verantwortlichkeiten aufgezeigt, so dass es bei erfolgreichem Durchlaufen des Schemas möglich ist, die strukturierte und systematische Zusammenarbeit mit Selbsthilfe in das praxisinterne Qualitätsmanagement aufzunehmen:

- Ist die Praxis über Strukturen und Arbeitsweise der Selbsthilfe durch regelmäßigen Erfahrungsaustausch informiert?
- Haben Praxis und Selbsthilfe Vereinbarungen zur Zusammenarbeit getroffen?
- Ist in der Praxis ein kompetenter Ansprechpartner für die Selbsthilfe benannt?
- Gibt der Arzt / Psychotherapeut regelmäßig und persönlich und insbesondere bei einer seltenen Erkrankung den konkreten Hinweis auf die Selbsthilfe?
- Weist die Praxis in ihren Medien und innerhalb der Praxisräume auf die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe hin?
- Sind die Informationen zu Selbsthilfe übersichtlich an zentraler Stelle in den Praxisräumen für Patienten zugänglich?

Für den Bereich der KV Westfalen-Lippe sind damit vorbildhaft die Umsetzungsschritte und ihre Integration in das Qualitätsmanagement sowohl auf der KV-Ebene wie auch für einzelne Praxen „durchgespielt“ und implementiert worden (siehe nächste Seite).

Praxis:	Implementierung der Selbsthilfefreundlichkeit	FC Selbsthilfe Version 1.0 Seite: 1 von: 1 Datum: 24.01.2012
---------	---	---



Quelle: <http://www.kvwl.de/arzt/qsqm/struktur/qm/prozessmuster/index.htm>



### 3.5.6 Zusammenfassung der Projektergebnisse und weiteres Vorgehen

Fazit ist, dass auch im niedergelassenen Bereich, wenn er die Qualitätsaspekte für die gesundheitliche Versorgung in den Mittelpunkt stellt, eine strukturierte und systematische Zusammenarbeit mit Selbsthilfe unumgänglich ist. Das Projekt „Selbsthilfefreundliche Praxis NRW“ hat in den Begegnungen zwischen Selbsthilfe und Arztpraxen gezeigt, dass es möglich ist, diese Zusammenarbeit mit beidseitigem Gewinn zu gestalten. Im Pilotprojekt sind wichtige Ziele erreicht worden:

- Im Ergebnis der Schritte zur Standardentwicklung konnten auf transparente und konsensuale Weise sechs Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit entwickelt und die dazu vereinbarten Maßnahmen von den Praxisinhabern auf ihre Relevanz hin erprobt werden.
- Die Qualitätskriterien wurden von den Testpraxen als geeignet und der Katalog von Maßnahmen zur Umsetzung als praktikabel eingeschätzt.
- Die Wahl von Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätskriterien ermöglicht es jeder interessierten Praxis, individuell und dennoch auf strukturierte und systematische Weise die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe zu beginnen bzw. weiter zu entwickeln.
- Je nach Praxisgröße und Kapazität haben einzelne Praxen begonnen, das Qualitätsmerkmal Selbsthilfefreundlichkeit über die Implementierung der Qualitätskriterien mit den gewählten Maßnahmen in das praxisinterne Qualitätsmanagement nachhaltig zu verankern.
- Von Seiten der KOSA der KVWL wurde die Erprobungsphase durch ein Fortbildungsmodul zu Selbsthilfe für medizinische Fachkräfte (die künftigen Ansprechpartner/-innen für Selbsthilfe in der Praxis) unterstützt, an dem sich auch die Selbsthilfekontaktstelle Dortmund und Selbsthilfegruppenvertreter/-innen beteiligten. Dieses Fortbildungsmodul soll interessierten Praxen weiter angeboten werden.
- Die mitwirkenden Arztpraxen nehmen die Selbsthilfekontaktstelle Dortmund deutlich als Ansprechpartner für Fragen zu Selbsthilfe und zu Selbsthilfegruppen wahr.
- Darüber hinaus ist es im interdisziplinären Qualitätszirkel gelungen, wechselseitige Erwartungen zu klären und konkrete Kooperationen

zwischen einzelnen Praxen und Selbsthilfegruppen auf den Weg zu bringen.

- Mit der KVWL wurde verabredet und umgesetzt, nach Abschluss des Pilotprojekts einen Musterprozess Selbsthilfefreundlichkeit in geeigneter Weise in das KPQM der KVWL aufzunehmen.

Schließlich soll der Ansatz einer selbsthilfebezogenen Patientenorientierung auch in die Arbeit von ärztlichen Qualitätszirkeln der KVWL einfließen, um langfristig einen breiten Transfer in den niedergelassenen Bereich zu erreichen.

Um den Vorbildcharakter einer selbsthilfefreundlichen Arztpraxis zu unterstreichen, erhielten die Arztpraxen im Dortmunder Pilotprojekt vom Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen, Berlin, im Oktober 2011 eine Auszeichnung für ihr Engagement. Die Auszeichnung selbsthilfefreundliche Arztpraxis (siehe Abb.) ist zwei Jahre gültig.



### **3.6 Bilanz der Kooperation mit Selbsthilfegruppen im vertragsärztlichen Bereich, Transferaspekte und Perspektiven**

Alf Trojan, Stefan Nickel

Eine selbsthilfefreundliche Versorgungskultur bezieht das Erfahrungswissen der Selbsthilfe in die Betreuungsprozesse ein und unterstützt Patientinnen und Patienten bei der Entfaltung ihres Selbsthilfepotentials. Arztpraxen, Gesundheitszentren oder Medizinische Versorgungszentren sollten aus diesem Grund dauerhaft mit der Selbsthilfe kooperieren.

Weil eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und Selbsthilfe abhängig ist von den jeweiligen lokalen Gegebenheiten, Bedürfnissen, fachlichen Besonderheiten oder vorhandenen Partnern hat es verschiedene *Ursprünge und Vorläufer* gegeben, die zur Entwicklung des Konzepts der selbsthilfefreundlichen Praxis beigetragen haben (s. ausführlicher die Zusammenfassungen in Abschnitten 3.1 und 3.2):

- Das Modellprojekt „dialog – Münchner Ärzte und Selbsthilfegruppen“ in Bayern lief von 2001 bis 2005 in Trägerschaft des Vereins zur Förderung der Selbsthilfe und Selbstorganisation (FÖSS e.V.), einem Verein, der gleichzeitig Träger des Selbsthilfezentrums (SHZ) München ist. Anliegen und Aktivitäten des Projekts wurden daher vom SHZ auch nach Projektende weitergeführt (soweit es die Mittel erlauben).
- Auf der Basis langjähriger Erfahrungen hatte die Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA) der KV Nordrhein zehn Punkte erarbeitet, die zur praktischen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen beitragen und auch als erste Formulierung von Qualitätsansprüchen gelten können.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit ihrer Abteilung für Patientenorientierung hatte schon in der ersten Version ihres Qualitätsziel-Katalogs für das neue entstandene Qualitätsmanagementsystem QEP (Qualitätsentwicklung in Praxen) an einer Stelle auch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen erwähnt.

- Hinzu kamen dann die in diesem Kapitel geschilderten Studien, die einerseits den Zusammenhang zwischen Selbsthilfefreundlichkeit und Qualitätsmanagement weiter ausarbeiteten (Abschnitt 3.3) und andererseits durch eine aktivierende Befragung bei Moderatorinnen und Moderatoren ärztlicher Qualitätszirkel, die Situation für Modellprojekte sowie Chancen und Hindernisse für die Akzeptanz von Selbsthilfefreundlichkeit im vertragsärztlichen Bereich explorierten (Abschnitt 3.4).
- Weitere Vorbereitungsschritte waren die Entwicklung von Fortbildungsmaterialien (s. Abschnitt 3.2), was einerseits durch die SeKo (Selbsthilfekoordination Bayern) und andererseits durch NAKOS (Nationale Kontaktstelle Selbsthilfegruppen) geschah.

Als letzter Schritt folgte dann der Modellversuch „Selbsthilfefreundliche Arztpraxis“ in Nordrhein-Westfalen, d.h. die Erprobung, wie Kriterien von Selbsthilfefreundlichkeit im Praxisalltag umgesetzt und in das Qualitätsmanagement der einzelnen Praxis integriert werden können (Abschnitt 3.5). Das Pilotprojekt endete mit der Überreichung einer Urkunde an die acht beteiligten Facharztpraxen am 12.10.2011.

In einem kurzen Text dazu, der in KBV-Kontakt (Nr. 23 vom Dezember 2011) erschien, schreiben die beiden Verantwortlichen für das Pilotprojekt, Monika Bobzien und Doris Schlömann unter anderem:

„Die am Pilotprojekt beteiligten Ärzte plädierten dafür, dass eine intensive Kommunikation in der Ärzteschaft angeregt und passende Zugänge zur Verfügung gestellt werden müssten, die es ermöglichen, sich ausreichend über Selbsthilfe zu informieren. Daher steht interessierten Arztpraxen künftig auf der Website der KVWL ([www.kvwl.de](http://www.kvwl.de)) ein Katalog von Maßnahmen zur Umsetzung dieser Qualitätskriterien zur Verfügung (ausführlichere Informationen bei: [www.selbsthilfefreundlichkeit-nrw.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit-nrw.de)).“

Mit Abschluss des Projekts stehen zwar Know-how, Unterstützungsstrukturen, Fortbildungsmaterialien und ein Organisationsrahmen (in Form der Integration in das Qualitätsmanagement) für Praxen zur Verfügung. Ein weiterer Erfolg ist sicher, dass die gängigsten Qualitätsmanagementsysteme Selbsthilfefreundlichkeit in ihre Kriterienkataloge, Checklisten und Manuale integrieren. Gewicht bekommt dies unter anderem dadurch, dass für das System EPA die Effektivität für tatsächliche Verbesserungen

der Versorgung durch Qualitätsmanagement nachgewiesen wurde (Götz et al. 2011; Szecsenyi et al. 2011).

Das im obigen Zitat enthaltene Plädoyer der am Modellversuch beteiligten Ärzte, „passende Zugänge“ zu eröffnen, ist jedoch ernst zu nehmen: Ganz ohne weitere aktivierende und motivierende Maßnahmen wird sich das Modell der „Selbsthilfefreundlichen Praxen“ sicher nicht besonders schnell verbreiten lassen.

Mögliche Zugänge, Transferaspekt und Perspektiven sollen im Folgenden kurz angesprochen werden:

*Zusammenarbeit mit Medizinischen Fachangestellten.* – Nicht nur in NRW und dem Pilotprojekt, sondern auch in anderen Bundesländern gibt es Aktivitäten, mit denen die Medizinischen Fachangestellten für die Zusammenarbeit mit SHG sensibilisiert und qualifiziert werden. In der Fortbildungsreihe aus dem Projekt „Selbsthilfe und Ärzte in Bayern“ (Tezak 2010) spielten die Fachangestellten eine wichtige Rolle, weil sie oft mehr Kontakt mit dem einzelnen Patienten haben und leichter Zeit für die Information über SHG erübrigen können. Die Zusammenarbeit von Ärzten und Medizinischen Fachangestellten mit Selbsthilfegruppen war auch Thema eines Workshops auf der vierten Fachtagung Selbsthilfe der KV Baden-Württemberg im Januar 2010 in Stuttgart. Es wurde festgestellt, dass Voraussetzung dafür natürlich das Einverständnis des Chefs der Praxis sei. Die oft noch brach liegenden möglichen Synergieeffekte sollten noch viel mehr genutzt werden. Großer Wert wurde auf Aufnahme der Selbsthilfe in die Lehrpläne für Medizinische Fachangestellte gelegt. Für die bereits tätigen Medizinischen Fachangestellten sollten Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden ([www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)).

Dieser Weg, Praxen für Selbsthilfefreundlichkeit zu gewinnen, könnte in Zukunft noch systematischer und intensiver genutzt werden. Als positiver Anfang kann gewertet werden, dass in der KOSA-Schulung der beiden Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein-Westfalens „Selbsthilfe – ein Gewinn für Praxis und Patient“ für medizinische Fachangestellte ein Modul zu dem Qualitätskriterium „Die Praxis benennt eine/n Ansprechpartner/in“ aufgenommen wurde. Bis März 2012 hatten in 37 Veranstaltungen schon fast 700 Fachangestellte die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen kennengelernt. Sowohl von den Teilnehmerinnen als auch den an

Veranstaltungen beteiligten Selbsthilfekontaktstellen wurden die Erfahrungen positiv beurteilt.

*Selbsthilfefreundliche Apotheke* – Apotheker und Vertreter von Selbsthilfegruppen wollen enger zusammenarbeiten. Wie das funktioniert, zeigt ein neues Projekt in Bayern (Artikel der Selbsthilfekoordination Bayern in der Neuen Apotheken Illustrierten vom 01.09.2010: 28f). Dabei unterstützen die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände Bayern gemeinsam mit der Bayerischen Landesapothekerkammer und dem Bayerischen Apothekerverband ein landesweites Projekt „Apotheken und Selbsthilfe“. Apothekerinnen und Apotheker und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind oft Ansprechpartner bei vielen Fragen rund um das Thema Gesundheit und diversen lebenspraktischen Sachverhalten. Unter Federführung der Selbsthilfekoordination (SeKo) Bayern wird in sieben bayerischen Städten 2010 eine Fortbildungsveranstaltung für Apothekerinnen und Apotheker zum Thema Selbsthilfe angeboten. Es soll auch neuen Kooperationen Mut zur Nachahmung gegeben werden und beispielhafte Wege dazu aufgezeigt werden. Das Projekt ist eine interessante Ausweitung des Konzepts der Selbsthilfefreundlichkeit auf Apotheken. Gleichzeitig könnten gerade in vernetzten Versorgungsmodellen Apotheken mit ihren Beratungsfunktionen und -möglichkeiten eine Schlüsselrolle für die Zusammenarbeit mit der organisierten Selbsthilfe einnehmen.

*Integriertes Versorgungsmodell Kinzigtal.* – Hier steuert die Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH, an der das regionale Ärztenetz maßgeblich beteiligt ist, die Versorgung. Dabei kooperiert die Managementgesellschaft eng mit der AOK Baden-Württemberg und der LKK Baden-Württemberg. Beide Kassen haben mit der Managementgesellschaft Versorgungsverträge abgeschlossen, die bis ins Jahr 2015 laufen. Das Besondere daran ist, dass dieses Versorgungsmodell in vielfältiger Form auf die intensive Kooperation mit den Patienten und Patientengruppen setzt (Siegel et al. 2011). Dazu gehören beispielsweise die Aushändigung einer Charta der Patientenrechte bei Eintritt in das Versorgungsmodell, eine Ombudsperson, also ein Ansprechpartner für die Patienten, ein Patientenbeirat und die enge Kooperation mit lokalen Gruppen und Vereinen (Gesundes Kinzigtal 2011; s. auch Tabelle zum aktuellen Stand im Januar 2012). Dieses Versorgungsmodell ist ein Beispiel dafür, dass es einige neue kooperative Modelle und vernetzte Strukturen im Gesundheitswesen gibt, die viele Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit schon umsetzen,

ohne das vollständige Konzept zu kennen. Solche Modelle können vermutlich relativ leicht für die systematische Umsetzung des Leitbildes Selbsthilfefreundlichkeit und eine damit verbundene Auszeichnung gewonnen werden.

**Tab. 3.6.1: Stand der Umsetzung allgemeiner Qualitätskriterien im „Gesunden Kinzigtal“**

Allgemeine Qualitätskriterien	Stand der Umsetzung
<p><b>1. Über Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe informieren</b></p> <p>Die Gesundheitseinrichtung informiert Patienten und Patientinnen bzw. Angehörige an zentralen Stellen in ihren Räumen und in ihren Medien über den Stellenwert der Selbsthilfe und über ihre Zusammenarbeit mit der „Selbsthilfe“, d.h. mit Selbsthilfegruppen, -organisationen und Selbsthilfeunterstützungsstellen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wurde schon mehrfach gemacht (beginnend mit einer Veranstaltung am 6.9.2006 für und mit SHG) und bei Festen mit den Selbsthilfegruppen;</li> <li>– Ergänzungen beabsichtigt und leicht möglich über die allen Leistungspartnern und deren Mitarbeitern zugeleitete 14-tägige Publikation „Blickpunkt“ und eine ca. dreivier Mal pro Jahr erscheinende Mitgliederzeitung für die aktuell 8.400 Mitglieder;</li> <li>– Veranstaltung mit Verbraucherschutz und Selbsthilfegruppen am 21. März 2012</li> </ul>
<p><b>2. Selbstdarstellung ermöglichen</b></p> <p>Bei Bedarf unterstützt die Gesundheitseinrichtung die Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfe und stellt z.B. Präsentationsmöglichkeiten oder Räume zur Nutzung durch die Selbsthilfe bereit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– schon mehrfach gemacht;</li> <li>– soll fortgesetzt werden,</li> <li>– Einsatz einer ¼ VK (Vollkraft) für die aktive Selbsthilfeunterstützung ist mittelfristig von Seiten der Ärzte und der Geschäftsführung der Gesundes Kinzigtal GmbH gewünscht</li> </ul>
<p><b>3. Auf Teilnahmemöglichkeit hinweisen</b></p> <p>Der Patient / die Patientin bzw. Angehörige werden während des Aufenthalts in der Gesundheitseinrichtung regelhaft und persönlich auf die Möglichkeit zur Teilnahme an für sie geeigneten Selbsthilfegruppen hingewiesen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wird im Prinzip gemacht; könnte intensiviert werden, z.B. durch die Publikation eines Selbsthilfeführers im Kinzigtal und seine Präsentation auf einer Internetplattform</li> <li>– In mehreren Projekten, so u. a. bei „Gesundes Gewicht“, „Rauchfreies Kinzigtal“, „Sozialer Dienst“ wird von der Seite von Gesundes Kinzigtal aktiv auf Selbsthilfegruppen hingewiesen.</li> </ul>

**Tab. 3.6.1: Stand der Umsetzung allgemeiner Qualitätskriterien im „Gesunden Kinzigtal“ (Fortsetzung)**

<p><b>4. Ansprechpartner/in benennen</b></p> <p>Die Gesundheitseinrichtung benennt für die Selbsthilfe eine/n Ansprechpartner/in und macht diese Person bei Patient/inn/en und Mitarbeiter/innen bekannt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mittelfristig als Aufgabe der ¼ Personalstelle für die aktive Selbsthilfeunterstützung vorgesehen</li> </ul>
<p><b>5. Mitarbeiter/innen qualifizieren</b></p> <p>Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtung sind zum Thema Selbsthilfe allgemein und hinsichtlich der häufigsten in der Einrichtung vorkommenden Erkrankungen qualifiziert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prinzipiell erfolgt Qualifizierung, wäre aber sicher noch zu intensivieren. Die KV BW bietet etwas für MFAs an; das könnte über die Team-News im Netzwerk GK werbend verbreitet werden. Schulung für alle Mitarbeiter durch Fachkraft aus der Unterstützungsagentur für Selbsthilfefreundlichkeit ist vorgesehen.</li> </ul>
<p><b>6. Kooperation regeln</b></p> <p>Gesundheitseinrichtung und Selbsthilfe treffen konkrete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit und zum regelmäßigen Austausch.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Regelmäßiger Kontakt mit Selbsthilfekoordination im Landkreis Ortenau existiert und soll noch weiter ausgeweitet werden</li> </ul>
<p><b>7. Partizipation der Selbsthilfe ermöglichen</b></p> <p>Die Einrichtung ermöglicht Vertretern bzw. Vertreterinnen der Selbsthilfe die Mitarbeit in geeigneten Gremien der Gesundheitseinrichtung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patientenbeirat wird gewählt von den Mitgliedern von GK. Denkbar wäre ein jährliches Treffen von Patientenbeirat, Geschäftsstelle, Ärztlichem Beirat mit Vertretern der Selbsthilfe – und die Sammlung von Anregungen</li> <li>– (Auftakt für Partizipation zuerst bei einer Veranstaltung im März 2012)</li> </ul>

*Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz Nürnberg e.G. (QuE) – Das Selbsthilfefreundliche Praxisnetz.* – Ähnlich wie Kinzigtal, hat QuE für die Metropolregion Nürnberg erfolgreich ein Integriertes Versorgungsmodell etabliert. Der Selbsthilfe wird in diesem Kooperationsnetzwerk eine immer größere Rolle zugedacht (vgl. [www.gesundheitsnetznuernberg.de](http://www.gesundheitsnetznuernberg.de))



Aus verschiedenen vorliegenden Planungspapieren aus dem Jahr 2010 gehen Konturen eines Konzepts hervor, das im Geist und in Kenntnis der Entwicklung selbsthilfefreundlicher Praxen entstand, jedoch das Konzept für einzelne Praxen kreativ abwandelt für die Anwendung in einem Praxisnetz. So heißt es beispielsweise programmatisch: „Ein ‚Selbsthilfefreundliches Praxisnetz‘ zeichnet sich aus durch:

- eine ‚selbsthilfefreundliche Netzorganisation‘,
- möglichst viele ‚selbsthilfefreundliche Praxen‘,
- einen offenen und vertrauensvollen Umgang mit SH-Gruppen auf allen Ebenen.“

Hierzu fanden verschiedene Schulungen statt – sowohl für die Ärzteschaft als auch für die Praxisteams. Die „Selbsthilfefreundliche Netzorganisation“ wird folgendermaßen konkretisiert:

- Sie thematisiert Selbsthilfe im Rahmen ihres Praxisqualitätsmanagements (z.B. in Form einer Selbstbewertung).
- Selbsthilfe wird zum regelmäßigen Thema in den Netzmedien, z.B. in der QuE-Patientenzeitung „Doktors Bestes“, die einmal im Quartal in einer Auflage von 11.000 Stück erscheint.
- Selbsthilfe erhält Darstellungsplattform im Rahmen ärztlicher QuE-Veranstaltungen, z.B. gemeinsame Teilnahme an der KBV-Messe Versorgungsinnovation 2012 in Berlin.
- Selbsthilfebeauftragte auf Netz- und Praxisebene.

In den Details geht die Planung teilweise über die sechs Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit für Einzelpraxen hinaus, enthält im Prinzip aber die gleichen Elemente. Dieses Modell zeigt zum einen nochmals, dass die Bereitschaft zur Selbsthilfefreundlichkeit in Kooperationsmodellen offenbar größer ist als in Einzelpraxen; zum anderen könnte das in diesem Praxisnetz entwickelte und erprobte Modell zusammen mit ersten Erfahrungen in einem Modellversuch von EPA für Medizinische Versorgungszentren (Grote-Westrick und Schwenk 2010) Anregungen liefern für die aktuell entstehenden Qualitätsziel-Kataloge für vernetzte Modelle, insbesondere bei KTQ ([www.ktq.de](http://www.ktq.de)).

Die angesprochenen Punkte stimmen perspektivisch hoffnungsvoll für die weitere Entwicklung des Konzepts der Selbsthilfefreundlichkeit in Einrichtungen und Versorgungsnetzen der vertragsärztlichen Versorgung. Sie zeigen aber auch, dass der Weg von Modellprojekten und positiven Einzelprojekten zu Selbsthilfefreundlichkeit als Normalstandard noch weit ist.

### Literatur zu Kapitel 3

- ÄZQ; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hg.) (2008) Checkliste für Patientinnen und Patienten. Schriftenreihe, Bd. 34. Berlin: Eigenverlag
- Badura B et al. (1979) Grundlagen einer konsumentenorientierten Gesundheitspolitik. Programmwurf für einen Forschungsverbund im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie. Universität Konstanz
- Badura B (1978) Volksmedizin und Gesundheitsvorsorge. W-Mitteilungen 31, 542-548
- Badura, B und Ferber Cv (1981) Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. In: Soziologie und Sozialpolitik. Band 1. München Wien: Oldenbourg Verlag
- Bahrs O, Heim S (2001) Kooperation zwischen Professionellen und Selbsthilfe-Gruppen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 77: 201-206
- Bahrs O, Klingenberg A (1995) Die Beurteilung ärztlicher Arbeit durch Teilnehmer von Selbsthilfe-Gruppen. In: Szecsenyi J, Gerlach FM (Hg.): Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin. Stuttgart: Hippokrates Verlag: 81-96
- Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund e.V. (Hg.) (2003) Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung „dialog – Münchner Ärzte und Selbsthilfegruppen. München: Eigenverlag, Bericht No. 2003-2
- Bobzien M (2008) Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung. Ein Leitfaden für interessierte Krankenhäuser. BKK-Praxishilfe. Essen: BKK Bundesverband
- Bobzien M (2003) Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen mit dem professionellen Versorgungssystem – den Wandel mit den Akteuren initiieren: 72-83 In: DAG SHG (Hg.) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2003. Gießen
- Bogenschütz A (2006) Eine praxisrelevante Kooperationsstudie. Die KOSA der ärztlichen Qualitätssicherung in Hessen bringt Ärzte und Psychologen mit Selbsthilfegruppen zusammen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hg.), Selbsthilfegruppenjahrbuch 2006. Gießen, S. 157-165.
- Bogenschütz A et al. (2000) Ein Blick in die Arbeit der Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte einiger Kassenärztlichen Vereinigungen: 83-86 in: DAG SHG (Hg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2000. Gießen
- Borgetto B (2001) Strukturen und Verbände der Selbsthilfe auf Bundesebene in Deutschland. In: Borgetto B, von Troschke J (Hg.) Entwicklungspers-

- spektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Freiburg/Br.: DKGW: 186-201
- Borgetto B (2002) Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Stand der Forschung. Baden-Baden: Nomos
- Braun J, Kettler U, Becker I (1997) Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 136. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Braun J, Opielka M (1992) Selbsthilfeförderung durch Selbsthilfekontaktstellen. Schriftenreihe des BMFuS, Bd.14. Stuttgart: Kohlhammer
- Danner M, Matzat J (2005) Patientenbeteiligung beim Gemeinsamen Bundesausschuss – ein erstes Resümee. In: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 1/2005, 141-144
- Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M et al. (2001) Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. Stuttgart: Eigenverlag
- Etgeton S (2009) Patientenbeteiligung in den Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses in: Bundesgesundheitsblatt 104-110
- Ferber C v., Badura B (Hg.) (1983) Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. München: Oldenbourg Verlag
- Ferber C v. (1976) Volks- und Laienmedizin als Alternative zur wissenschaftlichen Medizin – zur Partizipation im Gesundheitswesen, Soziale Sicherheit 24:203-209
- Findeiß P, Schachl T, Stark W (2001) Modelle der Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem. Unveröffentlichter Abschlussbericht zum Projekt C2 des Bayerischen Forschungsverbunds Public Health - Öffentliche Gesundheit
- Fischer J, Litschel A, Meye M et al. (2004) Kooperationshandbuch – ein Leitfaden für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Fischer J et al. (2004) Leitlinien für Kooperationen: 124-126 in: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hg.) Kooperationshandbuch – ein Leitfaden für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfe. Köln: Dtsch. Ärzte-Verlag
- Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (Hg.) (1987) Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen. Berlin: Springer
- G-BA (Hg.) (2005) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsma-

- nagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) vom 18. Oktober 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 248, S 17 329, in Kraft getreten am 1. Januar 2006
- Gesundes Kinzigtal GmbH (Hg.) (2011) Investition in die Gesundheit. Jahresbericht 2010. Haslach im Kinzigtal: Eigenverlag
- GMK-Gesundheitsminister-Konferenz: Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. Beschluß der 72. GMK am 9./10.6.1999 in Trier
- Götz K, Szecsenyi J, Broge B, Willms S (2011) Welche Wirkung hat Qualitätsmanagement in Arztpraxen? Ergebnisse aus Entwicklung und Evaluation des Europäischen Praxismanagements (EPA). AQUA-Materialien Bd.10, Göttingen: Eigenverlag
- Groene O, Garcia-Barbero M (Hg.) (2005) Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality. WHO Regional Office for Europe, p. 53-70. Kopenhagen
- Grote Westrick M, Schwenk, U (2010) Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen – Qualitätsindikatoren für medizinische Versorgungszentren. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Grunow D, Breitkopf H, Dame HJ, Engfer R, Grunow-Lutter V, Paulus W (1983) Gesundheitsselbsthilfe im Alltag. Stuttgart: Enke Verlag
- Grunow D (2009) Selbsthilfe. in: Olk T, Hartnuß B (Hg.): Handbuch bürgerschaftliches Engagement. Weinheim: Juventa-Verlag
- Höhl R (2011) Jetzt kommt das Praxis-QM auf den Prüfstand. Ärztezeitung vom 9.6.2011
- Kammerer P, Kuckartz A (1994) Professionelle und Selbsthilfe. ISAB Schriftenreihe Nr. 35. Köln: Eigenverlag
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (ed.) (2008) Umfrage zu Qualitätsmanagementsystemen: QEP® ist meistgenutztes System in deutschen Praxen. Pressemitteilung vom 10. Oktober 2008
- Kickbusch I, Trojan A (Hg.) (1981) Gemeinsam sind wir stärker. Frankfurt a.M.: Fischer
- Klein A (2002) Die Selbsthilfe als Thema der Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“: 112-127. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hg.): Selbsthilfegruppen Jahrbuch. Gießen: Eigenverlag
- Köster G (2006) Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss: 78-90 in: Jahrbuch für kritische Medizin 42. Hamburg: Argument Verlag
- Kurtz V, Fricke E, Dierks ML (2006) Selbsthilfegruppen und ihre Organisation – Wie weit sind sie wirklich in politische Entscheidungsprozesse einge-

- bunden? Ergebnisse der SelBSD-Studie. Das Gesundheitswesen 50: 16-18
- KV Nordrhein (Hg.) (2006) Mit uns knüpfen Sie hilfreiche Kontakte. Broschüre. Düsseldorf: Eigenverlag
- KV Westfalen-Lippe (Hg.) (2011) Pluspunkt 1:24
- Lau D (2009) Selbsthilfe als Hausarzt erlebt. In: Döhner H, Kaupen-Haas H, von dem Knesebeck O (Hg.): Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis. Berlin: LIT Verlag
- Levin LS, Idler EL (1981) The hidden health care system: Mediating structures and medicine. Cambridge: Ballinger Publishing Company
- Litschel A (2009) Kooperation von Ärzteschaft und Selbsthilfe im KV-System – Praxiserfahrungen. in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 52: 40-46
- Meinhardt M, Plamper E, Brunner H (2009) Beteiligung von Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss, in: Bundesgesundheitsblatt Vol.52, Nummer 1: 96-103
- Meye MR, Slesina W (1990) Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen. Erprobung von Kooperationsformen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Moeller ML (1978) Selbsthilfegruppen. Anleitungen und Hintergründe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Nickel S, Trojan A (2008) Akzeptanz, Informationsbedarf und Einschätzung von Anreizen für die Beteiligung an (Modell-)Projekt(en) selbsthilfefreundliche Arztpraxis (Machbarkeitsexpertise im Auftrag des BKK BV, Essen) unveröffentlichtes Manuskript
- Robert-Koch-Institut (Hg.) (2004) Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. GBE des Bundes, Heft 23. Berlin: Eigenverlag
- Robert-Koch-Institut (Hg.) (2006) Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen GBE des Bundes, Heft 32. Berlin: Eigenverlag
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. 1 (Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung, Partizipation) und Bd. 2 (Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege). Gutachten 2000/2001, Bonn 2001, Bundestagsdrucksache14/5660, -5661, -6871
- Scholze P (2008) Selbsthilfegruppen im Fokus: KVB stellt Umfrageergebnisse vor. Bayrisches Ärzteblatt Nr. 3, S. 150-152
- SeKo (Selbsthilfekoordination Bayern) (Hg.) (2010) Selbsthilfe und niedergelassene Ärzte in Bayern. Abschlussbericht 2009, Würzburg ([www.seko-bayern.de](http://www.seko-bayern.de))

- SHZ (Selbsthilfezentrum München, Hg. und Red.) (2005) Abschlussbericht Modellprojekt dialog. – Münchner Ärzte und Selbsthilfe. München: Selbstverlag
- Siewerts D (2010) Mehr Patientenorientierung ist angesagt. Netzwerk will Kliniken und Arztpraxen für Kooperation mit der Selbsthilfe gewinnen. Der Paritätische 2010; Heft 1, 13-15
- Siegel A, Zimmermann L, Stößel U (2011) Dimensionen der Patientenorientierung in der Integrierten Versorgung am Beispiel Gesundes Kinzigtal. Public Health Forum 19 (70) 15.e1 – 15.e3
- Slesina W, Knerr A (2007) Zusammenarbeit von Ärzten – Formen, Nutzen, Wünsche. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaften GmbH
- Slesina W, Knerr A (2005) Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen – für alle ein Gewinn. Broschüre, hrsg. vom BKK Bundesverband. Essen: Eigenverlag
- Slesina W, Knerr A (2009) Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen. Forschungsergebnisse. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 52: 30-39
- Slesina W, Fink A (2009) Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen Forschungsergebnisse. In Bundesgesundheitsblatt 1, 52:30-39, Berlin
- Slesina W, Knerr A (2005) Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen – für alle ein Gewinn. BKK Praxishilfe. Essen: BKK Bundesverband (Hg.)
- Slesina W, Knerr A (2008) Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen. Forschungsergebnisse. Manuskript. Erscheint in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.
- Stark W (1998) Modelle der Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem. Zwischenbericht zur Mittelfreischließung. Manuskript im Bayerischen Forschungsverbund Public Health. München
- Stark W (2001) Selbsthilfe und PatientInnenorientierung im Gesundheitswesen – Abschied von der Spaltung zwischen Professionellen und Selbsthilfe? 47-66 in: Borgetto B, Troschke J v (Hg.): Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Deutschen Gesundheitswesen. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften
- Stötzner K (2008) Können Patienten zufrieden sein? Berlin, Vortrag BQS-Ergebniskonferenz am 25.11. 2008
- Szecsényi J, Campbell S, Broge B, Laux G, Willms S, Wensing M, Götz K (2011) Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. CMAJ 2011, DOI:10.1503/cmaj.110412

- Tezak I (2010) Einander begegnen und bekannt machen, miteinander kooperieren Über eine Fortbildungsreihe in dem Projekt „Selbsthilfe und Ärzte in Bayern“. Selbsthilfegruppenjahrbuch 2010, 88-97
- Tezak I (2009) Modellprojekt „Selbsthilfefreundliche Arztpraxis“. NAKOS-Info Nr. 98:47-50
- Trojan A, Huber E, Nickel S, Kofahl C (2009) Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsziel in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Gesundheitswesen 71; 1-10.
- Trojan A (1985) Ansätze für Mitbestimmung in der Sozial- und Gesundheitspolitik, WSI-Mitteilungen 38: 621-630
- Trojan A et al. (2008) Selbsthilfebezogene Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal. Eine Expertise zu Integrationsmöglichkeiten von „Selbsthilfefreundlichkeit“ in Qualitätsmanagementsysteme der ambulanten ärztlichen Versorgung. Unveröff. Manuskript Hamburg
- Trojan A, Estorff-Klee A (Hg.) (2004) 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung in Hamburg. Studienergebnisse zu Unterstützungserfahrungen und -bedarf. Hamburg: LIT-Verlag
- Trojan A (1980) Demokratisierung des Gesundheitswesens durch Mitwirkung Betroffener. Forum für Medizin und Gesundheitspolitik Nr.14: 14-33
- Trojan A (1986) Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt/Main: Fischer
- Trojan A (1999) Beteiligung von Patienten an der Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen: 231-243 in: Schmacke N. (Hg.): Gesundheit und Demokratie. Von der Utopie der sozialen Medizin. Frankfurt/Main: VAS
- Trojan A, Estorff-Klee A (Hg.) (2004) 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung. Münster: Lit-Verlag
- Trojan A, Werner S, Bobzien M, Nickel S (2009) Integration von Selbsthilfeszusammenschlüssen in das Qualitätsmanagement im ambulanten und stationären Versorgungsbereich, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 52: 47-54
- Werner S, Bobzien M, Nickel S, Trojan A (Hg.) (2006) Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Werner S, Nickel S, Trojan A (2006) Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zum Status quo der Kooperation von Selbsthilfe und Krankenhäusern. In: Werner et al. (Hg.) Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW: 21-48



## **Kapitel 4**

# **Rehabilitative Versorgung**



## **4.1 Einführung in die Geschichte der Kooperation von Selbsthilfegruppen und Einrichtungen der rehabilitativen Versorgung**

Alf Trojan

### **4.1.1 Entwicklung der Kooperation in der Rehabilitation**

Ein erster systematischer Versuch, die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Rehabilitationseinrichtungen zu verbessern, erfolgte im Rahmen des Modellprogramms „Förderung der sozialen Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“ von September 1995 bis Juni 1996 (Kuckartz 1997). Kern der Studie war, dass sieben Selbsthilfekontaktstellen mit jeweils zwei Rehabilitationskliniken kooperieren sollten. Tatsächlich gelang es in sehr vielen Fällen, Patienten in die Selbsthilfe zu führen. Grundlage dafür war ein Seminarkonzept mit dem Titel: „Nach der Reha: der Alltag hat sie wieder? – Selbsthilfegruppen als Chance, einen neuen Alltag zu leben“. Leider wurde dieses grundlegende Projekt trotz eines damals durchaus schon verbreiteten Bewusstseins über die Bedeutung der Schnittstelle zwischen Selbsthilfe und Rehabilitation (Wittwer et al. 1995, Steinke 2000; Ehlebracht-König 2001; Klosterhuis et al. 2002) nicht fortgeführt.

Eine etwa gleichzeitige Studie der damaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und der Landesversicherungsanstalt (LVA) Sachsen bei 640 Teilnehmenden und 48 Gruppenleitern von insgesamt 58 Nachsorge- und Selbsthilfegruppen zeigte, dass 29 Prozent der befragten Gruppenleiter/-innen in regelmäßigem Kontakt zu Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation standen und weitere 40 Prozent unregelmäßige Kontakte nannten (Rische und Löffler 1998).

Wieder aufgenommen wurden solche ersten Erkenntnisse und Erfahrungen im Rahmen eines Workshops, den die NAKOS vom 19. bis 20. Mai 2003 in Berlin organisierte (vgl. NAKOS 2003). Auf dieser Veranstaltung wurde mit jeweils 10 ausgesuchten erfahrenen Akteurinnen und Akteuren aus den Bereichen Selbsthilfe und Rehabilitation versucht, das Thema weiterzubewegen. Die in der Broschüre abgedruckten Beiträge enthalten zahlreiche positive Beispiele und Anregungen für die weitere Gestaltung der Kooperation. Im Fazit der Veranstaltung wird jedoch auch nochmals

betont, dass die Zusammenarbeit von Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfegruppen und Rehabilitationskliniken „einen starken Schub benötigen“ (Möller und Balke 2003: 9).

2003 wurden auch das erste Mal detaillierte Angaben zur rehabilitationsbezogenen Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen und deren Förderung nach § 31 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI (§29 SGB IX) durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherungen veröffentlicht (Möller 2004a; BAR 2004a). In der Erhebung bei den Selbsthilfekontaktstellen zeigten sich einerseits enttäuschende Ergebnisse: Aus Sicht der Selbsthilfeszene blieb die Umsetzung der am 01.07.2004 in Kraft getretenen „Gemeinsamen Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX hinter den Erwartungen zurück. Das vom Gesetzgeber anvisierte Ziel einer aufeinander bezogenen Förderung der Selbsthilfe durch die Rehabilitationsträger konnte nicht erreicht werden (Möller 2004b). Andererseits wurde die faktische Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen als durchaus positiv eingeschätzt, da knapp 90% der Selbsthilfekontaktstellen angaben, dass sie Kontakte zu Rehabilitationseinrichtungen hätten. Allerdings waren die Kooperationskontakte meist beschränkt auf Vermittlung und Information, und bei zwei Drittel der Befragten waren es lediglich sporadische und keine kontinuierlichen Kontakte. Einen festen Ansprechpartner für das Thema Selbsthilfe in der Rehabilitationsklinik zu haben, gaben nur 13 Selbsthilfekontaktstellen an.

Systematischere und aussagekräftigere Hinweise über die tatsächliche Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Rehabilitationskliniken stammen aus einer Studie, die 2002 durchgeführt und in den Folgejahren publiziert wurde (Klein 2004; Borgetto und Klein 2007). Der Rücklauf der Befragung bei rund 1.500 befragten Kliniken betrug 31% (478 Rehabilitationseinrichtungen). Die Analysen zeigten folgendes Bild:

- 86% der befragten Einrichtungen verfügten über bestehende Kontakte zu Selbsthilfevereinigungen oder wollten diese ausbauen.
- Am häufigsten wurden direkte Kooperationsformen genannt (das Hinweisen auf die Möglichkeiten von Selbsthilfe, Weitergabe von Adressen und Informationen).
- Reha-Einrichtungen stellen Selbsthilfegruppen Unterstützung zur Verfügung in Form von Fachvorträgen (63%), durch Zusammenarbeit in

Gremien oder Arbeitskreisen (53%) oder bei der Gestaltung von Angeboten oder Veranstaltungen (40%).

- Selten waren institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit wie die Einbindung von Selbsthilfegruppen in Patientenschulungsprogramme (21%) oder Selbsthilfesprechstunden in der Reha-Einrichtung (20%).
- Die Zusammenarbeit wurde von 80% der Reha-Einrichtungen positiv bewertet.
- Als Hauptgründe für mangelnde Kooperationsbeziehungen gaben die befragten Einrichtungen an: fehlende Informationen über Selbsthilfeinitiativen (47%); ungünstige strukturelle Rahmenbedingungen wie Zeitmangel (27%); fehlende Umsetzungsmöglichkeiten (30%) oder finanzielle Restriktionen (21%).

Auch wenn angenommen werden muss, dass sich in der Kooperation besonders engagierte Reha-Kliniken stärker beteiligt haben, dass also ein geschöntes Bild gezeigt wird, wurde doch deutlich, dass es quantitativ und qualitativ bedeutsame Anknüpfungspunkte gab für den weiteren Ausbau und die systematische Berücksichtigung der Selbsthilfe in der Rehabilitation.

Die wachsende Anerkennung der Bedeutung der Kooperation mit der Selbsthilfe und ihre zunehmende Verankerung im Bereich der Rehabilitation zeigen zwei Schriften der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und der Deutschen Rentenversicherung. Der Praxisleitfaden „Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ widmet der Rolle der Selbsthilfe in der medizinischen Rehabilitation ein eigenes Kapitel (BAR 2008; Möller-Bock 2008). Im „Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ wird die notwendige Kooperationsbereitschaft nicht nur der Reha-Träger untereinander, sondern auch mit allen an der Rehabilitationskette beteiligten, darunter auch den Selbsthilfegruppen, betont (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009; vgl. a. BAR 2004b).

Eine Publikation aus dem Bereich Reha-Qualitätssicherung macht deutlich, wie sehr die Selbsthilfe im Rahmen der Auseinandersetzung mit Begriffen wie „Selbstbefähigung“, „Partizipation“ und „Teilhabe“ an Boden gewonnen hat. Im Vorfeld der Rehabilitation erhalten Versicherte mit dem

Bewilligungsbescheid eine Broschüre, die schon (in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit) explizit auf nachfolgende Selbsthilfeangebote hinweist. Außerdem können Versicherte auf der Internet-Startseite der Deutschen Rentenversicherung Informationen zur Selbsthilfe ansteuern und beziehen. Um nicht nur auf der Ebene der Rentenversicherungsträger, sondern auch auf der Ebene einzelner Einrichtungen Selbsthilfe zu stärken, wird inzwischen bei Visitationen explizit auf die Information, Vermittlung und Präsentation von Selbsthilfegruppen in der Einrichtung geachtet (Meixner et al. 2006). In dem Beitrag wird besonders hervorgehoben, dass durch die verschiedenen Instrumente der Qualitätssicherung in der Deutschen Rentenversicherung das Thema wörtlich oder im Kontext Nachsorge am Wohnort oder in der klinischen Sozialarbeit systematisch berücksichtigt und erhoben wird. Insbesondere das Instrument der Rehabilitandenbefragung (Widera 2010), die seit ca. zehn Jahren in identischer Weise durchgeführt wird, erlaubt die kontinuierliche Verlaufskontrolle, in welchem Maße es Rehabilitationskliniken gelungen ist, zur Mitarbeit in Selbsthilfe-/Gesprächsgruppen am Heimatort zu motivieren (Lindow et al. 2011).

Der kurze Abriss der Entwicklung von Kooperationen in diesem Abschnitt zeigt, dass eine nicht ohne Brüche vonstattengehende, jedoch kontinuierliche Entwicklung in den letzten ca. 15 Jahren zu zunehmend intensiverer Kooperation zwischen Reha-Einrichtungen und der Selbsthilfe geführt hat. Auch wurde deutlich, dass dies in enger Wechselwirkung mit der im folgenden Abschnitt zu beschreibenden kontinuierlichen Entwicklung des Qualitätsmanagements im Bereich der Rehabilitation einherging.

#### **4.1.2 Entwicklung des obligatorischen QM in der Rehabilitation**

Seit ca. 20 Jahren wird in der Rehabilitation verstärkt an der Entwicklung von theoretischen und praktischen Fortschritten in der Qualitätssicherung gearbeitet. Hintergründe sind vor allem knappe Ressourcen bzw. Budgets, neue gesetzliche Regelungen und mehr Wettbewerb um Patienten. In dieser Situation wuchs die Sorge, dass durch Kostenbegrenzungen die Qualität der Rehabilitation sinken könnte. Hierdurch wurden die gesetzlichen Regelungen zum Qualitätsmanagement (QM) angestoßen, die ein besseres Monitoring der Qualität erlauben.

Seit 1989 sind Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Rehabilitation durch den Abschnitt 9 des SGB V (§§ 135 – 137) zur Qualitätssicherung verpflichtet. 2001 wurden mit Inkrafttreten des SGB IX (§ 20) alle Leistungserbringer verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement in den Einrichtungen der Rehabilitation einzurichten (BAR 2004).

Schon in ihrer daraus resultierenden „Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX“ vom 27.03.2003 hatte die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im § 4 bei der Struktur- und Prozessqualität als Kriterien erwähnt: „Einbindung in Versorgungsstrukturen einschließlich der Selbsthilfe“ und „Kooperation mit den vor- und nachbehandelnden Einrichtungen, Diensten und der Selbsthilfe.“

Diese allgemeine Empfehlung für den Reha-Bereich bekam stärkere Bedeutung durch eine Gesetzesänderung im Wettbewerbstärkungsgesetz (GKV-WSG) aus dem Jahr 2007, die eine Zertifizierungspflicht für stationäre Rehabilitationseinrichtungen im SGB IX (§ 20) vorsieht. Alle stationären Rehabilitationseinrichtungen sind danach gesetzlich verpflichtet, an einem Qualitätsmanagement-Verfahren teilzunehmen, das von der BAR anerkannt worden ist (§ 20 SGB IX). Ein guter Überblick über diese Neuerungen ist einem Vortrag von Petri (2007) zu entnehmen. Hieraus geht unter anderem hervor, dass die Selbsthilfegruppen im § 20 Abs. 3 SGB IX explizit aufgenommen wurden mit der Maßgabe, dass ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen ist. Den daraus resultierenden Empfehlungen ist allerdings nur „nach Möglichkeit Rechnung zu tragen.“

Die BAR hatte durch die rechtlichen Änderungen einerseits Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu formulieren und andererseits ein unabhängiges Zertifizierungsverfahren festzulegen. Am 1. Oktober 2009 ist die „Vereinbarung zum internen QM nach § 20 Abs. 2a SGB IX“ mit einem dazugehörigen Manual in Kraft getreten.

Denjenigen Reha-Kliniken, die nicht innerhalb der nächsten 3 Jahre ein darauf basierendes anerkanntes Zertifikat vorweisen, wird der Versorgungs- bzw. Belegungsvertrag gekündigt.

Zu den grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM zählen gemäß § 3 der BAR-Vereinbarung von 2009 (<http://www.bar-frankfurt.de/Zertifizierung.bar>; Zugriff: 7.06.2011) unter anderem auch die

Beziehungen zur Selbsthilfe. Sie werden in einem Abschnitt „Beziehungen zu Rehabilitanden, Bezugspersonen, Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern, Selbsthilfe“ beschrieben. Danach sollen die Zusammenarbeit der Einrichtung mit den im Einzelfall erforderlichen Kooperationspartnern sichergestellt und Regeln beschrieben werden, nach denen die Interessenlagen der an der Rehabilitation Beteiligten abgestimmt werden. Eine Kooperation mit der Selbsthilfe ist also verpflichtend vorgeschrieben.

Die von der BAR anerkannten QM-Verfahren werden auf deren Homepage veröffentlicht (vgl. ausführlicher DEGEMED 2009; Hibbeler 2009). Mit Stand 10.1.2012 gibt es 29 relevante Zertifizierungsverfahren für Reha-Einrichtungen mit Anerkennung durch die BAR. Zu diesem Zeitpunkt gab es 114 zertifizierte Rehabilitationskliniken (<http://www.bar-frankfurt.de/43.html>; Zugriff: 16.1.2012).

Eine umfassende Bilanz zur Bedeutung von Selbsthilfe für die Kontinuität der Rehabilitation und zu den Aktivitäten der Rentenversicherung, diesem durch zunehmende Beachtung im Konzept der Qualitätssicherung gerecht zu werden, stammt von Lindow et al. (2011: 122): „In den konzeptionellen Überlegungen der Rentenversicherung hat die kollektive Selbsthilfe aufgrund fachlicher und sozialer Aspekte hohe Bedeutung.“



## **4.2 Vorbereitung der Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das QM**

Alf Trojan, Monika Bobzien

Durch verschiedene Aktivitäten und Kontakte von Seiten des Netzwerks „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ (SPiG) wurde 2010 für den Reha-Bereich ein Prozess begonnen, in dem Qualitätskriterien gemeinschaftlich entwickelt und in die verschiedenen Qualitätsmanagementsysteme (QMS) dieses Bereichs eingebracht werden sollen. Eine Schrittmacherfunktion dabei übernimmt die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED), in deren Auditleitfaden schon mehrere Bezüge zur Kooperation mit der Selbsthilfe hergestellt sind.

### **4.2.1 Vorbereitende Schritte im professionellen Bereich**

Ende 2010 hat die DEGEMED-Arbeitsgruppe das erste Mal getagt und in einem Protokoll auch Ansätze für strukturierte Qualitätskriterien für Reha-Einrichtungen festgehalten.

Zur Diskussion gestellte, prüffähige Merkmale für das Qualitätskriterium für Selbsthilfefreundlichkeit in Rehabilitationseinrichtungen waren:

1. Verfügbarkeit von Infrastruktur (Raum) und Präsentationsmöglichkeit (auch Internet, Infosäule o. ä.) für eine sachgerechte Wahrnehmung der Informations-, Aufklärungs- und Vermittlungsaufgabe durch die Selbsthilfe ist gewährleistet. Bei der Gestaltung ist den Erfordernissen der vor Ort aktiven Selbsthilfe und den indikationsspezifischen SHO zu entsprechen.
2. Adäquate Information über die Selbsthilfe während des Aufenthaltes in der Einrichtung im Rahmen von Schulung und Beratung und über Informationsmaterialien sowie beim Entlassmanagement ist sichergestellt. Adäquate Präsenz von Selbsthilfevertreter/innen (SHG, SHO, SKS) in der Einrichtung wird von der Rehabilitationseinrichtung unterstützt, soweit aufgrund des überregionalen Einzugsgebietes und der Indikationen möglich.
3. Die Kooperation wird transparent gehandhabt.

4. Ansprechpartner sind beiderseitig klar benannt;

mögliche indikationsspezifische Kooperationspartner in der Selbsthilfe sind durch die Rehabilitationseinrichtung identifiziert.

5. Ein fachlich inhaltlicher, indikationsspezifischer Austausch (Info, Erfahrung, Expertise) findet regelmäßig statt.

6. Eine Vermittlung des Stellenwertes der Selbsthilfe in der Rehabilitation in geeigneten Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiter/innen der Einrichtung ist sichergestellt.

7. Die Kooperation mit der Selbsthilfe ist im Rehabilitationskonzept verankert.

8. Ein Feedbackmechanismus ist definiert, muss entwickelt sein.

Eine Evaluation der Wirksamkeit der Beförderung der individuellen und der gemeinschaftlichen Selbsthilfe durch die Einrichtung erfolgt regelmäßig. Die Umsetzung in einen Auditleitfaden mit genauen Auditfragen soll durch die Experten aus dem Arbeitsfeld QM bei der DEGEMED erfolgen. Übergreifendes Ziel ist die Erarbeitung von Mustervorlagen, Formularen und sonstigem Handwerkszeug im Sinne eines ‚Arbeitsbuchs Selbsthilfefreundlichkeit‘. In einer Präambel sollte klargestellt sein, dass Selbsthilfefreundlichkeit nicht nur ‚Siegelbringer‘ ist (gemäß Auszug aus dem Protokoll der Arbeitsgruppe Selbsthilfefreundliche Rehabilitationseinrichtung am 18.10.2010 in Köln bei der Dr. Becker Klinikgesellschaft).

#### **4.2.2 Vorbereitende Schritte mit Selbsthilfe-Vertreterinnen und Vertretern**

Die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW hatte ab Mitte des Jahres 2011 den Auftrag, die strukturierte und systematische Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationskliniken und Selbsthilfe auf der Grundlage von Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit im Rahmen eines Modellprojekts zu stärken. Allen von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW durchgeführten Projekten zur Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen, die vom BKK BV und vom BKK LV NORDWEST finanziell unterstützt werden, ist gemeinsam, dass die Selbsthilfe von Anfang an bei der Entwicklung von Qualitätskriterien wie auch bei deren Umsetzung in die professionellen Versorgungsstrukturen vor Ort einbezogen wird. Auch in der

Arbeitsgruppe bei der DEGEMED war verabredet worden, dass die entwickelten Vorschläge mit Vertretern der Selbsthilfe diskutiert und auf deren Interessen und Bedürfnisse abgestellt werden sollten. Dies geschah auf einem Workshop „Qualitätskriterien für eine Selbsthilfefreundliche Rehabilitationseinrichtung“ am 8. Dezember 2011, der gemeinsam von der BAG Selbsthilfe und der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW in der Geschäftsstelle des Kooperationspartners BAG SELBSTHILFE, Düsseldorf, ausgerichtet wurde. An dem von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW moderierten Workshop nahmen 14 Vertreter/-innen aus „rehaerfahrenen“ Selbsthilfeorganisationen und der Selbsthilfeunterstützung teil. In den Eingangsreferaten wurden verschiedene regionale Vorarbeiten vorgestellt und in der darauf folgenden Diskussion betonten die anwesenden Vertreter und Vertreterinnen der Selbsthilfe, dass – stärker als bei Krankenhäusern – in den Rehabilitationseinrichtungen die Selbsthilfe in der Rolle als „Zuweiser“ von Patienten wahrgenommen wird. Bei der Durchführung des Projektes sei zu beachten, dass häufig die Ebene der Bundes- und Landesverbände bereits Kooperationspartner von Rehabilitationseinrichtungen ist. Dabei gebe es indikationsbezogen bereits eine Reihe von Modellen guter Praxis.

Kern des Workshops waren zwei Fragen, deren Ergebnisse hier anhand des Protokolls der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW wegen ihrer allgemeinen Bedeutung für die Kooperation wiedergegeben werden.

*Frage 1: Was macht eine gute Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Reha-Klinik aus? Gibt es gute Erfahrungen? In Bezug auf:*

*Das Klinik-Umfeld (z.B. Erscheinungsbild der Einrichtung zu Selbsthilfe, Auftreten gegenüber SHG)*

- Anbringen des Logos des Landesverbandes der SHO im Eingangsbereich erhöht die Wiedererkennung (Beispiel LV Aphasiker)
- Material zur Selbsthilfe (Organisation/Gruppe) sichtbar machen (Plakate, Flyer...)
- Hausprospekt enthält Angaben zur Selbsthilfe
- Homepage informiert über die Selbsthilfe

- Hinweis auf Selbsthilfegruppen, die die Indikationen abdecken („Zu den Krankheitsbildern gibt es passende Selbsthilfegruppen“, „Wir arbeiten mit der Selbsthilfe zusammen – Sprechen Sie uns an“)
- Hinweis auf zentrale Informationsstellen (z.B. regionale Selbsthilfe-Kontaktstellen, NAKOS, Selbsthilfenetz)
- Hinweis auf Person / Mitarbeiter/in in der Klinik als zentrale Informationsstelle für Selbsthilfe
- die Präsentation der Angebote der Klinik und die der Selbsthilfe als eigenständige Angebote deutlich unterscheidbar machen (z.B. auf der Homepage).

*Zuverlässigkeit* (Vereinbarungen verbindlich einhalten, z.B. sicherstellen, dass Hinweis und Material zur Selbsthilfe weiter gegeben werden)

- Hinweis auf die Selbsthilfegruppen wird von bestimmten Berufsgruppen gegeben
- Nachfrage beim Patienten, ob Kontakt zu Selbsthilfegruppe in der Reha-Klinik gewünscht wird
- Angehörige in den Blick nehmen
- eine stabile Bezugsperson aus dem therapeutischen Bereich als kompetenter Partner für Selbsthilfe
- Ressourcen müssen vorhanden sein
- verbindliche Zuständigkeit
- im Thema Selbsthilfe zu Hause sein
- auf bedürfnisgerechtes Angebot bei den Patienten „Möchtest Du/Sie etwas zu Selbsthilfe wissen?“ achten
- Gesprächsangebote für Patienten mit Selbsthilfe-Qualität („Erfahrungsraum Gruppe“) nutzen
- Wie kann die Selbsthilfe die Mitarbeiter/innen dazu qualifizieren?

- Schulungen durch die Selbsthilfe / Selbsthilfekontaktstelle mit SHO / SHG in Reha-Kliniken

*Entgegenkommen* (z.B. Räume für Selbsthilfe zur Verfügung stellen)

- Fachtage in Kooperation
- Therapieräume können für SHG für Wochenend-Workshops / für übergeordnete Veranstaltungen genutzt werden
- Wahrung der Eigenständigkeit und Wahrung der Grundsätze (z. B zum Thema Sponsoring) zu Angeboten der Reha-Klinik, die Selbsthilfegruppen nutzen können.

*Souveränität* (Fachliches Wissen an die Selbsthilfe weitergeben, am Know-How der Selbsthilfegruppe interessiert sein)

- Austausch Ebene Chefärzte – Selbsthilfegruppe
- Weitergabe von Informationen an weitere Mitarbeiter muss klinikintern sichergestellt sein
- Selbstbewusstsein der Selbsthilfegruppe als „Erzählgruppe“
- Selbsthilfegruppe als wichtiger / eigenständiger Teil der Krankheitsverarbeitung muss im Verständnis der Mitarbeiterinnen verankert sein
- Mitarbeiter sind über die Bedeutung der Selbsthilfe informiert.

*Einfühlungsvermögen* (den Möglichkeiten der Selbsthilfe entsprechend die Zusammenarbeit gestalten)

- Einbringen von Erfahrungen der Selbsthilfe zu Fragen der Behandlung und Versorgung (z.B. Ernährung von geriatrischen Patienten)
- Wir schließen als Klinik / SHO / SHG Vereinbarungen, die die Kooperation abbilden
- regelmäßiger Kontakt zu Selbsthilfe
- Informations- und Erfahrungsaustausch regional / Bundes- / Landesebene entsprechend den Gepflogenheiten der SHO organisieren

*Frage 2: Was ist uns das Wichtigste in der Zusammenarbeit mit einer Reha-Klinik?*

- Einmal im Jahr werden die Mitarbeiter zum Thema Selbsthilfe geschult (Check up Wissen „Selbsthilfe und Seele“)
- Teilhabe der Suchtselbsthilfe am Therapiekonzept – zu Weiterentwicklung und neue Ideen der Suchtselbsthilfe
- Die Reha-Klinik soll in Bezug auf Selbsthilfe aktiv werden („Bringschuld erfüllen“)
- Anerkennung der Selbsthilfe auf Augenhöhe
- Den Samen der Selbsthilfe in der Reha-Klinik säen
- Die Geschäftsführung für die Bedeutung des Themas gewinnen („von oben nach unten“ – Verantwortung der Leitung)
- Den Hinweis auf die Selbsthilfe an die Patienten/Angehörige geben, routiniert und regelmäßig
- Den Patienten vermitteln, dass Gespräch hilft / Gemeinschaft hilft
- Kompetenzseminare anbieten – Expertenwissen / Erfahrungswissen.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Seiten der Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe wurden die von der DEGEMED-Arbeitsgruppe vorgelegten Ansätze von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW überarbeitet und eine Neuformulierung den bis dahin beteiligten Vertretern der Selbsthilfe wie auch den Vertretern der DEGEMED zur Kenntnis gegeben. Die folgenden Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit werden nun im Jahr 2012 mit zwei Reha-Kliniken (Pilotstandorte) erprobt (siehe Abschnitt 4.3):

- Die Rehabilitationseinrichtung informiert Patienten und Patientinnen bzw. Angehörige an zentralen Stellen in ihren Räumen und in ihren Medien über den Stellenwert der Selbsthilfe in der Rehabilitation und über ihre Zusammenarbeit mit indikationsbezogenen Selbsthilfegruppen / -organisationen.

- Der Patient / die Patientin bzw. Angehörige werden während der Rehabilitationsmaßnahme regelhaft und persönlich auf die Möglichkeit zur Teilnahme an einer für sie geeigneten Selbsthilfegruppe hingewiesen.
- Die Rehabilitationseinrichtung benennt für die Selbsthilfe eine/n Ansprechpartner/in und macht diese Person bei Patienten / Patientinnen und Mitarbeitern / Mitarbeiterinnen bekannt.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung sind zum Thema Selbsthilfe allgemein und hinsichtlich der häufigsten in der Einrichtung vorkommenden Erkrankungen qualifiziert.
- Rehabilitationseinrichtung und Selbsthilfe treffen konkrete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit und zum regelmäßigen Austausch.

#### **4.2.3 Ausgangssituation vor Beginn des Modellversuchs**

Insgesamt wird der Rehabilitation bescheinigt, dass die systematische Einbeziehung der Patientenperspektive eine der Stärken in der Qualitätssicherung ist (Farin und Jäckel 2011). Vor der Beschreibung und Bewertung des Modellversuchs an den beiden Pilotstandorten sollen hier noch einige spezielle Hinweise zum Stand der Selbsthilfefreundlichkeit im Jahr 2011 bei den wichtigsten QM-Systemen in der Rehabilitation gemacht werden:

- Das QM-Verfahren der *Deutschen Rentenversicherung Bund* mit dem Namen QMS-Rehabilitation wurde am 12.01.2010 von der BAR anerkannt. Ergänzend haben alle rentenversicherungseigenen sowie die von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) federführend belegten Rehabilitationseinrichtungen an erweiterten QS-Aktivitäten der Rentenversicherung teilzunehmen. Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung werden von der DRV Datenerhebungen und vergleichende Auswertungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Reha-Maßnahme vorgenommen. Die Selbsthilfe ist bei der Abfrage der Strukturqualität zu allen Indikationen abgebildet mit dem Strukturmerkmal „Vermittlung von/an Selbsthilfegruppen“ (weitergehende Informationen unter [http://www.deutsche-rentenversicherung-und.de/sid\\_92BC139CFF9B28A16-D4CD130B80742D1.cae03/SharedDocs/de/Navigation/Rehabilitation/qualitaetssicherung\\_node.html](http://www.deutsche-rentenversicherung-und.de/sid_92BC139CFF9B28A16-D4CD130B80742D1.cae03/SharedDocs/de/Navigation/Rehabilitation/qualitaetssicherung_node.html) (Zugriff: 07.06.2011)).

- Für den Bereich Reha gibt es ein *KTQ®-Manual* in der Version 1.0 von 2005. In dem Kernkriterium 1.4.3 („Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung“) werden schon in dieser Manual-Version Selbsthilfegruppen erwähnt. Das inzwischen erstellte *KTQ®-Manual* 1.1. im Bereich Rehabilitation wurde am 15.03.2010 von der BAR anerkannt. Hier sind bereits an zwei Stellen Aspekte der Selbsthilfekooperation explizit aufgenommen worden: im Punkt 1.3.3 Kernkriterium „Rehabilitandenorientierung während des Therapieaufenthalts“ und im Punkt 1.4.3 Kernkriterium „Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung“.

Die DEGEMED hat ein Qualitätsmanagement-Verfahren, welches seit dem 2. Februar 2010 offiziell von der BAR anerkannt ist. Grundlage ist die neue Version 5.0 des Auditleitfadens der DEGEMED.<sup>34</sup> Danach ist in unterschiedlichen Zusammenhängen zu prüfen, ob eine Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe erfolgt (siehe z.B. 1.2.1 des Auditleitfadens sowie die weiteren Punkten zur Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe: 1.5.4.6; 3.3.6.8; 3.3.6.16). Anforderungen oder Fragen im Leitfaden sind z.B.: „Im Rehakonzept wird dargelegt (...) wie eine Zusammenarbeit mit nachstationären Angeboten (z.B. Selbsthilfegruppen, ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen) gestaltet wird.“ – „Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen wird von der Einrichtung aktiv gesucht, unterstützt und dokumentiert.“ – „Berücksichtigt die Vorbereitung der Entlassung für die Patienten umfassende Informationen über Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen?“

Der Auditleitfaden bzw. das Verfahren wird als ausbaufähig im Sinne der Selbsthilfefreundlichkeit angesehen. Die DEGEMED ist zudem Kooperationspartner des Netzwerks SPiG bei der weiteren Entwicklung im Reha-Bereich.

Bei den zwei oben angeführten Treffen mit QM-Verantwortlichen der DEGEMED war verabredet worden, dass die DEGEMED Schrittmacher im weiteren Prozess der Entwicklung von mehr Selbsthilfefreundlichkeit werden soll. Die Umsetzung in einen Auditleitfaden mit genauen Auditfra-

---

<sup>34</sup> Der Auditleitfaden ist herunterzuladen unter: <http://www.degemed.de/downloads/category/20-zertifizierungsverfahren.html> (Zugriff am 7.06.2011).



gen soll mit Unterstützung der Experten aus dem Arbeitsfeld QM bei der DEGEMED erfolgen.

Mit Hilfe des Pilotprojekts Selbsthilfefreundliche Rehabilitationseinrichtung NRW soll herausgefunden werden, wie die Selbsthilfefreundlichkeit auf der Grundlage von Qualitätskriterien praktisch umgesetzt werden kann. Das dabei entstehende „Arbeitsbuch Selbsthilfefreundlichkeit“ sollen im weiteren Entwicklungsprozess im Reha-Bereich gemäß den Beschlüssen der Arbeitsgruppe DEGEMED (s. 4.2.1) genutzt werden.

## **4.3 Aktueller Stand und Perspektiven: Erprobung mit zwei Rehabilitationskliniken**

Monika Bobzien, Alf Trojan

### **4.3.1 Ausgangssituation und Konzept**

Obwohl auf der Ebene der gesetzlichen Vorgaben und auf der Verfahrensebene von übergreifenden Qualitätsmanagementsystemen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation bereits wertvolle Vorarbeit geleistet wurde, um den Stellenwert der Zusammenarbeit mit Selbsthilfe deutlich zu machen, hapert es bisher an der strukturierten und systematischen Umsetzung vor Ort. Damit die normativen Anforderungen im internen Qualitätsmanagement eine Entsprechung haben, sollten Rehabilitationseinrichtungen eine klare Vorstellung entwickeln können, wie sie im Rahmen der Patientenorientierung die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe gestalten. Die Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit bieten Rehabilitationseinrichtungen hierzu konkrete Ansatzpunkte, zusammen mit der Selbsthilfe praktikable Maßnahmen zu entwickeln, die sich an den Voraussetzungen und Möglichkeiten beider Kooperationspartner orientieren und sich im internen QM abbilden lassen.

Das Tätigkeitsfeld der Selbsthilfe im Reha-Bereich ist die Schnittstelle zwischen klinischer Therapie und dem Zuhause der Patienten und ihren Angehörigen. Im Verlauf der Reha-Maßnahme und im geschützten Rahmen der Klinik erhält der/die Rehabilitand/in Hilfestellungen zum selbstverantwortlichen, eigenständigen Umgang mit der (chronischen) Erkrankung. Wie Möller (2003: 61) ausführt, „können Selbsthilfegruppen eine Chance sein, einen neuen Alltag zu leben und das so genannte ‚rehabilitative Loch‘, in dem erworbenes Wissen über notwendige Änderungen der Lebensführung und deren Einübung allzu rasch und häufig versandet, zu überwinden.“ Damit unterscheiden sich der Wirkungskreis und die Wirkungsmöglichkeiten von Selbsthilfe wesentlich von den Voraussetzungen, die den Zugang zur Selbsthilfe im Krankenhaus oder im ambulanten Bereich ausmachen.

Indikationsbezogene Selbsthilfegruppen, die mit einer Reha-Klinik kooperieren, haben aufgrund der längeren Aufenthaltsdauer der Patienten und

Patient/innen, die oft nicht aus der unmittelbaren Umgebung der Reha-Klinik, sondern zum Teil aus allen Teilen der Bundesrepublik kommen, einerseits mehr Möglichkeiten, direkt auf die Rehabilitanden bzw. deren Angehörige zuzugehen und über ihre Arbeit zu informieren. Vielfach werden während des Aufenthaltes in der Klinik und insbesondere im Suchtbereich Gruppensitzungen oder Beratungstermine angeboten und den Patienten bzw. Angehörigen Gelegenheit gegeben, Kontakte mit Selbsthilfegruppen zu knüpfen. Andererseits ist der Anschluss der „Nachsorgemöglichkeit“ Selbsthilfe in den Heimorten der Patienten bzw. Angehörigen häufig unbefriedigend gelöst, vor allem dann, wenn für eine andere als die in der Reha-Klinik behandelte Indikation eine Selbsthilfegruppe gesucht wird.

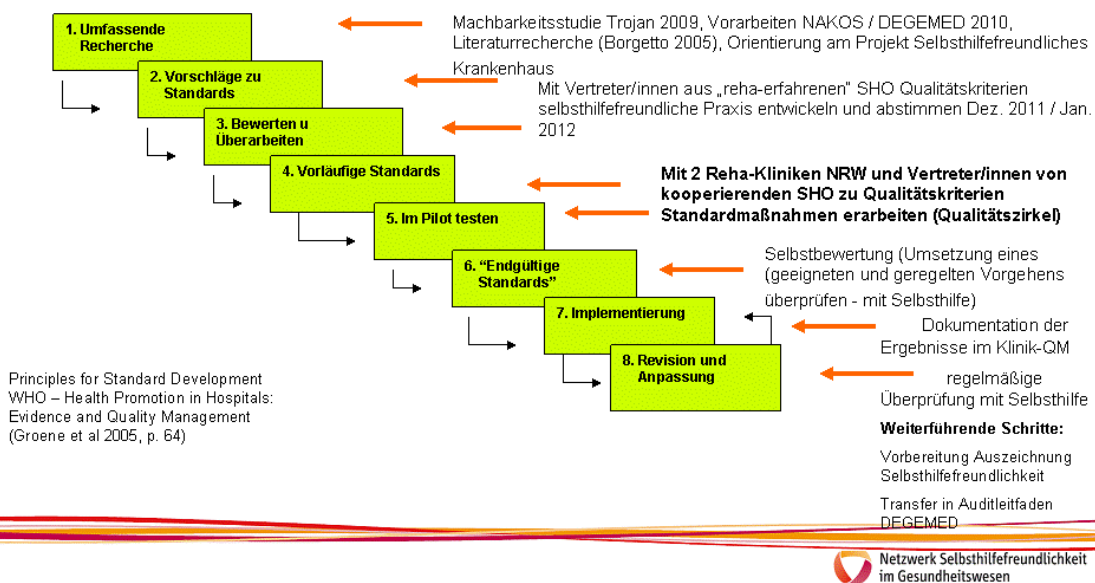
Eine qualitativ und quantitativ intensive Anbindung von Selbsthilfegruppen an Reha-Kliniken ist vor allem im Suchtbereich ausgeprägt. Bei der Suche nach geeigneten Kooperationspartnern im Projekt „Selbsthilfefreundliche Rehabilitationseinrichtung NRW“ hat sich jedoch herausgestellt, dass im somatischen Bereich die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe von Seiten der angesprochenen Kliniken vielfältig interpretiert wird. So werden bereits regelmäßige Klinikführungen mit Programm oder „Kaffee und Kuchen“ als Kooperation mit Selbsthilfe gewertet. „Perspektivisch werden sich die Verhältnisse in Reha-Kliniken für chronische Erkrankungen wohl denen angleichen, die im Sucht-Bereich schon lange Routine sind“ (Matzat 2003: 72). Das heißt auch, dass Reha-Kliniken Selbsthilfe nicht mehr nur in der Rolle als „Zuweiser“ schätzen werden, sondern zunehmend ihre Erfahrungskompetenz als wichtigen Baustein in der Therapie.

Entsprechend dem Vorgehen im stationären und ambulanten Bereich hat die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Anfang 2012, nach Abschluss der Vorarbeiten zu Recherche und Entwicklung der vorliegenden Qualitätskriterien, mit zwei Pilotheusern – der Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik in Nümbrecht und der Fachklinik für onkologische Rehabilitation Bad Oexen – eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen (siehe nachfolgendes Schema 4.4.1). Darin erklären sich die Kliniken bereit, entsprechend des konzeptionellen Ansatzes zur Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen, alle Beteiligten – Rehaklinik, Selbsthilfeorganisationen/-gruppen und die Selbsthilfekontaktstelle vor Ort – in die Umsetzung der Qualitätskriterien mit einzubeziehen, indem auf systematische Weise zu den Qua-

litätskriterien praktikable Maßnahmen entwickelt und diese im Klinikalltag erprobt werden.

### Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen – Gemeinsam für Selbsthilfe- und Patientenorientierung

#### Schritte im Prozess der Standardentwicklung - Qualitätskriterien "Selbsthilfefreundliche Rehabilitationseinrichtung" durch die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW



**Abb. 4.4.1: Entwicklungsschritte Modellprojekt Selbsthilfefreundliche Rehabilitationseinrichtung NRW**

Ein Anreiz für die Mitwirkung als Pilotklinik war, dass sie mit ihren Erfahrungen zur Selbsthilfe und durch die Legitimation als Modellprojekt einerseits eine Vorreiterrolle spielen kann, um die Integration von Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit in die QMS des Reha-Bereichs weiter zu treiben. Andererseits sollten die bereits bestehenden punktuellen Kooperationen zwischen den Kliniken und Selbsthilfe, die ein Auswahlkriterium für die Mitwirkung am Modellprojekt darstellen, zum Nutzen aller Beteiligten auf systematische und nachhaltige Weise verstetigt werden. Unterstützt wird dieses Vorhaben von Seiten der Reha-Klinik durch die Einrichtung eines Steuerkreises und die Benennung eines/einer Selbsthilfebeauftragte/n.

Um den Vorbildcharakter einer selbsthilfefreundlichen Rehabilitationseinrichtung zu unterstreichen, erhalten die mitwirkenden Reha-Kliniken vom Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ (SPiG), Berlin, eine imagewirksame Auszeichnung für ihr Engagement. Die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliche Rehabilitationseinrichtung“ ist zwei Jahre gültig.

Mit Hilfe der Reha-Kliniken gelang es der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW, kooperierende Selbsthilfegruppen wie auch die Vertreterinnen der örtlichen Selbsthilfekontaktstellen für eine Mitwirkung am „Qualitätszirkel Selbsthilfefreundliche Reha-Klinik“ anzusprechen. Dieser Qualitätszirkel, der sich zusammensetzt aus Vertreterinnen und Vertretern der Reha-Klinik, aus bereits mit der Klinik kooperierenden Selbsthilfeorganisationen/-gruppen sowie der regionalen Selbsthilfe-Kontaktstelle, soll in vier bis fünf Treffen, voraussichtlich bis Ende des Jahres 2012 geeignete Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätskriterien erarbeiten.

In einer abschließenden Selbstbewertung (Erläuterung siehe Abschnitt 2.7) stellen die Mitwirkenden im Qualitätszirkel fest, ob die vereinbarten Maßnahmen den Qualitätskriterien auf geeignete Weise und nachvollziehbar entsprechen. Trifft dies zu, können die Qualitätskriterien und Maßnahmen in das interne Qualitätsmanagement der Reha-Kliniken implementiert werden.

#### **4.3.2 Zwischenergebnisse und Ausblick**

Mit der Auswahl der zwei Pilotkliniken in NRW wie auch der an den in den Qualitätszirkeln der beiden Häuser mitwirkenden Selbsthilfegruppen konnte beispielhaft ein Spektrum von Indikationen erreicht werden, das in der medizinischen Rehabilitation behandelt wird.

In der Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik, die aufgrund des Engagements der Dr. Becker-Klinikgruppe in der DEGEMED-Arbeitsgruppe gewählt wurde, ist das der Bereich der Neurologie und Orthopädie. Beide Bereiche haben Vertreter und Vertreterinnen in den Qualitätszirkel geschickt. Darüber hinaus konnten folgende Selbsthilfegruppen aus der Region gewonnen werden, die zum Teil seit Jahren im Hause aktiv sind: Interessenverband Contergangeschädigter NRW; Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose, Selbsthilfegruppe Siegen; DMSG – Deutsche Multiple Sklerose Ge-

sellschaft, Kontaktkreis Ruppichteroth sowie die Schlaganfall Selbsthilfegruppe Wiehl.

Die Fachklinik für onkologische Rehabilitation Bad Oexen, die Erwachsene, Kinder und Jugendliche aufnimmt, ist eine der Reha-Kliniken in NRW, die unter anderem mit der Deutschen ILCO zusammenarbeiten und erklärtermaßen solche Maßnahmen in ihrem Therapieplan zur Rehabilitation von Stomaträgern fördern, die von der Deutschen ILCO für wichtig erachtet werden.<sup>35</sup> Neben der Regionalstelle der Deutschen ILCO gibt es zu den anderen Selbsthilfegruppen aus der Region, die im Qualitätszirkel mitwirken, bereits langjährige Kontakte: Selbsthilfebund Blasenkrebs e.V. Prostatakrebs SHG, Minden; Initiativgruppe Eltern krebskranker Kinder, Minden; Frauenselbsthilfe nach Krebs, Porta Westfalica; Prostata-Selbsthilfe Rödinghausen. Auch in diesem Qualitätszirkel beteiligen sich Vertreter und Vertreterinnen aus verschiedenen klinikinternen Bereichen.

Von Seiten der Selbsthilfeunterstützung konnten das Selbsthilfebüro Gummersbach für die Mitwirkung am Qualitätszirkel in der Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik und die Selbsthilfe-Kontaktstelle Minden-Lübbecke für die Mitwirkung am Qualitätszirkel in der Fachklinik für onkologische Rehabilitation Bad Oexen gewonnen werden. Beide Unterstützungsstellen hatten bereits vor Beginn des Pilotprojekts Kontakt zur Reha-Klinik, und die Selbsthilfekontaktstelle Minden-Lübbecke war darüber hinaus am Vorläuferprojekt Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NRW beteiligt.

Da der Prozess der Entwicklung von geeigneten Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit bei Erscheinen dieses Buches noch nicht abgeschlossen ist, soll nachfolgend an drei Beispielen die Diskussion in der Qualitätszirkelarbeit in beiden Pilotkliniken zusammenfassend wiedergegeben werden.

- In den ersten Qualitätszirkeln, die zeitlich parallel in den beiden Pilot-Häusern begannen, stellte sich heraus, dass vorrangig ein/eine übergreifende/r Ansprechpartner/in mit klar definierten Aufgaben und Kompetenzen von Seiten der Selbsthilfe gewünscht wird, die über Selbsthil-

---

<sup>35</sup> Vgl. Hinweise auf Themen und Inhalte für die Information und Anleitung von Stomaträgern in Rehakliniken, als Download auf [www.ilco.de](http://www.ilco.de).

fe informiert und in ihrer Funktion auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Hause bekannt sein muss. Dazu stellte die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW beiden Reha-Kliniken eine bereits für das Selbsthilfefreundliche Krankenhaus NRW erstellte Arbeitshilfe als Orientierung zur Verfügung, damit zeitnah eine geeignete Person im Hause benannt werden kann.

- Als kritischer Punkt stellte sich heraus, dass allgemeine Informationen über Selbsthilfe, über Aufgaben und Möglichkeiten der Selbsthilfeunterstützung in der Region wie auch überregional bei den Mitarbeitern in beiden Pilothäusern nur unzureichend bekannt sind. Auch werden von Seiten der Reha-Kliniken in der Kommunikation mit Selbsthilfe die regionalen Grenzen häufig nicht überschritten. Mit Hilfe der im Qualitätszirkel mitwirkenden Selbsthilfekontaktstelle und Selbsthilfegruppen wird bei der Gestaltung der internen Informationsmedien und bei Patientenschulungen künftig darauf geachtet, dass sich Patienten bzw. Angehörige auch dann zu Selbsthilfe angesprochen fühlen und eigenständig eine Selbsthilfegruppe an ihrem Wohnort finden können, wenn diese nicht im regionalen Einzugsgebiet der Klinik liegt.
- Spezifische Erfahrungen förderte die Diskussion im Qualitätszirkel zum Qualitätskriterium über eine regelhafte und persönliche Ansprache der Betroffenen während der Rehabilitationsmaßnahme zu Tage. Anders als bei einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus oder in der ambulanten Versorgung können Selbsthilfegruppen den Vorteil der Zielgruppe nutzen, da die meisten Patientinnen und Patienten als potentielle Nutzer von Selbsthilfeangeboten infrage kommen (vgl. Panek 2003). Auch können die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen bzw. Angehörige bereits während des Klinikaufenthalts von Selbsthilfeangeboten profitieren. Die im Qualitätszirkel mitwirkenden Selbsthilfegruppen legen daher besonderen Wert darauf, dass der persönliche Hinweis auf eine Selbsthilfegruppe durch ein Mitglied der mit der Klinik kooperierenden Selbsthilfegruppe in seiner Bedeutung gleichwertig aufgefasst wird, wie ein Hinweis von Seiten der Fachkräfte im Hause („Patient hilft Patient“) Wie dieser Peer-Gedanke (Akzeptanz, Sprachcode, Felderfahrung, Identifikation), der ja auch der Selbsthilfegruppenarbeit zugrunde liegt, auf geregelte Weise in die Umsetzung des Qualitätskriteriums Eingang findet, ist von den Mitwirkenden im Qualitätszirkel noch nicht zu Ende diskutiert.

Zum derzeitigen Stand der Dinge kann noch nicht gesagt werden, mit welchen Maßnahmen die Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit in den Kliniken auf systematische Weise umgesetzt werden und abschließend in das interne Qualitätsmanagement einfließen. Beobachtet werden kann jedoch schon jetzt, dass Selbsthilfegruppen in Reha-Kliniken im Vergleich zur Akutversorgung im ambulanten und stationären Bereich häufig umfassend in die Therapiepläne mit einbezogen sind und die Einstellung und Kontakte zu Selbsthilfeszusammenschlüssen mit weniger Vorbehalten verbunden sind (Borgetto und Klein 2007). Zahlreiche indikationsbezogene Aktivitäten der Vernetzung und Kooperation zwischen Reha-Kliniken und Selbsthilfeorganisationen (vgl. ILCO u.a.) belegen, dass Selbsthilfeszusammenschlüsse „als Lieferanten kompetenter Beratung und fachlicher Information für Betroffene und professionelle Ansprechpartner geschätzt“ werden (ebd.: 62).

Da die Kooperation mit Selbsthilfe auf der Handlungsebene in beiden Pilotkliniken bereits als Qualitätsmerkmal betrachtet wird und sie indikationsbezogen fest im Therapiekonzept etabliert ist, fungiert das Modellprojekt eher als Erweiterung von bisher schon praktizierten Kooperationsformen und legt mit der Umsetzung der Qualitätskriterien den Fokus auf unterstützende Strukturen und auf eine strategische Einbindung der Selbsthilfe in Angebote der Rehabilitationseinrichtung. Beispielsweise führt dies im Qualitätszirkel zu der Maßnahme, dass die Reha-Klinik mit Hilfe der Selbsthilfe einen geregelten Modus findet, wonach Patienten und Patientinnen eigenständig den Weg in eine Selbsthilfegruppe am Wohnort finden können. Andere Beispiele sind die geregelte Einbindung von Selbsthilfegruppen in Patientenschulungsprogramme oder von regelmäßig stattfindenden Sprechstunden im Hause.

Die Affinität zwischen Selbsthilfegruppen und Rehabilitationseinrichtung kann nicht gleichgesetzt werden mit dem Verhältnis zwischen Selbsthilfekontaktstelle und Reha-Klinik. Dies stimmt bedenklich, wenn man das jahrelange ehrenamtliche Engagement der indikationsbezogenen Selbsthilfegruppen und deren Kooperationsformen in Betracht zieht, die von einer geregelten Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfekontaktstelle und Reha-Klinik profitieren würden (vgl. Buschmann-Steinhage 2003). In beiden Pilotkliniken ist die Erfahrung, dass Funktion und Aufgaben der Selbsthilfeunterstützung weitgehend unbekannt sind, wie auch den Fachkräften in den Reha-Kliniken überwiegend Informationen zu Selbsthilfe



und Unterstützungsstrukturen fehlen, sobald es nicht mehr um das enge eigene Indikationsfeld geht. Rehabilitation als Bindeglied zwischen Akutbehandlung und dem alltäglichen Umgang mit der Krankheit/Behinderung am Wohnort der Patienten und ihrer Angehörigen wäre aber genau ein Aktionsfeld, wo sich eine Selbsthilfekontaktstelle in der Region als Drehscheibe und Wegweiser für die Reha-Klinik wie auch für die Rehabilitanden bzw. Angehörigen verstehen kann.

Wie schon in den Projekten zum Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus und zur Selbsthilfefreundlichen Arztpraxis in NRW sind Selbsthilfeunterstützungsstellen auch ihrerseits als professionelle Kooperationspartner gefordert und das nicht nur im Kontext eines Modellprojekts.

## Literatur zu Kapitel 4

- BAR; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) (2008) Praxisleitfaden Strategien zur Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. NAKOS Info 95: 45-46 ([www.bar-frankfurt.de/arbeitsmaterialien.html](http://www.bar-frankfurt.de/arbeitsmaterialien.html))
- BAR; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) (2004) Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- BAR; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) (2004) Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe. Frankfurt: Eigenverlag
- Borgetto B, Klein M (2007) Rehabilitation und Selbsthilfe (Kooperation und Vernetzung von Rehabilitationskliniken und Selbsthilfegruppen/-organisationen). Hg.: Bundesministerium für Gesundheit. FB 009 Berlin: Eigenverlag
- Buschmann-Steinhage R (2003) Vorstellungen und Ideen zu einer verbesserten Kooperation. In NAKOS (Hg.) Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken. NAKOS extra Nr. 34. Berlin: Selbstverlag, 46-55
- DEGEMED (Hg.) (2009) Zertifizierung. Einheitliches Verfahren der BAR im Oktober gestartet. DEGEMED News 31: 1-3
- Deutsche ILCO (Hg.) Hinweise auf Themen und Inhalte für die Information und Anleitung von Stomaträgern in Rehakliniken. [www.ilco.de/fileadmin/ilco/InhaltsDokumente/pdf/Reha\\_Hinweise.pdf](http://www.ilco.de/fileadmin/ilco/InhaltsDokumente/pdf/Reha_Hinweise.pdf)
- DRV; Deutsche Rentenversicherung (Hg.) (2009) Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. 3. Auflage. Berlin: Eigenverlag
- Ehlebracht-König I (2001) Möglichkeiten der Einbindung von Selbsthilfen in die rehabilitative Versorgung. In Borgetto B, Troschke Jv (Hg.) Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Freiburg: Schriftenreihe der DKGW, Bd. 12: 120-127
- Farin E, Jäckel W (2011) Qualitätssicherung in der Rehabilitation – eine kritische Bestandsaufnahme. Forum Public Health 19 (72): 6-7
- Hibbeler B (2009) Zertifizierung von Reha-Kliniken. 3 Jahre Schonfrist. Deutsches Ärzteblatt 106 (76): B1965
- Klein M (2004) Selbsthilfe und Rehabilitation – Perspektiven einer Zusammenarbeit. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004. Gießen: Focus Verlag, 124-131

- Klosterhuis H, Gross B, Winnefeld M (2002) Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge und Selbsthilfe – ihr Stellenwert in der Rehabilitation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA). In DAG SHG e.V. (Hg.) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2002. Gießen: Focus Verlag, 90-100
- Kuckartz A (1997) Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken. In Braun J, Kettler U, Becker I (Hg.) Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 136. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer, 303-314
- Lindow B, Naumann B, Klosterhuis H (2011) Kontinuität der rehabilitativen Versorgung – Selbsthilfe und Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation der Rentenversicherung. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hg.) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2011. Gießen: Eigenverlag, 120-133
- Matzat J (2003) Bemerkungen aus der Selbsthilfekontaktstellen-Perspektive. NAKOS (Hg.) Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken. NAKOS extra Nr. 34. Berlin: Selbstverlag, 69-77
- Meixner K et al. (2006) Weiterentwicklung und Validierung eines Verfahrens zur Visitation von Rehabilitationseinrichtungen. Die Rehabilitation 45 (3): 152-160
- Möller B (2003) Die Bedeutung der Zusammenarbeit von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken. In NAKOS (Hg.) Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken. NAKOS extra Nr. 34. Berlin: Selbstverlag, 61-68
- Möller B, Balke K (2003) Einsatzbereit? – Zur Kooperation von Rehabilitationskliniken und Selbsthilfekontaktstellen. In NAKOS (Hg.) Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken. NAKOS extra Nr. 34. Berlin: Selbstverlag, 6-10
- Möller B (2004a) Rehabilitationsbezogene Arbeiterselbsthilfekontaktstellen sowie deren Förderung durch die Rentenversicherungsträger. NAKOS Info 78: 17-18
- Möller B (2004b) Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken – besser als ihr Ruf: die Praxis der Kooperation. NAKOS Info 81: 39-40
- Möller-Bock B (2008) Praxisleitfaden „Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“. NAKOS Info 95: 45-46
- NAKOS (Hg.) (2003) Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken. NAKOS extra Nr. 34. Berlin: Selbstverlag
- Panek M (2003) Aus der Sicht der Selbsthilfe ... Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken: Rückblick auf ein Pilotprojekt. In NAKOS (Hg.) Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken. NAKOS extra 34. Berlin: Selbstverlag, 12-15

- Petri B (2007) Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung vor dem Hintergrund der gesetzlichen Änderungen. Referat im Rahmen der Tagung „Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation“, Berlin 18.10.2007 ([www.dequs.de/seminar/download/0607/petri.pdf](http://www.dequs.de/seminar/download/0607/petri.pdf)) noch verfügbar?
- Rische H, Löffler H (1998) Rehabilitationsbedarf höher als Rehabilitationsinanspruchnahme. Die Angestelltenversicherung 45 (10):394-404
- Steinke B (2000) Selbsthilfegruppen für Behinderte: Initiativen im Bereich der Rehabilitation. Internationale Revue für Soziale Sicherheit 53: 99-129
- Widera T (2010) Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung – neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. RV aktuell 57(4): 153-159
- Wittwer U, Fritsch M, Blumenthal W, Schmollinger M (Hg.) (1995) Zusammenwirken von Fachkräften, Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen in der Rehabilitation. Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation, Bd. 4. Ulm: Universitätsverlag Ulm

## **Kapitel 5**

# **Öffentlicher Gesundheitsdienst**



## 5.1 Einführung zur Geschichte der Kooperation mit Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Alf Trojan

Auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), also einem der wichtigsten Praxisbereiche der Sozialmedizin, gilt die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen als ein wichtiges Element der Reformen und Innovationen der letzten 20 Jahre (Müller und Menn 2010). 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.

Dennoch gilt im Allgemeinen, dass auch im ÖGD die Zusammenarbeit mit Selbsthilfeszusammenschlüssen eher punktuell und sporadisch stattfindet und weitgehend von Zufälligkeiten abhängig ist.

In einigen Bundesländern hat sich ein besonderes Engagement für die Kooperation von Selbsthilfeszusammenschlüssen, Gesundheitsämtern und der kommunalen Verwaltung gezeigt. Soweit dies dokumentiert ist, sollen hier kurz die relevanten Studienergebnisse und Erfahrungen berichtet werden, weil sie als Vorläufer für die systematische Weiterentwicklung der Qualität der Zusammenarbeit von Bedeutung sind.

In Nordrhein-Westfalen wurde zuerst von der Selbsthilfeberatungsstelle WIESE e.V. in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Essen eine Studie zur Selbsthilfeunterstützung durchgeführt und als Teil des Gesundheitsberichts veröffentlicht (Heinemann und Deiritz 1998). In der Studie wurde mit vorgegebenen Antwortkategorien die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Gesundheitsversorgung erfragt. 176 Gruppen antworteten für Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt: 10% antworteten sehr gut, 18% gut, 5% schlecht. 41% stellten fest, dass es Zusammenarbeit nicht gebe und 26% dass sie nicht nötig sei. Insgesamt waren die Erfahrungen also eher positiv; zwei Drittel hatten jedoch gar keine Möglichkeit gehabt, Erfahrungen zu machen. Letztlich zeigt dieses Ergebnis vor allem das Potential für den weiteren Ausbau der Kooperation an.

Auf der Basis des für die Essener Studie entwickelten Instruments (in erweiterter Fassung) wurden nachfolgend auch im Kreis Wesel (2000) sowie der Stadt Mülheim an der Ruhr (2003) Studien von und mit den Gesundheitsämtern durchgeführt. Diese verstehen sich ausdrücklich als Beitrag zur Versorgungsforschung und zur Weiterentwicklung der Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Laiensystem (Rau et al. 2004; Starke und Rau 2006).

In beiden Städten nahmen jeweils ca. zwei Drittel der angeschriebenen Selbsthilfegruppen teil (75 von 114 in Mülheim an der Ruhr, 77 von 120 im Kreis Wesel). Trotz der Unterschiedlichkeit der beiden Gebiete waren die Ergebnisse für beide Studien in den wesentlichsten Punkten nahezu identisch.

In unserem Zusammenhang ist insbesondere interessant, wie die Wichtigkeit und Qualität der Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern eingeschätzt wurde: In Mülheim an der Ruhr fanden 49 Gruppen die Zusammenarbeit wichtig; als gut wurde sie von 34 Gruppen eingeschätzt, als schlecht von 3 Gruppen und als nicht existent von 12 Gruppen. Im Kreis Wesel fanden 29 Gruppen die Zusammenarbeit wichtig, davon 8 als gut, 3 als schlecht, 18 als nicht existent. Im groben Überblick zeigten sich in der Studie für das Gesundheitsamt ähnliche Relationen wie für andere Akteure in der Gesundheitsversorgung (Ärzte, Krankenhäuser, Wohlfahrtsverbände etc.).

Die sehr positiven Ergebnisse in Mülheim an der Ruhr sind vor allem darauf zurückzuführen, dass die Zusammenarbeit mit Teilen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe schon gut etabliert war in Form der Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft der in Behindertenarbeit tätigen Vereinigungen beim Gesundheitsamt. Im Kreisgesundheitsamt Wesel erfolgte eine Zusammenarbeit mit lokalen Selbsthilfegruppen hingegen lediglich im Bereich der Suchtgruppen im Rahmen der Psychiatriekoordination.

Insgesamt wird von den Autoren gefolgert, dass die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsämtern und lokalen Selbsthilfegruppen offenbar noch verbesserungswürdig sei. Als positives Vorbild wird auf die Selbsthilfekontaktstelle der Stadt Düsseldorf verwiesen, die dem Gesundheitsamt angegliedert ist.



Ein weiteres frühes Beispiel, das in anderem Kontext, nämlich dem der Patientenberatung, angesprochen wurde, wurde im September 2003 von dem Leiter des Gesundheitsamtes im Oberbergischen Kreis vorgestellt (Vierschillig 2004). Es demonstriert sehr gut, wie sich bei aufgeschlossenen Gesundheitsämtern schon sehr früh aus der Arbeit mit Suchtkranken und Psychiatrie-Patienten die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen ganz mühelos und selbstverständlich entwickelt hat.

Eine Anfrage bei KOSKON, der landesweiten Koordination für Selbsthilfe in Nordrhein-Westfalen, ergab, dass es neben Düsseldorf auch in Unna, Herne, dem Kreis Neuss und dem Gesundheitshaus Gevelsberg im Ennepe-Ruhr-Kreis Kontaktstellen in Trägerschaft von Gesundheitsämtern gibt. In Solingen, Kreis Soest, Kreis Aachen gibt es „Selbsthilfebüros“, eine Form der Institutionalisierung von Selbsthilfeunterstützung mit äußerst geringen personellen und materiellen Ressourcen. Außerdem wurde berichtet, dass es im Landesgesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst eine Passage zur Zusammenarbeit der Gesundheitsämter mit Selbsthilfegruppen gibt.

Dieser § 7 (3) des ÖGDG NRW von 1997 lautet:

Die untere Gesundheitsbehörde soll die Arbeit der im Gesundheitsbereich tätigen, in ihrer Zielsetzung und Aufgabendurchführung freien Selbsthilfegruppen fördern und mit ihren Vereinigungen und Zusammenschlüssen zusammenarbeiten. Sie kann unter Berücksichtigung des Angebotes freier Träger Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen einrichten.

Außerdem sind in § 24 für die Kommunale und in § 26 für die Landes-Gesundheitskonferenz die Beteiligung von Selbsthilfegruppen bzw. der „gesundheitlichen Selbsthilfe“ vorgesehen.

Weiterhin wurde von der KOSKON-Leiterin berichtet, dass das Land NRW alle Selbsthilfekontaktstellen mit 10.000 Euro pro Einrichtung fördert (Belke 2009, persönliche Mitteilung). Diese Förderung ist gleichzeitig ein Fingerzeig dafür, dass Selbsthilfefreundlichkeit in manchen Kommunen auch unabhängig von Gesundheitsämtern stattfindet. Insbesondere gilt dies für Nordrhein-Westfalen, wo kommunale Gesundheitskonferenzen nahezu flächendeckend etabliert sind. In diesen Gesundheitskonferenzen sind in aller Regel auch einzelne Selbsthilfeszusammenschlüsse integriert. Die Koordination der kommunalen Gesundheitskonferenzen

liegt bei den Gesundheitsämtern (bzw. unteren Gesundheitsbehörden, wie es in Nordrhein-Westfalen heißt).

Ein Beispiel für eine Förderung auf kommunaler Ebene ohne Anbindung an das Gesundheitsamt ist das Gesundheitshaus in Münster, eine von der Kommune geschaffene Einrichtung, in der sich die Selbsthilfe trifft und Unterstützung findet (<http://www.muenster.de/stadt/gesundheitshaus/index.html>; 18.11.2011). Über diese Einrichtung, die sich insgesamt der Gesundheitsförderung verpflichtet fühlt und im deutschen „Gesunde Städte Netzwerk“ mitarbeitet, sind weitere Möglichkeiten der Kooperation mit professionellen Instanzen gegeben. Gerade in dem genannten Netzwerk settingbezogener Gesundheitsförderung und -prävention gehört die Zusammenarbeit mit Selbsthilfeszusammenschlüssen und -initiativen zu den grundlegenden Prinzipien.

Auch wenn wir uns im Folgenden stark auf die Zusammenarbeit mit der Institution Gesundheitsamt konzentrieren, ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die Idee „selbsthilfefreundlicher Kommunen“ ein sehr geeignetes, weiter gefasstes Konzept ist, um unabhängig von einzelnen institutionellen Kontexten die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und formellen Institutionen zu unterstützen und weiterzuentwickeln. Auf der Jahrestagung 2009 der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. wurde in einer Zukunftsvision „Selbsthilfeunterstützung im Jahr 2020“ unter anderem auch der Vorschlag gemacht, ein Gütesiegel „Selbsthilfefreundliche Kommune“ in die Tat umzusetzen. Ohne dass dieser Ausdruck explizit verwendet wird, ist die Stadt Herne mit ihrer Beteiligung am Gesunde-Städte-Projekt und ihrer weit zurückreichenden, ständig gewachsenen Förderung der Selbsthilfe ein gutes Beispiel für das Modell einer selbsthilfefreundlichen Kommune (<http://www.gesundheit-in-herne.de> -> Selbsthilfeförderung; 12.11.2011).

Das besondere Engagement Nordrhein-Westfalens wird auch deutlich durch eine Oberhausener Tagung zu Selbsthilfefreundlichkeit im Jahr 2009 (KOSKON 2010). Auf dieser Veranstaltung gab es unter anderem auch einen Workshop mit dem Titel „Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal im Gesundheitsämtern. Erfahrungen und Perspektiven qualitätsorientierter Zusammenarbeit“. Die ca. 15 Personen der Arbeitsgruppe kamen aus Selbsthilfegruppen, Kontaktstellen, Gesundheitsämtern und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Exemplarisch wur-

den Aktivitäten des Gesundheitsamtes Köln von Strukturunterstützung über Öffentlichkeitsarbeit bis hin zur Gremienarbeit vorgestellt und als Musterbeispiel für die Möglichkeit praxis- und bürgernaher Lösungen präsentiert. Das Beispiel wird im Folgenden wegen seiner großen Anschaulichkeit im Wortlaut zitiert (Klier u.a. 2010):

### **Das Beispiel Kontaktstelle im Gesundheitsamt Köln**

(Inputreferat auf der Oberhausener Tagung zu Selbsthilfefreundlichkeit 2009 als Stimulus zum Forum IV über Möglichkeiten der Selbsthilfefreundlichkeit in Gesundheitsämtern).

Inhalt: die drei folgenden Fragen:

- 1. Felder der Zusammenarbeit:** Was haben Selbsthilfe und Gesundheitsamt bisher zusammen gemacht? Was machen wir zusammen?
- 2. Vorteile:** Was hat die Selbsthilfe von der Zusammenarbeit? Was hat das Gesundheitsamt davon?
- 3. Wünsche/Bedarfe:** Was braucht/was wünscht sich die Selbsthilfe vom Gesundheitsamt? Was braucht/was wünscht sich das Gesundheitsamt von der Selbsthilfe?

#### **1. Felder der Zusammenarbeit**

- finanzielle Förderung der Selbsthilfe durch die Stadt Köln (Gesundheitsamt/Sozialamt)
- Vertretung der Selbsthilfe in der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK)
- Mitwirkung der Selbsthilfe in Arbeitsgruppen der KGK (Selbsthilfebeirat, AG Patientenorientierung, AG Krankenhausplanung, AG Migration und Gesundheit)
- gemeinsame Mitgliedschaft im Netzwerk Gesundheitsbildung Köln
- gemeinsame Vertretung der Stadt Köln im Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
- Kooperation im Rahmen der Psycho-Sozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
- Information und Fortbildung: Vorträge des Gesundheitsamtes in AGn der Selbsthilfe (und umgekehrt)
- gemeinsame öffentliche Aktionen (z.B. Gesundheitstage, Aktionstage Gesundheit im Alter)
- Öffentlichkeitsarbeit: z.B. Kunstausstellungen und Infoständer der Selbsthilfe im Gesundheitsamt; Call-Center der Stadt und Gesundheitsamt verweisen auf die Angebote der Selbsthilfe
- fachliche und politische Unterstützung der Selbsthilfe durch die Leitung des Gesundheitsamtes und das Gesundheitsdezernat
- Beim Gesundheitsamt und bei der Selbsthilfe gibt es feste, für die Kooperation verantwortliche Mitarbeiter/innen.

## 2. Vorteile

### > für die Selbsthilfe

- Im Rahmen verlässlicher Kooperationsbeziehungen hat die Selbsthilfe ein Forum, eigene Anliegen zu transportieren
- Möglichkeit, durch die Gremienarbeit aktiv an der Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Köln und an entsprechenden Entscheidungen mitzuwirken
- dauerhafte finanzielle Unterstützung durch die Stadt Köln
- dadurch ermöglicht: kontinuierliche Weiterentwicklung der Selbsthilfe-Arbeit in Köln
- Kontakte zu und Vernetzung mit anderen Akteuren aus der Gesundheitsversorgung, aus Politik und Verwaltung
- logistische Unterstützung für die Arbeit der Selbsthilfe

### > für das Gesundheitsamt

- Öffentlichkeitswirksamkeit: Eröffnung von Zugangswegen für das Gesundheitsamt zu Bürgern bzw. Betroffenen
- Verbesserung der Breitenwirkung der Arbeit des Gesundheitsamtes
- Unterstützung für das Gesundheitsamt bei der Identifizierung und erfahrungsbasierten Beschreibung von Gesundheitsproblemen und Versorgungslücken auf der kommunalen Ebene
- stärkerer Praxisbezug und größere Realitätsnähe: die spezifischen Kompetenzen und die konkreten Erfahrungen der in den Selbsthilfegruppen organisierten Menschen fließen in die Arbeit des Gesundheitsamtes ein (erhöhte Problemlösungskompetenz)

## 3. Wünsche

### der Selbsthilfe ans Gesundheitsamt

- Unterstützung bei der Vor- und Nachbereitung der gemeinsamen Gremiensitzungen für die (überwiegend) ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen in Selbsthilfegruppen
- Informationen über die Inhalte und Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung
- gemeinsame Formulierung von Themen für die Gesundheitsberichterstattung und für Arbeitsgruppen der Kommunalen Gesundheitskonferenz

### des Gesundheitsamtes an die Selbsthilfe

- mehr Transparenz, mehr Informationen über die Arbeit der Selbsthilfe
- Fortbildung(en) für die Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes und des städtischen Call-Centers zum Thema Selbsthilfe.

**Fazit:** Die Kooperation zwischen Selbsthilfe und Gesundheitsamt ist in Köln – wie dargelegt – institutionell und personell verankert, systematisch organisiert und inhaltlich differenziert; sie deckt ein breites Themenspektrum ab. Gleichwohl gibt es bisher keine ausformulierten Qualitätskriterien für diese Zusammenarbeit.

Solche zu beschreiben, steht als Ziel und Aufgabe noch bevor.

Weiterer Ausgangspunkt der Diskussion waren die Kriterien für selbsthilfefreundliche Krankenhäuser. In den zahlreichen Beiträgen wurde unter anderem vermerkt, dass die Selbsthilfe von der Verwaltung / den Gesundheitsämtern nicht genügend wahrgenommen werde und dass die Akzeptanz der Selbsthilfe als Partner auf gleicher Höhe ein langwieriger und langdauernder Prozess sei. Die Frage, ob es eine formale Verpflichtung zur Zusammenarbeit gäbe, wurde vom Vertreter des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales als strukturelle Frage bezeichnet, die von Seiten des Ministeriums weiter verfolgt werden soll. Verständlicherweise spielten die Qualitätskriterien der Zusammenarbeit in der Diskussion noch keine besonders große Rolle, da es in den meisten Gegenden zunächst noch darum geht, die Zusammenarbeit erst einmal nachhaltig zu etablieren. Die Teilnehmer plädierten jedoch eindeutig dafür, das Thema in weiteren Veranstaltungen zu bearbeiten. Auch der Hinweis, dass es keine Studien zur Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern und der Selbsthilfe gäbe, war Stimulus für die weitere Bearbeitung des Themas durch das Institut für Medizinische Soziologie im Rahmen des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit.

Wie bei diesem Kölner Beispiel liegt eine besondere Situation vor bei insgesamt 56 Gesundheitsämtern auf Bundesebene, die in ihren Aufgabenkatalog die Funktion einer kontakt-beziehungsweise Unterstützungsstelle für Selbsthilfegruppen integriert haben und daher auch in der NAKOS-Liste der Kontaktstellen in der Bundesrepublik geführt werden. Wegen ihrer besonderen Nähe zu Selbsthilfegruppen haben wir angenommen, dass diese Gesundheitsämter am besten geeignet wären, die Formulierung von Qualitätskriterien voran zu treiben. Dies wird Gegenstand der beiden folgenden Abschnitte dieses Kapitels sein.

## 5.2 Aktionsforschungsprojekt mit 49 Gesundheitsämtern in Deutschland

Stefan Nickel, Silke Werner, Alf Trojan

Neben den Krankenhäusern und den Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung gilt als „dritte Säule“ des Gesundheitswesens der Öffentliche Gesundheitsdienst. Er ist quantitativ zwar von untergeordneter Bedeutung. Es gibt aber zwei wesentliche Argumente, auch in diesem Bereich Selbsthilfefreundlichkeit stärker zu etablieren und zu verbreiten: Erstens erreicht der Öffentliche Gesundheitsdienst insbesondere mit seinen sozialkompensatorischen Aktivitäten schwer erreichbare bedürftige Personengruppen (z.B. über das Gutachterwesen bei Hartz-IV-Empfängern, Mütterberatungsstellen oder Projekte in benachteiligten Quartieren und Stadtteilen); zweitens nimmt das heutige Gesundheitsamt Koordinations- und Steuerungsaufgaben auf der kommunalen Ebene wahr (insbesondere im Rahmen von Gesundheits(förderungs)konferenzen oder „Pflege- und Gesundheitskonferenzen“). Hierdurch erreicht der Öffentliche Gesundheitsdienst zahlreiche Akteure im Gesundheitswesen.

Bekannt war, dass es schon Gesundheitsämter gibt, die Erfahrungen in der Kooperation mit der Selbsthilfe haben (z.B. in Hamburg) oder Träger von Selbsthilfekontaktstellen sind (z.B. Bremen). An diesen vorhandenen Möglichkeiten soll das Projekt anknüpfen, wobei es einerseits um die allgemeine Verbreitung des Konzeptes Selbsthilfefreundlichkeit ging und andererseits um die Integration von „Selbsthilfefreundlichkeit“ in die (freiwilligen) Qualitätsmanagementbemühungen in Gesundheitsämtern.

Die Studie (im Auftrag und mit Finanzierung des BKK Bundesverbandes) umfasste folgende Arbeitsschritte:

- Ermittlung von Gesundheitsämtern (GA) mit Kooperationserfahrungen mit der Selbsthilfe,
- Bereitstellung der Qualitätskriterien für Selbsthilfefreundlichkeit im stationären und ambulanten Bereich und Identifizierung von GA-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die bereit sind, Qualitätskriterien für GA zu erarbeiten,

- 1-2 Rückmeldeschleifen (im Sinne des Delphi-Verfahrens), um schon im Vorfeld möglichst großen Konsens zu erreichen,
- Vorbereitung eines Treffens zur konsensualen Verabschiedung eines Kriteriensatzes, vorzugsweise auf einer Jahrestagung der ÖGD-Ärzte.

### 5.2.1 Methodisches Vorgehen

Bei der Identifizierung von Gesundheitsämtern, die eventuell bereit wären, an Qualitätskriterien für „Selbsthilfefreundliche Gesundheitsämter“ mitzuwirken, wurden wir von der NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) unterstützt. Sie stellten uns eine Adressenliste mit 56 Selbsthilfekontaktstellen zur Verfügung, die bei der NAKOS in Trägerschaft eines Gesundheitsamtes in der Datenbank ROTE ADRESSEN aufgeführt sind. Diesen Adressenverteiler haben wir um drei Gesundheitsämter bzw. Selbsthilfebüros ergänzt, die (noch) nicht in dieser Form in der NAKOS-Datenbank gelistet waren, aber durch Teilnahme an der Fachtagung „Selbsthilfefreundlichkeit“ in Oberhausen am 16. September 2009 offen für das Thema erschienen.

Insgesamt ergab sich so eine Ausgangsstichprobe von 59 Gesundheitsämtern bzw. dort angesiedelten Selbsthilfekontaktstellen. Fünf dieser Einrichtungen waren nach eigener Überprüfung doppelt (oder gar dreifach) bei NAKOS gelistet, drei E-Mail-Adressen erwiesen sich als fehlerhaft, bei jeweils einer Adresse erhielten wir eine längerfristige Abwesenheitsmeldung bzw. war die Zuordnung der Kontaktstelle zum Gesundheitsamt nicht mehr aktuell. Daraus resultierte eine bereinigte Ausgangsstichprobe von 49 Gesundheitsämtern, an die wir am 12. Dezember 2009 per E-Mail einen Fragebogen zur Erfassung der Kooperation von Gesundheitsämtern und Selbsthilfegruppen verschickt haben.

Der von uns entwickelte und mit dem Leiter des Fachamtes für Gesundheit des Bezirkes Hamburg-Eimsbüttel besprochene/getestete Kurzfragebogen zur Kooperation von Gesundheitsämtern und Selbsthilfegruppen besteht aus insgesamt sechs Fragekomplexen. Die Fragen beziehen sich auf die Rolle der Gesundheitsämter im Rahmen der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und die arbeitszeitliche Aufwendung und Verteilung von typischen Aufgaben der Selbsthilfeunterstützung. Des Weiteren wur-

den die Zufriedenheit mit den Möglichkeiten der Selbsthilfeunterstützung, Einschätzungen zu Kriterien für eine gute qualitative Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern und Selbsthilfe sowie die Bereitschaft an der Entwicklung von Qualitätskriterien mitzuwirken, erfragt.

Das Interesse des ÖGD am Thema schien groß zu sein, da es gelang, einen Plenarvortrag Alf Trojans bei der Jahrestagung des Fachverbandes 2010 in Hamburg zu organisieren. Der Vortrag trug den Titel „Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das Gesundheitswesen – Entwicklungen und Perspektiven“ (Trojan und Nickel 2011a) und sollte dazu dienen, sowohl das Netzwerk als auch erste Untersuchungsergebnisse aus der Befragung vorzustellen und damit den Boden zu bereiten für die weitere Arbeit im Rahmen nachfolgender Arbeitsschritte, deren Ergebnisse dann auf der Jahrestagung 2011 diskutiert und verabschiedet werden sollten (mehr dazu in Abschnitt 5.3).

### **5.2.2 Ergebnisse der aktivierenden Kurzbefragung**

Der Rücklauf betrug 27 (= 55% von 49 versandten Fragebögen). In der Selbstdefinition bezeichneten sich 21 als „Selbsthilfekontaktstellen“ und 6 als „Selbsthilfeunterstützungsstellen“ (d.h. als Stellen mit geringeren personellen und materiellen Ressourcen). Entsprechend variierte die wöchentliche Arbeitszeit für die Kooperation mit der Selbsthilfe in den befragten Ämtern zwischen 1,5 und 126 Stunden (Mittelwert: 38,5 Stunden). 20 waren „im Großen und Ganzen“ zufrieden mit ihren Möglichkeiten der Selbsthilfeunterstützung, 7 waren nicht zufrieden.

Insgesamt kamen 82 Vorschläge für Kriterien guter Qualität in der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe, die wir zunächst in 10 potentiellen Qualitätskriterien für ein Selbsthilfefreundliches Gesundheitsamt (GA) zusammengefasst hatten (Kurzbezeichnungen siehe Abbildung 5.2.1).

Die Vorschläge ließen einerseits erkennen, dass sie mehrheitlich aus dem Kontext der Kontaktstellenarbeit erfolgt sind. Andererseits waren sie den zentralen Aspekten der Qualitätskriterien im stationären und ambulanten Bereich recht ähnlich.

Zum Abschluss hatten wir gefragt, wie groß die Bereitschaft sei, an der Entwicklung von Qualitätskriterien für „Selbsthilfefreundliche Gesund-



heitsämter“ mitzuwirken. In der entsprechenden Frage haben 15 Gesundheitsämter explizit ihre Bereitschaft erklärt, 11 haben kein weiteres Interesse am Thema geäußert. Weder aus den E-Mail-Kommentaren der Befragten bei der Rücksendung ihrer Fragebögen noch aus vereinzelten telefonischen Gesprächen ließ sich systematisch ermitteln, was die Gründe für die fehlende Kooperationsbereitschaft waren.

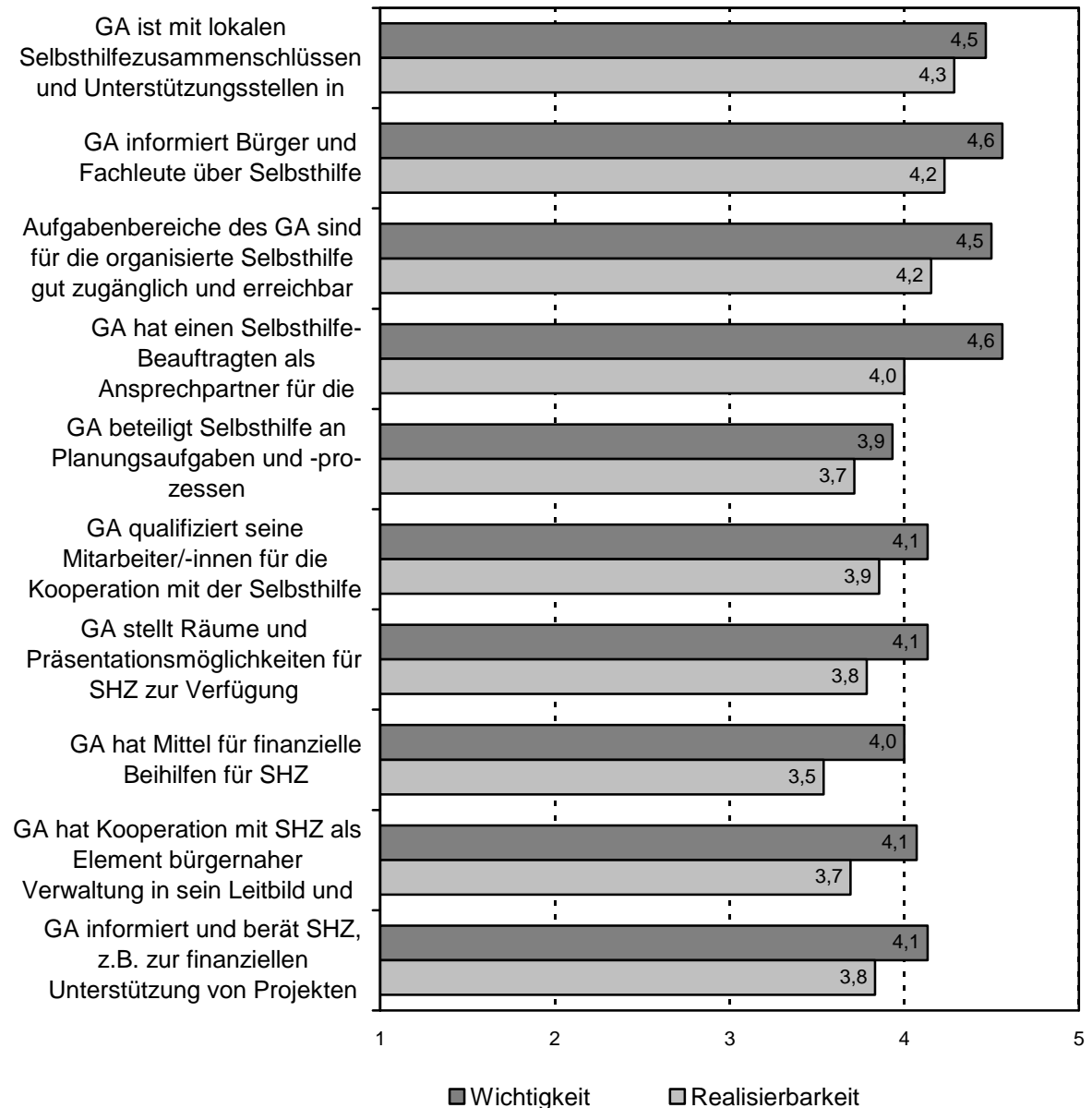
Die Namen und Adressen der kooperationsbereiten Gesundheitsämter waren unsere Grundlage für den nächsten Arbeitsschritt, die erste Rückmeldeschleife. Hierdurch wurden die von uns vorgeschlagenen Kategorisierungen der Qualitätskriterien in starkem Umfang schärfer gefasst (Die beiden ersten Fassungen der Qualitätskriterien werden hier nicht wiedergegeben, sind aber in einem unveröffentlichten Arbeitsbericht festgehalten.)

Die zweite Rückmeldeschleife bestand darin, dass wir die kooperationsbereiten Gesundheitsämter die potentiellen 10 Kriterien nach Wichtigkeit und Realisierbarkeit beurteilen ließen (s. Ergebnisse in Abbildung 5.2.1). Die Ergebnisse dieser zweiten Rückmeldeschleife zeigen, dass im ÖGD die im stationären und ambulanten Bereich erarbeiteten Qualitätskriterien sowohl nach Wichtigkeit wie auch nach Realisierbarkeit ebenfalls an der Spitze stehen. Insgesamt ist die Zustimmung zu allen Kriterien einheitlich sehr groß.

Um ergänzend einen Eindruck von der Kooperation mit Selbsthilfeszusammenschlüssen in einem Gesundheitsamt *ohne* Kontaktstelle zu bekommen, wurde ein Expertengespräch mit dem Leiter des Gesundheitsamtes Hamburg-Eimsbüttel durchgeführt. Als reale Beispiele für konkrete Kooperationen wurden von ihm genannt: die fachliche Beratung auf Bitten von Selbsthilfegruppen (besonders im Psychatriebereich); Beteiligung von Selbsthilfegruppen bei den regelmäßigen Infoveranstaltungen des Gesundheitsamtes zu Umwelt- und Gesundheitsfragen; die Vermittlung von Räumen in einer Außenstelle des Gesundheits- und Umweltamtes, dem Gesundheits- und Umwelttreff (zur Zeit von fünf Gruppen genutzt); die Unterstützung einer Angehörigengruppe von psychisch Kranken; die Beteiligung von Selbsthilfe- beziehungsweise Bürgergruppen an einem Präventionsprogramm „Lenzgesund“ (einem langfristigen Engagement des Gesundheitsamtes in einem Quartier mit besonderem Entwicklungsbedarf) sowie in der Gesundheits- und Pflegekonferenz des Bezirks.

**Abb. 5.2.1: Wichtigkeit und Realisierbarkeit von Qualitätskriterien für ein „Selbsthilfefreundliches Gesundheitsamt“**

(Mittelwerte; 1= weniger wichtig/weniger gut realisierbar; 5= sehr wichtig/sehr gut realisierbar; n=16)



Abkürzungen: GA=Gesundheitsamt; SHZ=Selbsthilfeszusammenschluss

Die Beispiele zeigen, dass auch Gesundheitsämter ohne Kontaktstelle insbesondere im Rahmen von innovativen Ansätzen durchaus vielfältige Möglichkeiten der Kooperation mit Selbsthilfeszusammenschlüssen haben.

Insofern führte die aktivierende Befragung mit ihren quantitativen und qualitativen Ergebnissen zu der Entscheidung, in einem systematischen Konsensus-Prozess die Entwicklung von Qualitätskriterien für die Zusammenarbeit fortzuführen. Die Gelegenheit dazu wurde uns entsprechend unseren schon 2009 geäußerten Wünschen durch Bereitstellung eines Workshops auf der Jahrestagung 2011 der ÖGD-Ärzte gegeben.

### **5.3 Bilanz der Kooperation mit Selbsthilfegruppen im ÖGD, Transferaspekte und Perspektiven**

Alf Trojan, Stefan Nickel

Am 13. Mai 2011 wurde im Rahmen der 61. Jahrestagung der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit ca. 20 interessierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Workshop zur Verabschiedung von Qualitätskriterien für die Zusammenarbeit von ÖGD und Selbsthilfe durchgeführt.

Um die Diskussion auf der Basis konkreter Beispiele führen zu können, waren nach einem Einführungsreferat zwei Gesundheitsämter gebeten worden, ihre Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe vorzustellen.

Das Gesundheitsamt des Hamburger Bezirks Altona hat keine integrierte Selbsthilfekontaktsstelle, kooperiert aber gleichwohl sehr intensiv mit den lokalen Selbsthilfegruppen. Schon publiziert ist die enge Kooperation mit KISS, der lokalen Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, in der Bearbeitung von Gesundheitszielen im Bezirk Altona (mit ca. 250.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) (KISS 2010). 2007 wurde (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 KISS Altona selber daran teilgenommen und die Partizipation von Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen initiiert, unterstützt und verbreitert. Selbsthilfeorganisationen und Patientenvertreter/-innen 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.

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 KISS erlaubt.

An dieser Stelle ist zu ergänzen, dass das Hamburgische Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in seinem § 6 die unmittelbare Verknüpfung von Gesundheits- und Selbsthilfeförderung vorgibt. Der Text dazu lautet:

Der Öffentliche Gesundheitsdienst fördert die Möglichkeiten zur Selbsthilfe unter besonderer Berücksichtigung von Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen.

In seinem Referat hob der Leiter des Gesundheitsamtes (Nießen 2011) hervor, dass die Kontinuität einer regelhaften Zusammenarbeit von KISS mit dem Gesundheitsamt durch eine formelle Kooperationsvereinbarung für 2009 bis 2010 hergestellt wurde. Entwickelt hatte sich die Kooperation aus Veranstaltungen des Gesundheitsförderungsmanagements und den Altonaer Gesundheitsgesprächen (siehe Abbildung 5.3.1, aus der hervorgeht, dass KISS und das Gesundheitsamt gemeinsam als Veranstalter aufgeführt werden).

**Altonaer Gesundheitsgespräche 2010**



**Aufgeklärte Patientinnen und Patienten:  
Umgang mit Medikamenten bei Depressionen**

Das Gesundheitsamt Altona und KISS Hamburg laden Betroffene und Interessierte zu dieser Informationsveranstaltung ein.

Wann: **Mittwoch, 09.06.2010**  
19:00 bis 21:00 Uhr

Wo: **Diakonisches Werk Hamburg,  
Königstr. 54, 22767 Hamburg**

Referent: **Dr. Thomas Rau, Pharmakologe im UKE Hamburg**

Mitwirkende: **Renate Bublitz, Angehöriger psychisch Kranker LV Hamburg e.V.**  
**Angelika Nette, Dipl.-Ökonomin Büro für Suchtprävention**  
**Anke Korsch, Sprecherin des LV Psychiatrieerfahrener e.V.**  
**Ulla Borchert, Dipl.-Psychologin bei KISS-Altona**  
**Dr. Alfred Bönstrup, Sozialpsychiatrischer Dienst im Gesundheitsamt Altona**

Moderation: **Dr. Johannes Nießen, Leiter des Gesundheitsamtes Altona**

**Achtung! Neuer Veranstaltungsort**

**Der Eintritt ist frei!**  
Eingang 

**KISS**  
in Kooperation mit

**Bezirksamt Altona  
Gesundheitsamt**

V.i.S.d.P.: Bezirksamt Altona, Gesundheitsamt, Bahnenfelder Str. 254 - 260, 22765 Hamburg, Tel.: (040) 428 11 2109

Abb. 5.3.1: Plakat für eine gemeinsame Veranstaltung (Nießen 2011)

- In dem Referat wurden als Qualitätsaspekte der Kooperation genannt:
- Wertschätzung und respektvoller kollegialer Umgang,
- professionelle Haltung und berufsethische Fundierung,
- gemeinsame Planung der Angebote und Veranstaltungen auf der Basis von Bedarfsäußerungen der Bürger, aktueller gesundheitlicher Themen, Hinweisen aus den Arbeitsgruppen der Gesundheits- und Pflegekonferenz Altona, von bezirklichen Gesundheitszielen und fachlichen Vorstellungen,
- gemeinsame Veranstaltungsorganisation mit Vorbereitung, Durchführung und Evaluation.

Als Quintessenz wurde geraten, die gesundheitliche Selbsthilfe über kommunalpolitisch beschlossene und kooperativ umzusetzende Gesundheitsziele zu stärken, zu verbreitern und zu verstetigen. In dieser Schlussfolgerung wurde auch nochmals deutlich, dass das Konzept „Selbsthilfefreundliche Gesundheitsämter“ und die Vision der selbsthilfefreundlichen Kommunen kaum voneinander zu trennen sind.

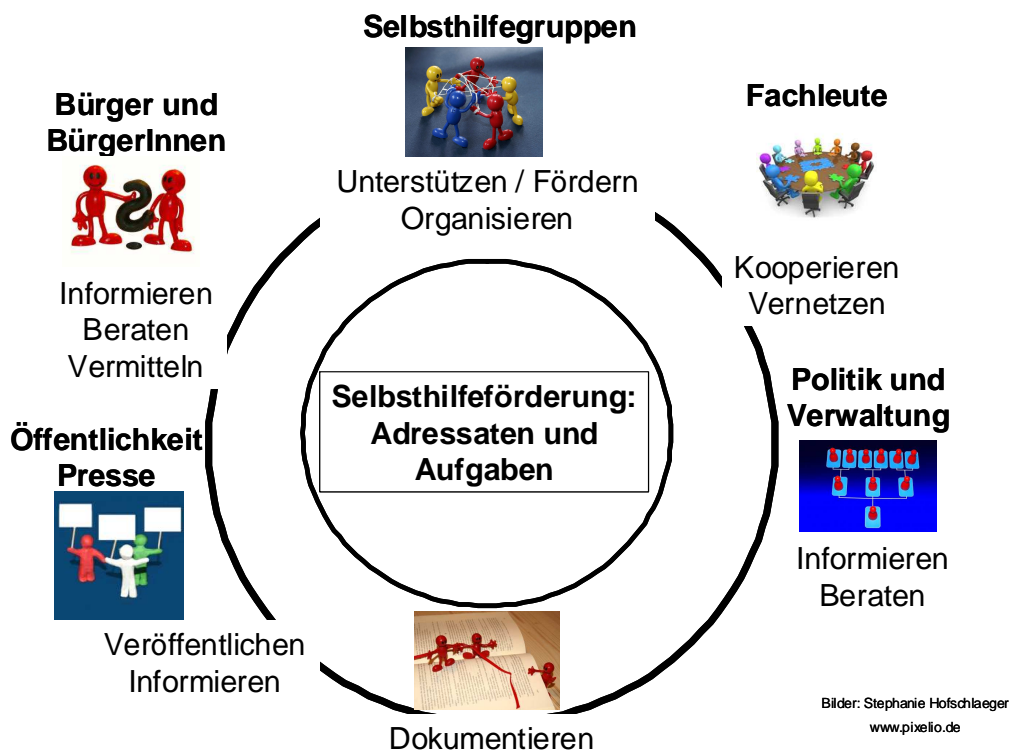
Auch in Bremen ist die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe vorgegeben. Der entsprechende § des ÖGDG Bremen, § 13 (2) lautet:

„Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich der Gesundheitsförderung sind:

1. Koordinierung der im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Institutionen, Träger und Körperschaften
2. Unterstützung und Förderung kommunaler gesundheitsfördernder Aktivitäten und von Selbsthilfegruppen ...“

In Bremen hat dies dazu geführt, dass das Gesundheitsamt in seinem Referat 23 Selbsthilfe und Gesundheitsförderung als 2 gleichberechtigte Bereiche nebeneinander stellt und das Gesundheitsamt Träger der Selbsthilfekontaktstelle wurde.

In der Präsentation auf der Trierer Jahrestagung (Vogel 2011 und [www.gesundheitsamt.bremen.de](http://www.gesundheitsamt.bremen.de)) wurden in einem Schaubild die Aufgaben dieser Kontaktstelle erläutert (s. dazu Abbildung 5.3.2).



**Abb. 5.3.2: Adressaten und Aufgaben der Selbsthilfeförderung**

Auch in diesem Vortrag wurde eine Fülle von Qualitätsaspekten angesprochen. Allerdings bezogen sich viele naturgemäß auf die Qualität der Kontaktstellenarbeit und weniger auf die des Gesundheitsamtes allgemein. Exemplarisch seien einige Aspekte genannt, die allgemeinere Gültigkeit haben:

- Gruppenneugründungen begleiten besonders bei schwierigen Themen in der Selbsthilfe: Umwelterkrankungen, Elektrosensibilität, Elektromog, Zahnmetallgeschädigte
- Fachkenntnisse der Referate nutzen (hier Abteilung Gesundheit und Umwelt), Zahnärztlicher Dienst
- Experten und Selbsthilfevertreter zusammenbringen

- Kooperationen vereinbaren
- Gesundheitspolitische Ziele sollen erarbeitet werden, z.B. zum Thema „Zugang von Migrantinnen und Migranten zur Gesundheitsselfhilfe“
- Gespräche mit den Fachleuten in den Referaten
- „Gesundheitsberichtserstattung“ und „Migration und Gesundheit“
- Information der und Datenerhebungen in den Selbsthilfegruppen mit differenzierter Auswertung
- Erfahrungen von MigrationsberaterInnen und QuartiersmanagerInnen einbeziehen
- Mehrsprachige Selbsthilfeflyer erarbeiten und gezielt auslegen
- Selbsthilfegruppen zur Aufnahme von MigrantInnen motivieren
- regelmäßiger Austausch mit den Selbsthilfegruppen in Forumsveranstaltungen
- gesundheitspolitische Ziele vermitteln
- über Selbsthilfeförderung informieren
- Fortbildungsangebote für Selbsthilfegruppen ermitteln und vermitteln

Das abschließende Fazit stimmte einerseits hoffnungsvoll und vermied andererseits, die bestehenden Probleme unter den Tisch zu kehren:

- Es gibt im Gesundheitsamt eine Vielzahl von möglichen Schnittstellen zu Selbsthilfegruppen.
- Zusammenarbeit ist abhängig von der Akzeptanz des Themas Selbsthilfe in den Fachreferaten.
- Gesundheitsamt muss sich das Vertrauen der Selbsthilfegruppen erarbeiten.
- Umfang der „Selbsthilfefreundlichkeit“ kann (muss) sich entwickeln.
- Erfahrungen der Selbsthilfegruppen bereichern unseren Arbeitsalltag.



- Durch diese beiden beeindruckenden Beispiele eingestimmt wurden die im Rahmen der Rückmeldeschleifen schon mehrfach durchgearbeiteten Kriterien nochmals intensiv, Punkt für Punkt, diskutiert, ergänzt, eingengt, verbessert und schließlich einstimmig verabschiedet.

Die Formulierung der Kriterien lautet nun folgendermaßen:

### **Trierer Qualitätskriterien für die Kooperation von ÖGD und Selbsthilfe vom 13.5. 2011**

- Geeignete Arbeits- bzw. Aufgabenbereiche des GA\* stehen in regelmäßigem Austausch (z.B. im Rahmen eines Beirats) mit Selbsthilfeszusammenschlüssen (d.h. Selbsthilfegruppen, -organisationen, -initiativen) und Selbsthilfekontakt- und Unterstützungsstelle(n).
- GA informiert aktiv Bürger/-innen und professionelle Helfer/-innen über Selbsthilfe\*\*.
- Die Arbeits- bzw. Aufgabenbereiche des GA machen sich der Selbsthilfe bekannt und sind zuverlässig ansprechbar.
- GA hat einen Ansprechpartner / eine Ansprechpartnerin für die Selbsthilfe benannt, nach außen bekannt gemacht und mit einem definierten Auftrag ausgestattet, zu dem auch eine regelmäßige Berichterstattung gehört.\*\*\*
- GA arbeitet anlass- und fachbezogen mit der Selbsthilfe zusammen und beteiligt sie ggf. an Koordination und Planung (z.B. in Gesundheits- und Pflegekonferenzen).\*\*\*\*
- GA informiert und qualifiziert geeignete Mitarbeiter/-innen für die Kooperation mit der Selbsthilfe.\*\*\*\*
- GA stellt Räume und Präsentationsmöglichkeiten, z.B. Flyerauslagen, Aushangmöglichkeiten in eigenen Räumen und öffentlichen Auftritten (z.B. Internet) für Selbsthilfeszusammenschlüsse zur Verfügung.
- GA hat die Kooperation mit Selbsthilfeszusammenschlüssen als Element bürgernaher Verwaltung in ein Leitbild oder entsprechende Dokumente integriert.

- GA informiert Selbsthilfeszusammenschlüsse, z.B. zur finanziellen Unterstützung, und versucht auch selbst, Projekte zu unterstützen.\*\*\*\*
- GA fördert ein selbsthilfefreundliches Klima in der Kommune.\*\*\*\*

\* Alle Aussagen beziehen sich auf die fachlichen Ressorts eines Gesundheitsamtes (GA) im Allgemeinen, nicht auf eine manchmal angegliederte oder eingegliederte Kontakt- oder Unterstützungsstelle.

\*\* „Selbsthilfe“ umfasst sowohl alle Formen von Selbsthilfeszusammenschlüssen (s. Kriterium 1) als auch von Kontakt- und Unterstützungsstellen.

\*\*\* Falls das GA Träger einer Kontakt- oder Unterstützungsstelle ist, entfällt ein Ansprechpartner / eine Ansprechpartnerin. Stattdessen muss sichergestellt sein, dass geeignete Aufgabengebiete des GA eng mit dem Bereich der Selbsthilfeunterstützung kooperieren.

\*\*\*\* falls vor Ort vorhanden: in Absprache und Kooperation mit einer Kontakt- bzw. Unterstützungsstelle für Selbsthilfegruppen

Es wurde beschlossen dieses vorläufige Endergebnis des Entwicklungsprozesses von 10 Qualitätskriterien für selbsthilfefreundliche Gesundheitsämter sowohl im Bereich der Selbsthilfe bekannt zu machen (NAKOS-Informationen und Website, Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit etc.) wie auch im Bereich der Gesundheitsämter dafür zu werben (z.B. Elektronisches Handbuch des ÖGD in Bayern, Fachausschüsse GBE und Prävention, Handbuch der Sozialmedizin, Zeitschrift Prävention etc.).

Inzwischen sind die Ergebnisse des Workshops in verschiedenen Formen und für unterschiedliche Zielgruppen aufbereitet und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht worden (Kofahl und Trojan 2011; Trojan und Nickel 2011 b und c).

Im Hinblick auf die Zukunft bestand nach kurzer Diskussion Konsens, dass die Initiative für ein mehr oder weniger ausformuliertes Verfahren der Anerkennung als „Selbsthilfefreundliches Gesundheitsamt“ aus dem ÖGD selbst kommen muss. Sollte sich ein GA als „selbsthilfefreundlich“ bezeichnen, wird dies bis auf weiteres als öffentliche Selbstverpflichtung verstanden. Die Qualitätskriterien versetzen jeden interessierten Außenstehenden und insbesondere die Selbsthilfe in die Lage, die Einhaltung dieses Anspruchs zu überprüfen und nötigenfalls auf weitere Verbesserungen zu drängen.

## Literatur zu Kapitel 5

- Heinemann H, Deiritz K (1998) Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeunterstützung in Essen. Gesundheitsbericht der Selbsthilfeberatungsstelle WISE e.V. (Bd. VII) in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Essen, Essen, Eigenverlag
- KISS Hamburg (2010) Gesundheitsziele realisieren. Aus der Kooperationsarbeit von KISS Hamburg-Altona. NAKOS INFO 101:26-28
- Klier W, Schinke U, Lattmann U (2010) Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal in Gesundheitsämtern am Beispiel Köln. In: KOSKON (Hg) Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsversorgung. Zusammenarbeit bewusst gestalten, Mönchengladbach: Eigenverlag, 82-84
- Kofahl C, Trojan A (2011) Selbsthilfe – Grundlagen für eine Zusammenarbeit mit der Sozialmedizin. In: Gostomzyk JG (Hg) Angewandte Sozialmedizin: Handbuch für Weiterbildung und Praxis. Landsberg: ecomed, 2000- (Losebl.-Ausg.); 19. Erg. Lfg. 11/11, IX-13:1-40
- KOSKON (Hg) (2010) Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsversorgung. Zusammenarbeit bewusst gestalten, Mönchengladbach: Eigenverlag
- Müller W , Menn T (2010) ÖGD – Entwicklung in den letzten 20 Jahren. Referat auf der ÖGD-Tagung am 30.4.2010 in Hamburg
- Nießen J (2011) Qualitätsaspekte in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen aus der Sicht des Gesundheitsamtes Altona. Vortrag anlässlich des 61. ÖGD-Kongress am 13.5.2011 in Trier
- Oertel Y (2010) Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal in Gesundheitsämtern – Erfahrungen und Perspektiven der qualitätsorientierten Zusammenarbeit. In: KOSKON (Hg) Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsversorgung. Zusammenarbeit bewusst gestalten, Mönchengladbach: Eigenverlag, 80-85
- Rau R, Grunow-Lutter V, Geraedts M (2004) Entwicklungsbedarf und Fördermöglichkeiten von Selbsthilfegruppen und -initiativen auf kommunaler Ebene. In: Borgetto B (Hg) Gesundheitswissenschaften und Gesundheits-selbsthilfe. Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften Freiburg: Eigenverlag, 105–124
- Starke D, Rau R (2006) Selbsthilfe und Public Health Forschung im kommunalen Kontext. Teilnehmerbefragungen als Beitrag zur Versorgungsfor-schung aus Mülheim an der Ruhr (2003) und im Kreis Wesel (2000). Prä-vention und Gesundheitsförderung, 1:174-181

- Trojan A, Nickel S (2011a) Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das Gesundheitswesen – Entwicklungen und Perspektiven. *Das Gesundheitswesen*, 73: 67-72
- Trojan A, Nickel S (2011b) Selbsthilfefreundlichkeit – ein Qualitätsziel auch für den ÖGD. *Blickpunkt öffentliche Gesundheit*, 3: 4-5
- Trojan A, Nickel S (2011c) Selbsthilfefreundlichkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst. *NAKOS INFO*, 106: 15-18
- Vierschilling H (2004) Vernetzte Beratung – Wie kann die Selbsthilfe beteiligt werden? In: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW (Hg) *Patientenberatung – Die neue Rolle der Selbsthilfe?* Düsseldorf: Eigenverlag, 86 – 97
- Vogel C (2011) Qualitätsaspekte in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen aus Sicht eines Gesundheitsamtes mit Selbsthilfekontaktstellen. Referat auf dem 61. ÖGD-Kongress am 13.5.2011 in Trier.

**Kapitel 6**  
**Nachhaltige Verankerung von**  
**Selbsthilfefreundlichkeit im**  
**Gesundheitswesen**



## **6.1 Zur Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in Qualitätsmanagementsysteme**

Alf Trojan

### **6.1.1 Ausgangssituation und Vorgehen**

Schon seit dem Jahr 2005 wird daran gearbeitet, die gemeinsam von Selbsthilfegruppen, Qualitätsmanagementverantwortlichen und Selbsthilfekontaktstellen ermittelten Qualitätskriterien für Selbsthilfefreundlichkeit in die bestehenden Qualitätsmanagementsysteme (QMS) zu integrieren. Die Bemühungen begannen im Hamburger Modellprojekt zu selbsthilfefreundlichen Krankenhäusern als begleitende Maßnahme zur Entwicklung eines Qualitätssiegels. Sie sollten ein paralleler und ergänzender Weg sein, Selbsthilfefreundlichkeit nachhaltig in Krankenhäusern zu verankern. Von einem Nebenziel hat sich dieses Ziel jedoch zu einem Hauptziel entwickelt, weil sich herausgestellt hatte, dass die Vergabe eines Qualitätssiegels die vorhandenen Institutionen (Lokale Selbsthilfekontaktstellen und NAKOS, die Nationale Kontaktstelle) personell überfordern würde. Seit 2008 wurden daher in (vom BKK Bundesverband in Auftrag gegebenen Expertisen) Versuche gemacht, die jeweilige Situation bezüglich Kriterien selbsthilfebezogener Patientenorientierung im Qualitätsmanagement zu erheben. Dies geschah mittels dreier aktivierende Befragungen (Ende 2008 – 2011) bei den QMS mit der Absicht, Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit in immer mehr QMS fest zu verankern.

In diesem Abschnitt werden die Bemühungen und Ergebnisse wiedergegeben (soweit sie nicht schon in den spezifischen Abschnitten zu den einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens aufgeführt wurden).

Als Anfangsschritt vor der ersten Befragung wurde ein kurzes Papier erstellt, das die Situation der Integration von Selbsthilfefreundlichkeit sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich darstellte. Diese Information (mehrfach überarbeitete aktuelle Version als Anhang A) zeigte insbesondere auf:

- welches die bisher konsensual entwickelten Kriterien von Selbsthilfefreundlichkeit im ambulanten und stationären Bereich waren,

- in welcher Weise in KTQ das Thema Selbsthilfefreundlichkeit aufgenommen worden war (als Anreiz, dies als Muster für das eigene QMS zu nehmen),
- welche Absichten für das Manual 2010 von QEP bestanden (die dafür gefundenen Formulierungen waren Ergebnis einer ersten schriftlichen Anfrage an QEP),
- welche publizierten Quellen bzw. Berichte über Modellprojekt und Vorstudien (Werner et al 2006; BKK BV 2008; Trojan et al 2009 a und b) für die befragten Personen verfügbar waren, die an näheren Informationen interessiert waren.

In der ersten noch im Jahr 2008 begonnenen Befragung wurden nur die 7 Qualitätsmanagementsysteme eingeschlossen, zu denen eine vorbereitende Expertise gemacht worden war (2 branchenneutrale und 5 branchenspezifische QMS; vgl. Trojan et al 2009 a). Danach (ab 2009) kamen 2 weitere Erhebungsbereiche hinzu.

Einer davon waren *weitere Qualitätsmanagementsysteme*, die vermutlich geringere Bedeutung haben, weil sie spezifischer sind, gleichwohl langfristig auch interessant sein könnten für die Verbreitung von Selbsthilfe- und Patientenorientierung. Hierzu gehören:

- QisA, das Qualitätsmanagementsystem der KV Sachsen
- das Qualitätsmanagementsystem des Bayrischen Hausärzteverbandes,
- proCum Cert, das Qualitätsmanagementsystem speziell für konfessionelle Krankenhäuser,
- SalutoCert, das neu entstehende Qualitätsmanagementsystem für „alle Einrichtungen mit dem Schwerpunkt komplementäre und integrative Medizin und Heilkunde sowie Gesundheitsförderung“.

Zusätzlich ergab sich ein Kontakt mit dem Qualitätsmanagement im Bereich der Rehabilitation, insbesondere der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED).



Der andere neue Bereich der Recherchen erstreckte sich auf sonstige *relevante Strukturen in der Konzeptionierung und Realisierung von Qualitätsmanagement* in Einrichtungen des Gesundheitswesens:

- Indikatorensystem AQUIK (KBV),
- Indikatorensystem QISA (AOK),
- das Berichtswesen für die obligatorischen Qualitätsberichte der Krankenhäuser,
- das System der (professionellen/kommerziellen) Zertifizierung von Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- Qualitätsmanagement-Beauftragte in (vor allem) stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Gerade auch für diese zuletzt genannten Bereiche war kein standardisiertes Verfahren der Befragung möglich. Im ersten Schritt wurde jeweils ein Schreiben an die identifizierten Ansprechpartner oder die Institution allgemein gesendet, das spezifische Fragen enthielt. Gleichzeitig bekamen sie das Infoblatt zum derzeitigen Stand der Integration sowie einen Artikel aus der Zeitschrift „Test“ (Nr.11, 2009: 86-89), der ausdrücklich die Notwendigkeit hervorhebt, Patienteninteressen beim Qualitätsmanagement zu berücksichtigen. Diese beiden Dokumente und die Fragen, die sich auf das Verhalten der jeweiligen Institution in diesem Bereich richteten, sollten neben der Informationsgewinnung auch der Aktivierung und Motivierung für das Thema dienen.

Die Recherchen erwiesen sich als relativ zäh, insofern als manche der Angeschriebenen gar nicht antworteten oder auf einen späteren Zeitpunkt vertrösteten. In der Regel musste telefonisch nachgehakt werden. Dabei ergaben sich dann aber durchaus relevante und interessante zusätzliche Informationen. Insgesamt sind die Ergebnisse aufgrund wiederholter schriftlicher Anfragen und anschließender Telefoninterviews zustande gekommen. Diesen gingen Internetrecherchen auf den Seiten der betreffenden Institution voraus.

Im Folgenden werden die Ergebnisse wiedergegeben entsprechend unserem Wissensstand Anfang 2012. Mit den zuerst einbezogenen QMS

hatte es mindestens 4 Kontakte gegeben, mit den später einbezogenen Bereichen 2 oder 3 Kontakte (2009 bis 2011).

## **6.1.2 Qualitätsmanagementsysteme der 1. Befragung vom Frühjahr 2008**

### **6.1.2.1 DIN EN ISO**

Im Telefonat mit dem Verantwortlichen wurde deutlich, dass das Deutsche Institut für Normung e.V. lediglich als Normengeber bzw. „Regelsetzer“ wirkt und keine Konformitätsprüfungen vornimmt. Das Thema Patientenorientierung entspricht im DIN Verfahren der Kundenorientierung.

Konformitätsprüfungen werden durch Zertifizierungs- und Inspektionsstellen durchgeführt. Diese müssen jedoch akkreditiert sein. Während es zunächst drei große Akkreditierungsstellen gab, sind diese seit September 2009 vereinigt und zur DGA (Deutsche Gesellschaft für Akkreditierung mbH) verschmolzen worden. Die direkten Kunden dieser DGA sind die Zertifizierungsstellen, die von der DGA akkreditiert werden müssen. Dieses zweistufige Zertifizierungssystem stellt einen relevanten Interventionsbereich dar, da auf dieser Ebene das Bewusstsein und damit auch das bewusste Ansprechen von Selbsthilfefreundlichkeit als Teil der Kunden-/Patientenorientierung gesteigert werden könnte (vgl. 6.1.4.3).

Die DQS (Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen) hat ein Umsetzungsbeispiel für ISO 9001 im Krankenhaus veröffentlicht („Leitfaden Krankenhaus“; <https://de.dqs-ul.com/services/downloads/broschueren-und-produktblaetter/gesundheits-und-sozialwesen.html>). Erwartungsgemäß tauchen dort „Begutachtungsschwerpunkte / Mindestanforderungen“ auf, in denen auch Selbsthilfefreundlichkeit vorkommen könnte: Kundenorientierung (5.2) mit dem Unterpunkt „Patientenzufriedenheitsanalyse“; interne Kommunikation (5.5.3) mit dem Unterpunkt „Qualitätszirkel“; Dienstleistungsrealisierung (7.1-7.2.3) mit verschiedenen Unterpunkten vor allem der Prozessqualität, unter anderem „Koordination beteiligter Stellen“ und „Kommunikation mit dem Kunden“; Dienstleistungserbringung (7.5.) mit dem Unterpunkt „Entlassung und gegebenenfalls Weiterbehandlung von Patienten“ (7.5.1.2.1) sowie Kundenzufriedenheit (8.2.1) mit Methoden zur Informationsbeschaffung. Zu den anderen Bereichen des Gesundheitswesens sind dem Krankenhaus äh-

liche „Leitfäden“ auf der Website der DQS abrufbar (<https://de.dqs-ul.com/home.html>).

Da das System branchenneutral formuliert ist, lassen sich Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit im Krankenhaus nicht unmittelbar integrieren.

#### **6.1.2.2 EFQM**

Schon in der Erstbefragung war deutlich geworden, dass ähnlich wie bei DIN ISO, die Regelgeber nicht die Interventionsebene sind, auf der etwas für Selbsthilfefreundlichkeit erreicht werden kann.

Aus der Erstbefragung ist ein Zertifizierungssystem bekannt, das auf der Basis von EFQM arbeitet: [www.qualitaetspraxen.de](http://www.qualitaetspraxen.de), für das ein Arzt in Bad Krotzingen Anlaufadresse ist. Die Internetseiten scheinen seit 2008 unverändert zu sein. Aus der Erstbefragung liegt die Information vor, dass dieses Qualitätsmanagementsystem „in mehr als 250 Hausarztpraxen implementiert“ sei (Informationen vom 6.7.2008). Auf den aktuellen Seiten (Januar 2012) fehlen nähere Angaben zur weiteren Entwicklung.

Die des weiteren erhobene Information, dass „Qualitätspraxen“ das einzige QM-System seien, das systematisch auf EFQM beruht, dass die Aktivitäten und die Ausbreitung dieses Systems offenbar stagnieren und nicht zuletzt die dezidierte Ablehnung, Selbsthilfefreundlichkeit stärker zu berücksichtigen, führten zu der Einschätzung, dass EFQM und das System Qualitätspraxen kein erfolgversprechender Interventionsbereich für die Aktivitäten des Netzwerkes Selbsthilfefreundlichkeit sind.

#### **6.1.2.3 EPA (European Practice Assessment)**

Wie in der Erstbefragung versprochen, wurde tatsächlich in einem innovativen Konzept zu Qualitätsindikatoren für medizinische Versorgungszentren das Thema der Selbsthilfefreundlichkeit entsprechend unseren Anregungen explizit aufgenommen (Grote-Westrick und Schwenk 2010; Anhang A).

Bei der letzten Befragung von EPA wurde rückgemeldet; Zitat:

„Die seinerzeit im Rahmen der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für medizinische Versorgungszentren aufgenommenen Aspekte zum Thema „Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätskriterium“ sind auch im Abschlußbericht zu dieser Studie aufgenommen worden ... Die Indikatoren sind zwischenzeitlich in das QM-System Europäisches Praxisassessment (EPA) für medizinische Versorgungszentren fest integriert und werden in absehbarer Zeit auch in andere EPA-Systeme aufgenommen. Perspektivisch soll das Thema bei EPA noch umfangreicher erweitert werden. Gerne stellen wir auch einen Text für das Informationsblatt zusammen!“ (Antwortmail vom 14.12.2010)

#### **6.1.2.4 KPQM und qu.no**

Eine getrennte Anfrage an beide Systeme brachte die Auskunft, dass für diese ähnlichen Systeme ein Vertreter der KV Westfalen-Lippe antworten würde. Im Schreiben vom 09.12.2009 führte der Verantwortliche aus:

„Das Qualitätsmanagementsystem KPQM 2006 orientiert sich ausschließlich an den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zum QM in der vertragsärztlichen Versorgung. Ausschlag gebende Intention ist ein Lückenschluss zwischen der Darstellung der Strukturqualität, die durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen z.B. von Abrechnungsgenehmigungen seit Jahren erfolgreich überprüft wird, und der stetigen Zunahme der Überprüfung der Ergebnisqualität.

Hierbei gelang es den Entwicklern von KPQM 2006 ein bewusst sehr schlankes Qualitätsmanagement aufzulegen, das jeder Arztpraxis ermöglicht, erfolgreiche bzw. verbesserte Strukturen und Prozesse der Praxis qualitätsmanagementgerecht abzubilden. So gelingt mit dem KPQM 2006 ein niederschwelliger und zugleich zertifizierungsfähiger Einstieg ins Qualitätsmanagement. (...“

Ein mitgesandtes Buch von B. Schubert et al. (2009; korrigierter Nachdruck) zum KPQM 2006 ließ erkennen, dass das Thema der Selbsthilfefreundlichkeit früher nicht explizit thematisiert wurde. Im Bereich der KV Westfalen-Lippe wurde dann jedoch von 2010 bis Herbst 2011 ein Modellprojekt „Selbsthilfefreundliche Praxis durchgeführt, das als äußerst eindrucksvolles Pionierprojekt der Umsetzung gilt und zur Integration der Kriterien und des entwickelten Verfahrens in das QMS der KV Westfalen-Lippe geführt hat (vgl. ausführlich dazu Abschnitt 3.5).

### 6.1.2.5 QEP

Schon früh war bekannt, dass von Seiten des QEP-Systems an einem neuen Manual für 2010 gearbeitet wurde. Vor allen anderen Anfragen wurde daher die aktuelle Situation bei QEP geklärt, um diese auch als Anreiz für andere Systeme verwenden zu können. Die Formulierungen, was in QEP beabsichtigt wurde, sind in die damalige Version des Infoblattes eingeflossen und dienen auf diese Weise der Information und Aktivierung der anderen Systeme.

Im aktuellen Qualitätsziel-Katalog QEP sind alle Aspekte der Selbsthilfefreundlichkeit mehr oder weniger ausdrücklich enthalten (s. Anhang A).

Die Kooperationsplanung für 2011/2012 mit QEP erfolgte auf der Basis einer Reihe von Vorschlägen (,die in Reaktion auf einen Rundbrief „Qualitätszirkel aktuell“ gemacht wurden). Es wurde das Thema Selbsthilfefreundlichkeit als Thema für eine neue „Dramaturgie“ (so etwas wie ein Fortbildungsmodul) vorgeschlagen und weiterhin angeregt, das Thema Selbsthilfefreundlichkeit bei einer Qualitätszirkel - Fachtagung oder bei einem nationalen Tutorentreffen der Qualitätszirkelmoderatoren vorzustellen. Was genau realisierbar ist, lässt sich derzeit nicht angeben.

### 6.1.2.6 KTQ

Eine der letzten Anfragen an KTQ richtete sich darauf, in welchem Umfang Selbsthilfefreundlichkeit auch in andere KTQ-Manuale einfließen würde. In der Antwort wurde bestätigt, dass insgesamt das Interesse am Thema Selbsthilfe weiterhin groß sei. Die Kataloge für den Bereich der Praxen und für Rehabilitation seien in Überarbeitung. Unsere Ideen zum Thema seien gern gesehen.

Neu bei KTQ sei ein Angebot „Verbund-Zertifizierung“, z.B. MVZ und Kliniken zusammen. Hierzu müssen Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit möglichst konsistent und einheitlich sein (s. Anhang B „Allgemeine Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit“).

In einem Einzelinterview mit einem KTQ-Visitor zeigte sich, dass keineswegs selbstverständlich ist, dass die Visitoren jeden einzelnen neuen Punkt in dem Manual 2009 bewusst wahrnehmen und in ihrer Visitation

berücksichtigen. Daraus resultiert die Aufgabe, auf der Ebene der Visiten weiterere Aufklärung und Information zu leisten.

### **6.1.3 Weitere Qualitätsmanagementsysteme**

In diesem Abschnitt werden diejenigen Qualitätsmanagementsysteme behandelt, die in der ersten Befragung nicht enthalten waren, weil sie quantitativ vermutlich von geringerer Bedeutung sind.

#### **6.1.3.1 QisA**

Nachdem die Ansprechpartnerin identifiziert worden war, kamen sehr freundliche und bereitwillige Auskünfte:

- QisA ist auf den Bedarf in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen zugeschnitten, es orientiert sich sehr stark an QEP (ähnliche Kernziele). Bisher wurden 12 Kernziele/Praxisziele mit Unterpunkten festgelegt.
- Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfeszusammenschlüssen spielt eine Rolle, aber eher am Rande; es wird auf die 3 Kontaktstellen in Sachsen verwiesen, auf eine Telefonliste und Informationen im Wartezimmer.
- Die mitgesandten Qualitätskriterien für Praxen wurden für gut und prinzipiell integrierbar befunden.
- Selbsthilfefreundlichkeit sei bei der nächsten Überarbeitung des Systems „ausbaufähig / stärker zu akzentuieren“. An Informationen hierzu sei man interessiert.

#### **6.1.3.2 Bayerischer Hausärzteverband (BHÄV) und KVB**

Das System des *Bayerischen Hausärzteverbandes* beruhte früher ausdrücklich auf dem KPQM 2006 der KV Westfalen-Lippe. In einer Presseerklärung vom 15.04.2009 erklärt der Bayerische Hausärzteverband, dass er die Abhängigkeit von einem KV-System als nicht mehr hinnehmbar empfinde und daher eigene Wege gehen wolle. Seit Anfang 2009 bietet der BHÄV nun mit dem HÄQM (Hausärztliches Qualitätsmanage-

ment) ein speziell auf Hausärzte zugeschnittenes Schulungskonzept (mit einem eigenen freiwilligen „Hausärztlichen Qualitätssiegel“) an.

Recherchen auf den Seiten der *KV Bayern* ergaben zunächst, dass dort keine Auskünfte über QM-Systeme zur Verfügung gestellt wurden. Interessant war bei der Recherche von 2009 jedoch eine Information, die zeigt, dass die monetäre Belohnung für besonders qualitätsvolle Praxen schon begonnen hat: Die IKK zahlte jeder Praxis in Bayern, die mit einem zertifizierten Qualitätsmanagementsystem arbeitete, einmalig 250 Euro (vermutlich beendet, da 2011 diese Information nicht mehr zu finden war).

Die Seiten der KV Bayern zeigten 2012 eine vergleichende Übersicht zu den aus Sicht der KVB wichtigsten QMS (QEP, KPQM 2006, KTQ, EPA). Ausführlich mit Text wird jedoch nur auf das System QEP eingegangen, das von der KV Bayern offenbar favorisiert wird (<http://www.kvb.de/praxis/qualitaet/qualitaetsmanagement/>; 5.1.2012).

#### **6.1.3.3 SalutoCert**

Es existiert eine Version 1 aus dem Jahr 2009 eines Kriterienkatalogs der SalutoCert GmbH. Nach eigenen Angaben soll SalutoCert insbesondere die Zertifizierung von Einrichtungen übernehmen, die auch oder ausschließlich mit außerschulmedizinischen Heilmethoden, also Methoden der Komplementärmedizin, arbeiten. Die weitere Entwicklung dieses QMS scheint z. Zt. jedoch mangels Nachfrage unsicher zu sein.

#### **6.1.3.4 proCum Cert (pCC)**

Dieses System wird vor allem im Bereich konfessioneller Krankenhäuser verwendet. Auf den Internetseiten ist ein Artikel verfügbar zur Zertifizierung konfessioneller Krankenhäuser (Rier 2000). Das System ist offenbar eng an KTQ angelehnt. Auf den Internetseiten ist ebenfalls verfügbar ein Leitfaden für die Erstellung des pCC-Selbstbewertungsberichtes (vom 29.04.04). Aus diesem eher technischen Dokument wird nochmals deutlich, dass Anteile von KTQ übernommen sind und dass die kirchlichen Einrichtungen insbesondere christlich-ethische Aspekte wie Sozialkompetenz aufgreifen wollen. In einer Liste von Themen, die Kriterien zugeordnet sind, wird bisher allerdings kein Bezug zur Selbsthilfe deutlich. Anfang Januar 2010 haben wir die Information bekommen:

„Da eine Überarbeitung des pCC-Teils im Zuge der Überarbeitung des KTQ-Manuals erst kürzlich erfolgt ist, steht in nächster Zeit keine weitere Überarbeitung unseres Systems an.“

#### **6.1.3.5 Zwischenbilanz**

Für die bis hierher behandelten weiteren QM-Systeme ist zusammenfassend also festzustellen, dass teilweise große Akzeptanz für Selbsthilfefreundlichkeit festzustellen ist, teilweise jedoch auch eher Ablehnung neuer Kriterien zu spüren war. Die Situation in Bayern ist besonders schwer einzuschätzen.

#### **6.1.3.6 Bereich Rehabilitation**

Schon in ihrer „Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX“ vom 27.03.2003 hatte die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im Paragraph 4 bei der Strukturqualität als Kriterien erwähnt: „Einbindung in Versorgungsstrukturen einschließlich der Selbsthilfe“ und „Kooperation mit ... der Selbsthilfe“. Diese allgemeine Empfehlung für den Reha-Bereich bekam stärkere Bedeutung durch eine Gesetzesänderung im Wettbewerbstärkungsgesetz (GKV-WSG) aus dem Jahr 2007, die eine Zertifizierungspflicht für stationäre Rehabilitationseinrichtungen im SGB IX (§ 20) vorsieht.

Entsprechend dem Vorgehen im stationären und ambulanten Bereich wird auch für die Rehabilitation mit 2 Krankenhäusern ein Modellprojekt der Kriterienentwicklung und Umsetzung durchgeführt.

Die Entwicklungen und der aktuelle Stand der Integration von Selbsthilfefreundlichkeit im Rehabilitationsbereich werden ausführlicher in Kapitel 4 beschrieben.

#### **6.1.3.7 Bereich Öffentlicher Gesundheitsdienst**

Auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) gilt die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen als ein wichtiges Element der Reformen und Innovationen der letzten 20 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.

Auf der Jahrestagung 2011 der Ärzte für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Trier wurden die in einem ca. einjährigen Prozess entwickelten Qualitätskriterien von ca. 20 Workshop-Teilnehmenden diskutiert und gemeinsam verabschiedet (Trojan und Nickel 2011b). Die Entwicklung und der aktuelle Stand werden in Kapitel 5 ausführlich beschrieben.

#### **6.1.4 Weitere Strukturen der Steuerung des Qualitätsmanagementsystems**

In der Expertise für den BKK BV und das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit waren auch Informationen zu den beiden bekanntesten Indikatorensystemen vorgesehen, die derzeit entwickelt werden, nämlich AQUIK und QISA. Im Verlaufe der Recherchen erwies es sich ergänzend als notwendig, drei Aspekte des Qualitätsmanagements, die für die weitere Implementierung von Selbsthilfefreundlichkeit wichtig sind, zu berücksichtigen:

Für die Sichtbarkeit von Selbsthilfefreundlichkeit als Wettbewerbsfaktor ist es von großer Wichtigkeit, dass es für die selbsthilfebezogenen Leistungen eines Krankenhauses einen Ort der (Selbst-)Darstellung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser (nach § 137 SGB V) gibt.

Zertifizierer bzw. Zertifizierungsagenturen können eine wichtige Rolle dafür spielen, dass bei der Zertifizierung das Bewusstsein für die Bedarfe der Selbsthilfe thematisiert wird und Geltung bekommt. Zertifizierungsagenturen müssen akkreditiert werden, insofern taucht die Frage auf, ob schon auf dieser Ebene weitere Informationen und Lobbyarbeit für Selbsthilfefreundlichkeit hilfreich sind.

Unmittelbare Umsetzer auf der Ebene einzelner Institutionen sind in der Regel die Qualitätsmanagementbeauftragten. Zusätzlich zu der Aufnahme von Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit dürfte es sinnvoll sein, auch direkt bei den Qualitätsmanagementbeauftragten auf Komponenten der Selbsthilfefreundlichkeit in den Qualitätsmanagementsystemen hinzuwei-

sen und weitere Kompetenzentwicklung für die konkrete Gestaltung von Selbsthilfefreundlichkeit zu stimulieren.

#### **6.1.4.1 Indikatorensysteme AQUIK und QISA**

##### **AQUIK (KBV)**

Ziel des Projektes AQUIK ist die Einführung von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für die vertragsärztliche Versorgung. Es soll das Instrumentarium der KBV für die Messung von Qualität erweitern. Mit einem definierten und abgestimmten Set valider Qualitätsindikatoren soll der erreichte Grad der Versorgungsqualität abgebildet und die Möglichkeit eröffnet werden, Vergütungen an Qualitätsindikatoren zu koppeln (Pay for Performance). In einer ersten Analyse waren bei 200 angeschriebenen Organisationen auch 8 Patientenorganisationen darunter. Damit wird noch geworben. Jedoch gingen die Ergebnisse wegen zu geringer Beteiligung der Patientenorganisationen nicht in die weitere Arbeit ein (KBV 2007 und 2009).

Am 30.09.2009 fand eine Informationsveranstaltung der KBV zur Entwicklung ihrer Qualitätsindikatoren in Berlin statt. Während im Prinzip die vorgestellten Ergebnisse auf eine positive Resonanz stießen, wird auch vermerkt: „Kritisch betrachtete die Ärzteschaft dabei mögliche Risiken einer ergebnisorientierten Vergütung und den Aufwand der dafür erforderlichen Datenerhebung.“ Es wird auch ein Beginn erwogen, der lediglich die Darstellung von Versorgungsqualität mit Hilfe der Indikatoren belohnt (Pay-for-Transparency).

Auf der Veranstaltung wurden auch das Indikatorensystem QISA und ein Vergleich der beiden Systeme präsentiert: Obgleich die Schnittmenge und das Themenspektrum insbesondere bei den Krankheiten sich zum großen Teil überlappen, gibt es auch deutliche Unterschiede. Insbesondere der Bereich allgemeiner krankheitsunspezifischer Indikatoren ist unterschiedlich etikettiert („Praxismanagement“ in AQUIK; in QISA „Allgemeine Qualitätsindikatoren für regionales Versorgungsmodell“).

Auch die Methodik ist eindeutig ähnlich. QISA hat einen hausärztlichen Fokus, während AQUIK generell für Haus- und Fachärzte vorgesehen ist. Beide Systeme sind für unterschiedliche Anwendungen nutzbar. Zwar

werden diese unterschiedlichen Nutzungen verschieden akzentuiert. Im Prinzip sind sie jedoch gleich: Interne Qualitätstransparenz und -verbesserung und letztendlich qualitätsorientierte Vergütung.

### QISA (AOK)

QISA ist das bundesweit erste fertige Qualitäts-Indikatoren-System für die Ambulante Versorgung und stellt ca. 100 sorgfältig begründete Qualitätsindikatoren zur Verfügung. Die ersten drei QISA-Bände sind als Handbuch angelegt und sollen Ärzten in der Einzelpraxis, noch mehr aber auf der Ebene von Arztnetzen oder in anderen Versorgungsmodellen Indikatoren für die Qualität ihrer Arbeit an die Hand geben (Szecsenyi et al. 2009). Seit 2003 wird zusammen mit dem AQUA-Institut an dem System gearbeitet. In Baden-Württemberg ist im Rahmen eines Pilot-Hausarzt-Modells und seit 2008 in dem flächendeckenden AOK-Hausarztprogramm eine vertragliche Regelung enthalten, Indikatoren zu Akzeptanz, Organisation und Versorgung umzusetzen. Auch die AOK Rheinland/Hamburg greift schon in zwei Modellen zur integrierten Vollversorgung auf QISA zurück.

Die Indikatoren beleuchten zentrale Versorgungsbereiche wie Pharmakotherapie, Laboruntersuchungen und neuerdings auch Prävention; den größten Anteil umfassen allerdings indikationsspezifische Indikatoren in den 7 wichtigsten Krankheitsbereichen, wie z.B. Asthma, Rückenschmerzen, Depression.

Der Indikatorensatz enthält unter „B.2.6 Allgemeine Merkmale Arztnetze – Checkliste“ ein Merkmalsbündel mit dem Titel „Patientenorientierung“. Hierin wird nach 7 Punkten gefragt, durch die Patientenbeteiligung und -aktivierung systematisch gefördert werden soll (z.B. Patienteninformationen, Informationsabende, Schulungen, Patientenbeirat).

Aktuell würden Indikatoren der Zusammenarbeit mit Selbsthilfeszusammenschlüssen am ehesten in diesem Bereich in dem System verankert werden können. Fraglich ist aber, ob sie den Relevanzanforderungen entsprechen, die an die benutzten Indikatoren angelegt werden. Denkbar wären auch indikationsspezifische Hinweise auf die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen. Das System soll kontinuierlich überarbeitet und aktualisiert werden.

Nachfragen im Herbst 2011 ergaben, dass sich die Modellversuche im Kinzigtal mit beiden Indikatorensystemen stark verzögert haben. Hauptgrund dafür ist, dass sich auch die zunächst einfach erscheinende Arbeit mit Routinedaten als äußerst kompliziert erwiesen hat, weil diese zwar in allen Praxen erhoben aber völlig unterschiedlich dokumentiert und in der EDV archiviert werden (Melle und Kardel 2011). Insofern ist die prinzipielle Bereitschaft, neue Indikatoren für selbsthilfebezogene Patientenorientierung zu erproben, nochmals verschoben worden auf frühestens Ende 2012.

Ingesamt stellt sich die Entwicklung im Bereich der Indikatorensysteme widersprüchlich dar: Einerseits hat sich der Widerstand gegen Qualitätsindikatoren als Grundlage von leistungsbezogener Vergütung im ärztlichen Bereich formiert und verfestigt. Andererseits sind erste Erprobungen von Qualitätsindikatoren mit innovativen Kooperationspartnern angefangen worden. Erst wenn Ergebnisse zu den angesprochenen Modellversuchen vorliegen, kann sinnvoll weiter exploriert werden, inwieweit die Kooperation mit Selbsthilfegruppen als Qualitätsparameter Eingang finden könnte. Spekulativ kann vermutet werden, dass dies voraussichtlich eher in dem Indikatorensatz QISA im Rahmen des Bereichs „Patientenorientierung“ in der Checkliste für Arztnetze der Fall sein könnte. Dieser Bereich der Arztnetze und medizinischen Versorgungszentren hat in jüngster Zeit deutliche Wachstumsraten zu verzeichnen (vgl. auch die Informationen zu EPA weiter vorn und Kapitel 3.6).

#### **6.1.4.2 Qualitätsberichte der Krankenhäuser**

Dieser Abschnitt geht vor allem zurück auf Dokumentenanalysen und ein Gespräch am 7.12.09 mit Frau Karin Stötzner (SEKIS-Leiterin, Patientenbeauftragte Berlin, seinerzeitige Patientenvertreterin im Unterausschuss „Qualitätsmanagement“ des G-BA) zum Thema Patientenfreundlichkeit im Berichtswesen auf basis der obligatorischen Qualitätsberichte der Krankenhäuser.

Ausgangspunkt für das Gespräch waren einige Dokumente:

- In den „Anforderungen an die Qualitätsberichte nach § 137, Abs. 1, Satz 3, Nr. 6 SGB V aus Patientensicht“ der Patientenbeauftragten für Berlin vom Jahr 2007 wird neben verschiedenen allgemeinen und spe-

zifischen Aspekten der Patientenfreundlichkeit und -orientierung der Berichte auch explizit (Abschnitt 7) nach der „Zusammenarbeit mit Selbsthilfe“ gefragt.

- „Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser lesen und verstehen“ ist ein Anleitungspapier, herausgegeben vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). In diesem Anleitungspapier wird erkennbar, dass es keinen definierten Ort in den von ihrer Struktur her obligatorischen Qualitätsberichten gibt, in denen Patienten schnell das Ausmaß der Patienten- und Selbsthilfeorientierung eines Krankenhauses erkennen können. Am Ende wird auf Portale hingewiesen, in denen Qualitätsberichte zu suchen sind und teilweise auch vergleichend dargestellt werden.
- Exemplarisch wurde in einigen Portalen bzw. Qualitätsberichten nach der Möglichkeit recherchiert, besondere Stärken in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfeszusammenschlüssen oder in der Patientenorientierung allgemein herauszustellen. Anscheinend ist dies vor allem unter dem vorgegebenen Sammelpunkt A-9 „Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungen des Krankenhauses“ der Fall. Für das Universitätsklinikum Hamburg (Teil Altonaer Kinderkrankenhaus) fand sich dort als einer von zehn verschiedenen Punkten auch der nicht weiter ausgeführte Vermerk „Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen“.
- Der neue „Klinikführer“ der Techniker Krankenkasse rühmt sich, dass sein „besonderes Plus“ sei, „dass objektive, vergleichbare Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten mit den ganz persönlichen Bewertungen der Patienten (Patientenbefragung) kombiniert werden. Das Online-Portal ist damit für die TK ein Baustein zur „Unterstützung der Patientensouveränität“ (TK Spezial Hamburg 4/2009).

Zusätzlich zu dem Vergleich von Qualitätsberichten der Krankenhäuser wird in dem Klinikführer der TK bei jedem Krankenhaus eine Rubrik aufgeführt, die jenseits der vorgegebenen Struktur liegt und „Auszeichnungen und Projekte“ heißt. Dies ist ein Ort, in dem besondere Zertifikate, Siegel oder spezifische Projekte (also auch z.B. Selbsthilfefreundliches Krankenhaus) aufgeführt werden können.

Auf Basis dieser unvollständigen und vorläufigen Dokumentenanalyse lassen sich aber doch schon hypothetisch einige relevante Erkenntnisse ableiten:

- Wenn Krankenhäuser mit ihrem Projekt „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung“ Pluspunkte im Wettbewerb erzielen wollen, genügt es nicht, dass sie die Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit möglichst weitgehend erfüllen und evtl. noch auf der eigenen Website des Krankenhauses darstellen.
- Um diese Bemühungen sichtbar machen zu können, müsste in der Struktur der obligatorischen Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser (und ebenso in entsprechenden Anleitungen für Patienten) ein definierter, gut sichtbarer Ort für die Veröffentlichung besonderer Bemühungen um Selbsthilfe- und Patientenorientierung geschaffen werden. Dies würde eine Intervention der Patientenvertreter auf der Ebene der Arbeitsgruppen des G-BA erfordern.
- Ergänzend oder alternativ müsste in Portalen für die Krankenhaussuche und ebenfalls in vergleichenden Darstellungen möglichst sichtbar ein Ort geschaffen werden, an dem Patienten die Informationen zur Patienten- und Selbsthilfefreundlichkeit des Krankenhauses finden. (Eine Variante, wie dies aussehen könnte, liefert der Klinikführer der TK.)

Auf diesem Hintergrund wurde das Interview mit Frau Stötzner durchgeführt. Eine erste Frage richtete sich auf die *Umsetzung der Anforderungen an Qualitätsberichte*. Hierzu gab es in Berlin Aktivitäten. Die Forderung der Krankenhäuser damals war, dass das Ganze reduziert und auf Ja- oder Nein-Antworten hin formuliert würde. Die betreffende Frage, die sich in der reduzierten Form auf Zusammenarbeit mit Selbsthilfeszusammenschlüssen bezog, lautete damals (2006): „Arbeiten Sie kontinuierlich und systematisch (auf vertraglicher Grundlage) mit Selbsthilfeinitiativen zusammen?“

Tatsächlich hätten dann die Berliner Krankenhäuser Verträge mit der Selbsthilfe gewollt und gemacht. Teilweise wurden die mit Leben erfüllt, andernteils führte das lediglich zur Hervorhebung schon bestehender Zusammenarbeit und in einigen Fällen blieb es bei dem Vertrag, ohne dass er zu Aktivitäten führte. Dies sei aber nicht das Hauptproblem ge-

wesen. Hauptproblem war, dass die Verträge zusätzliche Arbeit und Belastungen für die Selbsthilfe gebracht hätten, da die Krankenhäuser die Selbsthilfefzusammenschlüsse ständig für Informationsveranstaltungen und Aufgaben im Krankenhaus angesprochen hätten. Die Selbsthilfefzusammenschlüsse hätten demgegenüber das Gefühl gehabt, dass sie nicht viel davon haben, insbesondere kämen neue Mitglieder eher über Empfehlungen als über die vielen Aktivitäten, die die Krankenhäuser von den Selbsthilfefzusammenschlüssen wünschten. Zwischenzeitlich gibt es jedoch durch die Arbeit der Berliner Agentur Selbsthilfefreundlichkeit sehr positive Weiterentwicklungen und eine eindrucksvolle Dokumentation der Kooperation zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfefzusammenschlüssen in Berlin (Stötzner und Neuhaus 2011).

Ein zweiter Fragenkomplex bezog sich auf die *veröffentlichten Qualitätsberichte der Krankenhäuser*. Hierzu wurde gesagt, dass sowohl die Struktur der Qualitätsberichte als auch die Lesehilfe für Patienten im Unterausschuss des G-BA den seinerzeitigen Konsens darstellten; teilweise seien die Wünsche der Patientenvertreter weitergehend gewesen.

Bezüglich der Portale, insbesondere auch dem wohl am weitesten ausgereiften System, der „Weißen Liste der Bertelsmann Stiftung, hieß es, dass diese nur vergleichend darstellen können, was auch in den Qualitätsberichten enthalten ist. Spezifische Recherchen solcher Portale nach Selbsthilfe- oder Patientenfreundlichkeit seien aufgrund der großen Zahl von ca. 2.000 Krankenhäusern nicht möglich.

Bei einer Veranstaltung des „PatientInnen-Netzwerks Nordrhein-Westfalen“ stand im Vordergrund, wie Patienten patientenfreundliche Einrichtungen finden können. Diesem Workshop vorausgegangen war eine Tagung mit Betroffenen und Fachleuten, bei der ein Diskussionspapier entstand, in dem auch ausdrücklich darauf abgehoben wurde, dass Selbsthilfefreundlichkeit zu den Faktoren gehört, die bei der Wahl eines Versorgungsangebotes für besonders wichtig gehalten werden. Eine Recherche von Internetsuchportalen hatte das Ziel, herauszufinden, ob und gegebenenfalls wie eine Auszeichnung möglichst gut und schnell sichtbar in solche Portale integriert werden könnte. Die Recherche ergab, dass der BKK Klinikfinder die beste Möglichkeit enthielt, Auszeichnungen bzw. Qualitätssiegel als Suchkriterien einzugeben.

Eine weitere neue Entwicklung ist das Online-Netzwerk Qualitätskliniken ([www.qualitaetskliniken.de](http://www.qualitaetskliniken.de)). Dieses Netzwerk erlaubt schon zum jetzigen Zeitpunkt eine Suche, bei der mehrere Qualitätsdimensionen (medizinische Qualität, Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit und Einweiserzufriedenheit) zu einem Index integriert werden.

#### **6.1.4.3 Zertifizierungsagenturen und deren Akkreditierung**

Die ersten Informationen dieses Abschnitts beruhen auf Internetrecherchen und einem Gesprächsprotokoll vom 03.12.2009 mit einer Vertreterin der DQS GmbH, das heißt Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen in Frankfurt. Der erste Kontakt war auf dem KTQ-Workshop Ende November 2009 in Berlin hergestellt worden.

- Bestätigt wird, dass die beste Strategie für Selbsthilfefreundlichkeit ist, auf die „Regelwerksgeber“ einzuwirken, d.h. diejenigen, die Qualitätsmanagementsysteme konzipieren und kontinuierlich weiterentwickeln.
- DQS zertifiziert für eine große Zahl von Managementsystemen und inhaltlichen Bereichen. Gesundheit ist dabei einer von 39 solcher Bereiche.
- Es gibt eine Pflichtschulung für Auditoren, die im Namen der DQS Zertifizierungen vornehmen. Dies könnte ein Ansatz sein für die weitere Verbreitung von Selbsthilfefreundlichkeit: Genauere Informationen für die Auditoren über die Kriterien von Patientenorientierung bzw. besonders der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung a) im Allgemeinen und b) in spezifischen Qualitätsmanagementsystemen. Hierfür besteht bei ihr grundsätzliche Offenheit.
- Erkundigungen nach DIN-ISO und EFQM ergaben, dass diese prozessorientierten Systeme (ohne Checklisten und Fragenkataloge) als branchenübergreifende natürlich kein besonderes Interesse an dem spezifischen Thema Selbsthilfefreundlichkeit haben und außerdem besonders schwerfällig sind. Theoretisch könne man aber Personen finden, die für den Bereich Gesundheit zuständig sind.

Die DQS ist eine der Zertifizierungsstellen, die von der DAG (Deutschen Gesellschaft für Akkreditierung) für ihre Aufgaben akkreditiert sein müssen (vgl. 6.1.2.1. zu DIN ISO).



In einem weiteren Gespräch bei der KTQ-Tagung Ende November 2010 wurde nochmals bestätigt, dass die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen nur eine unter vielen Zertifizierungsstellen ist, dass dieser weitgehende Name jedoch darauf zurückzuführen ist, dass diese Zertifizierungsstelle die älteste in Deutschland (und einzige mit internationalem Wirkungsbereich) ist. Sie zertifiziert für eine große Zahl von verschiedenen Qualitätsmanagementsystemen, darunter auch vor allem KTQ und proCum Cert. Sie zertifizieren nicht nur im Bereich von Krankenhäusern, sondern auch in vielen anderen Bereichen.

- Der Bereich der Akkreditierung und Zertifizierungsstellen ist äußerst komplex. Die Zertifizierungsstellen haben ein unterschiedlich großes Angebot, für welche Qualitätsmanagementsysteme sie selber akkreditiert sind: Für DIN-ISO gibt es ca. 50 akkreditierte Zertifizierungsstellen, für KTQ ca. 15-20, für DE-GEMED ca. 3, für deQus ca. 5-6. Die Akkreditierung als DIN-ISO-Zertifizierer im Gesundheitsbereich verlangt die Vorhaltung von speziell ausgebildeten Auditoren für den Bereich Gesundheit.

Zentralstelle für Akkreditierung ist die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS), die durch das Bundesministerium für Wirtschaft gegründet wurde. Sie führt Akkreditierungen in 9 verschiedenen Bereichen durch, Managementzertifizierung ist einer darunter.

#### **6.1.4.4 QM-Beauftragte in stationären Einrichtungen**

Dieser Abschnitt basiert vor allem auf einem Gespräch mit dem seinerzeitigen Geschäftsführer der GQMG (Gesellschaft für Qualität und Management im Gesundheitswesen) zum Thema Qualitätsmanagementbeauftragte als Zielgruppe für weitere Informationen und Aufklärung über Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen am 8.12.2009.

Ausgangspunkt der Recherche für diesen Bereich war die Information, dass die GQMG (vertreten durch ihre Arbeitsgruppe „Führung und Organisation in Einrichtungen des Gesundheitswesens“) eine umfangreiche Befragung der Qualitätsmanagementbeauftragten im deutschsprachigen Raum plante.

Da bei uns ebenfalls die Idee bestand, eine aktivierende Befragung bei Qualitätsmanagementbeauftragten durchzuführen (in etwa in Analogie zu unseren aktivierenden Befragungen bei Moderatoren von Qualitätszirkeln im ambulanten Bereich), wurde die Gelegenheit genutzt, nähere Informationen über die Möglichkeiten einer solchen Befragung zu eruieren:

- keine genauen Zahlen zu Qualitätsmanagementbeauftragten bekannt; geschätzt ebenso viele wie es Krankenhäuser gibt, das heißt 2.000;
- ca. 50% der Qualitätsmanagementbeauftragten in Krankenhäusern sind Ärzte, die anderen verteilen sich auf verschiedene andere Professionen;
- ca. 700 sind als Mitglieder in der GQMG organisiert, und davon wiederum ca. 60% per E-Mail erreichbar.
- Qualitätsmanagementbeauftragte in der Schweiz sind über die SQMH (Schwesterorganisation der GQMG) relativ leicht zu erreichen; in Österreich geht eine Befragung nur über Schneeballverfahren, ausgehend von einigen Schlüsselpersonen im Qualitätsmanagement, da es dort keine eigene Organisation gibt.

Auch ohne eine Befragung könnte der direkte Kontakt zu Qualitätsmanagern eventuell auch als Methode genutzt werden, weitere Krankenhäuser für die Beteiligung am Netzwerk und die Einführung von Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätskriterium zu gewinnen.

### **6.1.5 Zusammenfassende Empfehlungen für das weitere Vorgehen**

Die Gespräche und Analysen zeigen, dass seit der ersten Befragung der Qualitätsmanagementsysteme deutliche Entwicklungsfortschritte erzielt werden konnten. Erfreulich ist insbesondere, dass auch in einigen Systemen, mit denen nicht unmittelbar kooperiert wurde, die Entwicklungen, angestoßen durch die erste Befragung, weitergegangen sind, die Befragungen also tatsächlich den intendierten motivierenden und aktivierenden Charakter hatten

Durch die weiterreichenden Recherchen ergab sich, dass neben den in ersten Versionen entstandenen Indikatorensystemen für die Qualität am-

bulanter Gesundheitseinrichtungen zusätzliche Strukturelemente des Systems der Qualitätsentwicklung für die Verankerung von Selbsthilfefreundlichkeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens von großer Bedeutung sind.

Im Folgenden werden einige Überlegungen für die weitere Arbeit zusammenfassend bilanziert.

#### **6.1.5.1 Zu Qualitätsmanagementsystemen der ersten Befragung vom Frühjahr 2008**

- DIN EN ISO 9001-2000/2008 hat quantitativ große Bedeutung. Als branchenunspezifisches System hat die weitere Einwirkung auf diesen „Normengeber“ vermutlich keine Bedeutung. Sinnvoller erscheint vielmehr die Intervention bei der deutschen Gesellschaft für Akkreditierung und den Zertifizierungsstellen, die auf DIN-ISO Basis zertifizieren. Ein weiterer Ansatzpunkt könnten die spezifisch für den Bereich Gesundheit ausgebildeten Auditoren bei den ca. 50 akkreditierten Zertifizierungsstellen sein.
- Auf Ebene des branchenunspezifischen Regelsetzers EFQM scheint Intervention ebenfalls nicht sinnvoll zu sein. Auf Basis EFQM arbeitet das System qualitätspraxen.de. Wegen der deutlich geringeren quantitativen Bedeutung von EFQM und auch dem bisher anscheinend stagnierenden System Qualitätspraxen ergibt sich hier kein prioritärer Handlungsbedarf.
- EPA hat in einem Modellprojekt zum Qualitätsmanagement in medizinischen Versorgungszentren vier Kriterien (angeregt durch die Erstbefragung) erprobt. Die weitere Kooperationsbereitschaft ist hoch. Dies könnte im Rahmen weiterer Kooperation mittelfristig auch zur Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das EPA-Indikatorenset führen.
- KPQM und qu.no: Die Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in KPQM ist beschlossen und könnte benutzt werden, um in weiteren Initiativen als positives Vorbild zu dienen. Die hervorragende Ausarbeitung des Vorgehens, um Selbsthilfefreundliche Praxis mit Auszeichnung zu werden, könnte auf Bundesebene besonders in der weiteren Arbeit mit QEP für die Fortbildung von Qualitätszirkel-Moderatoren und

anderen Schlüsselpersonen für die Verbreitung der Kriterien und des Verfahrens verwendet werden.

- Bei KTQ besteht prinzipiell die Absicht, Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit auch in die Managementmaterialien anderer Bereiche als die des stationären einzuführen. Die Überarbeitung hat begonnen. Ein wechselseitiger Austausch mit dem Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen“ wurde vereinbart. Für den Reha-Bereich ist die Kooperation mit KTQ ebenfalls viel versprechend. Die KTQ-Vertreterin ist schon im Beirat des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit. Möglicherweise können noch intensivere Formen der Kooperation gefunden werden, die die Gewinnung neuer Krankenhäuser für die Teilnahme am Netzwerk und die Auszeichnung als „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ermöglichen.

#### **6.1.5.2 Zu weiteren Qualitätsmanagementsystemen**

- Bei QisA handelt es sich um ein Qualitätsmanagementsystem für sächsische Arztpraxen. Durch weitere Werbung für die Übernahme der QEP-Formulierungen könnte eventuell stärkere Berücksichtigung von Selbsthilfefreundlichkeit erreicht werden.
- Ausgehend vom bayrischen Hausärzterverband (der sich unter verschiedenen Aspekten und in verschiedenen Dimensionen generell von der Vertretung durch die KV Bayern zu lösen versucht hat) scheinen sich verschiedene Landesverbände zusammenzutun, um ein spezifisch auf Hausärzte angepasstes Qualitätsmanagementsystem zu entwickeln. Diese Entwicklung ist zu beobachten. Quantitativ könnte dies in der Zukunft relevant werden.
- Das System konfessioneller Krankenhäuser proCum Cert ist an KTQ angelehnt. Auf diesem Wege aber auch wegen der besonderen Akzentuierung ethischer Aspekte und der Sozialkompetenz der Krankenhäuser sind für diesen Bereich weitere Akzente im Sinne der Selbsthilfefreundlichkeit theoretisch möglich. Es schien aber kein großes Interesse an einer Überarbeitung der Kriterien zu bestehen.
- Die Einbindung der Selbsthilfe im Reha-Bereich wird sowohl im § 20 zur Qualitätssicherung als auch in den gemeinsamen Empfehlungen der BAR explizit angesprochen. Diese Ausgangssituation günstig für die weitere Integration von Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit. Dies

soll jedoch erst auf der Basis des laufenden Modellversuchs in Nordrhein-Westfalen geschehen.

### **6.1.5.3 Zu weiteren Strukturen der Steuerung des Qualitätsmanagementsystems**

- AQUIK (der KBV als Leistungsanbieter) und QISA (der AOK als Kostenträger) sind die beiden am weitesten entwickelten Indikatorensysteme für eine zukünftige leistungsbezogene Vergütung im vertragsärztlichen Bereich. Da die meisten Indikatoren krankheitsspezifisch sind, gibt es wenige Bereiche, in denen Selbsthilfefreundlichkeit angedockt werden könnte. Vermutlich würde das Thema aktuell an den hohen Relevanzanforderungen für Einzelindikatoren scheitern. Es gibt jedoch die Kooperationsbereitschaft im Modell der Integrierten Vollversorgung „Kinzigtal“. Dort könnte die erste Erprobung von Indikatoren selbsthilfebezogener Patientenorientierung erfolgen.
- Recherchen zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sind deswegen relevant, weil sie die allgemeine Grundlage für Klinikführer und Such- und Bewertungsportale darstellen, in denen Patienten und professionelle Helfer nach guten Krankenhäusern suchen. Die vom G-BA vorgegebene Struktur der obligatorischen Qualitätsberichte sieht bisher keinen definierten, gut sichtbaren Ort für die Veröffentlichung besonderer Verdienste um Selbsthilfe- und Patientenorientierung vor. Es sollten Patientenvertreter im Unterausschuss „Qualitätssicherung“ des G-BA gewonnen werden, um bei der Weiterentwicklung der Strukturen für Qualitätsberichte im Rahmen des G-BA zu intervenieren. Es gibt zwar auch schon Beispiele für geeignete Zwischenlösungen der Darstellung, aber Erfolge der weiteren Verbreitung in diesem Bereich werden nur mit großem Aufwand möglich sein.
- Sofern Qualitätsmanagementsysteme nicht selber Auditoren/ Visitoren ausbilden (so wie es z.B. KTQ tut), werden Krankenhäuser von Zertifizierungsagenturen (meistens branchenunabhängig) zertifiziert. Diese wiederum sind von der Deutschen Gesellschaft für Akkreditierung geprüft und akkreditiert. Dieses System müsste insgesamt mehr für Selbsthilfefreundlichkeit sensibilisiert und qualifiziert werden.
- Eine weitere relevante Gruppe für die direkte Sensibilisierung und Qualifizierung auf Einrichtungsebene wären Qualitätsmanagementbeauf-

tragte in den Institutionen des Gesundheitswesens. Es wäre interessant, in einer Erhebung festzustellen, was diese Gruppe unter Patientenorientierung versteht, ob Selbsthilfefreundlichkeit als ein Teil davon angesehen wird und wie dieses Thema in den Krankenhäusern umgesetzt wird.

#### **6.1.5.4 Ausblick**

Durch die zwischenzeitliche Gründung und bessere Etablierung des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen (s. Abschnitt 6.2) und dem Plan, dieses Netzwerk durch (zahlende) Mitglieder weiter zu verbreiten und zu verstärken, ergeben sich auch neue Fragen und Akzente. Insbesondere bedarf es weiterer Überlegungen im Netzwerk, inwieweit der Zugang über die Qualitätsmanagementsysteme oder andere Strukturen des Qualitätsmanagements geeignet ist, neue Mitglieder zu gewinnen. Dieses ist vermutlich am erfolgreichsten im stationären Bereich und im Bereich der Rehabilitationseinrichtungen möglich.

Für den Bereich der ambulanten Versorgung ergeben sich wahrscheinlich ähnliche Chancen wie bei KTQ, dass nämlich Vertreter des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit an der Fortbildung von Qualitätszirkelmoderatoren und anderen Multiplikatoren teilnehmen können.

Für alle Elemente des Qualitätsmanagements, d.h. die Regelgeber in den einzelnen Qualitätsmanagementsystemen wie auch die weiteren Strukturen der Akkreditierung und Zertifizierung sind Aktivitäten nötig, die die hohe Akzeptanz von Selbsthilfefreundlichkeit in den Regelwerken transferieren in konkrete Kooperationen einzelner Einrichtungen des Gesundheitswesens mit der organisierten Selbsthilfe. Dabei ist gleichzeitig zu versuchen, diese Einrichtungen nachhaltig in das (im folgenden Abschnitt zu behandelnde) Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen zu integrieren.

## **6.2 Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen**

Alf Trojan, Michael Bellwinkel, Dagmar Siewerts, Stefan Nickel

### **6.2.1 „Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen – gemeinsam für Selbsthilfe und Patientenorientierung“**

Die *Gründung* eines Netzwerks als erster Schritt zu einer dauerhaften Struktur erfolgte 2009, um die in den Jahren seit 2004 in einzelnen Projekten gewonnene fachliche Expertise zu bündeln (Bremen und Siewerts 2009; Siewerts 2009). Die Themen „Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal von Gesundheitseinrichtungen“ und „Kooperationen zwischen Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen“ sollten auf diese Weise in einem definierten Rahmen fortgesetzt werden. Anliegen der Netzwerkgründer/innen war und ist es auch heute noch, neue Impulse für eine qualitätsbasierte und nachhaltige Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen zu setzen und das Konzept im Bundesgebiet zu verbreiten. Die Zusammenarbeit im Netzwerk wird durch eine Koordinationsstelle mit Sitz beim Paritätischen Gesamtverband in Berlin unterstützt, die in Trägerschaft der GSP – Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH des Paritätischen Nordrhein-Westfalen ist und für die Zeit der Projektphase vom BKK Bundesverband finanziert wurde. Zur Verbreitung des Ansatzes im Bundesgebiet wurden Unterstützungsstellen, sogenannte „Agenturen Selbsthilfefreundlichkeit“ modellhaft in insgesamt vier Bundesländern eingerichtet.

Der anfängliche Name „Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen – gemeinsam für Selbsthilfe- und Patientenorientierung“ wurde 2011 vereinfachend verändert in „Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ (SPiG).

Bei den *Netzwerkgründern* handelt es sich um:

1. *GSP - Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH, die Projektgesellschaft des Paritätischen in Nordrhein-Westfalen, Wuppertal:*

Anliegen der GSP ist es, ungewöhnliche und innovative sozial engagierte Projekte, als zentrales Markenzeichen der GSP, auf den Weg zu bringen. Mit Mitgliedsorganisationen des Paritätischen realisiert die GSP Projekte, die im gemeinsamen Interesse sind. In der Selbsthilfe ist der Paritätische das größte Netzwerk von örtlichen Gruppen, landesweit tätigen Organisationen und Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW. Mit dem „Selbsthilfenetz“ unterhält der Paritätische zudem ein eigenes landesweites Internetportal für die Selbsthilfe. Die Förderung von Selbsthilfefreundlichkeit sieht die GSP als Gemeinschaftsaufgabe und als Chance, eine bundesweite Kooperation unter innovativen Akteuren anzustiften.

Im Netzwerk ist die GSP Träger der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW und der bundesweiten Netzwerkkoordination.

### *2. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS):*

Die NAKOS ist die bundesweite Aufklärungs-, Service- und Netzwerkeinrichtung im Feld der Selbsthilfe in Deutschland. Sie vermittelt Kontakte für Interessierte, informiert zu Fragen der Selbsthilfearbeit, unterstützt Selbsthilfegruppen und bietet Qualifizierungsmaßnahmen für Selbsthilfe an. Die NAKOS baut Brücken zwischen Selbsthilfe und Versorgungseinrichtungen und setzt sich für ein selbsthilfefreundliches Klima ein. Im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit informiert die NAKOS bundesweit und macht wichtige Materialien zugänglich für Akteure des Gesundheitswesens und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Selbsthilfekontaktstellen.

Im Netzwerk ist sie fachlicher Ansprechpartner zum Thema „Kooperation von Gesundheitseinrichtungen mit der Selbsthilfe“.

### *3. Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE):*

Das Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie ist seit drei Jahrzehnten in der anwendungsorientierten Forschung über die und mit der Selbsthilfe engagiert.



Im Netzwerk wirkt die Arbeitsgruppe Patientenorientierung und Selbsthilfe beratend und unterstützend durch Expertisen und Begleitforschung.

*4. BKK Bundesverband (BKK BV) und BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen (BKK LV NRW, ab 01.07.2010 BKK-Landesverband NORDWEST):*

Der BKK BV hat zuerst 2004 das Projekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ in Hamburg gefördert, in dessen Rahmen das erste Mal Kriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit abgestimmt wurden. In einem weiteren vom BKK BV in Bayern geförderten Projekt wurde der Ansatz der Selbsthilfefreundlichkeit auf Arztpraxen übertragen. Um beide Ansätze in weitere Regionen zu tragen, haben der BKK BV und BKK LV NRW (ab 01.07.2010 BKK-Landesverband NORDWEST) in der Pilotregion NRW die Erprobung einer Agentur Selbsthilfefreundlichkeit gefördert. Der BKK BV finanzierte zudem bis 2012 die Koordinierungsstelle des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit sowie die Übertragung des Konzeptes auf den Reha-Bereich und den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Im Netzwerk ist der BKK BV zentraler Förderer und zudem an der Konzeption der einzelnen Projekte zur Selbsthilfefreundlichkeit maßgeblich beteiligt.

Bei der sich seit 2009 entwickelnden neuen *Struktur für Selbsthilfefreundlichkeit* handelt es sich in starkem Maße um ein „Kompetenz-Netzwerk“, das sein Know-how auf allen politischen Ebenen zur Verfügung stellt für die Implementierung von Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal von Gesundheitseinrichtungen“.

Das Netzwerk ist offen für die Mitarbeit von Partnern aus der Selbsthilfe und dem Gesundheitswesen, die die Ziele und das Anliegen des Netzwerks unterstützen. Derzeitige Kooperationspartner sind die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).

Weitere Institutionen sind eingebunden über einen Fachbeirat (s.a. Abschnitt 6.2.1.3). Die Mitglieder des Fachbeirats sind Repräsentanten wichtiger Institutionen aus Laien- und Gesundheitssystem, darunter (neben den offiziellen Kooperationspartnern) Paritätischer Gesamtverband,

Kassenärztliche Bundesvereinigung, KOSKON (Koordination für Selbsthilfe in NRW), Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, KTQ GmbH, Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V., Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V., HypoVereinsbank BKK, KV Bayern.

### **6.2.2 Netzwerkmanagement**

Zur Durchführung seiner Aktivitäten hat das Netzwerk eine Koordinationsstelle mit einer Teilzeitkraft „Netzwerkmanagement“ eingerichtet.

Aufgabenprofil der Netzwerkkoordination ist:

- Werbung neuer Gesundheitseinrichtungen als Mitglieder,
- Information und Beratung interessierter Gesundheitseinrichtungen,
- Vermittlung von Beratungsangeboten,
- Koordinierung des Auszeichnungsprozesses für Gesundheitseinrichtungen,
- Pflege der Netzwerk-Homepage,
- Betreuung der Mitglieder des Netzwerks,
- Organisation von Netzwerktreffen und Treffen mit dem Fachbeirat,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Betreuung der Gremien und Organe des Netzwerks.

In der Vergangenheit lag eine wesentliche Aufgabe des Netzwerks in der Koordinierung der einzelnen Projektteile zur Selbsthilfefreundlichkeit.

So stand das Netzwerkmanagement u.a. den Agenturen Selbsthilfefreundlichkeit kontinuierlich als Ansprechpartner für organisatorische und vertragliche Aspekte sowie für allgemeine Fragen zur Verfügung. Zur Qualifizierung der Agenturmitarbeiter und zur Förderung des fachlichen Austauschs untereinander organisierte das Netzwerk 2010/2011 insgesamt vier Workshops. Ebenso kam der *Öffentlichkeitsarbeit* mit ihren verschiedenen Facetten besondere Bedeutung zu, zumal sie eng verknüpft

war mit der Entwicklung von Selbstdarstellungen mittels einer Homepage, der Abstimmung von Logo und einer einheitlichen Corporate Identity, die sich in allen Dokumenten mit einem hohen Wiedererkennungswert zeigt.

Ferner präsentierte sich das Netzwerk auf verschiedenen Veranstaltungen, wie z.B. am 26. Mai 2011 beim Forum „Qualitätskliniken“ oder auf dem jährlichen tagenden KTQ-Forum in Berlin.

In jüngerer Zeit stand die Frage der Überführung des Netzwerks in eine andere Organisationsform im Vordergrund, um die Aktivitäten des Netzwerks nach Auslaufen der Projektförderungen fortsetzen zu können. Dies beinhaltet auch die Überarbeitung bzw. Neugestaltung von Materialien für das Netzwerk, wie z.B. eine Imagebroschüre, ein Beratungsangebot, Informationsmaterialien, die künftigen Gesundheitseinrichtungen als Download zur Verfügung stehen sollen.

Als neue Struktur wurde eine Zusammenführung mit dem Deutschen Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) angestrebt. Im Mai 2011 fand ein erstes Treffen zwischen Vertretern des DNGfK und den Sprechern der Netzwerkgründer beim BKK BV in Essen statt. Die Netzwerk-Koordination hatte hierfür den Entwurf für einen Kooperationsvertrag sowie den Vorschlag für eine Satzungsänderung des DNGfK erarbeitet. Der Grundsatzbeschluss einer Fortführung der Arbeit des SPiG im Rahmen und unter dem Dach des DNGfK wurde dabei erreicht.

Bevor in Abschnitt 6.2.4 auf diese Neuausrichtung des Netzwerks eingegangen wird, sollen zunächst die Unterstützungsagenturen als weitere wichtige Strukturelemente vorgestellt werden.

### **6.2.3 Die Agenturen Selbsthilfefreundlichkeit**

Für die Umsetzung von Selbsthilfefreundlichkeit in einer Einrichtung wird davon ausgegangen, dass es eines Kooperationsdreiecks aus Selbsthilfegruppe, lokaler Selbsthilfekontaktstelle und der Gesundheitseinrichtung selbst bedarf (siehe hierzu das in Abschnitt 2.6 beschriebene Arbeitskonzept). Dazu ergänzend wurde das Konzept einer speziellen weiteren Unterstützungsstelle, einer sog. „Agentur Selbsthilfefreundlichkeit“ entwickelt und in NRW modellhaft erprobt.

Mit der Entwicklung des Agenturmodells wurde auf eine wesentliche Erkenntnis aus dem Hamburger Projekt reagiert. Seinerzeit wurde deutlich, dass ein spezifischer Aufwand sowie entsprechende Kompetenzen nötig sind, um den Akteuren beim Aufbau einer Kooperationsbeziehung und den Gesundheitseinrichtungen bei der Umsetzung der Qualitätskriterien zur Seite zu stehen (vgl. Abschnitt 2.2 Hamburger Modellprojekt). Der dafür erforderliche Aufwand überfordert in der Regel die personellen und zeitlichen Ressourcen von lokalen Selbsthilfekontaktstellen. Eine landesweite Einrichtung kann einen innovativen Impuls setzen, der an bestehende Kooperationen anknüpft und einen Erfahrungs-, Kompetenz- und Wissenstransfer über den regionalen Rahmen hinaus anbietet. Darüber hinaus gehört auch ein spezielles Wissen dazu, wenn eine Gesundheitseinrichtung von der Entwicklung über die Umsetzung bis zur Implementierung von Selbsthilfefreundlichkeit in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement begleitet werden soll.

Aus diesen Gründen hat das Netzwerk seit 2008 den Aufbau ergänzender „Unterstützungsagenturen“ im Bundesgebiet unterstützt. Die erste dieser Agenturen entstand in Nordrhein-Westfalen, angesiedelt bei der lokalen Selbsthilfekontaktstelle des Paritätischen in Bielefeld, weil hier durch die Modellprojekte in diesem Bundesland die größten Erfahrungen bei den verantwortlichen Personen vorlagen und auch für die Weitergabe an andere gut dokumentiert waren.

Der in der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW weiterentwickelte konzeptionelle Hamburger Ansatz zum selbsthilfefreundlichen Krankenhaus beschreibt neben dem beteiligungsorientierten Prinzip die erforderlichen Schritte seitens des Krankenhauses wie auch die Aufgaben einer Agentur Selbsthilfefreundlichkeit zur Beratung und Begleitung des Prozesses mit den Akteuren. Dieses Arbeitskonzept wurde eine verbindliche Grundlage für die Tätigkeit aller „Unterstützungsagenturen“. Die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit informiert und berät Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, wie sie ihre Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen systematisch aufbauen bzw. nachhaltig entwickeln können. Die Agentur erarbeitet mit der Gesundheitseinrichtung die Umsetzung des Konzeptes in enger Zusammenarbeit mit der lokalen Selbsthilfeunterstützungseinrichtung (Selbsthilfekontaktstelle) und den vor Ort aktiven und kooperationsinteressierten Selbsthilfegruppen.

Im Laufe der Arbeit hat sich ein klares *Profil der Tätigkeit von Unterstützungsagenturen* für die Entwicklung von Selbsthilfefreundlichkeit ergeben, das folgendermaßen aussieht:

Die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit bietet:

- Interessierten aus Gesundheitseinrichtungen:
  - Vermittlung von Informationen über Selbsthilfe,
  - Beratung zur methodischen Gestaltung der Kooperation,
  - Unterstützung bei der Umsetzung der Qualitätskriterien;
- Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen:
  - Entwicklung von Zielen und Maßnahmen für die Zusammenarbeit,
  - Bearbeiten und Erkennen von Kooperationspotenzialen,
  - Erschließen von Unterstützungspotenzialen in den Gesundheitseinrichtungen;
- lokalen bzw. regionalen Selbsthilfekontaktstellen:
  - Unterstützung bei der Anregung von Kooperationen vor Ort,
  - Beratung zur (methodisch fundierten) strukturierten Weiterentwicklung bzw. Festigung bestehender Kooperationen,
  - Stärkung der Brückenfunktion in der Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtung.

Konkret bedeutete dies unter anderem: Auftaktveranstaltungen im Krankenhaus planen und durchführen, Entwicklung von Arbeitshilfen für alle Kooperationspartner, Kooperationsvereinbarungen erstellen, regionale und überregionale Öffentlichkeitsarbeit (Veröffentlichungen, Veranstaltungen, Fachtagungen), Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch mit Selbsthilfekontaktstellen und mit Selbsthilfebeauftragten aus Krankenhäusern, Projektcontrolling.

Aufgrund der positiven Erfahrungen mit der Erprobung des Agenturkonzepts in Nordrhein-Westfalen wurde das Modell auf weitere Bundesländer ausgeweitet. Seit Anfang März 2010 besteht dieses Unterstützungsangebot in vier Bundesländern:

*Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Baden-Württemberg.* Die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Baden-Württemberg hat zum 01. März 2010 ihre Tätigkeit aufgenommen. Träger der Agentur ist der Gesundheitstreffpunkt Mannheim e.V. Sie wird finanziell und inhaltlich gefördert durch den BKK Bundesverband, den BKK Landesverband Baden-Württemberg und die mhplus BKK.

Die Agentur fördert die Arbeit von Selbsthilfegruppen und -organisationen am Nationalen Tumor Centrum (NCT) Heidelberg. Das NCT Heidelberg ist eine gemeinsame Einrichtung des Deutschen Krebsforschungszentrums, des Universitätsklinikums Heidelberg, der Thoraxklinik Heidelberg und der Deutschen Krebshilfe. Weitere formelle Kooperationen bestehen mit der St.-Anna-Virngrund-Klinik Ellwangen, der Universitätsmedizin Mannheim (UMM) sowie mit 31 Selbsthilfegruppen.

Auf Wunsch zahlreicher Selbsthilfegruppen und -verbände hat die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit im Herbst 2010 auch Kontakt mit dem überregional bedeutsamen Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) Mannheim und dem Psychiatrischen Krankenhaus des ZI aufgenommen und einen Kooperationsvertrag unterzeichnet.

*Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Berlin-Brandenburg.* Die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Berlin-Brandenburg hat zum 01. April 2010 ihre Tätigkeit aufgenommen. Träger der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit ist die Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle SEKIS. Sie wird finanziell und inhaltlich gefördert durch den BKK Bundesverband und den BKK Landesverband Mitte.

In Berlin gibt es eine langjährige Kooperation mit Krankenhäusern, die vielerorts auch auf Kooperationsverträgen fußt. Auf dieser Basis wurde die Arbeit begonnen. Dabei entstand eine große Zahl von beeindruckenden Beispielen, die in einer Broschüre zusammengefasst wurden und jetzt bundesweit als Beispiele Guter Praxis dienen können (Stötzner und Neuhaus 2011). Ausgangspunkt waren auch in Berlin die acht Qualitäts-

kriterien für die Zusammenarbeit. Es wurde jedoch in starkem Maße den einzelnen Krankenhäusern bzw. ihren jeweiligen Selbsthilfebeauftragten überlassen, welche Kriterien mit welcher Priorität umgesetzt wurden.

*Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Niedersachsen.* Die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Niedersachsen hat zum 01. März 2010 ihre Tätigkeit aufgenommen. Träger der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit ist die Gemeinnützige Gesellschaft für paritätische Sozialarbeit Hannover. Sie wird finanziell und inhaltlich gefördert durch den BKK Bundesverband, den BKK Landesverband Mitte und die Deutsche BKK.

Die Krankenhäuser des Klinikum Region Hannover GmbH (KRH) stärken ihre langjährige Kooperation mit der Selbsthilfe und befinden sich auf dem Weg zur Auszeichnung als „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“. Den Anfang machten das KRH Psychiatrie Wunstorf und das KRH Psychiatrie Langenhagen.

Das Agenturmodell gilt nach wie vor als eine wichtige ergänzende Struktur für die Umsetzung des Konzeptansatzes. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass die in den Teilprojekten entwickelten und erprobten Konzepte zielführend waren und eine Fortsetzung des Ansatzes sinnvoll ist:

Die Unterstützungs- und Beratungsangebote durch die Agenturen haben den gewünschten Erfolg gebracht. Es konnte nachgewiesen werden, dass eine Agentur in der Lage ist, den Ansatz im Bundesland bekannt zu machen, den Beteiligten aus Selbsthilfe und Krankenhaus das notwendige methodische Wissen zu vermitteln und die Kooperation zu begleiten und eine entsprechende Interesse an der Gestaltung der Kooperation zu wecken.

Eine Ausweitung des Agenturansatzes auf weitere Bundesländer ist möglich – ebenso wie die Ausweitung auf (Arzt-) Praxen und den Reha-Bereich.

Eine dauerhafte und zeitlich unbefristete Förderung von landesweiten Agenturen Selbsthilfefreundlichkeit war kurzfristig nicht zu erwarten.

In neueren strategischen Überlegungen wurde die Etablierung eines kostenpflichtigen Beratungsangebotes für Gesundheitseinrichtungen konzipiert.

Langfristig wünschenswert wäre es jedoch, dass solche Strukturen oder zumindest die darin gebündelten Kompetenzen bei mindestens einer Kontaktstelle in jedem Bundesland verfügbar wären.

## 6.2.4 Neuausrichtung des Netzwerks

Seit 2004 sind Konzept und Umsetzung des Qualitätskonzepts Selbsthilfefreundlichkeit für alle großen Bereiche des Gesundheitswesens in vielen kleinen Projekten entwickelt worden. Mittel des BKK Bundesverbandes aus der Förderung ausgesuchter Selbsthilfe-Schwerpunktprojekte haben dabei die bedeutsamste Unterstützung dargestellt. Eine dauerhafte, „institutionelle“ Förderung ist aus dieser Quelle allerdings nicht möglich. Insofern stand zunehmend die Frage im Raum, wie die Arbeit am besten so organisiert werden kann, dass sie sich weitgehend selber trägt. Überlegungen und erste Schritte begannen 2010 und wurden im Laufe des Jahres 2011 zunehmend konkreter. Sie sind allerdings zum jetzigen Zeitpunkt, der Veröffentlichung dieses Buches ca. Mitte 2012, noch nicht abgeschlossen. Die folgenden Beschreibungen geben daher einen bestimmten Entwicklungsstand wieder, der sich im weiteren Prozess noch ändern kann und vermutlich auch wird.

Die verschiedenen Dimensionen der Neuausrichtung hängen eng miteinander zusammen. Wir unterteilen sie hier in die *strukturelle Absicherung*, die *finanzielle Absicherung* durch Angebote und die *interne Strukturierung* des Netzwerks.

### 6.2.4.1 Strukturelle Absicherung unter dem Dach des Deutschen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e.V. (DNGfK)

Die Möglichkeit eines Zusammenschlusses mit dem DNGfK wird seit Ende 2010 / Anfang 2011 verfolgt. Auch der Beirat hat diese Möglichkeit von Anbeginn unterstützt. Das DNGfK verstand sich lange Zeit nur als Netzwerk für *Krankenhäuser*. Die Selbsthilfefreundlichkeit betrifft jedoch auch andere Gesundheitseinrichtungen. Da traf es sich gut, dass sich das



DNGfK an internationale Entwicklungen anpasste und auch für andere Gesundheitseinrichtungen öffnete. Seit 2011 sieht die Satzung ausdrücklich Mitgliedschaften *aller Gesundheitseinrichtungen* vor, sofern sie sich Gesundheitsförderung als hervorgehobenes Ziel setzen. Auch die Rechtsform des DNGfK, nämlich eines gemeinnützigen Vereins, war für das Netzwerk SPiG der geeignetste Rahmen und ersparte eine eigene Vereinsgründung, die nach langer Diskussion als zu aufwändig und nicht zielführend verworfen worden war.

Inhaltlich gibt es von jeher eine enge Verklammerung von Gesundheitsförderung und Selbsthilfegruppen: In der sozialepidemiologischen Theorie sind Selbsthilfegruppen eine soziale „Ressource“, ein Kernelement für soziale Unterstützung. Gesundheitsförderung legt den Fokus (nicht wie Prävention auf die Verringerung von Risiken, sondern) auf die *Steigerung von Ressourcen* für Gesundheitsgewinne. Auch sozialrechtlich sind in Deutschland im Sozialgesetzbuch V Gesundheitsförderung und Prävention im selben § 20 geregelt, der auch die Unterstützung der Selbsthilfegruppen durch die Krankenkassen vorschreibt. Ebenso sind in den Ländergesetzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst die Selbsthilfegruppen und ihre Beteiligung und Unterstützung auf der kommunalen Ebene meist eng mit der Gesundheitsförderung verkoppelt.

Dementsprechend hat das DNGfK schon immer die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen in ihren Mitgliedskliniken unterstützt. Seit der Zusammenarbeit mit dem SPiG wird dies jetzt auch stärker hervorgehoben und im Fall eines Engagements in *beiden* Netzwerken mit einem formellen Anreiz versehen: Strebt eine Gesundheitseinrichtung im DNGfK eine formelle Anerkennung als Gesundheitsförderliche Einrichtung (Stufe 2 der Mitgliedschaft im DNGfK) an, so wird die Anerkennung als Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtung als eines der drei dafür erforderlichen Projekte gewertet.

Trotz der schnellen Übereinstimmung über die Kooperation beider Netzwerke erforderte ihre formelle Verabschiedung die Zustimmung in den Gremien beider Strukturen und konnte erst im April 2012 erfolgen.

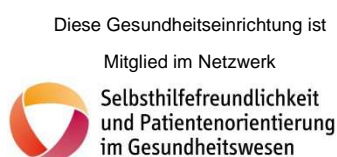
#### 6.2.4.2 Stabilisierung und Verbreitung des Konzeptes durch ein attraktives (Dienstleistungs-) Angebot für Gesundheitseinrichtungen

Anregend für diesen Aspekt war die Sichtung von Unterlagen mit Leistungsangeboten anderer Netzwerke, wie die des DNGfK, des Babyfreundlichen Krankenhauses und des Netzwerks Rauchfreie Krankenhäuser. Vor allem aber aufgrund von Rückmeldungen aus den Krankenhäusern zu einem im Frühjahr 2011 erstellten und mit einzelnen Kliniken erprobten Beratungsangebot und Mitgliedschaftsmodell, kam es zu einer konzeptionellen Neuausrichtung, die zu klaren Zuständigkeiten für die jeweiligen Aufgaben im Netzwerk führen soll.

Zukünftig wird sich demnach das Angebot des Netzwerk SPiG in drei Säulen gliedern: Mitgliedschaft, Schulung/Beratung und eine Auszeichnung. Für die Teilnahme an den Schulungen und die Auszeichnung ist die Mitgliedschaft im Netzwerk obligatorisch.

*Mitgliedschaft und Logo:* Um Mitglied im Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit werden zu können, müssen Gesundheitseinrichtungen:

- eine Selbsteinschätzung ihrer Selbsthilfefreundlichkeit vornehmen und ein Formblatt zur Planung weiterer Aktionen ausfüllen,
- ein Steuerungsgremium zur Koordination und Weiterentwicklung einer selbsthilfebezogenen Patientenorientierung einrichten,
- eine Selbstverpflichtung zur Zusammenarbeit mit der lokalen bzw. regionalen Selbsthilfe (Unterstützungsstelle) vorlegen,
- einen Selbsthilfebeauftragten als Ansprechpartner für die Selbsthilfe benennen und
- eine Absichtserklärung unterzeichnen, selbsthilfefreundlich zu werden, d.h. die Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit des SPiG in ihrer Einrichtung umzusetzen.
- Mitglieder des Netzwerks führen folgendes Logo:



Es wird angenommen, dass besonders die (inzwischen geschützte) Nutzung der Wort-Bild-Marke für die Krankenhäuser ein interessanter Anreiz ist, da diese sehr gut für Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden kann.

Ferner erhalten die Mitglieder Materialien zur Umsetzung des Konzepts und können über das Netzwerk qualifizierte Beratung anfordern, wie die Gesundheitseinrichtung am besten die Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit umsetzen kann. Das Netzwerk bietet den Mitgliedern überdies einen Rahmen zum Erfahrungsaustausch und zur Vernetzung mit anderen selbsthilfefreundlichen Gesundheitseinrichtungen.

Um möglichst viele Krankenhäuser zu einer Mitgliedschaft zu motivieren, auch wenn sicher nicht alle Mitglieder Dienstleistungen in Anspruch nehmen wollen, wurden verschiedene Beitragsmodelle sowie Vorschläge diskutiert, wie attraktive Preise für Gesundheitseinrichtungen gestaltet werden können. Dabei werden Einrichtungen unterschieden, a) die schon im DNGfK drin sind, b) die nur in Selbsthilfefreundlichkeit neu einsteigen wollen, c) die gleichzeitig in beide Netzwerke einsteigen wollen.

Die allgemeinen Grundlagen und spezifischen Beiträge werden im Kooperationsvertrag der beiden Netzwerke geregelt, in der Geschäftsordnung in ihrer jeweils gültigen Form festgehalten und auf der Internetseite des Netzwerks veröffentlicht.

*Schulung/Beratung:* Das Schulungs-/Beratungsangebot wurde noch einmal neu konzipiert. Die zunächst in den Modellprojekten praktizierte engmaschige Begleitung der Krankenhäuser bei jedem Schritt stellte sich als fachlich sinnvoll heraus, aber eine Finanzierung dieser Leistungen ist gegenwärtig nicht zu erwarten. Die Beratungsleistungen, die bislang von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit erbracht worden sind, sollen alternativ in Form einer Schulung für Krankenhaus-Mitarbeiter/innen angeboten werden. In zentral stattfindenden Fortbildungen sollen in Form von verschiedenen Modulen die Selbsthilfebeauftragten und andere Interessenten mit den „Schritten zum selbsthilfefreundlichen Krankenhaus“ vertraut gemacht werden. Die Verantwortung für die Durchführung des Prozesses zur Selbsthilfefreundlichkeit liegt dann bei dem jeweiligen Krankenhaus bzw. dem/der Selbsthilfebeauftragten und dem Steuerkreis. Ergänzend zu den zentralen Veranstaltungen ist auch das Angebot einer Hotline und

die Möglichkeit, Inhouse-Seminare oder Beratungen zu buchen, angedacht.

Gesundheitseinrichtungen, die eine Beratungs- und Unterstützungsleistung vor Ort wünschen, können hierfür über das Netzwerk qualifizierte Berater/innen anfordern, die kostenpflichtig tätig werden. In erster Linie soll hier auf die bereits qualifizierten Mitarbeiter/innen aus den Agenturen Selbsthilfefreundlichkeit zurückgegriffen werden. Wenn das Konzept sich als praktikabel erweist, sollen mittelfristig weitere geeignete Personen, vorzugsweise Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus bestehenden Selbsthilfekontaktstellen, gefunden und qualifiziert werden.

Auf die Frage, ob/wie diese Mitarbeiter ohne eine institutionelle Grundausstattung auskommen und wie sich die Zusammenarbeit zur Netzwerkkoordination gestalten wird, gibt es noch keine abschließenden Antworten. Erfolgversprechend wäre es, wenn der inzwischen angehäufte wertvolle Sachverstand der Personen in den Kontaktstellen, an die die jetzigen Agenturen Selbsthilfefreundlichkeit angegliedert sind, für diese Aufgaben mobilisiert werden kann.

Ein Vorteil der stärkeren Verantwortlichkeit der Gesundheitseinrichtungen und ihrer bedarfsorientierten Unterstützung durch kostenpflichtige Leistungen der Agentur-Fachkräfte kann die Entlastung der lokalen Selbsthilfekontaktstellen sein. Die Verantwortung für die Organisation und Moderation liegt nun vorrangig bei den Selbsthilfebeauftragten der Gesundheitseinrichtungen, die Selbsthilfefreundlichkeit anstreben.

Inwieweit diese Vorgehensweise eine geeignete Alternative zum ursprünglichen Agenturmodell darstellt und ob sowohl die Qualität der Umsetzung des Konzeptes wie auch der Kooperation mit der Selbsthilfe dem Anspruch des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit genügen wird, wird sich in der Praxis erweisen.

Die Bedeutung der Selbsthilfekontaktstellen in dem Kooperationsprozess entspricht der ursprünglichen Konzeption. Sie bleiben weiterhin in der Position, dass sie den gesamten Umsetzungsprozess begleiten und als intermediäre Instanzen zwischen der Selbsthilfe und der Gesundheitseinrichtung vermittelnd wirken. Im Projektkontext war es Selbsthilfegruppen möglich an verschiedenen, überregional organisierten Schulungsveran-

staltungen zur Arbeit im Qualitätszirkel sowie auch an Fachtagungen teilzunehmen. Die Schulung der aktiv in dem Qualitätszirkel beteiligten Selbsthilfegruppen diene der Stärkung der Fähigkeit zur Kooperation als auch der Unterstützung bei der Planung ihrer eigenen Aktivitäten im Krankenhaus („Besuchsdienste im Krankenhaus“, Planung von Veranstaltungen in Kooperation mit dem Krankenhaus/einer Abteilung, Beteiligung im Rahmen von Ausbildungen als Referenten etc.).

Offen ist noch, wie und von wem die Selbsthilfekontaktstellen auf die Ausrichtung ihrer Kooperationstätigkeit in dem Handlungskonzept „Selbsthilfefreundlichkeit“ vorbereitet werden und sie ihrerseits in den Stand versetzt werden, die regionalen Selbsthilfegruppen auf ihre neue und anspruchsvolle Rolle in der Kooperation mit der Gesundheitseinrichtung vorzubereiten sowie zu begleiten. Dies ist eine der unmittelbar anstehenden Herausforderungen für die weitere Arbeit der Stabilisierung und Verbreitung des Konzepts der Selbsthilfefreundlichkeit von Gesundheitseinrichtungen.

#### **6.2.4.3 Das Auszeichnungsverfahren „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“**

Eine Gesundheitseinrichtung im Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit, die die Qualitätskriterien nachweislich umgesetzt hat und eine Auszeichnung wünscht, kann diese gegen die Verwaltungsgebühr von derzeit 500 Euro vom Netzwerk SPiG verliehen bekommen. Hierfür erhält sie eine Urkunde und darf das SPiG-Logo mit dem Zusatz „Diese Gesundheitseinrichtung ist Mitglied im Netzwerk (Logo) und wurde als selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtung ausgezeichnet“ für zwei Jahre führen. Interessierte Gesundheitseinrichtungen erhalten von der Koordinationsstelle des Netzwerks eine Beratung, wie sie die Voraussetzungen für die Auszeichnung am besten erfüllen können.

Die Vergabe der Auszeichnung basiert unter anderem auf einer Selbstbewertung zur Umsetzung der Qualitätskriterien, die vom Krankenhaus im Rahmen eines Qualitätszirkels mit Vertretern der Selbsthilfe durchgeführt wird. Das Protokoll einer zeitnahen Selbstbewertung wird mit weiteren erforderlichen Unterlagen zur Bewerbung für die Auszeichnung an das Netzwerk eingereicht. Festgestellt wird in der Selbstbewertung, ob die in den vorangegangenen Qualitätszirkeln vereinbarten Maßnahmen

zur Umsetzung der Qualitätskriterien in sich schlüssig sind und zu den geplanten Ergebnissen führen. Die Selbstbewertung stützt sich auf eine Bewertungssystematik, wie sie im KTQ-Qualitätsmanagementsystem oder in einem anderen jeweils in der Gesundheitseinrichtung genutzten Qualitätsmanagementsystem gebräuchlich ist, damit die Krankenhäuser hier Synergien herstellen können (s. Abschnitt 2.7). Diese Synergie ist ein besonderer Vorteil, mit dem der Erwerb der Auszeichnung unaufwändig und attraktiv gemacht werden soll (siehe Beispiel Auszeichnungsverfahren am Klinikum Bielefeld in Abschnitt 2.6).

Die Teilnahme an den vom Netzwerk angebotenen Schulungen ist kein Kriterium für die Vergabe der Auszeichnungen. So können sich auch Krankenhäuser, die nicht am Modellprojekt teilgenommen haben oder selbstständig die Kriterien erfüllen, auszeichnen lassen, wenn sie Mitglied im Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit sind. (Auch Nichtmitglieder können sich für die Auszeichnung qualifizieren, müssen dann allerdings eine höhere Verwaltungsgebühr zahlen.)

Dazu reichen künftig alle Mitgliedskrankenhäuser jährlich einen Selbsteinschätzungsbogen ein, in dem die Anforderungen an eine selbsthilfebezogene Patientenorientierung umfassend dargestellt sind. Auch wenn keine Auszeichnung angestrebt wird, dient der Selbsteinschätzungsbogen dem Krankenhaus zur Fortschrittskontrolle in der Erfüllung der erforderlichen Maßnahmen und ist daher mit einem Aktionsplan hinterlegt. Orientierungshilfen sollen die Mitglieder des Netzwerks über Materialien, Mustervorlagen und Beispiele guter Praxis erhalten, die auf der Homepage abgerufen werden können. (Zu den inhaltlichen Aspekten der Selbstbewertung und der Selbsteinschätzung, ihrer Akzeptanz und Durchführung siehe Abschnitt 2.7).

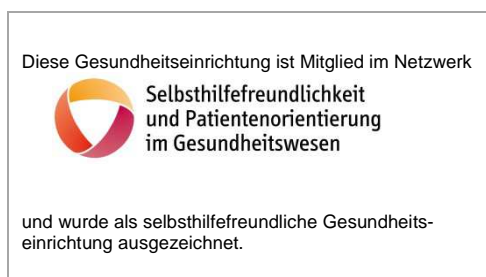
Anhand einer Kurzfassung des Selbsteinschätzungsbogens, die von der Homepage abgerufen werden kann, können sich interessierte Krankenhäuser (auch Nichtmitglieder) mit den Kernanforderungen auf dem Weg zum selbsthilfefreundlichen Krankenhaus vertraut machen. Den Bogen sollen sie im Falle der Beantragung einer Mitgliedschaft im Netzwerk mit einreichen.

Neben der verbindlichen jährlichen Fortschreibung der Selbstbewertung im Qualitätszirkel und der Einreichung der Selbsteinschätzung müssen

für die Bewerbung zur Auszeichnung von der Gesundheitseinrichtung noch folgende Unterlagen eingereicht werden:

- der Nachweis, dass die Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit im internen Qualitätsmanagement verankert sind,
- ein Qualitätsbericht, der als Kern die Ergebnisse der gemeinsamen Selbstbewertung von Krankenhaus und Selbsthilfe enthält und im übrigen von den Krankenhäusern für ihre eigenen Verwendungszwecke frei gestaltet werden kann.

Die eingereichten Unterlagen werden mindestens von zwei Repräsentanten des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit geprüft. Sofern innerhalb von zwei Wochen keine Einwände erhoben werden, erfolgt der Beschluss zur Auszeichnung durch das Netzwerk. Die Auszeichnung besteht in Form einer Urkunde und der Führung des SPiG-Logos mit dem Zusatz „Diese Gesundheitseinrichtung ist Mitglied im Netzwerk (Logo) und wurde als selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtung ausgezeichnet.“



**Abb. 6.2.1 Auszeichnung als Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtung mit Logo**

Die Urkunde wird im Normalfall per Post versendet. Es kann aber auch eine persönliche Übergabe (z.B. im Rahmen einer öffentlichkeitswirksamen Veranstaltung) mit dem Krankenhaus als kostenpflichtiges Angebot vereinbart werden.

Auf der Urkunde wird der Gültigkeitszeitraum von zwei Jahren für die Auszeichnung gut sichtbar angegeben. Für eine Wiederauszeichnung muss sich die Gesundheitseinrichtung erneut qualifizieren. Es sollte möglichst nicht nur das Beibehalten des Status quo, sondern auch ein weiterer Fortschritt in Sachen Selbsthilfefreundlichkeit erkennbar sein.

Noch bestehen Zweifel, inwiefern Krankenhäuser tatsächlich anstreben werden, mehrfach vom Netzwerk ausgezeichnet zu werden. Wir glauben, dass eine Wiederauszeichnung finanziell günstiger und administrativ einfacher sein muss als eine Erstauszeichnung, damit sie attraktiv ist. Insgesamt gehen wir davon aus, dass die genaue Ausgestaltung des Auszeichnungsprozesses sich erst in der weiteren Entwicklung des Netzwerks und seiner Dienstleistungsangebote herauskristallisieren wird. Die ersten Mitgliedshäuser werden bei der weiteren Gestaltung des Auszeichnungsverfahrens eine wichtige Rolle spielen.

#### **6.2.4.4 Interne Strukturierung des Netzwerks SPiG**

Das Netzwerk SPiG ist eine ständige Arbeitsgruppe (AG) im DNGfK (nach § 9 Abs. 8 der Satzung des DNGfK). Es tritt nach außen hin als eigenständige Arbeitsgruppe auf und verwendet dabei auf der eigenen Website ([www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)) und in den Printmedien das rechtlich geschützte Logo des Netzwerks SPiG.

Die Mitgliedschaft im Netzwerk SPiG erfolgt im Rahmen einer Mitgliedschaft im DNGfK. Neu beitretende Gesundheitseinrichtungen, die sich sowohl gesundheitsfördernd als auch in der ständigen Arbeitsgruppe Netzwerk SPiG engagieren wollen, werden ordentliche Mitglieder im DNGfK. Auch Gesundheitseinrichtungen, die zunächst nur selbsthilfefreundlich werden wollen, werden ordentliche Mitglieder im DNGfK.

Darüber hinaus können auch interessierte Einzelpersonen Mitglieder in der ständigen Arbeitsgruppe Netzwerk SPiG werden. Im DNGfK haben sie den Status assoziierter Mitglieder.

Zentrale Anlaufstelle für alle Anfragen und Angebote ist die Geschäftsstelle des DNGfK. Gremien und Organe des Netzwerks SPiG sind die Mitgliederversammlung, der Sprecherrat, Arbeitskreise sowie der Fachbeirat.

Die Mitgliederversammlung findet mindestens alle zwei Jahre statt. Im Rahmen der Mitgliederversammlung wird über aktuelle Entwicklungen im Netzwerk informiert und der Sprecherrat gewählt. Teilnahmeberechtigt sind alle Mitglieder des Netzwerks SPiG. Die Einladung und Organisation der Mitgliederversammlung erfolgt durch die Geschäftsstelle des DNGfK.



Der Sprecherrat besteht aus drei Personen aus dem Kreis der Mitglieder des Netzwerks SPiG, die für 2 Jahre von den Mitgliedern des Netzwerks SPiG gewählt werden. Die Wahl erfolgt im Rahmen der Mitgliederversammlung. Darüber hinaus können Arbeitskreise des Netzwerks SPiG Vertreter als Beisitzer in einen erweiterten Sprecherrat entsenden. Der Sprecherrat tagt mindestens einmal jährlich und wird von der Geschäftsstelle des DNGfK einberufen. Er entsendet zwei Mitglieder in den Kooperationsausschuss, in dem die interne Kooperation der Netzwerke SPiG und DNGfK besprochen und festgelegt wird.

Mitglieder des Netzwerks SPiG können regionale oder thematische Arbeitskreise bilden, die die Entwicklung des Themas Selbsthilfefreundlichkeit voran bringen. Die Arbeitskreise haben die Möglichkeit, einen Vertreter als Beisitzer in den erweiterten Sprecherrat zu entsenden.

Der Fachbeirat ist ein Kollegium mit beratender, unterstützender und empfehlender Funktion ohne Entscheidungs- und Weisungsbefugnis. Er soll dazu beitragen, Fachwissen und Fachinformationen insbesondere im Hinblick auf Einwirkungsmöglichkeiten, Auswirkungen bei den betroffenen Zielgruppen und notwendiges Kontextwissen an das Netzwerk SPiG zu vermitteln. Die Mitglieder des Fachbeirats sind zugleich gebeten, Impulse und Ergebnisse des Modellprojekts in die von ihnen repräsentierten Institutionen hineinzutragen.

Die Mitglieder des Fachbeirats werden vom erweiterten Sprecherrat ausgewählt. Sie repräsentieren Kooperationspartner des Netzwerks SPiG:

- Vertreter/innen der Selbsthilfe,
- Vertreter/innen von Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsakteuren,
- Vertreter/innen des Krankenkassen-Systems sowie
- Institutionen, deren Blickwinkel die Weiterentwicklung des Netzwerks befördern kann.

Der Fachbeirat tagt mindestens einmal jährlich auf Einladung der Geschäftsstelle.

Zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Beitrags standen zwar die Eckpunkte der zukünftigen Arbeit des SPiG fest. Die letztendliche Ausgestaltung wird jedoch ganz davon abhängen, wie gut die verschiedenen Strukturen und Instrumente sich als „realitätstüchtig“ erweisen. Die bisherigen Mitglieder und Akteure des Netzwerks sind offen für alle Ideen und Vorschläge, die das Erreichen der Ziele „mehr Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ erleichtern und verbessern.

## 6.3 Selbsthilfefreundlichkeit: Probleme und Chancen für die weitere Entwicklung und Verbreitung

Alf Trojan, Christopher Kofahl, Klaus Bremen, Stefan Nickel

In diesem Abschnitt versuchen wir abschließend einzuschätzen, inwieweit das Qualitätskonzept Selbsthilfefreundlichkeit als zukunftsfähiger Beitrag für die Stärkung von Patientenorientierung durch Kooperation mit Patienten angesehen werden darf. Eingangs werden die Kriterien für bessere Kooperation in ihrer allgemeinen Form, d.h. unabhängig vom jeweiligen Versorgungsbereich, wiedergegeben (6.3.1). Anschließend werden die Probleme (6.3.2) und Chancen (6.3.3) für die Umsetzung des Konzepts erörtert, um danach mit einem Resümee (6.3.4) abzuschließen.

### 6.3.1 Selbsthilfefreundlichkeit: eine allgemeine, einrichtungsübergreifende Zusammenfassung der Qualitätskriterien

Das Konzept „Selbsthilfefreundlichkeit“ stellt ein Verfahren zur Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitseinrichtungen und organisierter Patientenschaft dar. Auf der Basis von Qualitätskriterien zur Operationalisierung und Evaluation von Selbsthilfefreundlichkeit werden Kooperationen strukturiert, systematisch, nachhaltig und ökonomisch vorteilhaft neu aufgebaut sowie dauerhaft verankert:

- *strukturiert*: durch die Orientierung an Qualitätskriterien, die von Patientenvertretern, Behandlern und Qualitätsverantwortlichen gemeinsam definiert werden,
- *systematisch*: durch eine erprobte, an methodischen Standards orientierte Vorgehensweise bei der Umsetzung der Qualitätskriterien,
- *nachhaltig*: durch die Verankerung der Qualitätskriterien auf *institutioneller* Ebene im einrichtungsinternen Qualitätsmanagement und auf der *Gesundheitssystemebene* in relevanten Qualitätsmanagementsystemen,
- *ökonomisch*: *direkt* durch die Verknüpfbarkeit mit der Zertifizierung von Einrichtungen und *indirekt* durch wettbewerbliche Vorteile von Einrichtungen mit starker Patientenorientierung, - letztere konnten in Studien

bereits gezeigt werden (z.B. Akrich et al. 2008; Allsop et al. 2004; Conklin et al. 2010; Lewin et al. 2001; Shaller 2007; Taylor 2009; Epstein et al. 2010).

Nachdem für verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens zunächst jeweils eigene Kriterien entwickelt wurden, kristallisierte sich im weiteren Verlauf ein Kernbereich übereinstimmender und sektorenübergreifender Wünsche der Selbsthilfegruppen an das Gesundheitssystem als Ganzes heraus. Ende 2011 wurde dieser Kernbereich von sieben Kriterien, sozusagen als Destillat der bisherigen Arbeit, zusammenfassend formuliert und für Kooperationsnetzwerke von unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen für die gemeinsame Nutzung zur Verfügung gestellt. Diese sieben Kriterien geben wir im Folgenden mit Erläuterungen wieder:

Allgemeine Qualitätskriterien „Selbsthilfefreundlichkeit“:

#### *1. Selbstdarstellung ermöglichen*

Die Gesundheitseinrichtung informiert an zentralen Stellen in ihren Räumen und in ihren Medien über den Stellenwert der Selbsthilfe und stellt z.B. Präsentationsmöglichkeiten oder Räume zur Nutzung durch die Selbsthilfe bereit.

#### *2. Über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe informieren*

Die Gesundheitseinrichtung berichtet in ihren Medien und Publikationen über ihre Zusammenarbeit mit der „Selbsthilfe“, d.h. mit Selbsthilfegruppen, -organisationen und Selbsthilfekontaktstellen und unterstützt die Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfe.

#### *3. Auf Teilnahmemöglichkeit hinweisen*

Während des Aufenthalts in der Gesundheitseinrichtung werden Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörige regelhaft und persönlich auf die Möglichkeit zur Teilnahme an für sie geeignete Selbsthilfegruppen hingewiesen.

#### *4. Ansprechpartner/in benennen*

Die Gesundheitseinrichtung benennt für die Selbsthilfe eine/n Ansprechpartner/in und macht diese Person in der Einrichtung und bei Patientinnen und Patienten bekannt.

### *5. Zum Thema Selbsthilfe qualifizieren*

Mitarbeitende der Gesundheitseinrichtung sind zum Thema Selbsthilfe allgemein und hinsichtlich der häufigsten in der Einrichtung vorkommenden Erkrankungen qualifiziert.

### *6. Kooperation verlässlich gestalten*

Gesundheitseinrichtung und Selbsthilfe treffen konkrete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit und zum regelmäßigen Austausch.

### *7. Partizipation der Selbsthilfe ermöglichen*

Die Gesundheitseinrichtung ermöglicht Vertretern und Vertreterinnen der Selbsthilfe die Beteiligung in geeigneten Gremien der Gesundheitseinrichtung (z.B. Ethik-Beirat, Entwicklung von Behandlungspfaden in der Psychiatrie).

Insbesondere die letzten vier Kernkriterien sind eine wesentliche Grundlage für die dauerhafte direkte Kommunikation und Kooperation zwischen Professionellen in den Einrichtungen und Vertretern der Selbsthilfe bzw. der organisierten Patientenschaft. In ihrer Gesamtheit verkörpern alle Kriterien drei zentrale Anliegen der organisierten Patientenschaft und Selbsthilfe:

- Zusammenarbeit organisieren (Kriterien 1 bis 3),
- Nachhaltigkeit sichern (Kriterien 4-6),
- Partizipation ermöglichen (explizit Kriterium 7).

Der Wunsch zu partizipieren ist zwar im engeren Sinne nur in Kriterium 7 angesprochen; implizit ist dieser Wunsch jedoch in allen Kriterien zu spüren. Plakativ könnte man daher auch formulieren: Die Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit sind Qualitätskriterien für die Partizipationsmöglichkeiten von Patienten.

## **6.3.2 Probleme und hinderliche Faktoren für Selbsthilfefreundlichkeit**

Patientenpartizipation birgt je nach Beteiligungsebene und -form die Gefahr einer inhaltlichen, organisatorischen und/oder zeitlichen *Überforde-*

*rung der Selbsthilfe* (vgl. Matzat 2010): So ist beispielsweise mit der Beteiligung in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses und ähnlicher Instanzen die Grenze zu Bereichen überschritten, in denen das *aus Selbstbetroffenheit resultierende Erfahrungswissen* für die Interaktion mit den Repräsentanten der Leistungserbringer und der Leistungsträger nicht mehr ausreicht. Hochspezifische Wissensbestände, Kompetenzen und Verbindlichkeiten gehören zu diesen Rollen, die dem eigentlichen Wesen der Selbsthilfe, dem Austausch von Erfahrungswissen, im Prinzip fremd sind. Gruppen, die sich auf den lockenden Bedeutungszuwachs dieser neuen Rollen einlassen, müssen – kritisch ausgedrückt – mit Verformung und Verfremdung der ursprünglichen Selbsthilfearbeit rechnen: Das „Funktionieren-Müssen“ in den neuen Rollen verhindert, sich den unmittelbaren Aufgaben (emotionale Unterstützung u.a.) wirklich widmen zu können. Eine positive Sichtweise desselben Phänomens würde allerdings hervorheben: Der Erwerb von Spezialwissen führt zu größerer Gesundheitskompetenz und ist damit ein Gewinn für den Einzelnen und das gesamte Gesundheitssystem.

Diese Annahme geht allerdings davon aus, dass Patientenorganisationen stets auf dem neusten und besten Wissensstand sind, welche Bedürfnisse und Interessen ihre Mitglieder haben, damit Patientenvertreter deren Erfahrungswissen und Anliegen adäquat in die Versorgungspraxis einbringen können. Jedoch erfolgt die Erhebung von Patientenerfahrungen noch nicht regelmäßig und systematisch (Sänger u.a. 2008). Auch werden die Daten, sofern sie überhaupt erhoben werden, nicht immer in praktisch auswertbarer Form eingegeben, kodiert und gespeichert. Hier brauchen die Patientenorganisationen mehr Unterstützung, um die Interessen und Erfahrungen ihrer Mitglieder systematisch erheben und auswerten zu können. Die größeren Patientenorganisationen pflegen diesbezüglich bereits seit einigen Jahren Kooperationsbeziehungen zu wissenschaftlichen Einrichtungen, die beratend bis forschend aktiv derartige Unterstützung leisten.

Bedenkliche Facetten der Überforderung von Selbsthilfegruppen in der Kooperation wurden auf dem 10. Hamburger Selbsthilfe-Forum 2003 sichtbar. Um ein paar Beispiele zu nennen:

- quantitative zeitliche Überforderung in einer Rolle wie z.B. bei den Besuchsdiensten einzelner Mitglieder der Kehlkopflosen,

- quantitative Überforderung durch mehrere neue Rollen, z.B. Frauen-selbsthilfe nach Krebs e.V.: Beraterin vor Therapie-Entscheidungen, Besuchsdienste nach Operationen, Patienten-Vertreterin in „Mamma-Zentren“ u.a.m.,
- Überforderung durch Zuschieben von Aufgaben/Aufträgen/Rollen, die in den professionellen Diensten verbleiben sollen.

Diesen letzten Punkt gilt es noch etwas klarer zu umreißen: Beteiligen, Einbeziehen und Kooperieren sind ausgesprochen positiv getönte Ausdrücke für die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und Ärzten. Gefahren dabei sind aber Vereinnahmung, Instrumentalisierung, Manipulation oder sogar Missbrauch. Zwar ergänzen sich professionelle Dienste und Selbsthilfe in vielen Bereichen in idealer Weise; es gibt jedoch insbesondere im Feld der Beratung auch Überlappungen ohne klare Grenzen. So sind für die ärztliche Beratung selbstverständlich die Ärzte verantwortlich. Doch wie weit die ärztliche Beratung inhaltlich reicht, ist zumindest dann diskutabel, wenn lebensweltliche und psychosoziale Aspekte in den Vordergrund treten. Die lebensweltliche Dimension ist ein wesentlicher Kern der „Peer-Beratung“ - da liegt der Gedanke nahe, diese Aufgabe im Bereich der Selbsthilfe zu verorten und an Selbsthilfegruppen „abzuschieben“. Dies wäre jedoch – nicht nur unseres Erachtens – keineswegs im Sinne einer patientenorientierten und partnerschaftlichen Arzt-Patient-Interaktion.

Erste Ergebnisse aus noch nicht ganz abgeschlossenen Befragungen zu diesem Thema bestätigen allerdings diesen Trend. In einem Workshop zum Thema „Patientenorientierung und Selbsthilfefreundlichkeit“ (PatoS) wurde deutlich gemacht, dass die Grenze von „Beteiligung“ zu „Missbrauch der Selbsthilfegruppen“ fließend sei (Nickel und Trojan 2012). Mitglieder einer Stomagruppe berichteten, Krankenhausmitarbeiter hätten ihnen Leistungen „abverlangt“, die eigentlich das Krankenhaus erbringen müsste (fachliche Beratung für Patienten). Eine Sprecherin einer anderen Gruppe bemerkte: „Selbsthilfegruppen werden schon allgemein einkalkuliert“. Die Workshop-Teilnehmer konstatierten als Quintessenz, Patienten würden häufig denken: Je mehr Beteiligung, desto besser! Dies sei aber so nicht richtig. Die Beteiligung der Selbsthilfe habe irgendwo auch eine Grenze; Beteiligung könne auch zur Belastung werden.

Auf diese Weise droht „Missbrauch“ der Selbsthilfe durch professionelle Dienste, um (unter nachvollziehbarem ökonomischen und Zeit-Druck) eigene Aufgaben den Selbsthilfegruppen aufzubürden (durch Verweis auf die Selbsthilfe als Gesprächersatz; um mehr Patienten „durchzuschleusen“ etc.). Sicherlich ist das Wort „Missbrauch“ ein recht harter Ausdruck und in dieser Härte nicht jeder Situation angemessen. Wenn aber alltags-ethische Regeln der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen (SHG) verletzt werden, erscheint uns dieser Begriff am besten geeignet. Zu solchen Regelverletzungen zählen insbesondere:

- Nutzung von SHG, um eigene ärztliche Aufgaben/Verpflichtungen zu umgehen bzw. eigene berufliche Verantwortlichkeiten (insbesondere in der Arzt-Patient-Kommunikation) nicht wahrzunehmen,
- Nutzung von SHG, um den Ruf einer Einrichtung ohne wirkliche inhaltliche Aktivitäten „aufzupolieren“,
- Nutzung von SHG im Rahmen von Marketing-Strategien, z.B. um Hilfsmittel oder Pharmaka leichter abzusetzen.

Dieser letzte Punkt hängt mit der neuen Rolle der Selbsthilfegruppen als Akteur im Gesundheitswesen zusammen: Der größere Gestaltungseinfluss der Selbsthilfe führt zu Vereinnahmungsversuchen durch Dritte, insbesondere durch die Pharmaindustrie. Sofern sich Selbsthilfeszusammenschlüsse vereinnahmen lassen, weil sie finanzielle Förderung benötigen, droht der organisierten Selbsthilfe ein öffentlicher Vertrauensverlust. Damit werden sie leicht als Kooperationspartner der professionellen Dienste diskreditiert. Auch wenn das professionelle Gesundheitssystem, die Gesundheitspolitik und sogar das Wissenschaftssystem an vielen Stellen ihre Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie aufs Spiel setzen, kann und muss von der organisierten Selbsthilfe alles nur Erdenkliche getan werden, um die Neutralität gegenüber mächtigen Interessengruppen sicher zu stellen. Seit einigen Jahren gibt es daher Kodices der größten Selbsthilfe-Dachverbände, die den korrekten Umgang mit Wirtschaftsunternehmen regeln (vgl. dazu BAG SELBSTHILFE 2006 und [www.bag-selbsthilfe.de/neutralitaet-und-unabhaengigkeit-der-Selbsthilfe.html](http://www.bag-selbsthilfe.de/neutralitaet-und-unabhaengigkeit-der-Selbsthilfe.html); 12.5.2012). In sehr differenzierter Weise setzt sich Danner (2012) mit dem Spagat der Selbsthilfe auseinander, einerseits den ausdrücklichen Auftrag der Interessenvertretung zu haben und dies andererseits nicht ohne das Abhängigkeit erzeugende Sponsoring tun zu können.



Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes zum Thema „Neutralität und Unabhängigkeit – Praxishilfen für die Selbsthilfeunterstützung“ hat die NAKOS nicht nur ihre diesbezüglichen Internetseiten aktualisiert und erweitert, sondern auch eine Praxishilfe entwickelt. Diese will Selbsthilfeunterstützer/innen Informationen an die Hand geben, damit sie Selbsthilfegruppen und -organisationen bei den Themenfeldern Spenden, Sponsoring, Kooperation mit Wirtschaftsunternehmen helfen können (<http://www.nakos.de/site/fragen-und-fakten/sponsoring/>; Zugriff: 12.4.2012).

Notwendig ist für die Verhinderung eines Vertrauensschwundes für die Selbsthilfe eine deutlich größere Transparenz darüber, wer wen mit welchen Mitteln fördert. Hierzu gibt es neben der Selbstverpflichtung der Selbsthilfe-Verbände inzwischen auch Anfänge seitens der Pharmaindustrie. So hat der europäische Dachverband der forschenden Arzneimittelhersteller EFPIA am 1. Juli 2008 den "EFPIA Code of Practice on Relationships between the Pharmaceutical Industry and Patient Organisations" in Kraft gesetzt. Dessen Umsetzung für Deutschland erfolgte am 10. Oktober 2008 mit der Genehmigung des „Kodex der Freiwilligen Selbstkontrolle der Arzneimittelindustrie e.V. (FSA) zur Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen“ durch das Bundeskartellamt. Seitdem kann sich jeder Interessierte auf den jeweiligen Internet-Seiten der pharmazeutischen Industrie darüber informieren, welche Selbsthilfezusammenschlüsse wann und zu welchem Zweck wie viele Fördergelder erhalten hat. Auch einzelne Selbsthilfeorganisationen veröffentlichen ihre Förderungen (vgl. [www.vfa.de](http://www.vfa.de)). Eine wirkliche Lösung wäre aber erst ein öffentliches, unabhängiges einheitliche Pflichtregister.

Neben diesem möglichen Problem des Vertrauensverlusts der Selbsthilfe liegt eine wichtige Beschränkung der strukturierten, nachhaltigen Kooperation mit Selbsthilfegruppen darin, dass Bedürfnisse und Bedarfe einiger Patientengruppen nicht repräsentiert sind, die weniger artikulationsfähig sind bzw. sich nicht in Selbsthilfegruppen organisieren. Da wäre in erster Linie an Menschen zu denken, die nur akut und eher kurzfristig krank sind, nach wiedererlangter Gesundheit aber keine Neigung verspüren, sich noch einmal mit der Episode ihrer Krankheit zu beschäftigen. Eine weitere Gruppe könnten die Menschen sein, die zwar dauerhaft (chronisch) krank oder behindert sind, jedoch ihre Anliegen und Erfahrungen nicht wirksam artikulieren und auch nicht an Selbsthilfe teilnehmen kön-

nen oder wollen. Teilweise sind solche Betroffenen zwar durch Angehörigengruppen repräsentiert. Aber auch bei den chronisch Kranken deckt die Selbsthilfe möglicherweise nicht das gesamte Spektrum vorhandener Erfahrungen ab: An Selbsthilfegruppen nehmen nur fünf bis neun Prozent der Bevölkerung teil (Trojan et al. 2006), während ein wesentlich höherer Prozentsatz chronisch krank ist (abhängig von der Definition).

Vermutlich hat eine ähnliche Erwägung wie diese die Bundesregierung veranlasst, in ihrer Patientenbeteiligungsverordnung vom 19.12.2003 nicht nur die Organisationen der Selbsthilfe, sondern fast gleichgewichtig auch diejenigen der professionellen Unterstützer als beteiligungsfähig zu definieren. Denn sie können stärker die Sichtweisen derer einbringen, die nicht selbsthilfe- und organisationsfähig, aber viel stärker als „normale“ chronisch Kranke auf eine wirksame Interessenvertretung angewiesen sind.

Eine letzte grundlegende Frage ist ebenfalls nicht abschließend geklärt (und ist vermutlich auch nicht zu klären): Sind die Patienten als Partner in der Qualitätsverbesserung wirklich immer ernsthaft und ehrlich gewünscht? Angesichts vieler langjähriger, wenig erfolgreicher Bemühungen um eine Verringerung der Asymmetrie in der Arzt-Patient-Beziehung ist Misstrauen angebracht, ob die Patienten wirklich in einer neuen Rolle gewollt werden. Dies gilt auch für die Rolle des informierten Konsumenten. Schwartz (1998) hat festgestellt, dass es hier mehr Rhetorik als tatsächlichen Fortschritt gibt; wörtlich: „Die Stärkung der Rolle der Konsumenten im Gesundheitswesen ist zwar rhetorisch vorgetragen, aber kaum angemessen entwickelt. Die vorherrschende Orientierung ist geprägt von dem traditionellen Muster der patriarchalischen Arzt-Patienten-Beziehung.“ Zwar lässt sich mehr als 10 Jahre später feststellen, dass auf der strukturellen Ebene die Stärkung der Konsumentenrolle unübersehbar ist; ob dies aber auch auf der Mikro-Ebene der Arzt-Patient-Beziehung gilt, ist eher zweifelhaft. Auch auf der Patientenseite muss kritisch erkannt werden, dass sich zwar die Mehrheit der Patienten für mehr Autonomie und Selbstbestimmung in Diagnostik- und Therapieentscheidungen ausspricht, ein gutes Viertel aber auch lieber dem Arzt die Entscheidung überlässt (Coulter und Jenkinson 2005) und somit die traditionelle patriarchalische Arzt-Patienten-Beziehung unterstützt.

Ein Problem ganz anderer Art betrifft die Frage, ob sich Selbsthilfefreundlichkeit ohne eine entsprechende Unterstützungsstruktur wirklich weiter ausbreiten kann. Das in Abschnitt 6.2 geschilderte Netzwerk ist als eine solche Struktur für die kontinuierliche Weiterentwicklung konzipiert. Seine Existenz basiert aber auch auf der Annahme, dass die angebotenen Dienstleistungen den Einrichtungen des Gesundheitswesens als wertvoll genug erscheinen, um sie „einzukaufen“. Innerhalb des Netzwerks herrscht der Eindruck vor, dass noch einige Überzeugungsarbeit zu leisten ist, um Selbsthilfefreundlichkeit bei vielen innovationsresistenten Gesundheitseinrichtungen in diesem Sinn „wertvoll“ zu machen. Mangelnde Ressourcen für die Überzeugungsarbeit und die Infrastruktur des Netzwerks sind ein hinderlicher Faktor für die zukünftige Entwicklung.

### **6.3.3 Chancen und förderliche Faktoren für Selbsthilfefreundlichkeit**

Eine tragende Welle für die zukünftig höhere Geltung der Selbsthilfegruppen ist ihre Bedeutung für die *Zivilgesellschaft, Ehrenamt und Bürgerengagement* (Trojan 1999). Gerade die Gruppen von Kranken übernehmen wichtige Rollen in der Beratung und teilweise sogar der Betreuung von Mitbetroffenen. Diese Leistungen sind mit gewissen Einschränkungen auch ökonomisch berechenbar (Engelhard et al. 2009).

Im Ergebnis einer Befragung von Kontaktpersonen der Hamburger Selbsthilfegruppen von 2003 ist das freiwillige Engagement im Gesundheitswesen bei 49% der untersuchten Hamburger Selbsthilfeszusammenschlüsse Bestandteil der gemeinsamen Aktivität, bei den anderen 51% ist dies entweder für die Zukunft geplant (16%) oder tatsächlich ausdrücklich nicht gewollt (35%). Bei den Selbsthilfeszusammenschlüssen im Bereich somatischer Erkrankungen war die letztgenannte Zahl deutlich niedriger: Nur 23% wollen sich *nicht* an Qualitätsverbesserungen im professionellen System beteiligen (Trojan et al. 2004: 64-66).

Die andere tragende Welle für Selbsthilfe ist die neue *Mitbestimmungsrolle* im Rahmen von Qualitätsmanagement und Steuerung des Gesundheitswesens. Diese Welle ist stark genug, um die Selbsthilfebewegung und die Patienteninteressen „hochzutragen“. 2003, also vor Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, das die Patientenbeteiligung systematisch einführte, untersuchte eine Hannoveraner Studie mit dem

Titel „Selbsthilfe – Kooperation und Beteiligung in Deutschland (SeKBD)“ unter anderem auch die Wünsche und die Bereitschaft in den Selbsthilfestrukturen, sich aktiv an der Gestaltung des Gesundheitswesens zu beteiligen. Die Ergebnisse zeigten eine hohe Beteiligungs- und Kooperationsbereitschaft bei gleichzeitig geringen Beteiligungsmöglichkeiten aus Sicht der Befragten (Dierks et al. 2005). So forderten 80% der Vertreter/innen der Selbsthilfe Mitbestimmung und Partizipation insbesondere bei politischen Entscheidungen. Aber auch für alle anderen Strukturen auf der Meso- und Mikroebene wurde mehr Kooperation und Beteiligung an der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen ausdrücklich gewünscht. Eine spätere Studie mit derselben Frage brachte im Wesentlichen die gleichen Ergebnisse, also dieselben wahrgenommenen fehlenden Partizipationsmöglichkeiten (Kofahl et al. 2009).

Die Beteiligung durch direkte Kooperation mit den Patienten hat aber nicht nur demokratiethoretische, sondern auch *instrumentelle* Hintergründe: Im Forum zur Entwicklung und Umsetzung von *Gesundheitszielen in Deutschland* wurde dies deutlich und beispielhaft formuliert (Gesundheitsziele.de 2003:168; siehe auch die Aktualisierung 2011):

„Im Zusammenhang mit dem Ziel ‚Steigerung der Gesundheitskompetenz‘ sind eine Vielzahl von Ansatzpunkten denkbar. Themen wie ‚Patientenorientierung im Gesundheitswesen‘, ‚neue Rolle‘, Patienteninformation, Patientenberatung, Selbsthilfe, Bürger- und Patientenbeteiligung sowie Patientenrechte sind eng miteinander und mit dem Thema ‚Kompetenz‘ verflochten. Sie gewinnen auch in der deutschen Diskussion zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, zur Ergebnisorientierung sowie zur effektiveren und effizienteren Mittelverwendung an Bedeutung. Der Blick auf gesundheitliche Kompetenz kann ressourcenorientiert oder defizitorientiert erfolgen. Die ressourcenorientierte Sichtweise wertet Kompetenz und Partizipation als Schlüsselqualifikationen der Bürger(innen) und Patient(inn)en, die ‚... einen wesentlichen Einfluss auf Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems ausüben.‘ Folgerichtig werden Patientinnen und Patienten zunehmend als Bündnispartner von Qualitätsexperten in die Verbesserung von Versorgungsstrukturen einbezogen.“

Entsprechend diesen Einsichten und Zielsetzungen haben sich die gesetzliche Verankerung der Selbsthilfe, ihre Unterstützung und Förderung sowie auch ihre Mitwirkungsmöglichkeiten deutlich verbessert (vgl. RKI 2004 und 2006; NAKOS 2008). Dies zeigt sich an dem Ausmaß, in dem

Patienten bzw. Patientenzusammenschlüsse schon an der *Qualitätsentwicklung des Gesundheitssystems* beteiligt werden:

- Selbsthilfefzusammenschlüsse sind an der Entwicklung Nationaler Leitlinien beteiligt.
- Die Kooperation mit Selbsthilfefzusammenschlüssen ist ein Anerkennungskriterium für Brust-, Darm- und Onkologiezentren.
- Es gibt Kooperationen im Rahmen von Qualitätsnetzwerken (z.B. Universitäres Herznetz Norddeutschland e.V.).
- Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (80. GMK 2007) empfiehlt, für die Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems die Einbindung von Selbsthilfeorganisationen vorzusehen.
- Vertreter/innen von Selbsthilfefzusammenschlüssen arbeiten in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit, in denen maßgebliche Entscheidungen für die Qualitätssteuerung des Gesundheitswesens getroffen werden.
- Die Zertifizierung von Myasthenie-Zentren erfolgt in Trägerschaft der Deutschen Myasthenie Gesellschaft und unter Beteiligung von Patienten in den Audit-Teams und den Zertifizierungsgremien (Bungard et al. 2010).

Die Beteiligung von Bürgern und Patienten an der Gestaltung der Gesundheitsversorgung ist also in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Die Strategien dabei waren einerseits die explizite Aufnahme der *Kooperation mit Selbsthilfefzusammenschlüssen und ihre finanzielle Unterstützung* in die Sozialgesetzbücher I, V, VIII, IX sowie XI und XII und andererseits die formelle Beteiligung in den Gremien des gemeinsamen Bundesausschusses und weiterer, zumeist auf der Makro-Ebene (d.h. bundesweit) angesiedelter Institutionen und Gremien.

Für die Meso-Ebene einzelner Gesundheitseinrichtungen lässt sich diese Aussage nicht in gleicher Weise treffen: Dort gibt es eine große Kluft zwischen der programmatisch geforderten und der realisierten Patientenorientierung und Betroffenen-Partizipation. Selbsthilfefreundlichkeit als Strategie, externe Patientenorientierung dauerhaft zu implementieren, er-

scheint uns geeignet, diesem *Nachholbedarf auf der Meso-Ebene* in systematischer Weise abzuhelpfen.

Ein wichtiger fördernder Faktor sind sicher auch die eingangs schon erwähnten wachsenden Belege für den medizinischen und ökonomischen Nutzen von Patientenorientierung. In verschiedenen Studien wurden Korrelationen gefunden, die darauf hindeuten, dass Patientenorientierung die Behandlungsergebnisse verbessert:

- bei Gelenkersatzoperationen (funktionaler Status, geringere Infektionen und Verweildauer, Compliance) (Di Gioaia 2008),
- bessere 1-Jahres-Überlebensrate bei Herzinfarktpatienten (Meterko et al. 2010),
- niedrigere Dekubitus-Raten und Komplikationen im Vergleich von 927 Krankenhäusern (Isaac et al. 2010),
- höhere allgemeine Patientenzufriedenheit sowie bessere Werte für „Weiterempfehlung“ und „Bereitschaft wiederzukommen“ (Iacono 2001).

In der Studie über Krankenhäuser eines großen amerikanischen Konzerns wurde der Fokus darauf gelegt, wie Patientenorientierung das ökonomische Ergebnis verbessert (Charmel und Frampton 2008). Solche Krankenhäuser ernten finanziellen Nutzen („reap financial benefits“) durch:

- verringerte Aufenthaltsdauer,
- niedrigere Kosten per Fall,
- verringerte negative Behandlungsergebnisse,
- verringerte Fehlbehandlungsansprüche,
- niedrigere Personalfluktuation,
- niedrigere laufende Kosten,
- höherer Marktanteil.

Eine andere Studie zur Verankerung von Patientenorientierung in Gesundheitseinrichtungen (Luxford et al. 2011) ist deswegen so interessant, weil sie im Ergebnis zeigt, dass die Erfolgsfaktoren für die Implementation von Patientenorientierung sehr große Ähnlichkeit mit den Kriterien für Selbsthilfefreundlichkeit haben, und somit unsere These bestätigt, dass durch die Umsetzung der Kriterien eine Gesundheitseinrichtung allgemein patientenorientierter gemacht werden kann.

In der folgenden Tabelle soll die Ähnlichkeit durch eine Gegenüberstellung noch deutlicher sichtbar gemacht werden.

**Tab. 6.3.1: Positivfaktoren aus der Studie zur Patientenorientierung und Qualitätskriterien der Selbsthilfefreundlichkeit im Vergleich**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• POSTIVFAKTOREN für hohes Ausmaß von Patientenorientierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KRITERIEN für hohes Ausmaß von Selbsthilfefreundlichkeit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Starkes Engagement der Leitungsebene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbsthilfebeauftragte/r benannt</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klare (einrichtungsinterne) Kommunikation als strategisches Leitbild</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation formal beschlossen und dokumentiert</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• aktive Beteiligung der Patienten und ihrer Angehörigen in der Einrichtung (organisatorisch in USA meist in Form von Beiräten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten und Angehörige werden regelmäßig informiert, z.B. über Besuchsdienste (bei uns: von Selbsthilfeorganisationen);</li> <li>• Mitwirkung in Qualitätszirkeln, Ethikkommission u.ä.</li> <li>• Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetenzen des Personals (weiter-) entwickeln</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Messung von Patientenerfahrungen und Berichterstattung darüber</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch mit Selbsthilfegruppen</li> </ul>

Als letzter positiver Faktor für die zukünftige Entwicklung soll hier noch der enge *Zusammenhang von Selbsthilfefreundlichkeit mit Konzept und Praxis der Gesundheitsförderung* hervorgehoben werden. In diesem von der WHO entwickelten und in alle Mitgliedsländer transferierten Ansatz spielen Ziele wie Gesundheitskompetenz, Empowerment und Partizipation eine herausragende Rolle. Selbsthilfefreundlichkeit ist ebenfalls direkt auf diese Ziele ausgerichtet. Weiterhin heißt eines der fünf zentralen Handlungsfelder der Gesundheitsförderung „Neuorientierung der Gesundheitsdienste“. Auch hier ist die starke Verwandtschaft der beiden Konzepte unmittelbar spürbar.

Die Einbettbarkeit bzw. Einbettung in das Konzept der Gesundheitsförderung hat sicherlich auch zur Rezeption des Konzepts im deutsch- und englischsprachigen Ausland beigetragen.

In dem österreichischen Bericht „Selbsthilfegruppen als Partner der Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ von Forster und Rojatz (2011) wird dem Zusammenhang der beiden Konzepte systematisch nachgegangen. In ihrer Zusammenfassung schreiben sie, dass selbsthilfefreundliche Krankenhäuser ebenso wie gesundheitsfördernde Krankenhäuser wesentliche Beiträge zur Qualitätsentwicklung und Patientenorientierung beigesteuert hätten, dass aber die wechselseitigen Bezüge bisher nur spärlich seien. Sie schließen mit dem Satz: „Eine wechselseitige Bezugnahme könnte beträchtliche Synergiepotentiale für eine Reorientierung der Gesundheitseinrichtungen bieten“ (ebd.: 9).

Die strukturelle Neuorientierung des Netzwerks SPiG und seine Einbindung in das „Deutsche Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ (s. 6.2.4.1) erscheint angesichts der vorstehenden Einschätzung als richtiger Schritt für die zukünftige Weiterentwicklung.

Abschließend gilt es, die demografische Entwicklung mit ihrer Zunahme an alten und chronisch kranken Menschen (mit einer wachsenden Anzahl dementiell veränderter Menschen) in der Perspektive der Selbsthilfefreundlichkeit zu betrachten. Insbesondere aus dieser Zunahme ergibt sich die Notwendigkeit für die im Gesundheitswesen professionell Tätigen, mit dem Laiensystem stärker zusammenzuarbeiten. Hier liegt eine



Chance für die weitere Entwicklung von Selbsthilfefreundlichkeit auch in einem weitverstandenen gesellschaftspolitischen Sinn.

In dem Abschlussdokument einer hochrangigen Expertengruppe, die sich drei Jahre lang mit Innovationen im Gesundheitswesen befasste, wird die Bedeutung des Laiensystems klar gewürdigt: „Das Gesundheitssystem muss sich grundlegend umorientieren, um Bürger, Versicherte und Patienten als aktiv Handelnde in ihren Gesundheitsprozessen optimal zu unterstützen und die ganzheitliche Berücksichtigung ihres Bedarfs und ihrer Bedürfnisse zu ermöglichen“ (Fraunhofer ISI 2009: 3).

Dieses notwendige neue Zusammenarbeiten wird in Fachkreisen Ko-Produktion genannt. Die Fähigkeit zur Ko-Produktion bzw. zum Zusammenwirken mit anderen ist eine der zentralen Versorgungsanforderungen für eine sich demografisch verändernde Gesellschaft. Die Ko-Produktion bei der Versorgung chronisch kranker alter Menschen wird das heutige Modell der Akut-Behandlung mittel- und langfristig verändern.

Mit Ko-Produktion ist keineswegs gemeint, dass der Arzt für das Medizinische und die Selbsthilfegruppe für die Seele zuständig ist: Menschen in der Selbsthilfe werden vielmehr auch in den medizinischen Fragen zu kritischen, kompetenten und informierten Patientinnen und Patienten.

In den Selbsthilfeorganisationen gibt eine Reihe von Ärztinnen und Ärzten, die die Arbeit der Selbsthilfe abends und am Wochenende unterstützen und die einen Blick für den Stellenwert der Selbsthilfearbeit haben. Mit solchen Expertinnen und Experten, die den Blick auf die Grenzen der eigenen Expertise richten, werden neue Arbeitsbündnisse in der Gesundheitsversorgung möglich – Bündnisse, die ärztliche Heilkunst und Laienengagement neu kombinieren und einem veränderten Krankheitsspektrum angemessener sind.

Der Ansatz der Selbsthilfefreundlichkeit liefert die Matrix für stabile und nachhaltige Arbeitsbündnisse zwischen Expertinnen und Experten und Laien – für Arztpraxen ebenso wie für Krankenhäuser.

Was jetzt als Handlungsansatz „Selbsthilfefreundlichkeit“ manchen eher als vernachlässigbares „Beiwerk“ für Arztpraxen und Krankenhäuser erscheint, könnte sich in einer demografisch veränderten Gesellschaft als

Kernkonzept für ein neues Arbeitsbündnis zwischen den sogenannten Laien und dem professionellen Versorgungssystem erweisen.

### 6.3.4 Resümee

Das Thema der Beteiligung von Patienten an der Versorgungsgestaltung hat eine lange Geschichte. Schon 1979 wurde ein vom damaligen Bundesministerium für Forschung und Technologie geförderter Forschungsverbund zum Thema „Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe“ eingerichtet, um die Kooperation zwischen Laien- und professionellem System zu untersuchen (Badura 1979). Die Publikationen dieses Forschungsverbundes befassen sich mit dem Thema Patientenbeteiligung explizit in Form von ...

- strukturellen Beziehungen zwischen gesundheitsbezogenem Handeln von Laien und Professionellen und der Aufgabe, Handlungs- und Gestaltungsspielräume dafür zu entwickeln (Forschungsverbund 1987: 17),
- Verbindungen und wechselseitiger Förderung beider „Systeme“ (ebd.: 20 ff.),
- Handlungschancen der Bürger unter den Vorgaben eines sozialstaatlichen Systems der Versorgung mit medizinischen und sozialen Dienstleistungen (ebd.: 20),
- Nutzung von „Chancen der Selbsthilfe in den verschiedenen Kontexten der Versorgung“ (ebd.: 28).

Auch in den späteren Public Health Forschungsverbänden taucht das Thema auf, wenn auch nur rudimentär (Findeiß 2000; Stark 2001). Ungefähr um dieselbe Zeit entstanden die ersten programmatischen politischen Statements gesundheitspolitischer Entscheidungsträger und Sachverständiger zur Patientenbeteiligung und stärkeren Patientenorientierung (GMK 1999; SVR 2000/2001).

Tatsächlich sind alle diese Themen immer noch und stets von neuem aktuell. Die Entwicklung hat hier in den letzten zehn Jahren nochmals deutlich an Tempo zugenommen, insbesondere seit sich das Gesundheitswesen immer deutlicher zu einem „Markt“ für den Erwerb des individuellen Gutes „Gesundheit“ entwickelt. Die schon vorher vorhandene,

jetzt aber noch forcierte „Anbieterdominanz“ im Gesundheitswesen durch die Privatisierung vormals öffentlicher Gesundheitseinrichtungen erfordert durch den damit verbundenen Wettbewerb eine Stärkung der Nachfragerseite: „Konsumenten“, „Kunden“ bzw. „Nutzer“.

In „echten“ Märkten haben Wettbewerb und Profitorientierung auch positive Wirkungen auf die Qualität von Produkten. Das Gesundheitswesen ist jedoch kein echter Markt, weil dieser gesetzlich derart stark reguliert ist, dass sowohl Leistungserbringern als auch Leistungsträgern nur äußerst beengte Spielräume bleiben und somit von einem echten Wettbewerb keine Rede sein kann. Dies dient im Prinzip dem Schutz der Bevölkerung als Ganzes, denn hätten Leistungserbringer und -träger wesentlich freiere Gestaltungsspielräume und weniger Verpflichtungen als heute, wäre dies für einen großen Teil der Bürgerinnen und Bürger - und insbesondere natürlich der Patienten - mit erheblichen Nachteilen, Entsolidarisierungen und sozialer wie gesundheitlicher Ungleichheit verbunden.

Aus verschiedenen Gründen haben Menschen im Krankheitsfall faktisch keine echte Wahl. Im Gesundheitswesen werden Patientenbedürfnisse und die Qualität der Gesundheitsleistungen durch den aus Wettbewerb und Profitorientierung resultierenden ökonomischen Druck bedroht. Insofern ist es konsequent, den Nutzern der Gesundheitsdienste vorrangig überall dort mehr Beteiligung einzuräumen, wo es um die Qualitätssicherung und -verbesserung geht.

In diesem Rahmen werden Selbsthilfezusammenschlüsse stärker als früher gefordert, als Repräsentanten der Nutzer der Gesundheitsdienste und der Betroffenen mitzuwirken. Weil diese Entwicklung sicher längst noch nicht ihr Ende erreicht hat, wird ihre Rolle als Interessenvertreter und als „Agenten“ für Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen vermutlich auch in Zukunft weiter wachsen.

Daher kann man zuversichtlich sein, dass Patienten- und Selbsthilfe-Interessen im Gesundheitswesen eine deutlich bessere Position haben werden und dass sich die Asymmetrie zwischen der medizinischen Profession und den Patienten verringern wird.

Die Integration von Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätskriterium in Qualitätsmanagementsysteme stellt einen innovativen Ansatz dar, die Beteili-

gung von Patienten und Selbsthilfeszusammenschlüssen auch auf der institutionellen, d.h. der Meso-Ebene, zunehmend zu verankern. Dabei ist die Belohnung der Institutionen durch Pluspunkte bei der Zertifizierung ein stärkerer Anreiz als immer neue Appelle an die Einrichtungen, sich den Patienteninteressen und -zusammenschlüssen stärker zu öffnen. Insgesamt dürfte die Wirkung dieser Maßnahme vorerst allerdings begrenzt bleiben, da die für die Zertifizierung nötigen Pluspunkte mit anderen, den Einrichtungen des Gesundheitswesens eventuell leichter fallenden Maßnahmen zu erreichen sind.

Von größerer Bedeutung wird der Anreiz jedoch aller Voraussicht nach in Zukunft werden: Für alle Bereiche des Gesundheitswesens ist absehbar, dass die Steuerung durch qualitäts- und leistungsbezogene Vergütungen bzw. Erlöse zunehmen wird. Aller Voraussicht nach werden dabei auch Zertifizierungen als Qualitätsnachweise eine Rolle spielen. Dies käme einem indirekten finanziellen Anreiz für die selbsthilfebezogene Patientenorientierung gleich.

Von größerer Bedeutung wird der Anreiz jedoch aller Voraussicht nach in Zukunft werden: Für alle Bereiche des Gesundheitswesens ist absehbar, dass die Steuerung durch qualitäts- und leistungsbezogene Vergütungen bzw. Erlöse zunehmen wird. Dabei werden auch Zertifizierungen als Qualitätsnachweise eine Rolle spielen. Dies käme einem indirekten finanziellen Anreiz für die selbsthilfebezogene Patientenorientierung gleich. Wie stark diese Form der Regulierung sich auf die tatsächliche Förderung der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung in Gesundheitseinrichtungen auswirken wird, lässt sich derzeit noch nicht ermessen.

Unabhängig von solchen in Zukunft wahrscheinlichen ökonomischen Anreizen für die Anbieterseite können die Chancen für mehr Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung nach unserer Einschätzung am besten genutzt werden, wenn die Selbsthilfe sich aktiv, offensiv oder sogar aggressiv als gleichberechtigter und unverzichtbarer Partner in die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen einbringt, ohne allerdings die Gefahren der Überforderung und Verformung außer Acht zu lassen. Prinzipiell gilt für die strukturelle Verankerung selbsthilfebezogener Patientenorientierung, dass diese einer intensiven Patienten-Beteiligung bedarf. Nur *mit* den Patienten- und Selbsthilfevertreterinnen und -vertretern *zusammen* können die professionellen Träger wie Erbringer gesundheitli-

cher Dienstleistungen die Gratwanderung zwischen Überforderung mit neuen Aufgaben und traditioneller Unterforderung von Patienten im Gesundheitswesen weiter voran bringen.

## Literatur zu Kapitel 6

- Akrich M, Nunes J, Paterson F, Reharisoa V (eds.) (2008) The dynamics of patient organizations in Europe. Paris: Collection Sciences Sociales, 2008
- Allsop J, Jones K, Baggott R (2004) Health consumer groups in the UK: a new social movement? *Sociology of Health and Illness* 26 (6): 737-756
- Badura B et al. (1979) Grundlagen einer konsumorientierten Gesundheitspolitik. Programmentwurf für einen Forschungsverbund im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie. Konstanz: Universität Konstanz.
- 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. [www.bag-selbsthilfe.de/neutralitaet-und-unabhaengigkeit-der-selbsthilfe.html](http://www.bag-selbsthilfe.de/neutralitaet-und-unabhaengigkeit-der-selbsthilfe.html) (Zugriff: 14.03.2011)
- Bitton A, Martin C, Landon BE (2010) A nationwide survey of patient-centered medical home demonstration projects. *Journal of General Internal Medicine* 25 (6): 584-592
- BKK Bundesverband (Hg) (2008) Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – dem Weg zu mehr Patientenorientierung. Ein Leitfaden für interessierte Krankenhäuser
- Bleses H (2005) Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal [online-dissertation]. Berlin: Humboldt-Universität <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/bleses-helma-2005-01-24/HTML/index.html>
- Blöß T (2009) Feedback für Arztpraxen. *Gesundheit und Gesellschaft* 12, Heft 11 14-15
- Bovenkamp HM van de, Trappenburg MJ, Grit KJ (2010) Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model. *Health Expectations* 13 (1): 73-85
- Box G (2009) Patient participation groups: the national picture. *Quality in Primary Care* 17 (4): 291-297
- Bremen K, Siewerts D (2009) Selbsthilfefreundlichkeit fördern. Das Netzwerk Selbsthilfefreundliches Gesundheitswesen – gemeinsam für Selbsthilfe- und Patientenorientierung. NAKOS INFO 99
- Bungard S, Rohn H, Döbler K (2010) Zertifizierung von Myasthenie-Zentren. Entwicklung und Umsetzung eines Zertifizierungsverfahrens für Patientenorganisationen. *Z. Evid. Fortb. Qual. Gesundh.wesen* 105:49-53

- Charmel P, Frampton S (2008) Building the business case for patient centered care. *Health Financ Manage* 62: 80-5
- CHSRF; Canadian Health Services Research Foundation (2011) Patient Engagement Project – PEP; <http://cahspr.ca/en/funding-opportunity/chsrf-patient-engagement-project-%E2%80%93-pep> [Access: 5th March 2011].
- Conklin A, Morris ZS, Nolte E (2010) Involving the public in healthcare policy. An update of the research evidence and proposed evaluation framework. Santa Monica: RAND Corporation
- Coulter A, Jenkinson C (2005) European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European Journal of Public Health* 15(4): 355–360
- Danner M (2012) Im Lobbydschungel – Interessenvertretung der Selbsthilfe. *Dr. Med. Mabase* Nr.196: 38-40
- Diel F, Gibis B (Hg) (2010) QEP-Qualitätsziel-Katalog. Für Praxen. Für Kooperationen. Für MVZ. Version 2010. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Dierks ML, Kurtz, V, Fricke E et. al. (2005) Kooperationsformen und -häufigkeit der unabhängigen Patientenunterstützung und der Selbsthilfeeinrichtungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie Selbsthilfe – Kooperation und Beteiligung in Deutschland (SeKBD). *Psychomed* 17(1): 21-28
- Di Gioia AM (2008) The AHRQ Innovation Exchange: Patient- and family-centered care initiative is associated with high patient satisfaction and positive outcomes for total joint replacement patients. *Agency Health Care Res Qual* published online 18 December, 2008
- Engelhardt HD, Trojan A, Nickel S (2009) Leistungen von Selbsthilfegruppen und deren ökonomische Bewertung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 52: 64-70
- Engelhardt HD (2011) Leitbild Menschenwürde. Wie Selbsthilfeinitiativen den Gesundheits- und Sozialbereich demokratisieren. Frankfurt/M.: Campus
- Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC (2010) Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs* 29 (8): 1489-1495
- Findeiß P, Schachl T, Stark W (2000) Abschlussbericht des Projektes C 2 „Modelle der Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem“. Bayerischer Forschungsverbund Public Health – Öffentliche Gesundheit, München
- Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheits-selbsthilfe (Hg.) (1987) *Gesundheits-selbsthilfe und professionelle Dienstleistungen*. Berlin: Springer
- Forster R, Braunegger-Kallinger G, Krajic K (2011) Selbsthilfeorganisationen als „Stimme der Patienten“: Erfahrungen und Herausforderungen von Inte-

- ressenvertretung und Beteiligung. In Meggeneder O (Hg.) Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Frankfurt/Main: Mabuse
- Forster R, Rojatz D (2011) Selbsthilfegruppen als Partner der Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Eine Analyse am Beispiel krankenhausesbezogener Kooperationsprojekte. Institut für Soziologie, Universität Wien. Forschungsbericht
- Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI (Hg.) (2009) Innovation für mehr Gesundheit. MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“ 2007-2009. Karlsruhe: Eigenverlag
- Geene R, Huber E, Hundertmark-Mayser J, Möller-Bock B, Thiel W (2009) Entwicklung, Situation, und Perspektiven der Selbsthilfe-Unterstützung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52: 11-20
- Gesundheitsziele.de (Hg.) (14.2.2003). Bericht. Auszug der Ergebnisse der AG8 „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, stärken“. [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de). Download „Gesundheitsziel Patientensouveränität“ und Aktualisierung 2011
- GMK; Gesundheitsministerkonferenz (1999) Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. Beschluss der 72. GMK am 9./10.06.1999 in Trier
- Grote-Westrick M, Schwenk U (2010) Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen – Qualitätsindikatoren für medizinische Versorgungszentren. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung
- Iacono S (2001) Planetree philosophy: a study of the relationship of patient satisfaction and utilization of a Planetree model in care delivery. PlaneTalk 2001
- Isaac T, Zaslavsky A, Cleary PD et al. (2010) The Relationship between Patients' Perception of Care and Measures of Hospital Quality and Safety. Health Serv Res 45: 1024-40
- KBV (Hg) (2007) Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (AQUIK). Ergebnisse der Organisationsbefragung 2007. Berlin: Broschüre im Eigenverlag
- KBV (Hg) (2009) KBV entwickelt Starter-Set ambulanter Qualitätsindikatoren – Ergebnisse des Projektes AQUIK. Berlin: Broschüre im Eigenverlag
- Kofahl C, Mnich E, Staszczukova P, Hollmann J, Trojan A, Kohler S (2009) Mitgliedergewinnung und -aktivierung in Selbsthilfeorganisationen. Ergebnisse einer Befragung von Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene. Das Gesundheitswesen (doi: 10.1055/s-0029-1239566)
- KTQ; Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (Hg) (2009) KTQ-Manual / KTQ-Katalog 2009 Krankenhaus. Berlin: Fachverlag Matthias Grimm



- KVWL (Hg) (2011) Selbsthilfefreundliche Praxis in Westfalen-Lippe. Pluspunkt Nr. 1: 24
- Matzat J (2010) Zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen im Krankenhaus. In Hoefert HW, Härter M (Hg.) (2010) Patientenorientierung im Krankenhaus, Göttingen: Hogrefe Verlag
- Melle C, Kardel U (2011) Zwischenbericht Pilottest Qualitätsindikatoren im Kinzigtal. Version 1.2 vom 31.8.2011
- Meterko M, Wright S, Lin H et al. (2010) Mortality among patients with acute myocardial infarction: The influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Serv Res* 45: 1188-204
- NAKOS (Hg.) (2008) Selbsthilfe im Überblick I: Zahlen und Fakten 2007. NAKOS Studien. Berlin: Eigenverlag
- NAKOS (2009) NAKOS Studien – Selbsthilfe im Überblick 2. Zahlen und Fakten 2008. Berlin: Eigenverlag
- NAKOS (2012) Web-Seiten zum Thema „Selbsthilfe und Sponsoring“ (Zugriff 12.2.2012)
- Nickel S, Trojan A (2012) Patientenorientierung und Selbsthilfefreundlichkeit. Pilotstudie zur Verbesserung der Kommunikation zwischen organisierter Selbsthilfe und professionellem Versorgungssystem. Hamburg: Endbericht
- QP Qualitätspraxen (Hg) (2007) EFQM. Ein Qualitätsmanagementmodell in der Hausarztpraxis. Manuskript, Bad Krotzingen
- Rier A (2000) Zertifizierung konfessioneller Krankenhäuser. Krankendienst. Zeitschrift für katholische Krankenhäuser, Sozialstationen und Reha-Einrichtungen. Band 73, Sonderdruck vom Februar 2000
- 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
- Sänger S, Englert G, Brunsmann F, Quadder B, Villarroell D, Ollenschläger G (2009) Patientenbeteiligung an der Leitlinienentwicklung – sind die Patientenorganisationen für diese Aufgabe gerüstet? *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen* 103: 13-16
- Schubert B et al. (2009) KPQM 2006. KV-Praxis-Qualitätsmanagement. Dortmunder Schriftenreihe zur Versorgungsqualität. Medizinisch-Wissenschaftliche Vertragsgesellschaft Berlin
- Scrivens E (1998) Widening the scope of accreditation – issues and challenges in community and primary care. *International Journal for Quality in Health Care* 10 (3): 191-197

- Shaller D (2007) Patient-centered care: What does it take? New York: The Commonwealth Fund
- Siewerts D (2009). Das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen – Gemeinsam für Selbsthilfe- und Patientenorientierung. Kontakt – Patienten Newsletter der KBV
- Stark W (2001) Selbsthilfe und PatientInnenorientierung im Gesundheitswesen – Abschied von der Spaltung zwischen Professionellen und Selbsthilfe? In Borgetto B, Troschke J (Hg.) Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Deutschen Gesundheitswesen. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, 47-66
- Stiftung Warentest (Hg) (2009) Qualität verordnet. Qualitätsmanagementsysteme. Test Nr.11: 86-89
- Stötzner K, Neuhaus M (Red.) (2011). Selbsthilfe und Krankenhäuser. Beispiele gelungener Kooperation. Berlin: Eigenverlag
- Stötzner K, Neuhaus M (2011) Selbsthilfe und Krankenhäuser. Beispiele gelungener Kooperation. Berlin: Eigenverlag
- SVR; Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg) (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. 1 (Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung, Partizipation) und Bd. 2 (Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege). Gutachten 2000/2001. Bonn: Bundestagsdrucksache 14/5660, -5661, -6871
- Szecsényi J, Broge B, Stock J (Hg) (2009) QISA – Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, KOMPART-Verlag Berlin/Frankfurt
- Taylor K (2009) Paternalism, participation and partnership – the evolution of patient-centeredness in the consultation. Patient Education and Counseling 74 (2): 150-155
- Trojan A (1980) Demokratisierung des Gesundheitswesens durch Mitwirkung Betroffener. Forum für Medizin und Gesundheitspolitik 14: 14-33
- Trojan A (1985) Ansätze für Mitbestimmung in der Sozial- und Gesundheitspolitik. WSI-Mitteilungen 38: 621-630
- Trojan A (1999) Selbsthilfe und Gesundheit im nächsten Jahrhundert. NAKOS-Extra 30: 33-47
- Trojan A, Nickel S, Werner S (2004) Studien-Ergebnisse. In Trojan A, Estorff-Klee A (Hg.) 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung. Unterstützungserfahrungen und -bedarf am Beispiel Hamburgs. Hamburg: Lit-Verlag, 27-97
- Trojan A, Nickel S, Amhof R, Böcken J (2006) Soziale Einflussfaktoren der Teilnahme an Selbsthilfezusammenschlüssen. Ergebnisse ausgewählter Fragen des Gesundheitsmonitors. Das Gesundheitswesen 68 (6): 364-375

- Trojan A, Huber E, Nickel S, Kofahl C (2009a) Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsziel in der vertragsärztlichen Versorgung. Bestandsaufnahme und Schlussfolgerungen. *Das Gesundheitswesen*, 71: 628-637
- Trojan A, Werner S, Nickel S (2009b) Integration von Selbsthilfefzusammenschlüssen in das Qualitätsmanagement im ambulanten und stationären Versorgungsbereich. *Bundesgesundheitsblatt: Gesundheitsforschung / Gesundheitsschutz*, 52: 47-53
- Trojan A, Nickel S (2011) Selbsthilfefreundlichkeit - ein Qualitätsziel auch für den ÖGD. *Blickpunkt öffentliche Gesundheit* 3: 4-5
- Werner S, Bobzien M, Nickel S, Trojan A (Hg.) (2006) *Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

## Anhang

### Anhang A



### **Information zum Stand der Integration von Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit in Qualitätsmanagementsysteme (QMS)**

Alf Trojan, Monika Bobzien

in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG)“ und den Akteuren der kooperierenden Qualitätsmanagementsysteme (Stand: 10.5.12)

#### *Vorbemerkung*

Im Sommer 2009 haben sich Institutionen und Personen, die den Gedanken der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller Versorgung aktiv befördern möchten, zu einem *Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG)“* zusammengeschlossen ([www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)). Ziel des Netzwerks ist es, angesichts der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklung gemeinsam die Versorgungsqualität und Patientenorientierung zu verbessern. Selbsthilfefreundlichkeit, d.h. *die strukturierte und systematische, auf Nachhaltigkeit angelegte Kooperation zwischen Selbsthilfe\* und Akteuren des Gesundheitswesens*, wird dabei als ein zentrales Element von *Patientenorientierung* verstanden.

\* Die Verwendung des Begriffs Selbsthilfe im Text steht allgemein für Selbsthilfe, Selbsthilfeorganisationen/Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen bzw. Selbsthilfeunterstützungsstellen.

Etwa seit dem Jahr 2005 wird auch daran gearbeitet, die gemeinsam von Selbsthilfegruppen, Qualitätsmanagementverantwortlichen und Selbsthilfekon-

taktstellen ermittelten *Qualitätskriterien für Selbsthilfefreundlichkeit* in die bestehenden Qualitätsmanagementsysteme zu integrieren.<sup>1</sup>

Der Entwicklungsstand dieser Bemühungen *für die verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens* wird im Folgenden wiedergegeben.

Falls in einzelnen QMS neue Entwicklungen stattgefunden haben, die hier noch nicht aufgenommen wurden, bitten wir um Mitteilung an die am Ende angegebene Adresse.

## 1. Selbsthilfefreundlichkeit in stationären Einrichtungen<sup>2</sup>

Die im Rahmen eines Modellprojekts gemeinsam von Selbsthilfeakteuren und Qualitätsverantwortlichen in Krankenhäusern ermittelten Kriterien sind zusammengefasst:<sup>3</sup>

1. Bereitstellung von Räumen, Infrastruktur, Präsentationsmöglichkeiten für die Selbsthilfe
2. Regelmäßige Information der Patienten über Selbsthilfe
3. Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit von Selbsthilfeszusammenschlüssen
4. Benennung eines Selbsthilfebeauftragten
5. Regelmäßiger Erfahrungs- und Informationsaustausch
6. Einbeziehung der Selbsthilfe in die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern im Krankenhaus
7. Mitwirkung der Selbsthilfe an Qualitätszirkeln, Ethikkommissionen u.ä.
8. Formaler Beschluss und Dokumentation der Kooperation

Diese Kriterien waren die Grundlage bei der Überarbeitung des Manuals für Krankenhäuser des **Qualitätsmanagementsystems KTQ®**. Im Manual 2009 haben diese Kriterien Eingang gefunden in folgenden Kapiteln und Unterpunkten:<sup>4</sup>

### 1. *Patientenorientierung*

- 1.1.3 *Information und Beteiligung des Patienten*
- 1.1.4 *Service, Essen und Trinken*
- 1.1.5 *Kooperation*
- 1.4.2 *Therapeutische Prozesse*
- 1.4.5 *Teilstationär, Prästationär, Poststationär*

- 1.5.1 *Entlassung*
- 1.5.2 *Kontinuierliche Weiterbetreuung*
  
- 2. *Mitarbeiterorientierung*
  - 2.2.4 *Fort- und Weiterbildung*
  
- 4. *Informations- und Kommunikationswesen*
  - 4.3.2 *Informationsweitergabe (intern/extern)*
  
- 5. *Führung*
  - 5.1.3 *Ethische und kulturelle Aufgaben*
  - 5.2.2 *Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen*
  - 5.4.1 *Externe Kommunikation*

Die KTQ®-GmbH hat die Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit in Trainings und Fresh-Ups für die KTQ-Visitoren® aufgenommen. Dies stieß generell auf sehr positive Resonanz.

Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit werden derzeit auch in folgende weiteren Manuale bzw. Kriterienkataloge der KTQ® integriert: Rehabilitations-, Pflegeeinrichtungen, Praxen und Medizinische Versorgungszentren (jeweils angepasst an deren spezifische Erfordernisse/Anforderungen).

Die anderen im *stationären* Bereich genutzten QMS schließen die Hervorhebung von Selbsthilfefreundlichkeit als wichtigen Aspekt der Patientenorientierung nicht aus, sprechen unseres Wissens dieses Thema aber auch nicht ausdrücklich an.

Krankenhäuser, die sich im Prozess der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe besonders engagieren, können Mitglied im *Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG)“* werden und in einem Verfahren der systematischen Qualitätsentwicklung eine *Auszeichnung* erlangen (ggf. parallel zu einem Zertifizierungsprozess; siehe [www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)).

## 2. **Selbsthilfefreundlichkeit im Bereich vertragsärztlicher ambulanter Einrichtungen**

Fußend auf den Handlungsempfehlungen des Arbeitskreises der Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA) wurden 6 Qualitätskriterien „Selbsthilfefreundliche Praxis“ in Kooperation mit ausgewählten Selbsthilfeorganisationen in NRW erarbeitet und mit der KV Westfalen-Lippe (KVWL) abgestimmt:<sup>5</sup>

1. Informationen zu Selbsthilfe sind übersichtlich an zentraler Stelle in den Praxisräumen für Patienten zugänglich.
2. Die Praxis weist in ihren Medien und innerhalb der Praxisräume auf die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe hin.
3. Der Arzt/Psychotherapeut gibt regelhaft und persönlich und 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.

Um die Akzeptanz einer strukturierten und systematischen Zusammenarbeit mit Selbsthilfe zu fördern, wurde im Jahr 2010-2011 von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW im Raum Dortmund ein Pilotprojekt in Kooperation mit der KOSA KVWL durchgeführt.<sup>7</sup> Die Arbeit im Qualitätszirkel, der interdisziplinär besetzt war mit Praxisvertretern verschiedener Indikationsgebiete, medizinischen Fachkräften und Vertretern der Selbsthilfe hat gezeigt, dass die Qualitätskriterien für Selbsthilfefreundlichkeit für eine Umsetzung in den Arztpraxen praktikabel sind und auch in das interne Qualitätsmanagement aufgenommen werden können (siehe Projektbericht unter [www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)).

Damit konnte das **QMS der KVWL (KPQM)** den Bereich Patientenorientierung durch einen Musterprozess zur Selbsthilfefreundlichkeit erweitern.<sup>7</sup> Eine Vorlage zur Implementierung der Qualitätskriterien Selbsthilfefreundlichkeit in das KV-Praxis-Qualitätsmanagement (KPQM) steht als strukturierte Anleitung für weitere interessierte Praxen auf den Webseiten der KPQM der KVWL, [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) zur Verfügung.

Das System „**Qualität und Entwicklung in Praxen**“ (**QEP**) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KVen hatte schon im Manual 2005 im Kernziel 1.3.5 die Kooperation mit lokalen Unterstützungsmöglichkeiten und Selbsthilfegruppen abgefragt. Im *aktualisierten Qualitätsziel-Katalog 2010* wird die Selbsthilfefreundlichkeit stärker akzentuiert und konkreter ausformuliert.<sup>6</sup>

Neue Formulierung des *Qualitätsziels* (1.3.6):

*Die Behandlung und Betreuung der Patienten werden durch patientengerechte Informationsmaterialien und durch Hinweise auf psychosoziale Angebote wie Selbsthilfekontaktstellen oder Beratungseinrichtungen unterstützt.*

Darunter wird konkret gefragt

- nach verständlichen Informationsmaterialien und Kontaktdaten zu Selbsthilfe- und Patientenorganisationen und lokalen Beratungseinrichtungen,
- nach Bedarf dem persönlichen Informationsgespräch über Arbeitsweise und Unterstützungsmöglichkeiten durch Selbsthilfegruppen,
- geregelten Verantwortlichkeiten für Auswahl und Aktualisierung von Informationsmaterialien und Kontaktdaten
- dem gezielten Einsatz der Informationen.

In den dazugehörigen Erläuterungen wird auf die übrigen Aspekte der Kooperation hingewiesen: verantwortliche Person für die Zusammenstellung von Informationsmaterial und Zusammenarbeit, Liste mit Literaturquellen, Bezugs- und Webadressen, Kontaktdaten (insbesondere der Unterstützungsstrukturen für die Selbsthilfe), Vereinbarungen zu dauerhafter Zusammenarbeit, wechselseitige Beteiligung und Erfahrungsaustausch, Hinweise auf Vorträge oder Schulungen mit/in der Praxis sowie Raumnutzungsmöglichkeiten für SHG.

Auch beim Qualitätsziel „*Externe Kooperation und Kommunikation*“ (1.4.2) wird nochmals auf Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen hingewiesen.

### **Europäisches Praxis Assessment (EPA):**

Bei dem QM-System EPA wird mit Hilfe von Befragungen und einer Praxisbegehung durch einen EPA-Visitor der Qualitätsstand einer Arztpraxis systematisch erfasst und insgesamt über 200 Qualitätsindikatoren zugeordnet. Die Indikatoren sind in die fünf Bereiche (Domänen) Qualität und Sicherheit, Infrastruktur, Menschen, Informationen und Finanzen aufgeteilt. Wird ein Indikator zu 100 Prozent erfüllt, dann ist das jeweilige Qualitätsziel erreicht. EPA gibt es in verschiedenen, auf die jeweiligen Besonderheiten zugeschnittenen Versionen. Bei der Version „EPA für Medizinische Versorgungszentren“ existieren innerhalb des Bereichs „Bedarfsorientierte Ausrichtung der Versorgung“ vier Qualitätsindikatoren, die einen Selbsthilfebezug haben. Diese sind:



- Das MVZ stellt Räumlichkeiten für Treffen und Veranstaltungen von Selbsthilfegruppen zur Verfügung.
- Das MVZ bietet für Selbsthilfegruppen Beratung in medizinischen und / oder psychotherapeutischen Fragen an.
- Ärzte des MVZ haben in den vergangenen 12 Monaten über ein bestimmtes medizinisches und/ oder psychotherapeutisches Thema in einer Selbsthilfegruppe referiert.
- Das MVZ legt Informationen zu Selbsthilfegruppen für Patienten aus.

Mit den selbsthilfebezogenen Indikatoren wurden so gute Erfahrungen gemacht, dass diese Indikatoren auch in andere EPA Versionen integriert und ergänzende Informationen zur Verbesserung der Selbsthilfefreundlichkeit einer Praxis bereitgestellt werden. Nähere Informationen zum EPA-System unter [www.epa-qm.de](http://www.epa-qm.de).

Die **anderen im ambulanten Bereich genutzten QMS** schließen die Hervorhebung von Selbsthilfefreundlichkeit als wichtigen Aspekt der Patientenorientierung nicht aus, sprechen unseres Wissens dieses Thema aber auch nicht ausdrücklich an.

Praxen, Medizinische Versorgungszentren und Netzwerke, die sich im Prozess der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe besonders engagieren, können Mitglieder des *Netzwerkes „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG)“* werden und in einem Verfahren der systematischen Qualitätsentwicklung eine *Auszeichnung* erlangen (im Rahmen ihres Qualitätsmanagements; siehe [www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)).

### **3. Selbsthilfefreundlichkeit im Bereich Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)**

Auf der Jahrestagung der Ärzte des ÖGD 2011 in Trier wurden die in einem ca. einjährigen Prozess entwickelten Qualitätskriterien von ca. 20 Workshop-Teilnehmer/innen diskutiert und in folgender Fassung gemeinsam verabschiedet:<sup>9</sup>

#### **Trierer Qualitätskriterien für die Kooperation von ÖGD und Selbsthilfe vom 13.5. 2011**

1. Geeignete Arbeits- bzw. Aufgabenbereiche des GA\* stehen in regelmäßigem **Austausch** (z.B. im Rahmen eines Beirats) mit Selbsthilfeszusammenschlüssen (d.h. Selbsthilfegruppen, -organisationen, -initiativen) und Selbsthilfekontakt- und Unterstützungsstelle(n).

2. GA **informiert** aktiv Bürger/innen und professionelle Helfer/innen über Selbsthilfe\*\*.
3. Die Arbeits- bzw. Aufgabenbereiche des GA machen sich der Selbsthilfe bekannt und sind zuverlässig **ansprechbar**.
4. GA hat einen **Ansprechpartner** / eine Ansprechpartnerin für die Selbsthilfe benannt, nach außen bekannt gemacht und mit einem definierten Auftrag ausgestattet, zu dem auch eine regelmäßige Berichterstattung gehört\*\*\*.
5. GA **arbeitet** anlass- und fachbezogen mit der Selbsthilfe **zusammen** und **beteiligt** sie ggf. an Koordination und Planung (z.B. in Gesundheits- und Pflegekonferenzen).\*\*\*\*
6. GA informiert und **qualifiziert** geeignete Mitarbeiter/innen für die Kooperation mit der Selbsthilfe.\*\*\*\*
7. GA stellt **Räume und Präsentationsmöglichkeiten**, z.B. Flyerauslagen, Aushangmöglichkeiten in eigenen Räumen und öffentlichen Auftritten (z.B. Internet) für Selbsthilfefzusammenschlüsse zur Verfügung.
8. GA hat die Kooperation mit Selbsthilfefzusammenschlüssen als Element bürgernaher Verwaltung in ein **Leitbild** oder entsprechende Dokumente integriert.
9. GA informiert Selbsthilfefzusammenschlüsse, z.B. zur finanziellen Unterstützung, und versucht auch selbst, **Projekte zu unterstützen**.\*\*\*\*
10. GA fördert ein **selbsthilfefreundliches Klima** in der Kommune.\*\*\*\*

\* Alle Aussagen beziehen sich auf die fachlichen Ressorts eines Gesundheitsamtes im Allgemeinen, nicht auf eine manchmal angegliederte oder eingegliederte Kontakt- oder Unterstützungsstelle.

\*\* "Selbsthilfe" umfasst sowohl alle Formen von Selbsthilfefzusammenschlüssen (s. Kriterium 1) als auch von Kontakt- und Unterstützungsstellen.

\*\*\* Falls das GA Träger einer Kontakt- oder Unterstützungsstelle ist, entfällt ein Ansprechpartner / eine Ansprechpartnerin. Stattdessen muss sichergestellt sein, dass geeignete Aufgabenbereiche des GA eng mit dem Bereich der Selbsthilfeeunterstützung kooperieren.

\*\*\*\* falls vor Ort vorhanden: in Absprache und Kooperation mit einer Kontakt- bzw. Unterstützungsstelle für Selbsthilfefgruppen.

Nach kurzer Diskussion bestand Konsens, dass die Initiative für ein mehr oder weniger ausformuliertes Verfahren der *Anerkennung und Auszeichnung* als „Selbsthilfefreundliches Gesundheitsamt“ aus dem ÖGD selbst kommen muss. Sollte sich ein GA als „selbsthilfefreundlich“ bezeichnen, wird dies bis auf weiteres als öffentliche Selbstverpflichtung verstanden. Die Qualitätskriterien versetzen jeden interessierten Außenstehenden und insbesondere die Selbsthilfe in die Lage, die Einhaltung dieses Anspruchs zu überprüfen und nötigenfalls auf weitere Verbesserungen zu drängen.

#### 4. Selbsthilfefreundlichkeit im Bereich rehabilitativer Einrichtungen

Alle stationären Rehabilitationseinrichtungen sind gesetzlich verpflichtet, an einem Qualitätsmanagement-Verfahren teilzunehmen, das von der BAR anerkannt worden ist (§ 20 SGB IX). Nach § 20 Abs. 2a SGB IX vereinbaren die Rehabilitationsträger im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren. Die Vereinbarung nach § 20 Abs. 2a SGB IX ist am 1. Oktober 2009 in Kraft getreten.<sup>10</sup>

Zu den grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM zählen gemäß § 3 der BAR - Vereinbarung unter anderem auch die Beziehungen zur Selbsthilfe. Sie werden in einem Abschnitt „Beziehungen zu Rehabilitanden, Bezugspersonen, Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern, Selbsthilfe“ beschrieben. Danach soll die Zusammenarbeit der Einrichtung mit den im Einzelfall erforderlichen Kooperationspartnern sichergestellt und Regeln beschrieben werden, nach denen die Interessenlagen der an der Rehabilitation Beteiligten abgestimmt werden. Eine Kooperation mit der Selbsthilfe ist also schon jetzt verpflichtend vorgeschrieben.

Mit Stand 11.04.2011 gibt es 20 relevante Zertifizierungsverfahren für Reha-Einrichtungen mit Anerkennung durch die BAR.<sup>11</sup> Etliche von ihnen enthalten punktuell auch Hinweise auf die Kooperation mit Selbsthilfegruppen, z. B. das QM-Verfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund mit dem Namen „QMS-Rehabilitation“<sup>12</sup>, das KTK-Manual in der Version 1.0 von 2005 beim Kernkriterium 1.4.3 („Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung“) und das inzwischen erstellte Manual 1.1.

Die DEGEMED berücksichtigt Selbsthilfe in der Version 5.0 ihres Auditleitfadens.<sup>13</sup> Der Auditleitfaden bzw. das Verfahren wird als ausbaufähig im Sinne der Selbsthilfefreundlichkeit angesehen. Die DEGEMED ist zudem Kooperationspartner des Netzwerkes „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG)“ und es wurde verabredet, dass die DEGEMED Schrittmacher im weiteren Prozess der Entwicklung von mehr Selbsthilfefreundlichkeit werden soll. Eine Arbeitsgruppe zum Thema Selbsthilfefreundlichkeit, die aus den Mitgliedskliniken personell unterstützt wird, hat Ende 2010 in einem Protokoll auch Ansätze für Qualitätskriterien in Reha-Einrichtungen festgehalten.

Die in dieser Arbeitsgruppe entwickelten Ansätze für Kriterien wurden Ende 2011 mit reha-erfahrenen Selbsthilfeorganisationen in einem Workshop bei der BAG Selbsthilfe diskutiert und zur praktischen Erprobung in Reha-Kliniken abgestimmt. Die daraus entstandenen Qualitätskriterien bilden die Grundlage eines noch bis Ende 2012 laufenden Modellprojekts in NRW, das die Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW mit zwei Reha-Kliniken und den Selbsthilfegruppen vor Ort durchführt:

- Die Rehabilitationseinrichtung informiert Patienten und Patientinnen bzw. Angehörige an zentralen Stellen in ihren Räumen und in ihren Medien über den Stellenwert der Selbsthilfe in der Rehabilitation und über ihre Zusammenarbeit mit indikationsbezogenen Selbsthilfegruppen/ -organisationen.
- Der Patient / die Patientin bzw. Angehörige werden während der Rehabilitationsmaßnahme regelhaft und persönlich auf die Möglichkeit zur Teilnahme an einer für sie geeigneten Selbsthilfegruppe hingewiesen.
- Die Rehabilitationseinrichtung benennt für die Selbsthilfe eine/n Ansprechpartner/in und macht diese Person bei Patient/inn/en und Mitarbeiter/inne/n bekannt.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung sind zum Thema Selbsthilfe allgemein und hinsichtlich der häufigsten in der Einrichtung vorkommenden Erkrankungen qualifiziert.
- Rehabilitationseinrichtung und Selbsthilfe treffen konkrete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit und zum regelmäßigen Austausch

Mit Unterstützung der Experten aus dem Arbeitsfeld QM bei der DEGEMED erfolgt nach der praktischen Erprobung der Qualitätskriterien die Umsetzung in einen Auditleitfaden mit relevanten Auditfragen. Übergreifendes Ziel ist die Erarbeitung von Mustervorlagen, Formularen und sonstigem Handwerkszeug im Sinne eines ‚Arbeitsbuches Selbsthilfefreundlichkeit‘, das auch für die anderen QM Systeme der Rehabilitation nutzbar gemacht werden soll.

## 5. Bilanz und Perspektiven

Im *stationären und ambulanten Bereich* haben die am meisten verbreiteten Qualitätsmanagementsysteme die im Konsens von Selbsthilfegruppen, -kontaktstellen und Qualitätsmanagementverantwortlichen erarbeiteten Kriterien für die Zusammenarbeit in ihre Kriterienkataloge und Manuale übernommen. Auf dieser Basis soll weiter informiert und geschult werden, um den Kriterien Geltung im Alltag des Qualitätsmanagements und der Zertifizierung zu verschaffen.

Mit mehreren Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen wird seit dem Jahr 2008 von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW eine strukturierte und systematische Vorgehensweise für die konkrete Umsetzung der Qualitätskriterien im Krankenhausalltag erprobt ([www.sozialeprojekte.de](http://www.sozialeprojekte.de)). Besonderes Merkmal dieser Vorgehensweise ist, dass die Qualitätskriterien in das interne Qualitätsmanagement des Krankenhauses Eingang finden. Nach der Projektphase, die derzeit noch nicht von allen Krankenhäusern durchlaufen ist, werden die Erfahrungen und Materialien auf der Homepage des Netzwerks SPiG ([www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)) veröffentlicht. Interessierten Krankenhäusern wird darüber hinaus eine strukturierte Anleitung zur Selbsteinschätzung bezogen auf die eigene „Selbsthilfefreundlichkeit“ zur Verfügung gestellt.

Für den ambulanten Bereich gibt es schon eine strukturierte Anleitung für die Integration in das interne Praxis- Qualitätsmanagement auf den Webseiten der KPQM der KVWL, [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de).

Parallel zu der Verankerung in bundesweiten Qualitätsmanagementsystemen und den Umsetzungshilfen für die Integration in das interne Qualitätsmanagement von Gesundheitseinrichtungen werden vom Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG)“ Verfahren zum Erwerb einer Auszeichnung für besonders engagierte Gesundheitseinrichtungen entwickelt.

Im *Öffentlichen Gesundheitsdienst* gibt es einen auf der Jahrestagung 2011 abgestimmten Kriterienkatalog, dem (wegen eines fehlenden obligatorischen Qualitätsmanagements) vor allem publizistisch weitere Verbreitung verschafft werden soll, z.B. im Handbuch Sozialmedizin oder dem Elektronischen Handbuch des ÖGD in Bayern, einem Vorläufer für ein eigenes Qualitätsmanagement – Handbuch des ÖGD.

In der *Rehabilitativen Versorgung* wird die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe generell positiv aufgenommen. Qualitätskriterien werden derzeit modellhaft erprobt.

Das in der Vorbemerkung erwähnte *Netzwerk SPiG* informiert Einrichtungen, die die Kooperation zwischen Selbsthilfe und Institutionen des Gesundheitswesens aufbauen oder weiterentwickeln wollen ([www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)). Dort werden auch die Informationen zum Erwerb einer *Auszeichnung* als „Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtung“ zu erhalten sein.

**Kontaktadresse für das Infoblatt und das Netzwerk allgemein:  
[www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de)**

**Quellenhinweise:**

- 1 Trojan A, Werner S, Bobzien M, Nickel S (2009). Integration von Selbsthilfeszusammenschlüssen in das Qualitätsmanagement im ambulanten und stationären Versorgungsbereich. Bundesgesundheitsblatt: Gesundheitsforschung / Gesundheitsschutz, 52: 47-53
- 2 BKK Bundesverband (Hg.) (2008). Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – dem Weg zu mehr Patientenorientierung. Ein Leitfaden für interessierte Krankenhäuser
- 3 Werner S, Bobzien M, Nickel S, Trojan S (Hg.) (2006). Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- 4 KTQ; Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (Hg.) (2009). KTQ-Manual / KTQ-Katalog 2009 Krankenhaus. Berlin: Fachverlag Matthias Grimm; s. a Manual Rehabilitation 1.1
- 5 Trojan A, Huber E, Nickel S, Kofahl C (2009). Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsziel in der vertragsärztlichen Versorgung. Bestandsaufnahme und Schlussfolgerungen. Das Gesundheitswesen, 71: 628-637
- 6 QEP- Qualitätsziel-Katalog. Für Praxen. Für Kooperationen. Für MVZ. Version 2010 (Hg. Diel F, Gibis B), KBV. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- 7 Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) (Hg.) (2011). Selbsthilfefreundliche Praxis in Westfalen-Lippe. Pluspunkt Nr. 1: S. 24
- 8 Bericht über das Projekt „Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen – Qualitätsindikatoren für medizinische Versorgungszentren“
- 9 Trojan A, Nickel S (2011). Selbsthilfefreundlichkeit - ein Qualitätsziel auch für den ÖGD. Blickpunkt öffentliche Gesundheit, 3: 4-5.
- 10 Mehr Informationen zur gemeinsamen Vereinbarung unter: <http://www.bar-frankfurt.de/Zertifizierung.bar> (Zugriff am 7.06.2011)
- 11 Nachzulesen unter: [http://www.bar-frankfurt.de/Datenbanken\\_zur\\_Vereinbarung\\_nach\\_\\_20\\_Abs\\_\\_2a\\_SGB\\_IX.bar](http://www.bar-frankfurt.de/Datenbanken_zur_Vereinbarung_nach__20_Abs__2a_SGB_IX.bar) (Zugriff am 08. Juni 2011)
- 12 Weitergehende Informationen unter: [http://www.deutschenversicherung-bund.de/sid\\_92BC139CFF9B28A16D4CD130B80742D1cae03/SharedDocs/de/Navigation/Rehabilitation/qualitaetssicherung\\_node.html](http://www.deutschenversicherung-bund.de/sid_92BC139CFF9B28A16D4CD130B80742D1cae03/SharedDocs/de/Navigation/Rehabilitation/qualitaetssicherung_node.html) (Zugriff am 7.06.2011)
- 13 Der Auditleitfaden ist herunterzuladen unter: <http://www.degemed.de/downloads/category/20-zertifizierungsverfahren.html> (Zugriff: 7.06.2011)

## Anhang B

# Allgemeine Qualitätskriterien „Selbsthilfefreundlichkeit“

Zur Verwendung in Netzen und Verbänden unterschiedlicher Gesundheitseinrichtungen und Kooperationspartner

Vorbemerkung:

Für verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens, Akut Krankenhäuser, niedergelassene (Arzt)-Praxen sowie Rehabilitationseinrichtungen sind in den vergangenen Jahren jeweils spezifische, einvernehmlich zwischen Vertretern der jeweiligen Versorgungsbereiche und der Selbsthilfe abgestimmte Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit entstanden und bereits weitestgehend in der Praxis erprobt. In jüngerer Zeit wurde gewünscht, die wichtigsten Kriterien, sozusagen als Destillat der bisherigen Arbeit, einmal zusammenfassend zu formulieren und für Kooperationsnetzwerke von *unterschiedlichen* Gesundheitseinrichtungen für die *gemeinsame Nutzung* zur Verfügung zu stellen. Im Folgenden wird der aktuelle Stand wiedergegeben.

## **1. Selbstdarstellung ermöglichen**

Die Gesundheitseinrichtung informiert an zentralen Stellen in ihren Räumen und in ihren Medien über den Stellenwert der Selbsthilfe und stellt z.B. Präsentationsmöglichkeiten oder Räume zur Nutzung durch die Selbsthilfe bereit.

## **2. Über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe informieren**

Die Gesundheitseinrichtung berichtet in ihren Medien und Publikationen über ihre Zusammenarbeit mit der „Selbsthilfe“, d. h. mit Selbsthilfegruppen, -organisationen und Selbsthilfeunterstützungsstellen und unterstützt die Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfe.



### **3. Auf Teilnahmemöglichkeit hinweisen**

Während des Aufenthalts in der Gesundheitseinrichtung werden Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen regelhaft und persönlich auf die Möglichkeit zur Teilnahme an für sie geeigneten Selbsthilfegruppen hingewiesen.

### **4. Ansprechpartner/in benennen**

Die Gesundheitseinrichtung benennt für die Selbsthilfe eine/n Ansprechpartner/in und macht diese Person in der Einrichtung und bei Patientinnen und Patienten bekannt.

### **5. Zum Thema Selbsthilfe qualifizieren**

Mitarbeitende der Gesundheitseinrichtung sind zum Thema Selbsthilfe allgemein und hinsichtlich der häufigsten in der Einrichtung vorkommenden Erkrankungen qualifiziert.

### **6. Kooperation verlässlich gestalten**

Gesundheitseinrichtung und Selbsthilfe treffen konkrete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit und zum regelmäßigen Austausch.

### **7. Partizipation der Selbsthilfe ermöglichen**

Die Gesundheitseinrichtung ermöglicht Vertretern bzw. Vertreterinnen der Selbsthilfe die Beteiligung in geeigneten Gremien der Gesundheitseinrichtung.

*Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (Alf Trojan, Monika Bobzien, Christa Steinhoff-Kemper); Stand: Mai 2012*

## Anhang C

### **Arbeitshilfe**

## **Katalog möglicher Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätskriterien im Krankenhaus**

(Beispiele aus NRW von 2008 - 2012)

**1. Um sich über Selbsthilfe zu informieren, werden Räume, Infrastruktur und Präsentationsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt, deren Gestaltung sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, bzw. deren Angehörige sowie der Selbsthilfegruppen orientiert.**

- Material von Selbsthilfegruppen liegt an zentralen Stellen im Eingangsbereich und auf Station aus (z.B. über Informationstafeln, Pylone, Ständer).
- Die Sprechzeiten der Selbsthilfegruppen sind geregelt und hängen für die Betroffenen an zentraler Stelle gut sichtbar aus.
- Den Selbsthilfegruppen ist bekannt, wer für die Nutzung der Räumlichkeiten im Krankenhaus Ansprechpartner ist und unter welchen Bedingungen Räume genutzt werden können.
- Die Nutzung von Räumen und technischer Ausstattung durch Selbsthilfegruppen ist durch eine Nutzungsvereinbarung geregelt.
- In der Patienteninformationsmappe sind alle Selbsthilfegruppen mit einer Kurzbeschreibung und deren Ansprechpartner aufgeführt, die regelmäßig auf Aktualität hin geprüft werden.
- Sprechstunden/Beratungsangebote der Selbsthilfegruppen sind auf dem Therapieplan (Sucht) aufgeführt.

**2. Patientinnen und Patienten, bzw. deren Angehörige werden regelhaft und persönlich über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert. Sie erhalten Informationsmaterial und werden ggf. auf Besuchsdienst oder Sprechzeiten im Krankenhaus aufmerksam gemacht.**

- Der Hinweis auf eine Selbsthilfegruppe wird immer vom behandelnden Arzt/Ärztin gegeben.

- Benannte Mitarbeiter/innen informieren Patient/innen / Angehörige entsprechend des Krankheitsbildes in geeigneter Weise zu einem geeigneten Zeitpunkt regelhaft und persönlich.
- Zwischen den Stationen / Kliniken und den Selbsthilfegruppen wird zum jeweiligen Krankheitsbild eine angemessene Vorgehensweise verabredet. Die Gespräche werden von der / dem Selbsthilfebeauftragten koordiniert und protokolliert.

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

- Auf der Homepage des Krankenhauses ist der Menüpunkt Selbsthilfe eingepflegt. Auf den Seiten der Stationen/Fachkliniken ist der Hinweis auf die kooperierende Selbsthilfegruppe eingestellt.
- In Fachvorträgen weisen Ärzte, wo relevant, auf die Zusammenarbeit der Klinik mit Selbsthilfe hin.
- Selbsthilfegruppen treten mit einem eigenen Beitrag an Veranstaltungen und in Krankenhaus-Publikationen auf.
- Auf dem Imageflyer des Krankenhauses findet sich der Hinweis „Wir kooperieren mit der Selbsthilfe“.
- Hinweise auf Veranstaltung (mit) der Selbsthilfe sind an einem zentralen Ort platziert.

### **4. Das Krankenhaus hat eine / einen Selbsthilfebeauftragten benannt.**

- Eine Beschreibung zur Funktion, Rolle und Aufgaben liegt vor und wird von dem/der Selbsthilfebeauftragten gelebt.
- Die/der Selbsthilfebeauftragte sowie deren Aufgaben, ihre Funktion und Erreichbarkeit werden intern und extern kommuniziert (Flyer, Homepage, Beschilderung-Leitsystem).

### **5. Zwischen Selbsthilfegruppen / Selbsthilfeunterstützungsstelle und Krankenhaus findet ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch statt.**

- Die Selbsthilfe-Beauftragte lädt in Abstimmung mit der Selbsthilfekontaktstelle zweimal jährlich zu einem Treffen der Selbsthilfegruppen zur Evaluation der Maßnahmen und zum Austausch über aktuelle Entwicklungen ein.

**6. In die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Selbsthilfe sind Selbsthilfegruppen bzw. die Selbsthilfeunterstützungsstelle einbezogen.**

- Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstelle bieten Veranstaltungen im Rahmen der jährlichen innerbetrieblichen Fortbildung an.
- Selbsthilfegruppen stellen sich im Rahmen der Stationsgespräche vor.
- Die Selbsthilfebeauftragte berichtet in der innerbetrieblichen Fortbildung, in der Chefarztkonferenz und in der Steuergruppe über den aktuellen Stand der Kooperation und vermittelt den Kontakt zu konkreten Selbsthilfegruppen.

**7. Das Krankenhaus ermöglicht Selbsthilfegruppen die Mitwirkung an Qualitätszirkeln, Ethik-Kommission u.ä.**

- Die Teilnahme von Selbsthilfegruppen ist in der Satzung der Ethikkommission geregelt.
- Anregungen aus der Selbsthilfe werden in jährlichen Besprechungen mit der Geschäftsleitung kommuniziert. Diese werden vorab von der Selbsthilfebeauftragten mit der Selbsthilfe abgestimmt.
- Die Selbsthilfe kann sich regelmäßig (1 x pro Quartal) mit dem Leitungsgremium der Klinik (Mitglied der Geschäftsführung, Pflegedienstleitung, Leitung der Technik, Hygienefachkraft, Qualitätsmanagement) zum Dialog treffen.

**8. Die Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe und / oder Selbsthilfeunterstützungsstelle ist formal beschlossen und dokumentiert.**

- Zwischen dem Krankenhaus und der Selbsthilfekontaktstelle ist eine Kooperationsvereinbarung geschlossen.
- Bestehende Kooperationen mit der Selbsthilfe werden von der Selbsthilfebeauftragten zentral erfasst und regelmäßig auf Aktualität geprüft.

*(Christa Steinhoff-Kemper)*

Anhang D

M-K1-A1-T1

**Fragebogen  
Selbsthilfebezogene Patientenorientierung im Krankenhaus**

Mit diesem Fragebogen möchten wir mehr über die „selbsthilfebezogene Patientenorientierung“ im Krankenhaus XY erfahren. Darunter verstehen wir:

- Patienten informieren,
- Patienten beteiligen,
- Patienten befähigen,
- und nicht zuletzt: Selbsthilfegruppen einbeziehen!

Die Fragenblöcke A bis C beziehen sich auf die **Abteilung** des Krankenhauses, in der Sie tätig sind. Block D enthält auch Fragen, die sich auf das **Krankenhaus allgemein** beziehen.

Uns ist klar, dass Ihre Einschätzungen durch Ihre persönlichen Erfahrungen geprägt werden: Bitte antworten Sie nach **Ihrem** besten Wissen und Gewissen!

Wir benutzen den Begriff **Selbsthilfegruppen** für alle Selbsthilfe- bzw. Patientenzusammenschlüsse, d.h. auch für Selbsthilfeorganisationen und -verbände.

**Nachfolgend finden Sie Aussagen zur Qualität der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung Ihrer Abteilung. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit sie zutrifft oder nicht.**

**A. Patienten informieren**

	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht beur- teilen
1 Die Patienten werden über ihre Erkrankung entsprechend ihren Bedürfnissen informiert und aufgeklärt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Die Patienten werden über die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Die Informationen zur Behandlung sind verständlich und wenn nötig mit bildlichen Darstellungen erläutert .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Der Ablauf der Behandlung bzw. das jeweils weitere Vorgehen werden ausführlich mit den Patienten besprochen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Patienten beteiligen**

	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht beur- teilen
5 Die Patienten werden gefragt, ob sie mit den geplanten Behandlungsabläufen einverstanden sind .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sorgen und Wünsche der Patienten im Zusammenhang mit ihren Erkrankungen werden ernst genommen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Patienten werden ermutigt, ihre Meinung über die medizinische Behandlung und Pflege zu äußern (z.B. bei der Visite oder mit Meinungskarten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Patienten werden von den Ärzten und Pflegekräften angeregt, sich am Gesundungsprozess zu beteiligen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Patienten befähigen									
	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht beur- teilen				
9	Die Patienten werden auf möglicherweise auftretende Beschwerden und Beeinträchtigungen nach ihrer Entlassung hingewiesen .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Den Patienten werden Gesundheitstipps (z.B. Ernährung, Bewegung) für den Umgang mit ihrer Krankheit gegeben .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Die Patienten werden darin bestärkt, auch im Alltag besser auf ihre Gesundheit zu achten .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Die Patienten werden über weiterführende Hilfsmöglichkeiten (z.B. Internet, Beratungsangebote) aufgeklärt .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Selbsthilfegruppen einbeziehen									
	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht beur- teilen				
13	Im Krankenhaus stehen Präsentationsmöglichkeiten, Räume und Büroinfrastruktur für Selbsthilfegruppen zur Verfügung .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Patienten bzw. deren Angehörige werden regelmäßig mündlich (z.B. beim Entlassungsgespräch) über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Patienten bzw. deren Angehörige werden regelmäßig durch schriftliche Materialien (z.B. Faltblätter) über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Die Abteilung bzw. das Krankenhaus unterstützt Selbsthilfegruppen bei der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. durch gemeinsame Veranstaltungen) .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Die Abteilung bzw. das Krankenhaus hat eine/n feste/n Ansprechpartner/in oder Beauftragte/n für Selbsthilfe .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Die Kontaktpersonen der relevanten Selbsthilfegruppen sind in der Abteilung bzw. im Krankenhaus bekannt .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Es gibt einen regelmäßigen Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Abteilung bzw. Krankenhaus .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Krankenhausmitarbeiter/innen werden über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen informiert .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Selbsthilfegruppen wirken mit in Teambesprechungen und/oder bei Planungen zur Qualitätsverbesserung .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Die Kooperation mit Selbsthilfegruppen ist in Behandlungspfaden, im Leitbild oder ähnlichen Dokumenten festgehalten .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E. Offene Fragen**

23 Welche **förderlichen und hinderlichen Faktoren** für die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern sehen Sie?

a) förderlich: .....

.....

.....

b) hinderlich: .....

.....

.....

24 Wie stehen Sie dazu, dass Selbsthilfefreundlichkeit als ein Kriterium in das **Qualitätsmanagementsystem** des Krankenhauses aufgenommen wird?

positiv, weil:.....

.....

.....

negativ, weil:.....

.....

.....

unentschieden / keine Beurteilung möglich

25 Durch welche Maßnahmen oder Anreize könnte Ihrer Meinung nach die **Zusammenarbeit** von Krankenhäusern mit Selbsthilfegruppen **verstärkt** werden?

.....

.....

.....

26 Ergänzende Bemerkungen und Hinweise zur Selbsthilfefreundlichkeit von Krankenhäusern:

.....

.....

.....

**F. Fragen zur Statistik**

Hier möchten wir Ihnen noch einige Fragen zu Ihrer Person stellen, damit wir später die Antwortgruppen allgemein beschreiben können. Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig. Wie im Begleitschreiben erwähnt, garantieren wir Ihnen die vollständige Anonymität der Befragten nach dem gesetzlichen Datenschutz.

27 Welches Geschlecht haben Sie?

Männlich .....

Weiblich .....

28 Wie alt sind Sie?

Unter 30 Jahre .....

30 bis 39 Jahre .....

40 bis 49 Jahre .....

50 bis 59 Jahre .....

Über 59 Jahre .....

29 In welchem Bereich sind Sie beschäftigt?

Pflegedienst .....

Ärztlicher Dienst .....

30 Bemerkungen und Verbesserungsvorschläge zum Fragebogen:

.....

.....

.....

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



## Die Autorinnen und Autoren

**Michael Bellwinkel**, Dipl.-Sozialwissenschaftler. BKK Bundesverband. Kronprinzenstr. 6, 45128 Essen. [BellwinkelM@bkk-bv.de](mailto:bellwinkelM@bkk-bv.de)

**Monika Bobzien**, Dipl.-Psych., Organisationsberatung. Thierschstr. 20, 80538 München. [www.monikabobzien.de](http://www.monikabobzien.de), [monika.bobzien@arcormail.com](mailto:monika.bobzien@arcormail.com)

**Klaus Bremen**, M.A., Sozial- und Erziehungswissenschaften, bis Ende 2011 Geschäftsbereichsleiter des Paritätischen in NRW und zuständiger Projektleiter Selbsthilfefreundlichkeit. [klaus.bremen@tilworks.de](mailto:klaus.bremen@tilworks.de)

**Ellis Huber**, Dr. med., SECURVITA Krankenkasse, Vorstand. Lübecker-tordamm 1-3, 20099 Hamburg. [ellishuber@aol.com](mailto:ellishuber@aol.com)

**Christopher Kofahl**, Dr. phil. Dipl.-Psych. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie. Martinistraße 52, 20246 Hamburg. [kofahl@uke.de](mailto:kofahl@uke.de)

**Daniel Lüdecke**, Dipl.-Geront. Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie. Martinistraße 52, 20246 Hamburg. [d.luedecke@uke.de](mailto:d.luedecke@uke.de)

**Stefan Nickel**, Dr. phil. Dipl.-Soz. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie. Martinistraße 52, 20246 Hamburg. [nickel@uke.de](mailto:nickel@uke.de)

**Doris Schlömann**, Dipl.-Päd. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Am Bach 18, 33602 Bielefeld. [doris.schloemann@kvwl.de](mailto:doris.schloemann@kvwl.de)

**Marion Schumann**, Dr. phil. Dipl.-Soz. MPH, freiberuflich tätig. [schumann@ish.uni-hannover.de](mailto:schumann@ish.uni-hannover.de)

**Dagmar Siewerts**, Dr. PH. Der Paritätische Gesamtverband, Oranienburgerstr. 13-14, 10178 Berlin. [dagmar.siewerts@paritaet-nrw.org](mailto:dagmar.siewerts@paritaet-nrw.org)

**Christa Steinhoff-Kemper**, Dipl.-Päd. Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW, Stapenhorststr. 5, 33615 Bielefeld. [www.selbsthilfefreundlichkeit-nrw.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit-nrw.de), [christa.steinhoff-kemper@paritaet-nrw.org](mailto:christa.steinhoff-kemper@paritaet-nrw.org)

**Alf Trojan**, Prof. Dr. med. Dr. phil. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie. Martinistraße 52, 20246 Hamburg. trojan@uke.de

**Silke Werner**, Dipl.-Soz. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie. Martinistraße 52, 20246 Hamburg. swerner@uke.de