



Bachelor-Arbeit:
„Selbsthilfefreundliches Kranken-
haus“ – Transfer eines Hamburger
Projektes auf Bremerhavener
Strukturen

Vorgelegt von:

Heike Naber

Matrikelnummer 2 21 21 21

E-Mail: heike.naber@nord-com.net

Betreuer:

Dr. Kirsten Schubert MPH

Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch

Abgabedatum: 13.06.2010

Universität Bremen, Fachbereich 11

Public Health B.A.

Sommersemester 2010



Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre ausdrücklich, dass es sich bei der von mir als Bachelorarbeit des Studiengangs Public Health eingereichten schriftlichen Arbeit mit dem Titel: „„Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ – Transfer eines Hamburger Projektes auf Bremerhavener Strukturen“ um eine von mir selbst und ohne unerlaubte Beihilfe sowie in eigenen Worten verfasste Originalarbeit handelt.

Ich bestätige überdies, dass die Arbeit als Ganzes oder in Teilen weder bereits einmal zur Abgeltung anderer Studienleistungen an der Universität Bremen oder an einer anderen Universität oder Ausbildungseinrichtung eingereicht worden ist noch zukünftig durch unser Zutun als Abgeltung einer weiteren Studienleistung eingereicht werden wird.

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich sämtliche in der oben genannten Arbeit enthaltenen Bezüge auf fremde Quellen (einschließlich Tabellen, Grafiken u. Ä.) als solche kenntlich gemacht habe. Insbesondere bestätige ich, dass ich ausnahmslos und nach bestem Wissen sowohl bei wörtlich übernommenen Aussagen (Zitaten) als auch bei in eigenen Worten wiedergegebenen Aussagen anderer Autorinnen oder Autoren (Paraphrasen) die Urheberschaft angegeben habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Arbeiten, welche die Grundsätze der Selbstständigkeitserklärung verletzen – insbesondere solche, die Zitate oder Paraphrasen ohne Herkunftsangaben enthalten –, als Plagiat betrachtet werden und die entsprechenden rechtlichen und disziplinarischen Konsequenzen nach sich ziehen können.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben.

Heike Naber, Matrikelnummer: 2 21 21 21

(vgl. http://www.ipz.uzh.ch/studium/ba/BAreglemente/Selbststaendigkeitserklaerung_IPZ.pdf
(26.02.2010))

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung (Abstract).....	1
2. Einleitung	2
3. Selbsthilfe in Deutschland – Eine Einführung	3
3.1 Definitionen der häufig verwendeten Begriffe	3
3.2 Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen im Wandel der Zeit	5
4. Selbsthilfe als Partner: Kooperation zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern in Hamburg	9
4.1 Vorgeschichte des Modellprojektes „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“	9
4.2 Studie zu bereits bestehenden Kooperationen	11
4.3 Durchführung des Modellprojektes Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“	13
4.4 Qualitätskriterien und Zertifizierungsverfahren nach KTQ®.....	14
4.5 Transfer des Modellprojektes Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ und erste Erfahrungen	16
5. Zur aktuellen Situation der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Bremerhaven – Ergebnisse aus einer Befragung	19
5.1 Entwicklung, Methodik und Auswertung	19
5.2 Ausgewählte Ergebnisse der gesundheitsbezogenen SHG/SHO.....	21
5.3 Schlussfolgerung aus den Ergebnissen der Befragung	29
6. Transfer des Hamburger Projektes auf Bremerhavener Strukturen: Entwurf eines Konzeptes zur Implementierung eines „Selbsthilfefreundlichen Krankenhauses“ in Bremerhaven.....	30
6.1 Mögliche Partner und Förderer in Bremerhaven	30
6.2 Kontaktaufnahme	32
6.3 Vorgehensweise: Recherche und Planung	33
6.4 Finanzierungsformen	40
7. Fazit.....	43
8. Literatur.....	46
9. Tabellen-, Grafiken- und Abkürzungsverzeichnis	49

1. Zusammenfassung (Abstract)

Die Selbsthilfe in Deutschland hat sich innerhalb eines halben Jahrhunderts von einer auf bestehende strukturelle Mängel im Gesundheitswesen reagierenden Bewegung zu einem integrativen Bestandteil des Gesundheitswesens gewandelt. Im Sozialgesetzbuch SGB ist die finanzielle Förderung der Selbsthilfe durch Krankenkassen und Pflegekassen festgeschrieben sowie die allgemeine Unterstützung weiterer Institutionen des Staates. Gesundheitseinrichtungen und Professionelle des Gesundheitswesens erkennen zunehmend die Akteure der Selbsthilfe als wertvolle Partner an und schätzen deren Betroffenen-Kompetenz als Ergänzung zu ihrem medizinischen Fachwissen. Mit Blick auf selbsthilfebezogene Patientenorientierung entstanden seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts verschiedene Formen der Kooperationen. An diese Praxis knüpft das Hamburger Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ an, welches von 2004 bis 2006 durchgeführt wurde. In dem vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen geförderten Projekt wurden Qualitätskriterien entwickelt, die über das Projekt hinaus Bestand haben.

Das Hamburger Projekt soll mit Hilfe eines in der Bachelor-Arbeit entwickelten Konzeptes auf die Strukturen der Stadt Bremerhaven transferiert werden. Anstoß dazu gaben die Ergebnisse aus der Befragung zur aktuellen Situation von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen, die dem „Bremerhavener Topf e.V.“ als Mitglieder angehören. Die Ergebnisse weisen unter anderem auf Vermittlungsbedarf und die Notwendigkeit des Ausräumens von Vorurteilen zwischen Selbsthilfevertretern und Professionellen (Ärzte, Pflegepersonal) sowie Gesundheitseinrichtungen (Arztpraxen, Krankenhäuser) hin. Ziel des Bremerhavener Projektes ist die Verbesserung der Qualität der Patientenorientierung, gegenseitige Anerkennung und die Steigerung der Wertschätzung der Selbsthilfe in Bremerhaven.

2. Einleitung

Die vorliegende Bachelor-Arbeit beschäftigt sich mit „Selbsthilfefreundlichen Gesundheitseinrichtungen“, bzw. genauer mit „Selbsthilfefreundlichen Krankenhäusern“. Das Thema ergab sich aus der Befragung der Selbsthilfegruppen (SHG) und Selbstorganisationen (SHO) des „Bremerhavener Topfes e.V.“ im Rahmen des Praxissemesters des Studienganges Public Health B.A. (Bachelor of Arts). Bei der Auswertung zeigte sich, dass die gesundheitsbezogenen SHG und SHO zwar durchaus mit Gesundheitseinrichtungen Kontakt haben und teilweise auch Hilfen erhalten, doch ist besonders in speziellen Fällen Unzufriedenheit über Ärzte und Krankenhäuser geäußert worden. Es wurde der Wunsch nach mehr Verständnis, Akzeptanz und Kooperation formuliert. Dabei entstand die Idee eine funktionierende und für Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen zufriedenstellende Zusammenarbeit zu schaffen. Aus Public Health Sicht präsentiert eine derartige Kooperation einem Teilaspekt von Prävention (Sekundär- und Tertiärprävention) und Gesundheitsförderung (Stärkung von patienteneigenen Ressourcen). Außerdem trägt sie im Rahmen einer selbsthilfebezogenen Patientenorientierung zur Qualitätsentwicklung im Krankenhausbereich bei (Bobzien et al., 2009, S. 48).

Bei der Recherche nach bereits bestehenden Modellen und Projekten fand ich im Internet auf der Seite der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) einen Hinweis auf „Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtungen“. Dabei stieß ich auf das Hamburger Projekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“. Dies ist ein Kooperationsmodell, welches von 2004 bis 2006 von der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Hamburg zwischen mehreren Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern Hamburgs durchgeführt und vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV) gefördert wurde. Das Qualitätssiegel steht in diesem Zusammenhang für einen Kriterienkatalog, der in enger Zusammenarbeit zwischen der KISS Hamburg und den Qualitätsbeauftragten der beteiligten Krankenhäuser erarbeitet worden ist (Bobzien, 2005, S. 58; Bobzien 2006a,

S. 47; Bremen, Siewerts, 2009, S. 34). Weiter ist der Leitfaden „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung“ (Bobzien, 2008) entstanden, der von der BKK BV herausgegeben worden ist.

Weitere Recherchen zu dem Thema bestärkten mich in dem Vorhaben, das Hamburger Projekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ an Bremerhavener Strukturen zwecks zukünftiger Erprobung anzupassen.

Zum Einstieg gebe ich einen Überblick über die Entwicklungen der Selbsthilfe bis heute. Anschließend wird das Hamburger Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ vorgestellt. Wie die aktuelle Situation der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Bremerhaven beschaffen ist, wird im Folgenden anhand ausgesuchter Ergebnisse aus der von mir im Praxis-Semester durchgeführten Befragung beschrieben. Das Konzept für die Anpassung des Hamburger Projektes auf Bremerhavener Strukturen ergibt sich als Ergebnis aus den vorangegangenen Kapiteln und stellt den Abschluss des dreigeteilten Hauptthemas (Vorstellung des Hamburger Projektes, aktuelle Situation der Selbsthilfe in Bremerhaven, Konzept zum Transfer des Hamburger Projektes auf Bremerhavener Strukturen) dar. Im Fazit betrachte ich das Projekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ noch einmal kritisch und versuche einen Ausblick für Bremerhaven als Standort eines Selbsthilfefreundlichen Krankenhauses zu geben.

3. Selbsthilfe in Deutschland – Eine Einführung

Zu Beginn dieses Kapitels stehen die Definitionen der häufig verwendeten Begriffe zum Thema Selbsthilfe. Anschließend wird mit einer historischen Übersicht über die Selbsthilfe in Deutschland in das Thema eingeführt.

3.1 Definitionen der häufig verwendeten Begriffe

Bei den Definitionen ist zu beachten, dass diese sich, dem Thema entsprechend, primär auf die gesundheitsbezogene Selbsthilfe beziehen.

Selbsthilfe (SH)

Unter Selbsthilfe werden alle individuellen und gemeinschaftlichen Handlungen verstanden, die sich auf die Bewältigung eines gesundheitlichen Problems (physisch und psychisch) von Betroffenen und Angehörigen von Betroffenen beziehen. Selbsthilfe zeichnet sich durch Erfahrungswissen (Betroffenen-Kompetenz) aus, kann aber auch mit Fachwissen ergänzt sein. Sie kann sich auf spezielle Krankheiten und sonstige Störungen der Gesundheit sowie auf Behinderungen beziehen. Dabei setzt sie sich mit den Folgen auf gesundheitlicher wie sozialer Ebene auseinander (Borgetto, 2004, S. 14).

Selbsthilfegruppe (SHG)

Die Selbsthilfegruppe ist ein freiwilliger Zusammenschluss von eigenverantwortlichen Betroffenen und/oder Angehörigen auf örtlicher Ebene, die sich um die bedürfnisorientierte Bewältigung eines gemeinsamen, gesundheitlichen Problems bemühen, was gegenseitige Beratung und Hilfestellung mit einschließt. Alle Mitglieder sind gleichberechtigt. Die Leitung erfolgt auf ehrenamtlicher Basis von einem ebenfalls Betroffenen oder Angehörigen. Es können jedoch gelegentlich medizinisches Fachpersonal und Referenten zur Information und Wissenserweiterung hinzugezogen werden. Die Aktivitäten schließen das soziale Umfeld der Betroffenen/ Angehörigen mit ein (Borgetto, 2004, S. 15; Hundertmark-Mayser, 2004, S. 8).

Selbsthilfeorganisation (SHO)

Selbsthilfeorganisationen (regional) zeichnen sich durch höhere Mitgliederzahlen als Selbsthilfegruppen aus und haben eine komplexere Organisation als diese, was eine eigene Geschäftsstelle und hauptamtliche Mitarbeiter beinhalten kann. Innerhalb einer Organisation können mehrere SHG existieren. Sie gehören häufiger als SHG Dachverbänden an und führen in höherem Maße als SHG fachliche Beratungen durch (Borgetto, 2004, S. 15; Hundertmark-Mayser, 2004, S. 17).

Selbsthilfekontaktstelle (SHK)

Selbsthilfekontaktstellen sind Einrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die für an Selbsthilfe interessierte Betroffene oder deren Angehörige An-

lauf-, Informations- und Unterstützungsstelle sind. Sie vermitteln an bereits bestehende SHG/SHO oder helfen neue SHG zu initiieren. Weitere Aufgaben sind Hilfestellung bei der Antragstellung auf Fördermittel, Öffentlichkeitsarbeit, Bereitstellung von Gruppenräumen und Infrastruktur sowie Beratung zu verschiedenen, die Selbsthilfegruppenarbeit betreffende Themen (z.B. Seminare, Referenten, Problemsituationen etc.). Desweiteren sind sie Mittler zwischen SHG/SHO und Professionellen sowie Einrichtungen des Gesundheitswesens (Borgetto, 2004, S. 15/16; Hundertmark-Mayser, 2004; S. 18).

Selbsthilfefreundliches Krankenhaus

Ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ist ein Krankenhaus, das aktiv mit mindestens einer Abteilung mit der regionalen Selbsthilfe, d.h. mit örtlichen SHG/SHO kooperiert und in regelmäßigem Austausch mit deren Vertretern steht. Es zeichnet sich durch Akzeptanz der Selbsthilfe, Vorhandensein von Informationsmaterial, über regionale Selbsthilfeangebote informiertes Personal, einem/einer Selbsthilfebeauftragten sowie Bereitstellung von Räumen für die Selbsthilfearbeit aus. Darüber hinaus unterstützt ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ die Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfe, bezieht die Selbsthilfe in Fort- und Weiterbildungen des Personals mit ein und ermöglicht den Selbsthilfevertretern die Teilnahme an Qualitätszirkeln (Bobzien, 2006a, S. 47; Trojan, 2006, S. 7ff).

3.2 Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen im Wandel der Zeit

Selbsthilfe in Deutschland hat im gesundheitlichen wie im sozialen Sinne eine ausgeprägte Tradition. In den Anfängen der Industriegesellschaft (19. Jh.) sind unter anderem Gewerkschaften, Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit, Krankenkassen, Pensionskassen und die großen Wohlfahrtsverbände als Organisationen der Selbsthilfe entstanden.

In der Mitte des 20. Jahrhunderts sind neben und teils aus Konflikt mit den bereits bestehenden Institutionen und Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens neue Selbsthilfeinitiativen und Selbsthilfevereinigungen entstanden. Dies ist als Reaktion auf existierende Mängel zu verstehen. Geene

(Geene, 2008, F. 3ff; Geene et al., 2009, S. 11f) teilt diese „neue Selbsthilfebewegung“ in vier bzw. fünf Entwicklungswellen ein. Die erste Welle bezeichnet er als Antwort auf die soziale Ausgrenzung und medizinische Vernachlässigung der Suchtkranken und das niedrige Ansehen der Suchtkrankenhilfe im gesundheitlichen Versorgungssystem. In dieser Zeit (1947) wurde die „Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen“ (DHS) gegründet. Die zweite Welle war eine Reaktion auf die soziale Ausgrenzung und Benachteiligung von Menschen mit Behinderung. Mit der Gründung von Organisationen sollten konkrete Lebenshilfe und soziale Teilhabe erreicht werden. In den 60er Jahren (1967) entstand daher die Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“ (BAGH). Kurze Zeit später schlossen sich Menschen mit chronischen Erkrankungen an und so bildeten drei Jahre später 38 Selbsthilfeorganisationen das Forum chronisch Kranker und behinderter Menschen im „Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband“ (DPWV). Danach, jedoch schwerpunktmäßig nach 1980, bildeten sich SHG und SHO zu fast allen gesundheitlichen Fragestellungen und Krankheiten, wie z.B. die Frauenselbsthilfe nach Krebs. Hauptantrieb war die psychosoziale Bewältigung der Krankheit und die Unterstützung von Menschen mit entsprechenden Problemen. Professionelle Unterstützung gab es zu der Zeit hauptsächlich durch Psychotherapeuten. Ansonsten wurde die Selbsthilfebewegung von vielen Ärzten, bzw. der Medizin kritisch bewertet. Aus dieser Zeit stammt das folgende Zitat von Kickbusch (in Bobzien et al., 2009, S. 47):

„Als individuelle, unentgeltliche Erbringung von sozialen Dienstleistungen ist Selbsthilfe selbstverständlich sehr willkommen; als gegenseitige Hilfe in Gruppen wird Selbsthilfe im Sozialrecht ignoriert bzw. durch die Arbeitsweise des sozialen Sicherungssystems eher erschwert als erleichtert; als Mündigkeit und Fähigkeit des Bürgers, in Angelegenheiten seiner Gesundheit mitzusprechen, ist Selbsthilfe offensichtlich unerwünscht.“

Die dritte Welle der „neuen Selbsthilfebewegung“ kann somit als Antwort auf Vernachlässigung der psychosozialen Aspekte und als Zeichen eines emanzipatorischen Aufbruchs gesehen werden, an dem sich selbstkritische

Gesundheitsexperten beteiligten. Die Selbsthilfe forderte in dem Zusammenhang einen Leitbildwechsel, weg vom paternalistischen Fürsorgesystem und hin zu partnerschaftlicher Kooperation, Empowerment, Emanzipation, Selbstorganisation und Autonomie. Im Zuge dessen wurde zur politischen Durchsetzung der Interessen, für ein selbsthilfeförderliches Gesundheitswesen und zum Aufbau der erforderlichen Infrastruktur 1982 die „Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen“ (DAG SHG) gegründet. 1984 kam die „Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen“ (NAKOS) dazu.

Die 1986 zur Gesundheitsförderung von der WHO (World Health Organisation) entwickelte Ottawa Charta stimmt mit den Grundsätzen des deutschen Selbsthilfegedankens weitgehend überein und ist gleichzeitig als Ausgangspunkt für die vierte Welle der „neuen Selbsthilfebewegung“ zu sehen. Hier wurde zum ersten Mal der gesundheitspolitische Aufgabenbereich auf die Ausformung des sozialen Lebens und der ökologischen Verhältnisse erweitert. Eine derartige Netzwerkpolitik sei als Strategie gegen überholte Verbandsstrukturen und für flexible Reaktionen auf sozialen Wandel zu sehen, in der unterschiedliche Partner für gemeinsame soziale und gesundheitliche Ziele effektiv und effizient eintreten (Geene et al., 2009, S.12).

Inzwischen zeichnet sich eine fünfte Welle der „neuen Selbsthilfebewegung“ ab, die jedoch durch die Finanzierungssorgen, bedingt durch die Entwicklung der Wirtschaft in Deutschland, gebremst ist. In Form von Thesen sprechen Geene et al. (2009, S.13f) erstens von „Individualisierung“ und „Eventisierung“. Damit ist gemeint, dass die Nachhaltigkeit von Projekten zum Teil wegen befristeter oder eingeschränkter Förderung der öffentlichen Hand sinke. Stattdessen gäbe es punktuelle, öffentlichkeitswirksame Maßnahmen und Veranstaltungen, deren regelhafte Übernahme nicht geplant ist. Zweitens bestünde eine Informationsflut durch das Internet und eine damit verbundene Konsumhaltung gegenüber Informationen, sodass ein Gruppenprozess kaum noch in Gang kommen würde. Drittens stünde die Selbsthilfe wegen unterschiedlicher Zielgruppen vor einer erforderlichen Segmentie-

rung, nicht zuletzt wegen des wachsenden Migrationsanteils (Geene et al., 2009, S.14).

Insgesamt gesehen hat die Selbsthilfe im Laufe ihrer jüngeren Geschichte eine gesellschaftliche, gesundheitspolitische Aufwertung erfahren. So wird in den §§ 1 und 9 SGB I (Allgemeiner Teil) die Befähigung zur Selbsthilfe als Aufgabe formuliert. In §20 Abs. 4, später §20c, SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) wird die Förderung der Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenversicherungen geregelt. In § 26 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) wird die Aktivierung von Selbsthilfepotentialen und in §29 SGB IX die Förderung der Selbsthilfe festgelegt. Recht neu ist der §45d SGB XI (Soziale Pflegeversicherung), in der die Förderung von ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe verankert ist (Bobzien et al. 2009, S.52, www.sozialgesetzbuch-sgb.de).

Heute wird die Selbsthilfe aus Sicht der Gesundheitswissenschaften als vierte Säule neben den stationären, ambulanten und rehabilitativen professionellen Leistungen gesehen (vgl. Borgetto, 2004). Sie leistet durch ihre Mitglieder neben der gemeinsamen Suche nach Unterstützung einen bedeutenden Beitrag zu Gesundheitsförderung, Prävention, Problemverarbeitung und Aufgabenbewältigung besonders von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Weiteres Kennzeichen ist die kritische Auseinandersetzung mit Defiziten, Lücken und Mängeln in der Gesundheitsversorgung. Zudem wirkt sich die erworbene Betroffenen-Kompetenz über Rückmeldung auf Professionelle und Einrichtungen des Gesundheitssystems aus und gibt Innovationsimpulse. Patienten aus SHG/SHO wirken in ihren Genesungsprozessen als Koproduzenten mit und sind in der Arzt-Patienten-Beziehung selbstbewusster und kompetenter. Bei seltenen Erkrankungen wird der Selbsthilfe sogar zugestanden, dass Fachkompetenzen erworben werden, die teilweise besser sein können als die der medizinischen Primärversorgung (Geene, 2008, F. 20). Die kritischen Äußerungen von Kickbusch aus den 80er Jahren haben somit zum Teil an Bedeutung und Schärfe verloren.

Dieser Wandel hat das im nächsten Kapitel beschriebene Kooperationsprojekt zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern in Hamburg ermöglicht.

4. Selbsthilfe als Partner: Kooperation zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern in Hamburg

Selbsthilfe als Partner bedeutet zum hoch professionalisierten Gesundheitssystem das persönliche Umfeld, die Familie und den Alltag mit in die Behandlung einzubeziehen. Dabei stellen die Strukturen der Selbsthilfe ein Bindeglied zwischen Laien (Familie, Freunde, soziale Netzwerke) und den professionellen Gesundheitseinrichtungen dar. Diese Funktion wird zunehmend anerkannt. Jedoch bestehen seitens der Professionellen des Gesundheitswesens noch Informationslücken über die Selbsthilfe und ihre Akteure. Diese zu schließen würde die Kooperation zwischen der Selbsthilfe und den Gesundheitseinrichtungen wesentlich erleichtern und ein Zusammenführen von medizinischem Fachwissen und Erfahrungswissen ermöglichen (Stark, 2001, S. 49). Nach Stark (2001) kann professionelles Wissen erst dann nachhaltig wirken, wenn es sich mit dem Erfahrungswissen Betroffener verbindet. Diese Verbindung bezeichnet er als unverzichtbare Ergänzung des Gesundheitssystems. Die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen könnte seiner Ansicht nach einen wichtigen Schritt zu einer nutzerorientierten Qualitätsentwicklung darstellen. Ähnlich schreibt Borgetto (2004, S. 56ff). Nach ihm sollten die Möglichkeiten für eine partnerschaftliche Kooperation zwischen Selbsthilfe und Professionellen ausgelotet und deren Umsetzung im Versorgungsalltag unterstützt werden. Wie so etwas aussehen kann, zeigt das Hamburger Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“.

4.1 Vorgeschichte des Modellprojektes „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“

Wurde in der Vergangenheit über die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Ärzten berichtet, waren damit meist niedergelassene Ärzte und keine

Krankenhausärzte gemeint. Die Erfolge der Kooperationen hingen dabei oft vom Engagement einzelner Personen ab, sodass es schwierig war, eine regelmäßige und kontinuierliche Zusammenarbeit zu etablieren. Trojan (2006, S. 5f) meint damit, dass die bisher existierenden Kooperationen ziemlich punktuell waren. Auf dem zweiten Selbsthilfeforum 1993 in Hamburg wurden viele Anregungen und Wünsche für die Verbesserung der Kooperation zwischen der Selbsthilfe und den Krankenhäusern geäußert und gesammelt. Dazu gehörte z.B., dass Patienten bereits im Krankenhaus über Anlaufstellen für Selbsthilfegruppen (SHG) und Selbsthilfekontaktstellen (SHK) informiert werden sollten. Dem gesamten Krankenhauspersonal müssten in diesem Zusammenhang die Angebote der SHG bekannt gemacht werden. Auch wurde der Wunsch nach Ausweitung der Besuchsdienste von SHG im Krankenhaus vorgebracht sowie die Stärkung der Bedeutung von SHG in ihrer Funktion für die Rehabilitation. Zu erwähnen wären noch Patientenwegweiser und Stellwände, auf denen sich SHG/SHO darstellen können, sowie die Einsetzung von Selbsthilfebeauftragten im Krankenhaus und die Bereitstellung von Räumen für die Selbsthilfearbeit. Als weiteren Schritt in Richtung des Modellprojektes bezeichnet Trojan (2006, S. 8) die Prägung des Begriffes „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ 1999 von Astrid Estorff-Klee, die zu dem Zeitpunkt die Leiterin der KISS Hamburg war. Das erste Krankenhaus, welches zugesagt hatte „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ zu werden, war die heutige Asklepios Klinik (AK) Eilbek. Die Idee der Zertifizierung kam später durch einen Qualitätsworkshop zustande, bei dem das AK Eilbek sich selbst als von KISS zertifiziertes „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ bezeichnet hatte. Mit dem Krankenhaus bestand schon seit Jahren eine gute Zusammenarbeit in mehreren medizinischen Bereichen. Auf dem 10. Selbsthilfeforum 2003 wurde diese schon existierende Kooperation von Prof. Heinz Lohmann (Vorstandssprecher des damaligen LBK Hamburg – LBK: Landesbetrieb Krankenhäuser – heute Asklepios Kliniken - AK) vorgestellt, ebenso ein allgemeines Strukturmodell der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern. Den Anstoß, ein übertragbares Kooperationsmodell zu entwickeln, zu erproben und zu

etablieren, bekam Estorff-Klee, als sie kurz vor dem Forum die Wunschliste aus den 90er Jahren vorgelegt bekam und bemerken musste, dass nichts davon ernsthaft umgesetzt oder weiterverfolgt worden war. Sie benannte drei Punkte, die in einem festen Zeitplan umgesetzt werden sollten:

- Entwicklung einer systematischen Zusammenarbeit, um herauszufinden, was machbar sei;
- Ansprechpartner der Selbsthilfe im Krankenhaus, die Sorge dafür tragen, dass Informationsmaterial ausgelegt und nachgefordert wird und
- Sicherstellen, dass dem Personal Selbsthilfegruppen bekannt sind und über die Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen Bescheid wissen.

Parallel dazu wurde der Qualitätskoordinator des AK Eilbek gebeten, die Situation im Krankenhaus zusammenzufassen, zu bündeln und für eine Kooperation voranzutreiben. Im Jahr 2004 gab es eine formelle Vereinbarung mit allen sieben LBK-Kliniken. Mit der Projektvereinbarung wurde die Patientenorientierung hervorgehoben und die erstmalige Entwicklung von Kriterien für ein Zertifikat „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“. Wirklich teilgenommen haben an dem Projekt zwei Kliniken mit mehreren Fachabteilungen: das AK Eilbek (Rheumatologie und klinische Immunologie, Zentrum für Schwerst-Schädel-Hirnverletzte) und das AK Nord, Ochsenzoll (verschiedene Unterabteilungen der Psychiatrie und Psychotherapie). Die ersten Treffen der Arbeitsgruppen fanden im April und Juni 2004 statt. Schnell erwies sich, dass der Aufwand für eine ernstzunehmende Zertifizierung größer war als angenommen. Es schaltete sich initiativ der Ärztekammer-Ausschuss ein und der BKK BV (Betriebskrankenkassen Bundesverband) erklärte sich nach §20 Abs. 4 (später §20c) SGB V zur Förderung des Modellprojektes bereit. Es kam zu einer Kooperationsvereinbarung zwischen der KISS Hamburg (Träger: Paritätischer Wohlfahrtsverband Hamburg e.V.) und dem BKK BV in Essen (Trojan, 2006, S. 10f).

4.2 Studie zu bereits bestehenden Kooperationen

Zu Beginn des Modellprojektes wurde vom Institut für Medizin-Soziologie eine Studie in Form einer Befragung aller Selbsthilfekontaktstellen (SHK), Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen und Selbsthilfeorganisationen (SHO)

zu bereits bestehenden Kooperationen mit Krankenhäusern durchgeführt. In einer zweiten Befragungswelle wurden die Teilnehmer aus der ersten Befragung angeschrieben, die eine Kooperation bejaht hatten, um genauer zu erforschen, welche Formen von Kooperationen bestehen und welche Erfahrungen bezüglich Formen, Inhalte und Akteure damit gemacht wurden. Mit dieser zweiten Befragung wurden die bereits entwickelten Kriterien für das Qualitätssiegel explorativ und empirisch auf ihre Relevanz überprüft. Des Weiteren wurde damit die Basis für eine Übertragbarkeit auf andere Krankenhäuser geschaffen. Es zeigte sich, dass das Gros der Kooperationen erst nach dem Jahr 2000 entstanden und somit noch recht jung war. Als Ziele für die Zusammenarbeit wurden von Seiten der Befragungsteilnehmer Kommunikation, Information, Vernetzung von Krankenhäusern mit Selbsthilfe, Patientenorientierung, Öffentlichkeitsarbeit und allgemeine Anerkennung der Selbsthilfe genannt. Als Ziele der Krankenhäuser gaben die Befragten die Optimierung der Wirtschaftlichkeit, der Behandlungsqualität und der Patientenkompetenz an; außerdem die Optimierung von Netzwerken, bei denen die Kooperation zur Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung beitragen sollte. Dabei könne die Selbsthilfe für ergänzende Beratungen und weitere Formen der Wissensvermittlung über Erkrankungen als Plattform dienen (Nickel et al., 2006, S. 21ff).

Nach Kooperationsformen gefragt, wurde bei den Ergebnissen zwischen häufig und selten genannten Kooperationsformen unterschieden. Zu den häufig genannten Formen gehören

- Informationsaustausch zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus,
- Information von Patienten über Selbsthilfeangebote,
- Integration der Selbsthilfe in Behandlungsabläufe im Krankenhaus,
- gemeinsam gestaltete Informationsveranstaltungen sowie
- räumliche und materielle Unterstützung der Selbsthilfe in Form von kostenloser Nutzung von Räumen und Hilfe beim Druck von Flyern und weiterem Informationsmaterial.

Zu den seltenen Formen zählen

- Beteiligung der Selbsthilfe an Aus- und Fortbildungsmaßnahmen von Krankenhauspersonal an speziellen Fortbildungsveranstaltungen für Patienten und Angehörigen sowie
- gemeinsame Institutionen (z.B. Arbeitskreise zu Sucht oder Krebs) und gemeinsame, über Betreuung und Beratung hinausgehende Angebote für Patienten (z.B. Männergesundheitstag, kostenlose Übernachtung für Eltern schwerkranker Kinder im Krankenhaus).

Dazu ist anzumerken, dass regional große Unterschiede zu verzeichnen waren. Was in einer Region als „besonders“ und „innovativ“ empfunden wurde, galt andernorts als normal.

Häufig waren an den Kooperationsmodellen neben Akteuren der Selbsthilfe und medizinischem Personal des Krankenhauses auch andere Gesundheitsberufe des Krankenhauses wie auch niedergelassene Mediziner und Therapeuten beteiligt. Als Unterstützer traten dabei gesetzliche sowie private Krankenkassen, Krankenkassenverbände, staatliche und soziale Einrichtungen sowie Akteure der freien Wirtschaft (Pharmaindustrie, Medien etc.) auf. Abschließend zu der Studie ist zu sagen, dass an ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ bestimmte Erwartungen und Wünsche geknüpft werden, die einen Bedarf nach klaren Kriterien und definierten Qualitätsstandards anzeigen. Dem Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ kommt vor diesem Hintergrund eine besondere Bedeutung zu (Nickel et al., 2006, S. 30ff).

4.3 Durchführung des Modellprojektes Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“

Aufbauend auf den geäußerten Wünschen des Selbsthilfeforums von 1993 und den Ergebnissen aus der von dem Institut für Medizin-Soziologie durchgeführten Studie, wurde der „Arbeitskreis Qualitätssiegel“ unter der Leitung der KISS Hamburg gegründet. Dem wurde ein Projektbeirat beigegeben, der aus der Bundesarbeitsgemeinschaft BAG SELBSTHILFE (Düsseldorf), dem BKK BV (Essen), dem Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e.V. Hamburg, dem Institut für Medizin-Soziologie am UKE und der KISS Hamburg, bzw. dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Ham-

burg e.V. bestand. Mit Hilfe des Arbeitskreises wurden die Qualitätskriterien für ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ erarbeitet. Die von Bobzien (2006b, S. 52) gelobte positive und konstruktive Zusammenarbeit aller Beteiligten im Arbeitskreis lag an einer teilweise schon jahrelangen, wenn auch punktuellen, vorhergehenden Kooperation. Diese wertvollen Erfahrungen sind in die Überlegungen mit eingeflossen. Wichtig dabei war, dass die Kompetenzen aller Akteure (Vertreter aus verschiedenen SHG, Qualitätskoordinatoren, Mitarbeiterinnen aus den regionalen KISS-Beratungsstellen) als gleichwertig für die Zielerreichung betrachtet wurden. Die Ziele des auf zwei Jahre angelegten Modellprojektes waren

1. die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern und damit die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben aus dem SGB V,
2. die Hinführung der Krankenhausversorgung zu einer systematischen Förderung und Unterstützung der Zusammenarbeit und
3. das Nutzen der aus dem Modellprojekt gewonnenen Erkenntnisse für den Transfer, um den Ansatz bundesweit zu verbreiten.

Über das Modellprojekt hinaus wird die allgemeine Etablierung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern bzw. Gesundheitseinrichtungen mit der Selbsthilfe als Qualitätsmerkmal in der Patientenorientierung als Wunschziel angestrebt (Bobzien, 2006b, S. 53).

4.4 Qualitätskriterien und Zertifizierungsverfahren nach KTQ®

Die erarbeiteten acht Qualitätskriterien (siehe Kasten) sind unter anderem in der NAKOS INFO 99, S. 34 aufgeführt:

1. Bereitstellung von Räumen, Infrastruktur, Präsentationsmöglichkeiten für die Selbsthilfe
2. Regelmäßige Information der PatientInnen 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

Die Qualifizierung für das Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ lief während des Projektes über zwei Phasen. In der ersten Phase bewerteten sich die Krankenhäuser bis zum Mai 2006 selbst („Self Assessment“) in der zweiten Phase wurde eine Fremdbewertung („Audit“) auf Basis der Auswertungsergebnisse durchgeführt. Dazu besuchte im Juli 2006 ein Visitorenteam aus Vertretern der Krankenhäuser, der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe und Mitarbeiterinnen der KISS die zu zertifizierenden Krankenhäuser. Die VertreterInnen der Selbsthilfe absolvierten dafür extra eine Visitoren-schulung. In einem abschließenden Qualitätsbericht wurden dann die Überprüfungen und Verbesserungspotentiale aufgeführt. Beide Schritte orientierten sich an der Systematik des Zertifizierungsverfahrens nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen). Aus dem Katalog (Version 5.0) des Manuals wurden 13 von 70 möglichen Kriterien aus den Bereichen Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement ausgewählt. Der PDCA-Zyklus (plan-do-check-act) wurde als prozessorientiertes Element zu der Bewertung hinzugezogen, sodass ein Kreislauf der ständigen Verbesserung in die Zusammenarbeit eingebaut wurde. Das KTQ®-System wurde ausgesucht, weil es sich um ein in Krankenhäusern im deutschsprachigen Raum sehr verbreitetes und anerkanntes Qualitätsverfahren handelt, was dem Krankenhauspersonal sehr entgegenkam (Bobzien, 2006b, S. 57ff).

Bobzien bleibt trotz des großen Erfolges des Modellprojektes in ihren Äußerungen vorsichtig. So schreibt sie, dass eine allgemeine, strukturelle Verankerung des Qualitätssiegels „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ nicht erwartet werden kann. Es fehle noch an einem orientierenden Maßstab. Punktuell gute Ergebnisse seien auf das Engagement einzelner Personen sowohl seitens der Selbsthilfe als auch seitens der Krankenhäuser zurückzuführen und es sei fraglich, ob die durch das Modellprojekt entstandene Ko-

operation fortgeführt werden wird, wenn diese Personen wegfallen. So fehle es noch an einem übergeordneten Leitbild. Schriftliche Verträge zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern könnten hier Abhilfe schaffen und die Zusammenarbeit zukünftig sichern. Abschließend betont Bobzien in ihrem Bericht, dass durch ein Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ nicht nur die Krankenhäuser zu einer systematischen Zusammenarbeit verpflichtet werden würden, sondern auch die VertreterInnen der Selbsthilfe (Bobzien, 2006b, S. 63ff).

Den teilgenommenen Krankenhäusern bzw. den teilgenommenen Fachabteilungen wurde am 28. August 2006 im Rahmen einer Veranstaltung, zu der Fachpersonal und Öffentlichkeit eingeladen waren, von der KISS Hamburg das Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ verliehen (www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de, o.J.; Bobzien, 2008 S. 22). Es hat eine vereinbarte Gültigkeit von 3 Jahren. Zur Kennung des Siegels wurde ein Logo entworfen, das hier wiedergegeben ist und dem Einladungsflyer der Veranstaltung entnommen ist:



Grafik 1: „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“

Das Modellprojekt hat zusätzlich eine eigene Homepage erhalten (www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de), auf der alle wichtigen Daten abgerufen werden können, einschließlich der Qualitätsberichte der Krankenhäuser AK Eilbek und AK Nord, Ochsenzoll.

4.5 Transfer des Modellprojektes Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ und erste Erfahrungen

In der NAKOS INFO 99 (Bremen, Siewerts, 2009, S. 33) im Bericht „Selbsthilfefreundlichkeit fördern!“ steht, dass Selbsthilfefreundlichkeit zwar kein ganz neues Thema für Gesundheitseinrichtungen ist, aber Kooperationen zwischen Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen bisher häufig,

wie schon mehrfach erwähnt, vom Engagement einzelner Personen abhängig gewesen waren. Zur generellen, bundesweiten Förderung dieser Zusammenarbeit und zur Erstellung eines entsprechenden Konzeptes haben sich mehrere Akteure des Gesundheitswesens zum „Netzwerk Selbsthilfefreundliches Gesundheitswesen“ zusammengeschlossen. Dazu gehören das Institut für Medizin-Soziologie am UKE, die NAKOS, der BKK BV und die Gesellschaft für soziale Projekte mbH – Projektgesellschaft des Paritätischen NRW (Nordrhein-Westfalen).

Um der Problematik von Solitärprojekten entgegenzuwirken, wird seit 2008 von MitarbeiterInnen der Selbsthilfekontaktstelle (SHK) Bielefeld unter Mitwirkung von Vertretern der Selbsthilfe und des Gesundheitswesens ein neues Konzept erprobt. Das Konzept greift auf die Erfahrungen und Ergebnisse des Modellprojektes Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ zurück und wird ebenfalls vom BKK BV gefördert. Erprobt wird, ob eine Unterstützungsagentur, die an der SHK angegliedert ist, die Arbeit übernehmen kann, die zur Entwicklung, Implementierung und Etablierung einer Kooperation nötig ist. Denn die Umsetzung ginge sowohl methodisch als auch zeitlich über die Kapazität einer SHK hinaus. Diese Unterstützungsagentur initiiert und organisiert Treffen zwischen interessierten Gesundheitseinrichtungen, Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen. Sie begleitet den Aufbau der kooperativen Beziehung, kümmert sich um die Umsetzung der Qualitätskriterien in der jeweiligen Gesundheitseinrichtung (siehe Kasten S. 16/17) und sorgt so für die Verankerung des Themas Selbsthilfe. Dies führt dazu, dass die Impulse für eine Zusammenarbeit nicht mehr hauptsächlich von der Selbsthilfe ausgehen, sondern von den Gesundheitseinrichtungen, die von sich aus die Selbsthilfe kontaktieren. Begleitet wird das neue Konzept von Monika Bobzien, die in Hamburg am Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ beteiligt war. Bereits nach einem Jahr wurde deutlich, dass „Selbsthilfefreundlichkeit“ und das Streben nach mehr Qualität in der Patientenorientierung in den beteiligten Gesundheitseinrichtungen an Bedeutung gewonnen hat und dass das Interesse an dem Konzept groß ist. Die Vorgehensweise der Unterstüt-

zungsagentur, die sich methodisch an einer Dreiecksbeziehung zwischen Gesundheitseinrichtung, SHK und SHG/SHO orientiert, scheint Erfolg zu haben. Daher plant das „Netzwerk Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtungen“, dessen Zusammenarbeit von einer Koordinierungsstelle des Paritätischen Gesamtverbandes Berlin unterstützt wird, in 2010 neben der „Agentur West“ in Bielefeld weitere Agenturen im Norden, Süden und Osten Deutschlands aufzubauen. Das Thema „Selbsthilfefreundlichkeit“ soll bundesweit in der Gesundheitsversorgung platziert werden (Bremen, Sieverts, 2009, S. 34ff).

Aktuell wurden von der NAKOS im April 2010 in Halle und im Mai 2010 in Kassel Einführungsveranstaltungen zum Thema „Gelingende Kooperation – Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen arbeiten mit Krankenhäusern zusammen“ angeboten (www.nakos.de). Ich habe an der Veranstaltung in Kassel teilgenommen und dabei erfahren, dass weitere Unterstützungseinrichtungen in Hannover, Mannheim und Berlin aufgebaut worden sind. Außerdem wurden von den TeilnehmerInnen erste Kooperationserfahrungen ausgetauscht, auch wenn diese nicht direkt auf eine systemische Zusammenarbeit bezogen waren, sondern eher auf Einzelkooperationen. Engagement war bei allen TeilnehmerInnen zu spüren, doch die Aussage, dass z.B. Brustkrebszentren nur mit Selbsthilfe zusammenarbeiteten, um die Zertifizierung zu bekommen, stimmt nachdenklich. Besonders dann, wenn die Zusammenarbeit nach Erhalt der Zertifizierung quasi abgebrochen wird. Das lässt darauf schließen, dass eine generelle Bereitschaft von Krankenhäusern nachhaltig mit Selbsthilfe zusammenzuarbeiten (noch) nicht erwartet werden kann und fraglich ist (siehe Kap. 4.4 abschließende Äußerung von Bobzien).

Die Referentin der Seminare Christine Rabe stellte zudem fest, dass bei den MitarbeiterInnen der SHK (besonders in den neuen Bundesländern) großer Schulungsbedarf besteht und eine reine Einführungsveranstaltung zu dem Thema nicht reicht. Geplant ist aus Finanzierungsgründen der NAKOS bundesweit jedoch nur eine einzige.

5. Zur aktuellen Situation der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Bremerhaven – Ergebnisse aus einer Befragung

Das Meinungsbild, welches sich durch die Ergebnisse aus der im Rahmen des Praxis-Semesters durchgeführten Befragung der dem Bremerhavener Topf e.V. angehörenden, gesundheitsbezogenen SHG und SHO ergab, weist darauf hin, dass ein ähnliches Projekt wie in Hamburg die Akzeptanz, das Verständnis und das Miteinander von Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen in Bremerhaven nicht nur fördern sondern auch ausbauen könnte. Die dafür relevanten, ausschlaggebenden Ergebnisse und Aussagen sind in diesem Kapitel zusammengefasst. Vorab werden Entwicklung, Methodik und Auswertung der Befragung erläutert.

Das Gesamtergebnis ist in dem noch unveröffentlichten Bericht „Standortbeschreibung der dem „Bremerhavener Topf e.V.“ angegliederten Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen“ nachzulesen.

5.1 Entwicklung, Methodik und Auswertung

Die Befragung der SHG und SHO, die Mitglied im „Bremerhavener Topf e.V.“ sind, ist eine Auftragsarbeit des Vorstandes im Rahmen des Praxis-Semesters 2009/2010 gewesen, über die ich im Praktikumsbericht unter „Beschreibung der wesentlichen durchgeführten Projekte“ bereits berichtet habe. Die aktuelle Lage der SHG und SHO des „Bremerhavener Topfes e.V.“ über eine Befragung abzubilden geschah nicht zum ersten Mal. Bereits in den 90er Jahren wurde etwas Derartiges in geringerem Umfang vorgenommen. Die Unterlagen dazu standen mir für die Erstellung meines Fragebogens nicht mehr zur Verfügung, sodass ich für die 41 SHG und SHO, die im November 2009 im Flyer gelistet waren, einen neuen Fragebogen entwickeln musste.

Die Schwierigkeit für den Fragebogen lag darin, dass ihm nicht eine spezielle Fragestellung zugrunde liegen sollte sondern eine allgemeine Situationsbeschreibung, die sowohl die gesundheitsbezogenen als auch die sozialorientierten SHG und SHO einbeziehen sollte. Bei der Recherche stellte ich

fest, dass es einen derartig umfassenden Fragebogen aus dem Bereich der Selbsthilfe zwecks Übernahme oder Umarbeitung nicht gab. Gefunden habe ich einen Fragebogen des Institutes für Medizin-Soziologie an der Universitätsklinik Eppendorf (UKE), der 2005 im Rahmen des von dem BKK BV geförderten Projektes „Aktivierung von Selbsthilfepotentialen –ASP“ entwickelt worden ist ([www.uke.de / a](http://www.uke.de/a)) und unter <http://www.uke.de/extern/asp/sho-fragebogen-formular.pdf> ([www.uke.de / b](http://www.uke.de/b)) abgerufen werden kann. Der Hamburger Fragebogen richtet sich jedoch ausschließlich an gesundheitsbezogene SHK und SHO, sodass ich den Fragebogen für Bremerhaven um den Aspekt der sozialen Selbsthilfe und für SHG erweitern musste. Was für den Bremerhavener Fragebogen bedeutete, dass nicht alle Fragen von allen SHG oder SHO beantwortet werden konnten. Dies wurde bewusst in Kauf genommen. Bei der Überlegung, auf welche Weise die SHG und SHO befragt werden sollten, wurde sowohl eine mündliche als auch eine schriftliche Befragung in Betracht gezogen, wobei die Wahl auf die schriftliche Form fiel, weil die Erhebung so weniger zeitaufwändig war (vgl. Bortz, Döring, 2006). Abgefragt wurden die Bereiche in der Reihenfolge

- Beschreibung der Gruppe/Organisation und der Zielvorstellungen
- Gewinnung und/oder Aktivierung von Mitgliedern
- Angebote der Gruppe
- Gründe für oder gegen eine Mitgliedschaft in einer SHG/SHO
- Kontakt/Anbindung zur Selbsthilfekontaktstelle (SHK) „Bremerhavener Topf e.V.“
- Angebote der SHK „Bremerhavener Topf e.V.“
- Finanzielle Situation der SHG/SHO
- Zusammenarbeit mit anderen Institutionen
- Standpunkt zur Selbsthilfe allgemein
- Wünsche/Forderungen für die eigene SHG/SHO, an die SHK und an Institutionen des Gesundheits- und Öffentlichen Wesens

Der Charakter des Fragebogens ist qualitativer, empirischer Natur, da er der Exploration und Deskription der Situation der SHG und SHO in Bremerhaven dient (vgl. Bortz, Döring, 2006). Der Fragenkatalog umfasst sowohl

geschlossene als auch offene Fragen, sodass nur ein Teil der Auswertung mit SPSS 18.0 Studentenversion vorgenommen worden ist. Die offenen Fragen sind per Hand in Form eines Inventars zusammengefasst und ausgewertet worden (Bortz Döring, S. 381f).

Die Grundgesamtheit N beträgt 41 SHG und SHO, wobei eine SHG Teil einer der SHO ist, womit sich N auf 40 reduziert. Der Rücklauf in dem zweieinhalbmonatigen Erhebungszeitraum (zwischen November 2009 und Februar 2010) betrug 55,0% oder 22 zurückgegebene Fragebögen. Von den 18 nicht teilgenommenen SHG und SHO gab es 4 Verweigerungen. Die übrigen 14 füllten aus Zeitmangel oder Krankheit nicht aus oder empfanden den Fragebogen als unpassend. Mit dem Anschreiben zum Fragebogen war den Teilnehmern Hilfe beim Ausfüllen angeboten worden. Dies wurde von 7 SHG/SHO in Anspruch genommen.

Bei der folgenden Beschreibung der Ergebnisse beschränke ich mich, wie eingangs schon erwähnt, auf die zur Bachelor-Arbeit relevanten Aussagen der gesundheitsbezogenen SHG und SHO, damit meine ich bremerhavenspezifisch die Bereiche „Behinderung“ und „Gesundheit“, welche zusammen 72,7% aller SHG/SHO ausmachen, siehe Tabelle 1.

Bereich	Häufigkeit	Prozent
Behinderung	5	22,7
Gesundheit	11	50,0
Kinder und Jugend	1	4,5
Senioren	1	4,5
Soziales	4	18,2
Gesamt	22	100,0

Tabelle 1: Bereiche der Selbsthilfe in Bremerhaven

5.2 Ausgewählte Ergebnisse der gesundheitsbezogenen SHG/SHO

Beweggründe zur Gründung, Ziele

Die Befragung beginnt mit der Frage nach den Beweggründen, die zur Gründung der SHG und SHO geführt haben und mit den Zielen, die von den Gruppen und Organisationen verfolgt werden. Bei der Gründung können eigene Motivation und Motivation durch Professionelle (Krankenschwester, Arzt) sowie Gesundheitseinrichtungen (Krankenhaus, Arztpraxis) unter-

schieden werden. Als wichtigste Beweggründe zur Gründung einer SHG/SHO gelten

- Überwindung von Einsamkeit und Isolation,
- Zeit zum Erzählen und Zuhören,
- Erfahrungs- und Wissensaustausch,
- gemeinsam nach Verbesserungsmöglichkeiten der Lebensumstände suchen und
- gebündeltes Durchsetzen von Interessen.

Mehrfach wird dies als „Hilfe zur Selbsthilfe“ beschrieben. Die Ziele stimmen mit den Beweggründen zur Gründung überein und werden durch den Austausch über Professionelle (Ärzte, Therapeuten, usw.), Gesundheitseinrichtungen (Praxen, Krankenhäuser, Krankenkassen) und verschiedene Therapien ergänzt. Zu erwähnen ist, dass es Gruppen gibt, die eigenständig therapeutische Übungen in ihren Gruppenstunden fortführen und somit zum Erhalt und weitergehenden Erfolg von Therapien und rehabilitativen Maßnahmen beitragen (z.B. bei Schlaganfall, COPD).

Ihre Ziele können im Prinzip alle SHG/SHO umsetzen. Ist dies laut Kommentaren eingeschränkt der Fall, werden Argumente geäußert wie:

- Ärzte blocken teilweise ab,
- „Nicht-ernstgenommen-werden“ bei Professionellen und
- wenig Hilfe von ärztlicher und klinischer Seite.

Diese Kommentare waren der erste Anstoß ein Projekt für ein verbessertes Verständnis und mehr Kooperation zwischen SHG/SHO und Professionellen in Bremerhaven durchzuführen. Bestärkt haben mich darin die steigenden Mitgliederzahlen bei den gesundheitsbezogenen SHG/SHO in den letzten zwei Jahren.

Mitgliederwerbung und Beratungsangebote

Dreiviertel der Gruppen und Organisationen betreiben aktive Mitgliederwerbung (siehe Tabelle 2), was für das Akquirieren neuer Mitglieder im Krankenhaus Voraussetzung ist.

		Behinderung	Gesundheit
		Anzahl	Anzahl
Aktive Werbung	nein	1	3
	Ja	4	8

Tabelle 2: Aktive Werbung um Mitglieder

Die Werbung geschieht dabei über Flyer, Zeitungsartikel, direkte Ansprache sowie über Veranstaltungen, wie z.B. den Selbsthilfetag in der „Bürger“ (Juni) und die Gesundheitswoche in der Stadthalle Bremerhaven (September). Einzelne Teilnehmer der Befragung gaben an über Aushänge in Arztpraxen und in Krankenhäusern für ihre SHG/SHO zu werben.

Bei der Frage, ob die Beratungsangebote der SHG/SHO Elemente der Mitgliedergewinnung enthalten, ergab sich bei den gesundheitsbezogenen SHG/SHO ein gleichmäßig verteiltes und bei den SHG/SHO Bereich Behinderung ein zu „häufig“ tendierendes Ergebnis, wie Tabelle 3 zeigt.

	Behinderung	Gesundheit
Häufig	3	2
Manchmal	1	2
Selten	0	3
Nie	0	3
keine Erfahrung	1	1
Gesamt	5	11

Tabelle 3: Mitgliedergewinnung als Element der Beratung

Gründe die für Mitgliederwerbung bei Beratungsangeboten sprechen sind:

- das Abrutschen der Interessierten in die Isolation vermeiden helfen und
- das Anbieten eines Einblicks in die Gruppe/Organisation, um festzustellen, ob Selbsthilfe für den Interessenten in Frage kommt.

SHG und/SHO, die Mitgliederwerbung in Beratungsgesprächen kritisch sehen sagen, dass der erste Schritt in Richtung Mitgliedschaft vom Interessierten selbst ausgehen sollte. Menschen sollten nicht zu einer Mitgliedschaft überredet werden. Werbung in einem Beratungsgespräch könne verunsichernd wirken.

Pro und Contra von Mitgliedschaften in SHG/SHO

Als Beratende(r) in einem Beratungsgespräch ist es von Vorteil zu wissen, welche Gründe für (pro) und welche gegen (contra) eine Mitgliedschaft in einer SHG/SHO sprechen, gerade im Hinblick auf eine PatientInnenberatung im Krankenhaus. Die Pros und Contras sind zur besseren Übersicht hier in einer Tabelle wiedergeben. Die Contras bestätigen teils die Aussagen von Geene et al. (2009, S. 13f) über die laufende fünfte Welle der „neuen Selbsthilfebewegung“.

Pro Mitgliedschaft	Contra Mitgliedschaft
<ul style="list-style-type: none"> • Trost • Gewinnung neuer Perspektiven • Schamfreies Äußern von Problemen • kein Gefühl, dem Gegenüber mit den Problemen zur Last zu fallen • Kein Zeitdruck, wie z.B. in der Arztpraxis • Beratung auf „Augenhöhe“ (Entwicklung, Aneignung und Weitergabe von Betroffenen-Kompetenz) • Motivation in der Gruppe gegen die Krankheit etwas zu unternehmen ist größer als allein • Öffentlichkeitsarbeit (Aufmerksamkeit, Akzeptanz und Toleranz in der Gesellschaft, bei Gesundheitseinrichtungen, Entscheidungs- und Finanzierungsträgern) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht konfrontiert werden wollen mit der Krankheit • Schamgefühle sich zu outen • Reiner Informationsbedarf • Lieber punktuell Veranstaltungen besuchen als regelmäßig eine Gruppe besuchen • Vermeiden von Verpflichtungen, die eine Mitgliedschaft mit sich bringen würde

Tabelle 4: Mitgliedschaft in einer SHG/SHO – Pro und Contra

Aktive Mitarbeit und Angebote der SHG/SHO

Die Gruppen und Organisationen legen zwar alle großen Wert auf aktive Mitarbeit, doch sind im Schnitt nur etwa 10 bis 20% der Mitglieder in Form von Leitung, Vorsitz oder Übernahme von anderen Aufgaben aktiv; teilweise, weil die Krankheit dies nicht zulässt, teilweise weil mangelnde Zeit angegeben wird.

Als Angebote für Mitglieder und interessierte Betroffene/Angehörige bestehen bei allen SHG/SHO problemorientierte Gesprächsrunden. Weiter führen ca. 75% der SHG/SHO Beratung im gesundheitlichen Bereich durch und 87,5% bieten für ihre Mitglieder gemeinsame Aktivitäten an. Professionelle Ansprechpartner für Mitglieder und Interessierte geben 50% der gesundheitsbezogenen Gruppen an. Von 31,3% der SHG/SHO werden außerdem Leistungen öffentlich angeboten, was ein unverbindliches Kennenlernen der Selbsthilfearbeit zulässt.

Schwerpunkte in der Arbeit der SHG/SHO

Wertvolle Informationen für zukünftig kooperierende Krankenhäuser bietet das Wissen über die Verteilung der Schwerpunkte in der Selbsthilfearbeit. Dieser Fragenkomplex ist quasi unverändert von dem Fragebogen des Instituts für Medizin-Soziologie übernommen worden. Er richtet sich in erster Linie an SHO, wurde jedoch von allen SHG mitbeantwortet. Wichtigster Schwerpunkt für die Bremerhavener befragten SHG/SHO sind „Sach- und Fachinformationen“, auch „Schulungen und Seminare“ nehmen einen hohen Stellenwert ein. „Selbsthilfegruppeninitiierung und Vermittlung“ zeigt ein dichotomes Bild. Während die eine Hälfte dies als Schwerpunkt angibt, ist dies für die andere Hälfte kein Thema. Anzumerken ist hierbei, dass dies keine Polarisierung zwischen SHG und SHO darstellt, sondern sowohl bei der einen wie auch bei der anderen Antwort SHG/ SHO zu finden sind. Ein gemischtes Bild ergibt sich beim Punkt „Akzeptanz und Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit“. Eher niedrig scheint das Bestreben zu sein, Unterstützung durch die Öffentlichkeit zu suchen, womit sowohl Mittel und Spenden als auch Arbeitszeit gemeint sind. Ähnlich wird der Schwerpunkt „Einflussnahme auf Politik und Entscheidungsträger“ beurteilt.

	nied- rig	nied- rig bis mittel	mittel	mittel bis hoch	hoch
Sach- und Fachinformation für Betroffene und/oder Angehörige				2	14
Selbsthilfegruppeninitiierung und -vermittlung	6	1	2	1	6
Schulungen, Seminare über den Umgang mit der Krankheit, dem Problem	1		5	2	8
Akzeptanz, Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit	2	3	4	2	4
Suchen von Unterstützung durch die Öffentlichkeit (Mittel, Spenden, Arbeitszeit)	6	3	2		3
Einflussnahme auf Politik und Entscheidungsträger	6	2	2	2	3

Tabelle 5: Schwerpunkte der SHG/SHO

Kontakte und Zusammenarbeit der SHG/SHO mit Gesundheitseinrichtungen

Wie in der Einleitung bereits angedeutet, bestehen seitens der Bremerhavener gesundheitsbezogenen SHG/SHO schon Kontakte und teils auch punktuelle Kooperationen mit Gesundheitseinrichtungen. In Tabelle 6 ist abzulesen, dass ein Anteil von 62,5% mit Arztpraxen als auch mit relevanten Ämtern Kontakt hat und zusammenarbeitet. 56,3% der SHG/SHO geben dies für Krankenhäuser an. Wertvoll in Bezug auf eine Kooperation mit Krankenhäusern und für den Aufbau eines Netzwerkes ist die Angabe, dass 43,8% mit anderen Selbsthilfeorganisationen zusammenarbeiten, was heißt, dass auf weitere für Betroffene jeweils existierende, passende SHG/SHO hingewiesen wird.

	Behinderung	Gesundheit
Arztpraxen	2	8
Ämter	4	6
Krankenkassen	2	5
Krankenhäuser	1	8
andere Selbsthilfeorganisationen	3	4
Gesamtgruppenanzahl	5	11

Tabelle 6: Zusammenarbeit mit Institutionen

Über die Information der Zusammenarbeit hinaus, wurde nach dem Unterstützungsgrad der Gesundheitseinrichtungen gefragt (siehe Fragebogen Institut für Medizin-Soziologie). Dieser wurde auf einer Fünfpunkteskala von „gar nicht unterstützend“ bis „außerordentlich unterstützend“ überwiegend mit mittelmäßig bis unterstützend angegeben. Es gab allerdings einen negativen Ausreißer, bei dem Probleme mit einer Arztpraxis zu einer bestimmten Erkrankung bestehen. Entgegenwirkend scheint jedoch kaum eine Gesundheitseinrichtung zu sein. Auf einer Fünfpunkteskala von „gar nicht entgegenwirkend“ bis „außerordentlich entgegenwirkend“ wurde fast ausschließlich bei „gar nicht entgegenwirkend“ angekreuzt.

Bereitschaft aktiv zu werden

Die Bereitschaft zu Aktivität ist nicht nur für das Zustandekommen einer Kooperation mit Professionellen des Gesundheitswesens, Gesundheitseinrichtungen und anderen Institutionen von Bedeutung, sondern auch für die regelmäßige Arbeit mit diesen Partnern. Diese scheint grundsätzlich vorhanden zu sein. Herauszulesen ist dies durch die Frage, ob es Bereiche gibt, bei denen eine Beteiligung gewünscht wird. Dies ist bei 43,8% der SHG/SHO der Fall. Beim Hinterfragen wurden ganz konkrete Antworten gegeben:

- Mitbeteiligung bei Planung und Bau von öffentlichen Einrichtungen
- Bekannt(er) werden bei Behörden, Ämtern und im Gesundheitswesen, um besser mitreden zu können

- Aufbau von Hilfsstrukturen für dementiell Erkrankte und deren betreuende Angehörige in Bremerhaven
- stationäres Hospiz
- Initiierung krankheitsspezifischer Sportgruppen
- Informationen für Ärzte
- bessere Öffentlichkeitsarbeit
- Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, um zu einem besseren Umgang mit der Krankheit, bzw. dem Problem beizutragen

Standpunkt der SHG/SHO zur Selbsthilfe allgemein

Der Standpunkt der SHG/SHO zur Selbsthilfe allgemein rundet die Ergebnisse aus der Befragung ab. Hier wurden zwei Fragen gestellt, die für das Verständnis und die Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen und Professionellen mit Vertretern der Selbsthilfe von elementarer Bedeutung sind. Die erste Frage „Was kann aus Ihrer Sicht die Selbsthilfe leisten, was professionelle Beratung/Betreuung/Therapie oder Behandlung nicht leistet?“ beleuchtet die Grenze zwischen den Partnern vom Standpunkt der Selbsthilfe aus. Hier sprachen die SHG/SHO deutlich noch einmal die besonderen Eigenschaften von Selbsthilfegruppen an:

- Solidarität unter Betroffenen
- vertieftes Verständnis für die Krankheit, bzw. das Problem aus Betroffenheit
- verständnisvolle und als effektiv empfundene Beratung ohne Zeitdruck unter Betroffenen, die Ähnliches erlebt haben
- geringere Hemmschwelle Probleme anzusprechen als gegenüber Professionellen
- Weitergabe von praktischem Wissen zur Alltagsbewältigung und zu Therapien
- Aufbau von Mut und Zuversicht
- Weiterführung von Übungen, auch wenn kaum Fortschritte ersichtlich sind
- Einbeziehung des persönlichen Umfelds

Die zweite Frage „Was kann/darf aus Ihrer Sicht Selbsthilfe nicht leisten?“ beleuchtet die Grenze aus dem Blickwinkel der Professionellen und Gesundheitseinrichtungen. Angegeben wurde

- Weitergabe von fachlichen, medizinischen und therapeutischen Informationen
- Diagnosestellung durch andere Gruppenmitglieder
- pflegerische Leistungen
- Ersatz von professionellen Leistungen (Arzt, Therapeut, Pflegepersonal)

Für die Zukunft wünschen sich die befragten Bremerhavener SHG/SHO mehr Fachinformationen von Professionellen. Die Betroffenen möchten allgemein einen höheren Bekanntheitsgrad ihrer Krankheit erreichen und hätten gerne mehr Verständnis und Rücksichtnahme für ihre Situation. Eine SHG wünscht sich für ihre (seltene) Krankheit, dass sie besser erkannt und diagnostiziert wird, was mit der Aussage von Geene (2008) korrespondiert, dass Betroffene seltener Erkrankungen besser informiert sein können als ihre Ärzte. In diesem und in anderen Fällen möchten die Betroffenen von Professionellen nicht als „Besserwisser“ abgestempelt sondern mit ihrer Betroffenen-Kompetenz ernst genommen und als Partner gesehen werden.

5.3 Schlussfolgerung aus den Ergebnissen der Befragung

Die geschilderten Ergebnisse der gesundheitsbezogenen SHG/SHO Bremerhavens legen die Erprobung eines Projektes nach dem Hamburger Vorbild nahe. Denn Teile der erarbeiteten Qualitätskriterien aus dem Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ tauchen mehrmals als Wünsche und Forderungen in den Antworten der Befragung auf. Dazu zählt die Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit und der (regelmäßige) Erfahrungs- und Informationsaustausch. Die Information von PatientInnen direkt im Krankenhaus, d.h. neu hinzukommenden Betroffenen, könnte das Problem des Nachrückens von neuen, jüngeren Mitgliedern lösen. Allerdings müssen sich die SHG/SHO im Falle einer Kooperation darüber im Klaren sein, dass nicht nur das Krankenhaus und das dazugehörige

Personal auf die Selbsthilfe zugehen müssen, für sie gilt dasselbe. Erst dann können beide vom jeweils anderen profitieren (Keclik et al., 2006).

6. Transfer des Hamburger Projektes auf Bremerhavener Strukturen: Entwurf eines Konzeptes zur Implementierung eines „Selbsthilfefreundlichen Krankenhauses“ in Bremerhaven

Damit eine Kooperation in Bremerhaven gelingen kann, sind die Erfahrungen aus Hamburg und Bielefeld zwar eine wertvolle Stütze, der Leitfaden des BKK BV eine gute Informationsquelle und die Ergebnisse aus der Befragung der SHG und SHO in Bremerhaven ein Antriebsmotor, doch braucht es ein durchdachtes Konzept, das den Krankenhäusern, der Selbsthilfekontaktstelle und den SHG und SHO präsentiert werden kann und sie überzeugt.

Ein erster Kontakt mit einer Mitarbeiterin eines Krankenhauses, in dem das mögliche Projekt kurz vorgestellt worden ist, fand bereits statt. Ob das Projekt starten und eine dauerhafte Kooperation initiiert werden kann wird davon abhängen, ob die Führung des Krankenhauses positiv reagieren wird und die möglichen, zukünftigen Partner aus der Selbsthilfe und den Krankenhausabteilungen ihrerseits Interesse signalisieren, aufeinander zugehen und eine nachhaltige Zusammenarbeit einzugehen bereit sind. Im Folgenden kann daher nur ein mögliches Konzept vorgestellt werden.

6.1 Mögliche Partner und Förderer in Bremerhaven

Die in 4.5 angesprochene Dreiecksbeziehung aus Krankenhaus-Selbsthilfekontaktstelle-SHG/SHO ergeben für Bremerhaven folgende Partner:

Krankenhäuser

- Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, Postbrookstraße

- DRK-Krankenanstalten Wesermünde: Klinik Am Bürgerpark, Schiffdorfer Chaussee
- St. Joseph Hospital Bremerhaven, Wiener Straße

Selbsthilfekontaktstelle

„Bremerhavener Topf e.V.“, Hafenstraße

Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen (SHG/SHO)

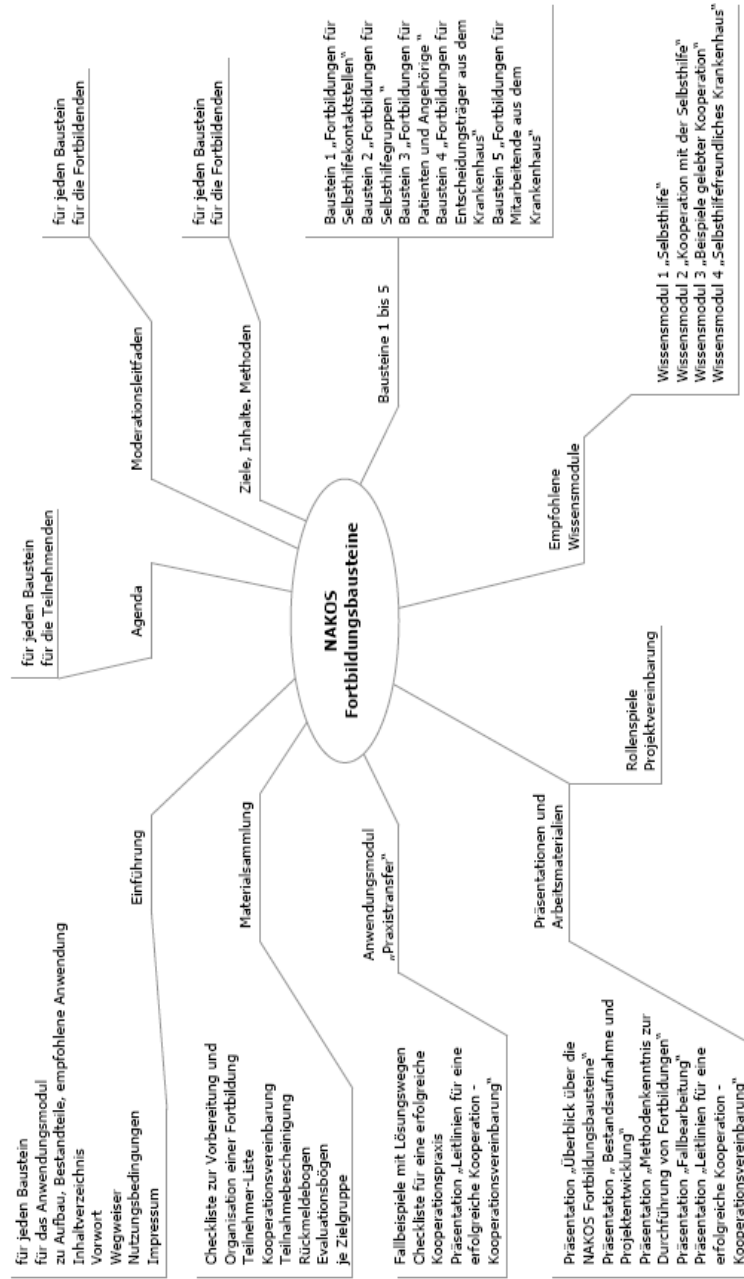
Alle gesundheitsbezogenen SHG/SHO Bremerhavens, insbesondere diejenigen, die Mitglied im „Bremerhavener Topf e.V.“ sind, da zu diesen Gruppen und Organisationen bereits ein gemeinsamer Flyer existiert, der ausgelegt werden könnte.

Förderer/Finanzierungsträger

- Bremer Landeskrankenkassen und Pflegekassen
- Magistrat: Gesundheitsamt, Amt für Menschen mit Behinderung
- Beteiligte Krankenhäuser

Zur weiteren Information und zur Unterstützung des Bremerhavener Projektes kann zusätzlich das Schulungsmaterial „Fortbildungsbausteine NAKOS“ aus der Einführungsveranstaltung genutzt werden (Aufbau siehe Grafik 2). Im Bedarfsfall könnten die NAKOS, das „Netzwerk Selbsthilfefreundliches Gesundheitswesen“ und die neu entstandene Unterstützungsagentur in Hannover angesprochen werden.

Auf einen Blick – Aufbau – NAKOS Fortbildungsbausteine



Gelingende Kooperation – Fortbildungsbausteine der NAKOS Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen arbeiten mit Krankenhäusern zusammen (Version 30.10.2009)
© NAKOS 2009 – Nachdruck oder auszugsweise Veröffentlichung nur nach schriftlicher Genehmigung



Grafik 2: NAKOS Fortbildungsbausteine (Quelle: NAKOS, 2009)

6.2 Kontaktaufnahme

Zu Beginn steht die Kontaktaufnahme mit den in Frage kommenden Kooperationspartnern und Förderern, ob überhaupt Interesse besteht. Zur Erprobung bzw. zur Durchführung eines Bremerhavener Projektes würde zu-

nächst eine Abteilung eines Krankenhauses ausreichen. Interessant ist daher, wie der bereits aufgenommene Kontakt sich weiterentwickeln wird.

Ein erstes Anfragen bei den Bremer Landeskrankenkassen seitens des geschäftsführenden Vorsitzenden des „Bremerhavener Topfes e.V.“ im März 2010 ergab bei mehr als einer Krankenkasse Interesse.

Das Interesse der Selbsthilfe kann zwar bei einigen SHG/SHO anhand der Antworten der in 5.2 beschriebenen Ergebnisse vorausgesetzt werden, doch sollten entweder auf einer Mitgliederversammlung oder über dem Postwege alle SHG/SHO, die den Bereichen Gesundheit und Behinderung angehören, über die mögliche, zukünftige Kooperation informiert und deren Zustimmung eingeholt werden.

6.3 Vorgehensweise: Recherche und Planung

Hat die Krankenhausleitung sich für das Projekt ausgesprochen und ist eine Abteilung zur Zusammenarbeit mit SHG/SHO bereit, beginnen die Vorbereitungen für die Kooperation. Dabei kann gegebenenfalls schon auf bereits bestehende Kontakte und deren Erfahrungen zurückgegriffen werden, wie z.B. bei Brustkrebs oder Morbus Parkinson. Die nachfolgend beschriebenen Schritte lehnen sich neben den in Hamburg entwickelten Qualitätskriterien an das Vorgehen des österreichischen Projektes PIK „Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ an. Denn auch in Niederösterreich werden „Selbsthilfefreundliche Krankenhäuser“ zertifiziert (www.selbsthilfenoe.at, o.J.). Am Ende des Unterkapitels fasst ein Ablaufdiagramm die Schritte übersichtlich zusammen.

Vorbereitung

In dieser Phase werden die Mitarbeiter der Krankenhausabteilung über das Projekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ und über die Selbsthilfe in Bremerhaven informiert. Ziele und Inhalte werden mit der SHK abgesprochen und gegebenenfalls in einem weiteren Gespräch festgehalten. Um die Mitarbeiter des Krankenhauses langsam in das Projekt einzuführen, können zunächst nur grundlegende Ziele vereinbart werden, auf denen aufgebaut

werden kann. Dies können, wie 2003 von Astrid Estorff-Klee formuliert, die folgenden Punkte sein (Trojan, 2006, S. 9f):

- Entwicklung einer systematischen Zusammenarbeit, um herauszufinden, was machbar ist.
- Sicherstellen, dass das Personal über die Arbeit der Selbsthilfekontaktstelle „Bremerhavener Topf e.V.“ Bescheid weiß und Selbsthilfegruppen benennen kann.
- Einen Ansprechpartner/Selbsthilfebeauftragten im Krankenhaus benennen und einsetzen.
- Gut sichtbares Auslegen von Informationsmaterial, das kontrolliert und nachgefordert wird (Prospektständer, Informationssäulen, Wegweiser, „schwarze Bretter“).
- NICHT: PatientInnen bei der Entlassung ohne Kommentar Informationsmaterial über in Frage kommende SHG/SHO in die Hand drücken.

Gut wäre, wenn schon zu Beginn ein Raum zur Verfügung gestellt werden würde, der für die Besuche und Beratungen der Selbsthilfevertreter genutzt werden kann. In dem in Frage kommenden Krankenhaus gibt es derzeit keine Möglichkeit, doch nach der Fertigstellung des Neubaus, könnte dies nach Angaben der kontaktierten Mitarbeiterin des Krankenhauses der Fall sein.

Recherche

Gemeinsam mit den Mitarbeitern der Krankenhausabteilung werden sowohl die chronischen wie auch die seltenen Krankheiten auf Station recherchiert, bei denen der Kontakt mit und die Unterstützung durch SHG/SHO sinnvoll erscheint. Anschließend wird festgestellt, zu welchen Erkrankungen es Gruppen und Organisationen gibt (Keclik et al. 2006, S. 73).

Vorbesprechung mit den SHG/SHO

Die Vertreter der in Frage kommenden SHG/SHO werden zu einem Informationsgespräch eingeladen, über die Ziele und die Chancen des Projektes näher informiert und so auf ein erstes Gespräch mit dem Krankenhauspersonal vorbereitet. Anzusprechen ist auch der nicht unerhebliche Arbeitsaufwand, zu dem die Leitungen oder als Kontaktpersonen ernannte Mitglieder

bereit sein müssen. Die SHK sichert hier bei allen Problemen, die auftauchen können, ihre Unterstützung zu (Keclik et al., 2006, S. 73f).

Erstgespräch der Kooperationspartner

Das erste Treffen (im Krankenhaus) ist primär dem Kennenlernen und der Vorstellung der eigenen Arbeit der zukünftigen Kooperationspartner gewidmet. Im günstigsten Fall kann, verbunden mit einem Rundgang über die Station, schon Informationsmaterial von den SHG/SHO deponiert und eine Einigung über die Ziele der Kooperation getätigt werden (Keclik et al., 2006, S. 74). Möglicherweise müssen Vorurteile ausgeräumt werden, die in der Befragung der Bremerhavener SHG/SHO angesprochen worden sind, wie z.B. dass Professionelle (Ärzte, Pflegekräfte etc.) PatientInnen, bzw. Selbsthilfef Vertreter nicht ernst nehmen würden. Dabei ist gegenseitige Akzeptanz und Offenheit der Parteien wichtig (Keclik et al., 2006, S. 75). Sowohl den Selbsthilfef Vertretern als auch dem Krankenhauspersonal muss hier schon die Notwendigkeit des regelmäßigen Austausches untereinander verdeutlicht werden. Die SHK steht diesem Erstgespräch als Moderator und Vermittler zur Seite.

Weitere zielsetzende Gespräche

Nach dem Erstgespräch sollten weitere Treffen einzelner SHG/SHO mit Mitarbeitern der Krankenhausabteilung zum besseren, gegenseitigen Kennenlernen stehen. Hier können bereits konkret Erfahrungen und Wissen zu der im jeweiligen Fokus stehenden Erkrankung ausgetauscht werden (z.B. bei Brustkrebs und Morbus Parkinson) Wichtig ist, die gegenseitigen Erwartungen zu äußern, um Missverständnissen vorzubeugen (Keclik et al., 2006, S. 74). Außerdem sollten Besuchs- und Beratungszeiten der SHG/SHO abgesprochen und am besten Termine für einen regelmäßigen Austausch der Kooperationspartner vereinbart werden.

Aufnahme der Kooperationsarbeit/Beginn des eigentlichen Projektes

Im Projekt selbst sollte sich eine Routine für Selbsthilfef Vertreter und Krankenhauspersonal entwickeln und einstellen. An dieser kann angeknüpft werden, um sich nach und nach den in 4.4 genannten Qualitätskriterien zu nähern.

hern. Dies sollte in regelmäßigen Abständen vom/von der einzusetzenden Selbsthilfebeauftragten und der SHK kontrolliert werden. Zu den Qualitätskriterien zählen:

- Regelmäßige Information von PatientInnen über die Möglichkeit zur Teilnahme an bestehenden SHG/SHO.
- Hinweise auf Besuchsdienste und Sprechzeiten im Krankenhaus, z.B. auf einer Informationstafel.
- Einsetzung einer/eines Selbsthilfebeauftragten (gestellt vom Krankenhauspersonal oder der SHK als externer Mitarbeiter der Abteilung/des Krankenhauses), der als Ansprechpartner und Kontaktvermittler dient sowie die Zusammenarbeit koordiniert, fördert und kontinuierlich verbessert (PDCA-Zyklus).
- Unterstützung in der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Artikel in der Tagespresse, gemeinsame Zeitung etc.).
- Gemeinsame Informationsveranstaltungen (z.B. in den Räumen des Krankenhauses oder auf öffentlichen bzw. Fachveranstaltungen als Kooperationspartner).
- Regelmäßiger Wissens- und Erfahrungsaustausch (z.B. Einbeziehung von Krankenhauspersonal zu Treffen der SHG/SHO im Krankenhaus, Einladung von Krankenhausärzten oder Pflegepersonal als Referenten zu Treffen der SHG/SHO).
- Einbeziehung von Selbsthilfevertretern in die Fort- und Weiterbildung von MitarbeiterInnen des Krankenhauses (Nutzen der Erfahrung und der Erkenntnisse der Selbsthilfe für die Versorgung von PatientInnen, indem z.B. Selbsthilfevertreter zu Fortbildungen als Referenten eingeladen werden).
- Einbeziehung von Selbsthilfevertretern bei PatientInnenschulungen.
- Initiierung neuer SHG, falls sich dies als sinnvoll herausstellt (z.B. neue, spezifische Zielgruppe). Vorteil: sofortige Einbindung in die bereits bestehende Kooperation.
- Teilnahme und Mitwirkung an Qualitätszirkeln (z.B. Weitergabe von Kritik und Verbesserungsideen, die gegenüber den Selbsthilfevertretern

von PatientInnen geäußert werden, ggf. durch direkten Kontakt der SHG/SHO mit der entsprechenden Abteilung; Qualitätsbewertungen aus unterschiedlicher Sicht).

- Schriftliche Dokumentation der Kooperationsabsprachen, die ggf. während des Projektes zur Anpassung mit Datumsangabe modifiziert werden (zur externen Transparenz z.B. Veröffentlichung auf der Homepage der Abteilung des betreffenden Krankenhauses).

(vgl. zu diesem Abschnitt Bobzien, 2008, S. 10ff)

Evaluation des Projektes

Aufgabe der SHK, bzw. der/des Selbsthilfebeauftragten sollte eine regelmäßige Evaluation des Projektes auf Erfolg und Einhaltung der Vereinbarungen sein, um so die Qualität des Projektes nicht nur zu dokumentieren, sondern auch um sie zu erhöhen (PDCA-Zyklus) und den Finanzierungsträgern Bericht zu erstatten.

Ist bei den Ärzten und dem Pflegepersonal Selbsthilfe als integrativer Bestandteil im Behandlungsablauf etabliert, kann dies im Sinne von Public Health zu verbesserter, selbsthilfebezogener Patientenorientierung, verbesserte Compliance von PatientInnen und als Konsequenz zu besseren Genesungschancen führen, was rückwirkend für das Krankenhaus aus ökonomischer Sicht zu mehr Effektivität und Effizienz und einem besseren Image führen könnte (vgl. Schröer in Bobzien, 2008, S. 22).

Angestrebtes Ziel

Langfristiges, wünschenswertes Ziel wäre die Kooperation über die Zeit des Projektes hinaus zu erhalten und im städtischen Gesundheitswesen zu verankern. Besteht seitens des Krankenhauses das Bestreben, als „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ eingestuft zu werden, schließt sich nach einer Selbstbewertung eine Fremdbewertung durch KTQ®-Visitoren (KTQ – Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) an, die beantragt werden kann. Bewertet werden die 2009 in das KTQ®-Manual für Selbsthilfefreundlichkeit aufgenommenen Qualitätskriterien Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Informations- und Kommunikationswesen,

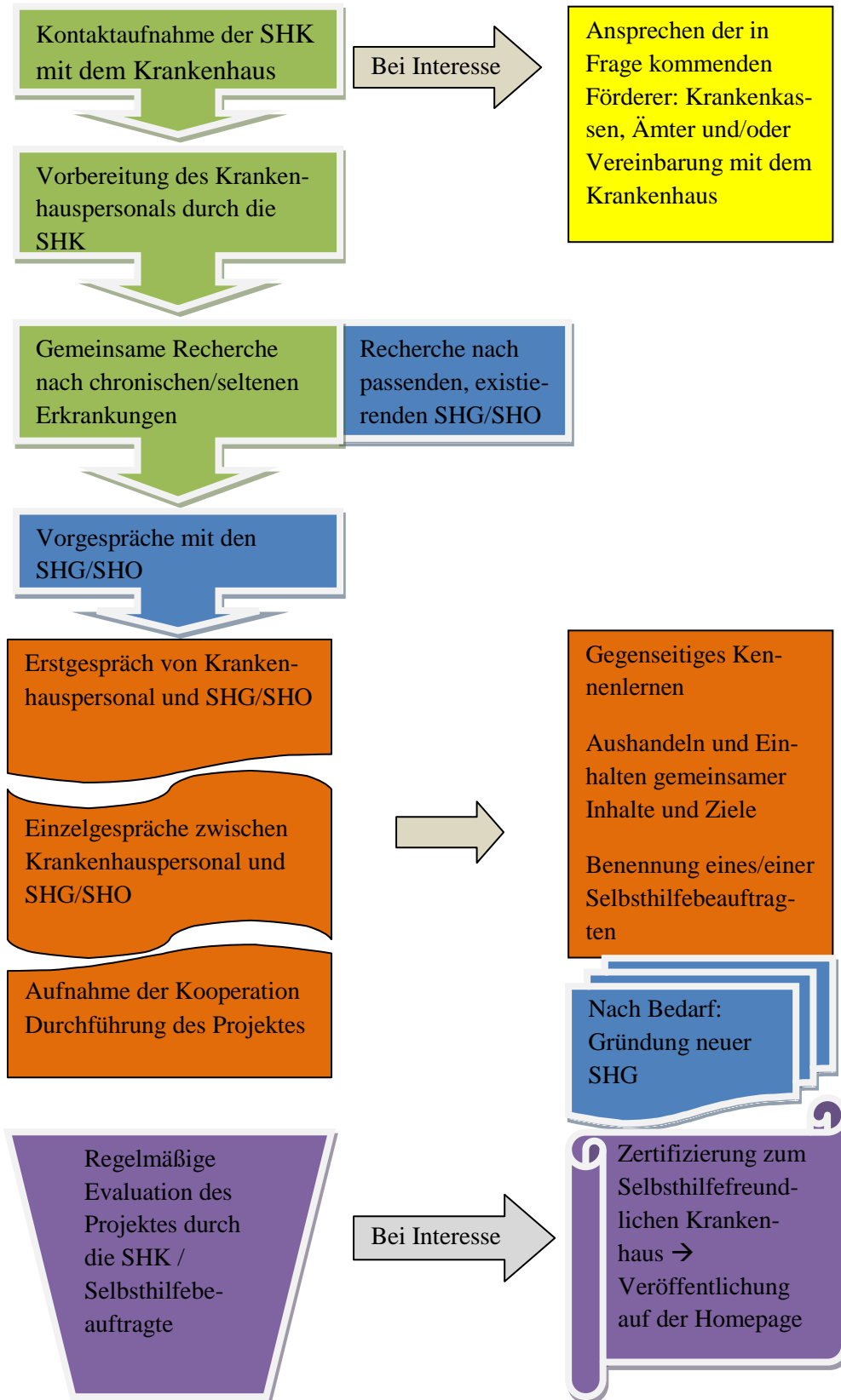
Führung und Qualitätsmanagement. Nach erfolgreicher Bewertung erfolgt die Zertifizierung, die für drei Jahre Gültigkeit hat. Die Bewertung wird auf der KTQ®-Homepage und der Homepage des betreffenden Krankenhauses veröffentlicht (Bobzien, 2008, S. 23f, BKK BV, 2009).

Abschließende Bemerkungen

Bisherige Erfahrungen, von denen der BKK BV (2009) berichtet, zeigen, dass bei den Visitoren für die Zertifizierung noch Unerfahrenheit mit der Selbsthilfe besteht. Eine häufig gestellte Frage bezog sich auf die Seriosität der kooperierenden Selbsthilfegruppen, z.B. im Zusammenhang mit Pharmafirmen. Auffällig war, dass Selbsthilfekontaktstellen häufig nicht bekannt sind oder nicht als relevante Ansprechpartner eingestuft werden.

Seitens der Selbsthilfekontaktstelle oder des Selbsthilfebeauftragten sollte bei der Erprobung einer Kooperation darauf geachtet werden, dass Selbsthilfe nicht als günstiger Lückenfüller ausgenutzt wird, um Personalmangel auszugleichen. Ehrenamt kann und sollte Profession nicht ersetzen, wie die SHG/SHO in der Befragung betont haben.

Basierend auf den Aussagen der TeilnehmerInnen der Einführungsveranstaltung am 5. Mai in Kassel wird Kooperation mit der Selbsthilfe teilweise als Mittel zum Zweck gesucht, z.B. beim Einrichten eines Brustzentrums. Dies zeigt wie wichtig Offenheit, Akzeptanz und ein Abgleichen der Ziele ist. Als Konsens wurde festgehalten, dass Selbsthilfe, d.h. Selbsthilfevertreter lernen müssen als selbstbewusste Partner aufzutreten und nicht als Bittsteller, um ernst genommen zu werden. Wenn ein Krankenhaus auf ein Kooperationsangebot nicht reagiert, sollte nicht weiter versucht werden dieses von den Vorteilen einer Kooperation zu überzeugen. Die Zusammenarbeit wäre dann einseitig und wenig sinnvoll.



Grafik 2: Organigramm zum Ablauf eines Projektes „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ in Bremerhaven

Erklärung zum Ablaufdiagramm:

Grün → Krankenhaus betreffend

Blau → Selbsthilfe (SHK, SHG/SHO) betreffend

Gelb → Förderer betreffend

Orange → gemeinsame Aktionen von Krankenhaus und Selbsthilfe

Lila → Begleitung, Evaluation, Zertifizierung

6.4 Finanzierungsformen

Im Bereich der Selbsthilfe gibt es klar definierte Fördermöglichkeiten des Gesetzgebers, die in § 20c SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und § 45d SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) festgeschrieben sind. Gefordert wird die Förderung der Selbsthilfe in allgemeinerer Form auch in anderen Büchern des SGB:

- SGB I (Allgemeiner Teil), §§ 1 und 9: Aufgabe, die Befähigung zur Selbsthilfe zu fördern.
- SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe), §4: Stärkung der verschiedenen Formen der Selbsthilfe in der Jugendhilfe.
- SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe), §§ 26 und 29: Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen, Förderung nach einheitlichen Grundsätzen.
- SGB XII (Sozialhilfe) in allgemeinen Formulierungen.

(Bobzien et al., 2009, S. 52)

Die Aufwertung und wachsende Anerkennung der Selbsthilfe im Gesundheitswesen, wie z.B. die Teilnahme am Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Beteiligung über Patientenvertreter am Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA seit 2004 (Hundertmark-Mayser, Möller, 2004, S. 7f), lässt an Förder- bzw. Finanzierungsmöglichkeiten denken, die bisher nur professionellen Leistungserbringern des Gesundheitswesens vorbehalten waren:

- SGB V § 63: Weiterentwicklung der Versorgung – Modellvorhaben.
- SGB V §140: Integrierte Versorgung.

Die Aufnahme oder Beteiligung der Selbsthilfe an der Integrierten Versorgung nach §140 wurde bereits von der DAG SHG angedacht und angestrebt.

Bisher fehlen jedoch gesetzliche Grundlagen, die die Einbeziehung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen definieren und festschreiben (Helms, 2006, S. 1ff). Ebenso verhält es sich bisher mit der Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen an Modellvorhaben nach §63 SGB V. Was nicht heißt, dass die Selbsthilfe in diesem Zusammenhang noch nicht erwähnt worden ist, siehe den Vortrag „Die Bedeutung einer qualitätsgesicherten Pflege in der sektorenübergreifenden Versorgung“ von Prof. Dr. Martina Roes, welcher auf der Website der G-BA unter Downloads einsehbar ist (Roes, 2009, F. 13).

Eine Einbeziehung und Einbindung der Selbsthilfe in feste professionelle Strukturen ist allerdings kritisch zu betrachten, da dies die Offenheit, Flexibilität und Spontaneität der Selbsthilfe beeinträchtigen könnte, die den Charakter der Selbsthilfe ausmachen (Rosenbrock, 2001, S. 39). Als Fürsprecherin für die (Teil-)Professionalisierung der Selbsthilfe tritt dagegen die Referentin Christine Rabe der Einführungsveranstaltung in Kassel auf. Sie meint, dass „Selbsthilfe sich professionalisieren könne ohne sich zu verraten“. Wenn von der Selbsthilfe auf Verlangen Dienstleistungen erbracht werden, müsste dies auch entsprechend honoriert werden.

Denkbar sind neben der Förderung des Projektes durch die Kranken- und Pflegekassen auch die Förderung durch den Magistrat der Stadt Bremerhaven (d.h. Gesundheitsamt und Amt für Menschen mit Behinderung) und eine Förderung durch das kooperierende Krankenhaus. Diese Möglichkeiten sollen im Folgenden näher beschrieben werden.

Förderung durch Krankenkassen und Pflegekassen:

a) Krankenkassen: § 20c SGB V – Förderung der Selbsthilfe

Die Förderung der Selbsthilfe über die Krankenkassen erfolgt nach dem § 20c SGB V. Innerhalb dieses Paragraphen wird zwischen einer kassenartenübergreifenden Gesamtförderung oder Pauschalförderung und einer krankenkassenindividuellen Förderung unterschieden (vgl. GKV-Spitzenverband, 2009). Für ein Kooperationsprojekt zwischen der Selbsthilfekontaktstelle, Selbsthilfegruppen und einem oder mehreren Krankenhäu-

sern in Bremerhaven käme die krankenkassenindividuelle Förderung in Frage. Hierbei handelt es sich zunächst um eine zeitlich begrenzte Aktivität, die das normale Maß täglicher Selbsthilfearbeit übersteigt. Der GKV Spitzenverband (2009) betont, dass Fördermittel punktuell dort eingesetzt werden sollen, wo Selbsthilfearbeit die Situation von Betroffenen und ihren Angehörigen verbessert und deren gesundheitlichen Ressourcen stärkt. Dies ist in einem Kooperationsprojekt zwischen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstelle und Krankenhaus gegeben.

b) Pflegekassen: §45d SGB XI – Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe

Nach §45d SGB XI können die Mittel aus dem Ausgleichsfonds, die dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen zur Verfügung gestellt sind, auch zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen, bzw. der Selbsthilfe genutzt werden. Speziell gilt dies auch für SHG, SHO und SHK, die Pflegebedürftige, Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörige unterstützen (www.sozialgesetzbuch-sgb.de, o.J.).

Dieser Paragraph wäre von Bedeutung, wenn im Rahmen des angedachten Bremerhavener Projektes eine Beziehung zwischen der Geriatrie eines Krankenhauses und der bereits bestehenden SHG zu Demenz zustande kommen würde.

Förderung durch den Magistrat

Eine zusätzliche Förderung zu der der Krankenkassen könnte durch den Magistrat, d.h. dem Gesundheitsamt und dem Amt für Menschen mit Behinderung erfolgen. Da diese Ämter gemeinsam mit weiteren Ämtern des Magistrates die Selbsthilfe in Bremerhaven unter dem Haushaltstitel „684 01 311 Förderung der Selbsthilfe (Bremerhavener Topf)“ bereits fördern (www.bremerhaven.de, o.J.), ist eine weitere Förderung eher fraglich, zumal eine Kürzung der Fördermittel für 2010 bereits angekündigt und im Mai 2010 vom Bremer Senat eine Haushaltssperre beschlossen worden ist (www.senatspressestelle.bremen.de, o.J.).

Förderung durch das Krankenhaus

Die Kooperationsarbeit des Krankenhauspersonals und der Selbsthilfevertreter könnte auch mit Mitteln des Krankenhauses gefördert werden.

Als Argumente für eine solche Förderung sprechen nicht nur ein Imagegewinn des Krankenhauses, sondern auch Qualitätsverbesserungen und mehr Patientenorientierung im Behandlungsablauf, die sich aus einer Kooperation mit Selbsthilfevertretern ergeben, wenn medizinisches Fachwissen mit Erfahrungswissen von Patienten kombiniert und verschmolzen wird (vgl. Stark, 2001).

Im Zusammenhang mit der allgemeinen finanziell und personell eher knappen Lage der Krankenhäuser, die in einer Großdemonstration am 25. September 2008 in Berlin gipfelte (gesundheits-soziales.verdi.de), müsste die Krankenhausleitung allerdings vom Konzept und Erfolg des Projektes sehr überzeugt sein, um einer (Teil-)Finanzierung durch das Krankenhaus zuzustimmen.

7. Fazit

Der Wandel der deutschen Selbsthilfe von Bewegungen und Organisationen, die auf Mängel im Gesundheitswesen hinweisen, zu einem anerkannten Bestandteil des Gesundheitswesens, hat die Basis für Kooperationen zwischen Akteuren der Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen geschaffen. Dieser Werdegang ist vielfach von Unwissen, Vorurteilen und Missverständnissen zwischen Betroffenen/Angehörigen und Professionellen (Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten, etc.) begleitet gewesen und ist es noch. Doch bereits in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts kamen vereinzelt Kooperationen zustande, die jedoch zumeist bis heute auf das Engagement einzelner Personen, sowohl aus der Selbsthilfe als auch auf Seiten der Professionellen, zurückzuführen sind. Eine Begegnung als gleichwertiger Partner ist für die Selbsthilfe bis heute vielerorts nicht selbstverständlich, was sich in den Ergebnissen der Bremerhavener Befragung und den Äußerungen der TeilnehmerInnen der Einführungsveranstaltung „Gelingender Koopera-

tion - Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen arbeiten mit Krankenhäusern zusammen“ in Kassel im Mai 2010 widerspiegelt. Das Hamburger Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ könnte in der Beziehung zwischen Selbsthilfe und professionellen Akteuren des Gesundheitswesens eine bundesweite Initialzündung zu mehr Verständnis, Kooperation sowie Wissens- und Erfahrungsaustausch auslösen. Die Weiterverfolgung dieses vernetzenden Weges durch die Implementierung von Unterstützungsstellen lässt dies hoffen. Das „Netzwerk Selbsthilfefreundliches Gesundheitswesen“, welches selbst ein Zusammenschluss aus mehreren Akteuren des Gesundheitswesens darstellt, steht der Verfolgung dieses Zieles als Partner zur Seite.

Inwieweit dieses Ziel in absehbarer Zeit zu realisieren ist, hängt davon ab, ob die gesetzlichen Krankenkassen von dem zu erwartenden und vereinzelt schon eingetretenen gesundheitlichen und ökonomischen Nutzen solcher Kooperationen (siehe Bielefeld) bundesweit zu überzeugen sind. Auch die Gesundheitseinrichtungen und Professionellen müssen von der präventiven und gesundheitsfördernden Wirkung und dem ökonomischen Nutzen solcher Kooperationen überzeugt werden. Argumente dafür mögen die Chance auf höhere Compliance, bessere Genesungschancen und nachhaltigeren Therapieerfolg sein, vorausgesetzt, die Betroffenen werden von den Professionellen als Laienexperten ernst genommen und die Betroffenen bringen ihrerseits Verständnis für die Professionellen und ihren oft vorgegebenen Handlungsablauf auf. Aufgrund der aktuell bestehenden Situation der dem „Bremerhavener Topf e.V.“ angehörenden SHG und SHO scheint sich ein Kooperationsprojekt wie in Hamburg zur Verbesserung des Verhältnisses und zur Nutzung von Synergien, die sich aus der Kombination aus Betroffenen-Kompetenz und medizinischem Fachwissen ergeben, anzubieten.

Das dargestellte Konzept des Transfers des Hamburger Projektes auf Bremerhavener Strukturen kann allein kein Garant zum Erfolg sein. Zusätzlich bedarf es der Überzeugung der Mitarbeiter der Krankenhäuser und der Krankenkassen. Denn bis jetzt bestehen weder aussagekräftige, mehrfach bestätigte Evaluationen noch gesetzliche Grundlagen, die die (bundesweite)

Schaffung von „Selbsthilfefreundliche Krankenhäusern“ vorgibt. Zum Bremerhavener Projekt selbst kann zu diesem Zeitpunkt noch keine Aussage gemacht werden, da es mit dieser Bachelor-Arbeit überhaupt erst vorgeplant worden ist. Mittelfristiges regionales Ziel und Perspektive des Projektes in Bremerhaven soll eine verbesserte Qualität in der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung, die Herausstellung der präventiven und gesundheitsfördernden Wirkung einer Kooperation zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern, die Steigerung der Wertschätzung und die Anerkennung der Selbsthilfe als ernstzunehmender Partner innerhalb des regionalen Gesundheitswesens sein. Dadurch würde die Notwendigkeit einer stabilen Förderung der Selbsthilfe in Bremerhaven unterstrichen werden.

Aus Public Health Sicht wäre eine stabile Förderung und eine allgemeine Anerkennung der Selbsthilfe insgesamt ein lohnendes Ziel. Bemüht sich die Selbsthilfe doch um die Stärkung von Gesundheitsressourcen, um Empowerment und die Verbesserung der gesundheitlichen sowie sozialen Situation von Bevölkerungsgruppen, die durch die demografische Entwicklung immer mehr an Bedeutung gewinnen: Menschen mit chronischen Erkrankungen und Menschen mit Behinderungen sowie deren Angehörige.

8. Literatur

- BKK BV (2009): BKK und Selbsthilfe 2009. Verfügbar unter http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/BKK_Selbsthilfe_2009_web_Farben_ersetzt.pdf. [12.05.2010].
- Bobzien, Monika (2005): Die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern verbessern. Berlin: NAKOS: 82. S. 58.
- Bobzien, Monika (2006a): Qualitätskriterien als Grundlage der Selbstbewertung in den Krankenhäusern. Berlin: NAKOS 86. S. 46 – 48.
- Bobzien, Monika (2006b): Die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus unter Qualitätsgesichtspunkten fördern: Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“. In: Bobzien, Monika; Nickel, Stefan; Trojan, Alf; Werner, Silke (Hrsg.): Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. S. 49-66.
- Bobzien, Monika (2008): Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung. Ein Leitfaden für interessierte Krankenhäuser. Essen: BKK BV.
- Bobzien, Monika; Nickel, Stefan; Trojan, Alf; Werner, Silke (2009): Integration von Selbsthilfezusammenschlüssen in das Qualitätsmanagement im ambulanten und stationären Versorgungsbereich. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Online Publikation. Verfügbar unter: <http://www.springerlink.com/content/m036p503m8017818/fulltext.pdf> [15.03.2010].
- Borgetto, Bernhard (2004): Selbsthilfe und Gesundheit – Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Bern: Huber.
- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer.
- Bremen, Klaus; Siewerts, Dagmar (2009): Selbsthilfefreundlichkeit fördern! Berlin: NAKOS 99. S. 33-36.
- Geene, Raimund (2008): Selbsthilfe in Deutschland. Vortrag. Verfügbar unter <http://www.dag-shg.de/site/data/DAGSHG/08-09-17-VortragGeene-Selbsthilfe-in-Deutschland.pdf> [17.03.2010].

- Geene, Raimund; Huber, Ellis E.; Hundertmark-Mayser, Jutta; Möller-Bock, Bettina; Thiel, Wolfgang (2009): Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Online Publikation. Verfügbar unter: <http://www.nakos.de/site/data/NAKOS/2009Bundesgesundheitsblatt-Selbsthilfe.pdf> [29.03.2010].
- GKV Spitzenverband (2009): Leitfaden zur Selbsthilfeförderung. Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß §20c SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 06. Oktober 2009. Berlin: GKV Spitzenverband.
- Helms, Ursula (2006): Die Vertragsgestaltung gemäß §§ 140a, b SGB V (Integrierte Versorgung) aus Sicht der Patientenselbsthilfe. Vortrag. Verfügbar unter: http://www.dag-selbsthilfegruppen.de/site/data/DAGSHG_IntegrierteVersorgung_VertraegePatientenselbsthilfe2007.doc [29.03.2010].
- Hundertmark-Mayser, Jutta; Möller, Bettina (2004): Heft 23, Selbsthilfe im Gesundheitsbereich, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Keclik, Andreas; Lehner, Elisabeth; Nowak, Peter; Schnaubelt, Christine (2006): Selbsthilfegruppen greifbar im Spital: PatientInnenorientierte Qualitätsentwicklung in der Schnittstelle Krankenhaus/Selbsthilfegruppen. In Bobzien, Monika; Nickel, Stefan; Trojan, Alf; Werner, Silke (Hrsg.) (a.a.O.).S. 67-82.
- NAKOS (2009): Gelingende Kooperation – Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen arbeiten mit Krankenhäusern zusammen. Fortbildungsbausteine. Version 2.0 (30.10.2009). Schulungsmaterial auf CD. Erhältlich über NAKOS, Berlin.
- Nickel, Stefan; Trojan, Alf; Werner, Silke (2006): Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zum Status quo der Kooperation von Selbsthilfe und Krankenhäusern. In Bobzien, Monika; Nickel, Stefan; Trojan, Alf; Werner, Silke (Hrsg.) (a.a.O.). S. 21-48.
- Roes, Martina (2009): Die Bedeutung einer qualitätsgesicherten Pflege in der sektorenübergreifenden Versorgung. Vortrag. Verfügbar unter <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2781/Roes.pdf> [29.03.2010].

Rosenbrock, Rolf (2001): Funktionen und Perspektiven gesundheitsbezogener Selbsthilfe im deutschen Gesundheitssystem. In Borgetto, Bernhard; von Troschke, Jürgen (Hrsg.): Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. S. 28-40. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften.

Stark, Wolfgang (2001): Selbsthilfe und PatientInnenorientierung im Gesundheitswesen – Abschied von der Spaltung zwischen Professionellen und Selbsthilfe?. In Borgetto, Bernhard; von Troschke, Jürgen (Hrsg.) (a.a.O.).S. 47-66.

Trojan, Alf (2006): Einführung zur Geschichte der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. In Bobzien, Monika; Nickel, Stefan; Trojan, Alf; Werner, Silke (Hrsg.) (a.a.O.). S. 5-20.

Internetquellen ohne Autor

gesundheit-soziales.verdi.de (2008): Aktionsbündnis kritisiert: Kliniken bleiben unterfinanziert – aber 3,5 Mrd. Euro zusätzlich erreicht. Verfügbar unter: http://gesundheit-soziales.verdi.de/branchenpolitik/deckel_weg/data/2008-12-18-pm-finale.pdf [11.05.2010].

www.bremerhaven.de (o.J.): Haushaltssatzungen und Haushaltsplan 2008 und 2009. Magistrat der Stadt Bremerhaven – Stadtkämmerei. Verfügbar unter: http://www.bremerhaven.de/downloads/258/10256/Haushaltsplan_2008_2009.pdf [11.05.2010].

www.nakos.de (o. J.): Selbsthilfefreundlichkeit fördern: „Gelingende Kooperation – Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen arbeiten mit Krankenhäusern zusammen“. Verfügbar unter http://www.nakos.de/site/aktuelles-und-termine/termine/?event_key_:int=4332 [31.03.2010].

www.senatspressestelle.bremen.de (o.J.): Senat beschließt Haushaltssperre. Finanzsenatorin Karoline Linnert kündigt Nachtragshaushalt für 2010 an. Verfügbar unter: <http://www.senatspressestelle.bremen.de/sixcms/detail.php?id=31483> [13.05.2010]

- www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de (o.J.): Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – Ein Modellprojekt von KISS Hamburg in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen in Hamburg. Verfügbar unter: http://www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de/front_content.php?idcat=9 [10.03.2010].
- www.selbsthilfenoe.at (o.J.): Gütesiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Verfügbar unter: http://www.selbsthilfenoe.at/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=61&Itemid=80. [13.05.2010].
- www.sozialgesetzbuch-sgb.de (o.J.): Sozialgesetzbuch XI § 45d, Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe. Verfügbar unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/45d.html> [14.03.2010].
- www.uke.de / a (o.J.): Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen – Kurzbeschreibung des ASP-Projektes. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Verfügbar unter: <http://www.uke.de/extern/asp/projektinformation.php> [08.03.2010].
- www.uke.de / b (o.J.): Fragebogen zum Thema „Mitgliedergewinnung und –aktivierung in Selbsthilfeorganisationen“. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Verfügbar unter: <http://www.uke.de/extern/asp/sho-fragebogen-formular.pdf> [05.03.2010].

9. Tabellen-, Grafiken- und Abkürzungsverzeichnis

Tabellen

Tabelle 1, S. 21:	Bereiche der Selbsthilfe in Bremerhaven
Tabelle 2, S. 23:	Aktive Werbung um Mitglieder
Tabelle 3, S. 23:	Mitgliedergewinnung als Element der Beratung
Tabelle 4, S. 24:	Mitgliedschaft in einer SHG/SHO – Pro und Contra
Tabelle 5, S. 26:	Schwerpunkte der SHG/SHO
Tabelle 6, S. 27:	Zusammenarbeit mit Institutionen

Grafiken

Grafik 1, S. 16:	„Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“
Grafik 2, S. 32:	„NAKOS Fortbildungsbausteine“
Grafik 2, S. 39:	Ablaufdiagramm zur Implementierung eines Projektes „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ in Bremerhaven

Abkürzungsverzeichnis

AK	Asklepios Klinik(en)
B.A.	Bachelor of Arts
BAGH	Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte
BAG SELBSTHILFE	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe
BKK BV	Betriebskrankenkassen Bundesverband
COPD	englisch: Chronic Obstructive Pulmonary Disease → deutsch: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DAG SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DPWV	Deutscher Paritätischen Wohlfahrtsverband
KBR	Klinikum Bremerhaven Reinkenheide
KISS	Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen
KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
LBK	Landesbetrieb Krankenhäuser
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
NRW	Nordrhein-Westfalen
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Stylus
PIK	Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung
SGB	Sozialgesetzbuch
SHG	Selbsthilfegruppe(n)
SHK	Selbsthilfekontaktstelle
SHO	Selbsthilfeorganisation
UKE	Universitätsklinik Eppendorf