



# Selbsthilfefreundliches Krankenhaus Niederösterreich

Krankenhäuser und Selbsthilfegruppen kooperieren.  
Entwicklungsprozess und Kooperationspraktiken

*von Mag<sup>a</sup>. Daniela Rojatz*

Das „Gütesiegel selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem NÖGUS, der Landeskliniken-Holding, und dem Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen.



## DANKSAGUNG:

Allen Interview-PartnerInnen und allen,  
die zur Entstehung der Broschüre beigetragen haben,  
vor allem ao. Univ. Prof. Dr. Rudolf Forster,  
sei an dieser Stelle herzlich gedankt!

## IMPRESSUM

**Medieninhaber und Herausgeber:** Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen (DV-NÖSH)

**Für den Inhalt verantwortlich:** Elfriede Schnabl, Obfrau

**Adresse:** Wiener Str. 54/Stiege A/2. Stock (Tor zum Landhaus), 3109 St. Pölten

Telefon: 02742/22644, Fax: 22686

ZVR-Zahl: 244690535

**Mail:** [info@selbsthilfenoe.at](mailto:info@selbsthilfenoe.at)

**Internet:** [www.selbsthilfenoe.at](http://www.selbsthilfenoe.at)

**Text:** Mag<sup>a</sup>. Daniela Rojatz

**Redaktionsteam:** Mag<sup>a</sup>. Renate Gamsjäger, Elfriede Schnabl, Claudia Fieglmüller, Sabine Kauscheder, Gertraud Preleuthner, Mag<sup>a</sup>. Silvia Freynschlag-Futterknecht

**Layout:** Franz Xaver Lahmer

**Druck:** Offset3000, 7035 Steinbrunn, Tel. 02624/54000

1. Auflage, August 2012



## Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NÖ: Krankenhäuser und Selbsthilfegruppen kooperieren. Entwicklungsprozess und Kooperationspraktiken



Eine „selbsthilfefreundliche Krankenhauslandschaft“ ist in Niederösterreich bald Realität. Diese Entwicklung wird anhand von Dokumentenanalysen nachgezeichnet und die aktuelle Kooperation von Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen auf der Grundlage von leitfadengestützten Interviews am Beispiel von vier Landeskliniken und neun Selbsthilfegruppen rekonstruiert.

Das Verhältnis von Selbsthilfegruppen und Gesundheitsversorgung wandelte sich in den letzten Jahrzehnten – von Selbsthilfe als Gegenbewegung zu Selbsthilfe als Kooperationspartner der professionellen Versorgung. Selbsthilfegruppen gewinnen quantitativ an Bedeutung und suchen zunehmend die Zusammenarbeit mit dem professionellen System. Die bisherigen Formen der Zusammenarbeit sind vorrangig vom Engagement einzelner Personen getragen und entbehren struktureller Regelungen auf Organisationsebene. Durch die zunehmende Bedeutung der Selbsthilfegruppen und die Herausforderungen, mit denen das Gesundheitssystem konfrontiert ist, müssen sich Gesundheitseinrichtungen und -politik gegenüber der organisierten Selbsthilfe verstärkt positionieren.

Die Gesundheitsreform 2005 wurde in NÖ genutzt, die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern auf ein geregelttes Fundament zu stellen. Im Zuge des Gemeinschaftsprojektes „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ von NÖGUS, Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen und Landeskliniken-Holding wurden Kriterien zur Strukturierung der Kooperation und ein Vergabeverfahren entwickelt, um die Umsetzung zu evaluieren. Zeigen sich Kooperationsaktivitäten, wird die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ zeitlich begrenzt an Krankenhäuser verliehen. Bis Jahresende 2012 werden fast alle NÖ Landeskliniken eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen aufgebaut haben, welche durch die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ auch nach außen hin sichtbar wird.

# **Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NÖ:**

Krankenhäuser und Selbsthilfegruppen kooperieren.  
Entwicklungsprozess und Kooperationspraktiken

*Mag<sup>a</sup>. Daniela Rojatz*



# Inhaltsverzeichnis

Vorwort LR Mag. Wolfgang Sobotka	6
Vorwort DV-NÖSH-Obfrau Elfriede Schnabl	7
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9
Selbsthilfegruppen und Krankenhäuser finden zueinander	10
Hintergrundinformationen	12
1 Was es bei der Kooperation zu beachten gilt ...	12
1.1 Kooperationspartner „Selbsthilfe“	12
1.2 Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Niederösterreich	14
1.3 Kooperation realisieren trotz Herausforderungen	16
1.4 Einschlägige Kooperationsprojekte als Anregung	19
1.5 Zusammenfassung	23
2 Projektbeschreibung – Auf dem Weg zur „Selbsthilfefreundlichkeit“	24
2.1 Projekthintergrund: Herausforderungen als Chancen erkennen	24
2.2 Projektentwicklung: Aufgreifen von Anregungen der Selbsthilfegruppen	26
2.3 Projektimplementierung: Ansetzen an bestehenden Erfahrungen	31
2.4 Projektweiterentwicklungen: Verbreitung der „Selbsthilfefreundlichkeit“	36
2.5 Zusammenfassung	41
3 Kooperationspraxis – Eine „Bestandsaufnahme“	42
3.1 Kooperationsaufbau: Initiative ergreifen!	42
3.2 Kooperationspraxis in Krankenhäusern: Die Umsetzung der Kriterien	43
3.3 Kooperationspraxis von Selbsthilfegruppen: „Nutzen“ von Möglichkeiten	53
3.4 Kooperationsunterstützung: Begleitung von „außen“	60
3.5 Zusammenfassung	61
4 Kooperationspraxis – Reflexionsanstöße	63
4.1 Kooperation – wozu?	63
4.2 Kooperationsaufbau: Die Auswahl des Kooperationspartners	64
4.3 Kooperationspraktiken: Gegenüberstellung von Konzept und Praxis	66
4.4 Kooperation evaluieren und wahrnehmen: Anregen von Aktivitäten	78
4.5 Zusammenfassung	79
5 Zwischenfazit und Ausblick – Ein Zwischenstopp	80
5.1 „Selbsthilfefreundliche Zusammenarbeit“	81
5.2 „Struktur- und Kulturänderungen“ auf Organisationsebene	82
5.3 „Struktur- und Kulturänderung“ für Individuen	85
5.4 Ausblick auf den weiteren Weg	87
5.5 Zusammenfassung	89
Zusammenfassende Betrachtung: Kooperation als Entwicklungsprozess	90
Literatur	93
Datengrundlage und Datenauswertung	99
Kurzfassung	104

## Niederösterreich ist Vorreiter!



Das Projekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ist ein Zeugnis für die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen dem Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen, dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds und der NÖ Landeskliniken-Holding. Beginnend 2007 konnten in mehreren Schritten alle Niederösterreichischen Landeskliniken mit dem „Gütesiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ausgezeichnet werden. Damit ist Niederösterreich Vorreiter unter den Bundesländern.

Zahlreiche Selbsthilfegruppen nutzen die Vorteile der Kooperation mit einem Landeskrankenhaus. Die Klinik-MitarbeiterInnen schätzen das Erfahrungswissen der SelbsthilfevertreterInnen. Dass die Selbsthilfe heute nahezu selbstverständlich als Teil des NÖ Gesundheitssystems anerkannt und wertgeschätzt wird, ist zu einem guten Teil auch diesem Kooperationsprojekt zu verdanken.

Die nun vorliegende wissenschaftliche Arbeit „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NÖ“ zeigt den Werdegang von den Anfängen des Projekts bis hin zur Rezertifizierung jener Landeskliniken, die 2008 mit dem Gütesiegel ausgezeichnet wurden, im Jahr 2011 auf. Sie schildert die Erfahrungen jener, die als ProjektleiterInnen, als SelbsthilfepartnerInnen und als SelbsthilfevertreterInnen an diesem Prozess über 5 Jahre lang beteiligt waren. Mag<sup>a</sup>. Daniela Rojatz geht in ihrer Analyse auf die Auswirkung der Zusammenarbeit auf die Gruppen und die Kliniken ein und zeigt Perspektiven einer Weiterentwicklung auf.

Die Broschüre ist eine Bilanz über einen jahrelangen Prozess. Sie ist auch Anregung und Auftrag, die Kooperation zwischen Landeskliniken und Selbsthilfegruppen weiter zu pflegen und auszubauen.

*LR Mag. Wolfgang Sobotka  
Landeshauptmann-Stv.*

## Sehr geehrte Leserin, geschätzter Leser!

Als Obfrau des Dachverbands der NÖ Selbsthilfegruppen freue ich mich, dass es gelungen ist, das Projekt „Gütesiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ in Niederösterreich nun in entsprechender Form zu dokumentieren. Beginnend mit den Regionalkonferenzen 2006 hat sich dieses Projekt zu einer Erfolgsgeschichte für die Zusammenarbeit zwischen den Landeskliniken und den NÖ Selbsthilfegruppen entwickelt. Dies war und ist durch die Unterstützung der NÖ Landespolitik und die gute Zusammenarbeit mit dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds und der NÖ Landeskliniken-Holding möglich.



Ich möchte die Gelegenheit nutzen, den beiden Projektleiterinnen, Mag<sup>a</sup>. Renate Gamsjäger und DGKS Doris Fahrnberger für ihr langjähriges, umsichtiges und nachhaltiges Engagement zu danken. Ebenso allen SelbsthilfepartnerInnen, die in den Kliniken für die Selbsthilfe hervorragende Arbeit leisten. Danke aber auch allen Selbsthilfegruppen, die die Zusammenarbeit mit den NÖ Landeskliniken pflegen und als Chance für sich und die Betroffenen nutzen.

Ich wünsche mir, dass Ihnen die Broschüre „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NÖ“ einen lebendigen Eindruck in das Projekt vermittelt und Ihnen Anregung für eigene Projekte sein möge.

*Elfriede Schnabl*  
*Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen*

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Projektstruktur	27
Abbildung 2: Aktivitäten von Selbsthilfegruppen im Krankenhaus 2008	35
Abbildung 3: Bekanntheit und Nutzung von Leistungen des Krankenhauses 2011	40
Tabelle 1: Charakterisierung der NÖ Selbsthilfegruppen im Vergleich zu Gesamtösterreich	15
Tabelle 2: Möglichkeiten durch die Zusammenarbeit von Krankenhaus und Selbsthilfegruppen	16
Tabelle 3: Unterschiede zwischen Selbsthilfe(-gruppen) und Gesundheitseinrichtungen	18
Tabelle 4: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der österreichischen Kooperationsinitiativen	22
Tabelle 5: Konzeptimplementierung - chronologischer Ablauf	32
Tabelle 6: Implementierung der Kooperationskriterien nach 2008	36
Tabelle 7: Hauptaufgaben eines/einer SelbsthilfepartnerIn	44
Tabelle 8: Umsetzungsmöglichkeiten „Mitarbeiterinformation“	46
Tabelle 9: Umsetzungsmöglichkeiten „Patienteninformation“	47
Tabelle 10: Unterstützung der Selbsthilfegruppen(-arbeit) - Umsetzungsmöglichkeiten	48
Tabelle 11: Möglichkeiten der Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in die Öffentlichkeitsarbeit	49
Tabelle 12: Umsetzungsmöglichkeiten „ Erfahrungsaustausch“	50
Tabelle 13: Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in den Fachdiskurs - Umsetzungsbeispiele	51
Tabelle 14: Patienten- und Mitarbeiterinformationspolitik	52
Tabelle 15: Genutzte Kooperationskontext und -praxis der kooperierenden Selbsthilfegruppen	54
Tabelle 16: Kooperationstypen	54
Tabelle 17: Zuordnung der Selbsthilfegruppen zu den Kooperationstypen	55
Tabelle 18: Auswahlkriterien für Selbsthilfegruppen (SHG) und Krankenhäuser	65
Tabelle 19: SelbsthilfepartnerIn - Praxis.	66
Tabelle 20: „Patienteninformation“ - Praxis	69
Tabelle 21: Gründe für und gegen einen Kooperationsvertrag	71
Tabelle 22: Gründe für und gegen die Nutzung von Krankenhausräumlichkeiten	72
Tabelle 23: "Öffentlichkeitsarbeit - Veranstaltungen" - Teilnahme an Veranstaltungen	75
Tabelle 24: Strukturelle und kulturelle Veränderungen auf Organisationsebene	82
Tabelle 25: Strukturelle und kulturelle Veränderungen auf Organisationsebene	85
Tabelle 26: Informationen zu den Interviews	102

## Abkürzungsverzeichnis

ARGE	Arbeitsgemeinschaft
AT	Österreich
DV-NÖSH	Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen
KISS	Kontakt- und Informations-Stelle für Selbsthilfegruppen
KTQ	Qualitätsmanagementsystem „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“
LK	Landeslinik(en)
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
PAO-Projekt	Projekt „PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich“
PIK-Projekt	Projekt „PatientInnenintegrierte Krankenbetreuung“
PT	Projektteam
SH	Selbsthilfe
SHG	Selbsthilfegruppe(n)
SHigS	Selbsthilfegruppen greifbar im Spital
SHP	SelbsthilfepartnerIn(nen)
KH	Krankenhaus
DV	Themenübergreifender Selbsthilfedachverband

## Selbsthilfegruppen und Krankenhäuser finden zueinander

Veränderungen in Krankheitsspektrum, Familienstruktur, Bildungsniveau sowie eine zunehmende Spezialisierung der Medizin (Kelleher 2006; Forster 2007) führen dazu, dass sich immer mehr Betroffene von Erkrankungen, psychischen oder sozialen Problemen zusammenschließen (Forster et al. 2011). Chronische Erkrankungen können behandelt, aber (noch) nicht geheilt werden. Entsprechend sind die Betroffenen gefordert, mit ihrer Erkrankung umgehen zu lernen. Ziel von Selbsthilfegruppen ist es, im gemeinsamen Austausch eigene Wege der Problembewältigung zu finden. Unterstützt durch die Gruppe lernen die TeilnehmerInnen, mit ihrer Erkrankung bzw. ihrem Problem besser umzugehen. Selbsthilfegruppen werden auch als ein Prototyp mündiger, eigenverantwortlicher PatientInnen betrachtet (SIGIS 2005). Viele Gruppen suchen heute die Zusammenarbeit mit dem professionellen System, um Unterstützung (u.a. in Form von Wissen) zu erhalten und um ihre gesammelten Erfahrungen an Professionelle weiterzugeben. Bisherige Formen der Zusammenarbeit sind vorrangig vom Engagement einzelner Personen getragen und entbehren institutioneller Regelungen. Obgleich die grundlegende und zunehmende Bedeutung von Selbsthilfe(-gruppen) in der Gesundheitsversorgung unbestritten ist, kämpfen viele Selbsthilfegruppen vielerorts noch um Anerkennung.

Angesichts der Zunahme und zunehmenden Bedeutung der Selbsthilfebewegung bedarf es institutioneller Regelungen. Gesundheitsorganisationen und Gesundheitspolitik müssen sich gegenüber der Selbsthilfe positionieren (Forster 2007). Dies erfolgt auch vor dem Hintergrund der krisenhaften Entwicklungen im Gesundheitssystem und der Kritik an der Entmündigung der BürgerInnen (Trojan, Kofahl 2011). Insbesondere zwei, sich nicht ausschließende, Richtungen können skizziert werden: Die Unterstützung und Förderung der Selbsthilfegruppen und die Einbeziehung der Selbsthilfegruppen als Mitgestalter des Systems. Die Unterstützung der Gruppen verspricht Kostenersparnisse durch Selbstversorgung und effizientere Nutzung des Versorgungssystems, die Mitgestaltung der Selbsthilfegruppen durch Interessenseinbringung eine Verbesserung der Versorgungsqualität (Forster 2007; Slesina, Fink 2009; Trojan 2010b; Kofahl et al. 2011). Zunehmend werden Selbsthilfegruppen als Ergänzung der professionellen Versorgung anerkannt (u.a. Borgetto 2005).

Eine Anekdote aus dem Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen verdeutlicht diese Entwicklung auch für Niederösterreich: Ein Vertreter des Dachverbandes sprach vor etwa sieben Jahren beim NÖ Krankenhausbetreiber vor und erhielt die Antwort: „Sie sind ein netter Mensch, aber wir haben miteinander nichts zu tun“. Selbsthilfegruppen wurden kaum thematisiert und das Verhältnis von Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern war undefiniert. Ungeachtet dessen gab es vereinzelt bereits Formen der Zusammenarbeit, die aber auf dem Engagement einzelner Personen beruhte. Die Gesundheitsreform 2005 und die Veränderung der NÖ Krankenhauslandschaft wurden genutzt, um das Verhältnis von Selbsthilfe und Versorgungssystem in Niederösterreich zu thematisieren. Beispiele positiver Kooperationserfahrung und ungenutzter Potentiale der Zusammenarbeit kamen im Zuge von Konferenzen zum Vorschein. Es wurde beschlossen, die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern zu forcieren. Die Kooperation von Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen wurde zum Inhalt eines Gemeinschaftsprojekts vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen und der Landeskliniken-Holding: Dem Projekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NÖ“.

Dadurch hat sich das Verhältnis zwischen Selbsthilfe und Landeskliniken in Niederösterreich auf systematische Weise definiert. Es wird geschätzt, dass aktuell etwa 66% der NÖ Selbsthilfegruppen (ca. 220 Selbsthilfegruppen) mit den NÖ Landeskliniken kooperieren. Bis Jahresende werden beinahe alle NÖ Landeskliniken die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ erhalten haben. Diese Entwicklung vom undefinierten Nebeneinander zum strukturierten Miteinander wird im Rahmen dieser Broschüre nachgezeichnet.

### ***Aufbau der Broschüre:***

Der erste Teil (Kapitel 1) führt in die Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Krankenhäuser ein und gibt einen komprimierten Überblick, über den Kooperationspartner „Selbsthilfegruppe“, deren Unterstützung sowie die Chancen und Herausforderungen der Zusammenarbeit. Zudem werden ausgewählte Kooperationsprojekte aus Deutschland und Österreich vorgestellt, auf deren Erfahrungen das NÖ Projekt aufbauen konnte. Der zweite Teil (Kapitel 2-5) befasst sich ausschließlich mit dem Projekt Selbsthilfefreundliches Krankenhaus in Niederösterreich und basiert auf einer Dokumentenanalyse sowie 14 leitfadengestützten Interviews. Details zu den Datenquellen, der Auswahl der InterviewpartnerInnen und der Auswertung der Interviews finden interessierte Lesende im Anhang. Die Projektentwicklung wird in Kapitel 2 nachgezeichnet. Kapitel 3 beleuchtet die Umsetzung der Kriterien in der Praxis und zeigt auf, wie ausgewählte Selbsthilfegruppen mit dem Krankenhaus kooperieren. Kapitel 4 richtet sich vorrangig an bereits kooperierende Selbsthilfegruppen und Krankenhäuser (SelbsthilfepartnerInnen) und versteht sich als Reflexionsanstoß für die gemeinsame Zusammenarbeit. Das entwickelte Konzept wird der gelebten Praxis gegenübergestellt und relevant erscheinende Details der Umsetzung werden andiskutiert. Anschließend wird in Kapitel 5 auf wahrgenommene Veränderungen und Folgen der Zusammenarbeit eingegangen und ein Ausblick auf die künftige Zusammenarbeit gegeben. Diese Arbeit schließt mit einer zusammenfassenden Betrachtung der bisherigen Entwicklung.

### ***Mit dieser Forschungsarbeit sind drei Ziele verbunden:***

- Formen der Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Krankenhäuser sollen sichtbarer gemacht werden, auch in der Hoffnung, weitere Kooperationen anzuregen.
- Kooperationspartnern soll es eine Reflexionsmöglichkeit bieten, die eigene Kooperation - vielleicht auch kritisch - zu hinterfragen, um sie weiterzuentwickeln.
- Schließlich ist diese Arbeit auch ein weiteres Mosaikstück der österreichischen Selbsthilfeforschung, einem Feld, welches nach wie vor wenig entwickelt ist.

## Hintergrundinformationen

Das Verhältnis von Selbsthilfegruppen und Krankenhäuser wandelte sich in den letzten Jahren von Selbsthilfe als Gegenbewegung zu Selbsthilfe als Kooperationspartner. Seit der Jahrtausendwende wird in Deutschland von Selbsthilfe als integralem Bestandteil des Gesundheitswesens gesprochen (Kofahl et al. 2011). In diesem Teil geht es darum, einen Blick hinter die „Kulissen“ zu werfen und die Augen auf ausgewählte Aspekte zu lenken, die es erlauben werden, das NÖ Projekt besser einordnen zu können.

### 1 Was es bei der Kooperation zu beachten gilt ...

In diesem Kapitel soll ein Eindruck vermittelt werden, was Selbsthilfe (nicht) ist (Kapitel 1.1) und wie das Feld der Selbsthilfe in NÖ aussieht (Kapitel 1.2). Beleuchtet werden auch die Chancen und Herausforderungen einer Zusammenarbeit (Kapitel 1.3). Sodann wird auf einschlägige deutsche und österreichische Kooperationsprojekte eingegangen, auf deren Erfahrungen man bei der Entwicklung des NÖ Projektes aufbauen konnte (Kapitel 1.4).

#### 1.1 Kooperationspartner „Selbsthilfe“

*„Selbsthilfegruppen sind Versuche, aus eigener Betroffenheit heraus gemeinsam mit anderen eigene Wege bei der Bearbeitung eigener Probleme gehen zu lernen“ (Balke 1988 zit.n. Maier 2002: 84).*

Diese „Schulen für kompetentes Selbstmanagement von Krankheit“ (Trojan et al. 2009a: 3) bzw. „Bildungseinrichtungen für Gesundheitskompetenz“ (Geene et al. 2009: 15) sind keine beliebig passiv konsumierbaren Dienstleistungseinrichtungen. Der Austauschprozess in der Gruppe erfordert die aktive Mitarbeit von allen Betroffenen (SIGIS 2006). Dies setzt ausreichende gesundheitliche Ressourcen, Kommunikations-, Artikulationsfähigkeiten sowie selbstreflexive Kompetenzen voraus (Leisenheimer et al. 1999; Borgetto, Trojan 2007; Trojan, Kofahl 2011). Im Fall akuter Krisen, die die Selbsthilfekräfte einschränken, kann die Gruppe den Betroffenen nur bedingt helfen (Leisenheimer et al. 1999; Borgetto, Trojan 2007). Angemerkt sei, dass sich nur ein kleiner Teil der Betroffenen, eine „vitale Elite“ (Engelhardt et al. 2008), zur Teilnahme entscheidet - eine Entscheidung, die freiwillig getroffen werden muss. Häufig erfolgt sie erst, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind (SIGIS 2005; Engelhardt et al. 2008). Verzweiflung, das Gefühl, alleine gelassen zu sein, der Wunsch, sich mit anderen auszutauschen und sich und anderen zu helfen, motiviert zur Teilnahme (Janig 1999).

Ein Selbsthilfefzusammenschluss lebt vom Engagement und den Möglichkeiten seiner TeilnehmerInnen (SIGIS 2006), er bestimmt die Aufgaben, Arbeitsweisen und Strukturen weitgehend autonom (Bobzien 2006a). Unterschieden werden kann, ob die Aktivitäten vorrangig nach innen gerichtet sind (Innenorientierung) oder ob die Aktivitäten (auch) nach außen gerichtet sind, wenn die Gruppe ihre Umwelt beeinflussen möchte (Außenorientierung) (Kelleher 2006). In einem Naheverhältnis dazu steht die Unterscheidung zwischen Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen, wenngleich in der Praxis zahlreiche Mischformen zu finden sind (ARGE Selbsthilfe Österreich 2008). „Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zu-

sammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie - entweder selber oder als Angehörige - betroffen sind" (DAG-SHG 1987: 5). Sie verfolgen keine kommerziellen Interessen und werden nicht von Professionellen geleitet (ebd.). Selbsthilfeorganisationen sind im Vergleich zu Selbsthilfegruppen höher organisierte und stärker nach außen orientiert (ARGE Selbsthilfe Österreich 2008).

Mit zunehmender Bestandsdauer können sich Selbsthilfegruppen zu Selbsthilfeorganisationen entwickeln, sich durch Professionalisierungstendenzen und Umweltbeziehungen vermehren (Braunegger-Kallinger et al. 2009; Forster et al. 2009b). Die ausgetauschten Erfahrungen und die in der Gruppe angeeigneten Kompetenzen können dazu verwendet werden, um andere Betroffene zu beraten oder auch, um die Interessen gegenüber Gesundheitseinrichtungen zu vertreten. Diese Entwicklung von „Gesprächsgruppen“ zur „kollektiven Interessensvertretung“ findet auch Ausdruck in den drei aufeinander aufbauenden Funktionen von Selbsthilfegruppen/-organisationen, welche im Zuge der Studie „PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich“ (kurz: PAO-Projekt) nachgewiesen werden konnten (Forster et al. 2009a):

- Wechselseitige Unterstützung und Erfahrungsaustausch
- Individuelle Unterstützung und Beratung einzelner Betroffener
- Kollektive Interessensvertretung

Eine weitere österreichische Funktionsbeschreibung von Selbsthilfegruppen (Janig 1999) legt den Blick mehr auf die Funktionen von Selbsthilfegruppen für die Betroffenen/TeilnehmerInnen. Janig (1999, vgl. auch SIGIS 2005) fasst die Funktionen von Selbsthilfegruppen in der Formel „A-E-I-O-U“ zusammen. Diese „A-E-I-O-U“ Funktionen beziehen sich darauf, dass die Betroffenen in der Gruppe

- **aufgefangen** werden und ihnen gezeigt wird, dass sie nicht alleine sind
- **ermutigt** werden, dass auch sie wieder neue Lebensfreude und Lebensqualität gewinnen können
- **informiert** werden durch den gegenseitigen Austausch und gemeinsamen Aufbau von Fachwissen
- **Orientierung** erhalten durch die Vorbildfunktion anderer Mitglieder, welche auch Gelegenheit gibt, die eigene Situation zu relativieren und die Ansprüche neu anzupassen
- **unterhalten** werden; Freundschaften und ein Wir-Gefühl können sich entwickeln.

Selbsthilfeszusammenschlüsse erweitern somit die Kompetenzen der Betroffenen und sind sozial aktivierend (Bobzien 2006a). Sie leisten „einen eigenständigen professionell nicht ersetzbaren Beitrag zur Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung“ (Trojan 2003: 326f). Sie sind kein Ersatz für eine professionelle Versorgung. Sie ergänzen die professionelle Versorgung (SIGIS 2006) durch den wechselseitigen Austausch und Erfahrungsaustausch in der Gruppe und können die professionelle Versorgung bereichern (verbessern), indem sie ihre Erfahrung mit dem System (u.a. erkannte Schwachstellen) einbringen (Nowak 2011).

## Selbsthilfeunterstützung

Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen (themenübergreifende Selbsthilfedachverbände, Selbsthilfekontaktstellen) unterstützen die Selbstorganisationsprozesse der Gruppen. Sie bieten Beratung für SelbsthilfeinteressentInnen an, unterstützen bestehende Gruppen, betreiben Öffentlichkeitsarbeit und bemühen sich um Vernetzung, Kooperation und Qualitätsentwicklung in den Gruppen. Diese Einrichtungen fungieren zudem als Brückeninstanzen: Sie vermitteln zwischen Selbsthilfegruppen/-organisationen und der Umwelt (u.a. Politik, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung) (Lins, Maier 1998). Die Schaffung von Akzeptanz und Anerkennung ist ein weiterer Arbeitsschwerpunkt der Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen. Sie bemühen sich um die Schaffung eines „selbsthilfefreundlichen Klimas“, d.h. sie geben Informationen über die Arbeitsweise von Selbsthilfegruppen, motivieren Betroffene, sich aktiv mit der Erkrankung bzw. dem Problem auseinanderzusetzen und unterstützen Selbsthilfegruppen dabei, sich zu vernetzen und an der Entwicklung von Angeboten in Versorgungseinrichtungen zu beteiligen (ARGE Selbsthilfe Österreich 2008). Die Selbsthilfedachverbände bemühen sich weiters um die Vertretung der kollektiven Selbsthilfeinteressen in gesundheitspolitischen Gremien.

Die Arbeit der SelbsthilfeunterstützerInnen orientiert sich dabei am Konzept des Empowerments. Darunter werden „alle Möglichkeiten und Hilfen verstanden, die es Menschen ermöglichen, Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen und sie bei der Beschaffung von Ressourcen zu unterstützen“ (Lins, Maier 1998: 192f). Angesetzt wird an den Ressourcen der Betroffenen, nicht an deren Defiziten. Zudem wird die Autonomie der Selbsthilfezusammenschlüsse respektiert (ARGE Selbsthilfe Österreich 2008). Folgendes Zitat illustriert die Arbeit mit Selbsthilfegruppen:

*„Die Arbeit mit Selbsthilfegruppen ist gekennzeichnet durch Offenheit („es gibt nicht den Weg“), durch eher reaktives, zurücknehmendes Handeln („weniger ist mehr“) und durch Infragestellung der eigenen Haltung („verdränge und fremdbestimme oder fördere und ermutige ich selbstbestimmtes Handeln?“)“ (Balke 1991 zit. n. Lins, Maier 1998: 195).*

### 1.2 Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Niederösterreich

In Niederösterreich gibt es aktuell 347 Selbsthilfegruppen/-organisationen mit knapp 35.000 TeilnehmerInnen<sup>1</sup>.

Gemäß der umfassenden Studie über Selbsthilfe in Österreich 2008 (Braunegger-Kallinger et al. 2009), widmet sich der Großteil der NÖ Gruppen einem somatischen Problem, ist eher lose organisiert, d.h. ohne Rechtstatus und Untergruppen und agiert auf regionaler Ebene (Forster, Puchebner 2010). Besonders gestaltet sich die Beziehung der NÖ Selbsthilfegruppen zu Gesundheitseinrichtungen. Im Vergleich zu Gesamtösterreich sind die Beziehungen häufiger und auch enger. Die befragten NÖ Selbsthilfegruppen betonen stärker die Unterstützung der Selbsthilfegruppen durch Krankenhäuser sowie die Entlastung der stationären Versorgung durch Selbsthilfegruppen (Forster et al. 2009b; Forster, Puchebner 2010; Mitterer 2012).

In der folgenden Tabelle finden interessierte LeserInnen eine genauere Beschreibung der NÖ Selbsthilfegruppenlandschaft sowie eine Gegenüberstellung zur Situation in Gesamtösterreich:

<sup>1</sup>) [http://www.selbsthilfenoe.at/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=40&Itemid=74](http://www.selbsthilfenoe.at/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=40&Itemid=74) (26.06.2012)

Tabelle 1: Charakterisierung der NÖ Selbsthilfegruppen im Vergleich zu Gesamtösterreich

<b>Differenzierung nach</b>	<b>Anteil der Gruppen in %</b>	
	<b>Niederösterreich</b>	<b>Österreich</b>
<b>Problembereich (N<sub>NÖ</sub>=120; N<sub>AT</sub>=624)</b>		
Somatische Krankheit	65%	57%
Psychische Krankheit	20%	18%
Mehrere Problembereiche	5%	8%
Psychosoziale Belastungen	4%	7%
Behinderung	5%	5%
Sucht	1%	4%
<b>Organisationsgrad (N<sub>NÖ</sub>=112; N<sub>AT</sub>=561)</b>		
Informelle Gruppe	45%	42%
Verein	34%	41%
Organisation (Verein mit Untergruppen)	21%	17%
<b>Geografischer Reichweite (N<sub>NÖ</sub>=116; N<sub>AT</sub>=607)</b>		
Eine/mehrere Ortschaften, Städte, Bezirke	79%	56%
Ein ganzes Bundesland	9%	20%
Mehrere Bundesländer	4%	9%
Ganz Österreich	8%	15%
<b>Funktionen von SHG (vgl. Forster 2009a) (N<sub>NÖ</sub>=100; N<sub>AT</sub>=535)</b>		
Wechselseitige Unterstützung und Erfahrungsaustausch	20%	22%
Individuelle Unterstützung und Beratung einzelner Betroffener	56%	44%
Kollektive Interessenvertretung	24%	34%

Quellen: Braunegger-Kallinger et al. 2009; Forster, Puchebner 2010; Mitterer 2012

Eine ausführliche Beschreibung des Feldes der NÖ Selbsthilfe findet sich bei Mitterer (2012).

Der Großteil der Gruppen ist Mitglied im Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen. Hierbei handelt es sich um einen Verein, der überparteilich und konfessionsübergreifend arbeitet. Die Aufgabe des Dachverbandes besteht in der Unterstützung der Gruppen und in der Schaffung von Möglichkeiten und förderlichen Rahmenbedingungen für NÖ Selbsthilfegruppen. Der Dachverband ist auch Mitglied im Verein „ARGE Selbsthilfe Österreich“, einem bundesweiten Zusammenschluss von themenübergreifenden Selbsthilfedachverbänden und -kontaktstellen sowie themenbezogener bundesweit agierender Selbsthilfeorganisationen.

Nähere Informationen über die Selbsthilfe in Niederösterreich sind beim Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen erhältlich (<http://www.selbsthilfenoe.at/>). Auf der Homepage kann auch nach themenspezifischen NÖ Selbsthilfegruppen gesucht werden.

### 1.3 Kooperation realisieren trotz Herausforderungen

Dieser Abschnitt widmet sich der Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Angesprochen werden dabei der potentielle Nutzen der Kooperation, aber auch Schwierigkeiten und mögliche Lösungsansätze.

In der Literatur werden insbesondere zwei Chancen eines systematischen Austausches von Fach- und Erfahrungswissens gesehen: Eine Veränderung der Beziehung von PatientInnen und Professionellen hin zu mehr Patientenorientierung und eine Verbesserung der Versorgungsqualität (Forster, Rojatz 2011). Die Kooperation bietet die Chance, das Verhältnis von Patienten und Professionellen dahingehend zu ändern, dass PatientInnen aktivere (Mit-)Gestalter ihrer Gesundheit werden und Fachkräfte sich zu Begleitern und Ratgebern entwickeln (Leisenheimer et al. 1999). Eine weitere Chance wird in der Verbesserung der Versorgungsqualität gesehen durch die Berücksichtigung des Erfahrungswissens der Selbsthilfegruppen im Krankenhaus. Die durch die Selbsthilfegruppen identifizierten Defizite können positiv aufgegriffen werden und als Anregung für Verbesserungen verstanden werden (Trojan 2011). Es geht nicht nur um die Nutzung des Gruppenwissens, sondern auch um die Ermöglichung von Lernen auf verschiedenen Ebenen (Slesina, Fink 2009; Forster, Nowak 2011). Ein weiterer Vorteil liegt im Gewinn an öffentlicher Aufmerksamkeit (Forster, Rojatz 2011). Die folgende Tabelle gibt einen zusammenfassenden Überblick über die potentiellen Vorteile einer Zusammenarbeit für Krankenhaus (-mitarbeiterInnen), Selbsthilfegruppen und PatientInnen.

Tabelle 2: Möglichkeiten durch die Zusammenarbeit von Krankenhaus und Selbsthilfegruppen

	Krankenhaus (-mitarbeiterInnen)	Selbsthilfegruppen	PatientInnen
Gewinn an Öffentlichkeit	Wettbewerbsvorteil Imageverbesserung	Steigerung der Bekanntheit/ Zugewinn neuer Mitglieder	Zusätzliches Unterstützungsangebot
Gewinn an Wissen/ Information	Zugewinn an Information (Umsetzung eines ganzheitlichen Handlungsansatzes)	Zusätzliches Unterstützungsangebot	Information/Kontaktmöglichkeit zu Selbsthilfegruppen während des Aufenthaltes
Beziehungsqualität	Verbesserung der Patientenbeziehung; Verbesserung der Compliance		Gewissheit patientenfreundlich behandelt zu werden <sup>2</sup>

Quelle: Forster, Rojatz 2011 basierend auf Bobzien 2006b, 2008

<sup>2)</sup> Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen kann auch als Eingeständnis von Grenzen oder Fehlern auf Seite des Krankenhauses bzw. der Professionellen interpretiert werden (vgl. Stötzner, Neuhaus 2011).

Praktisch betrachtet, können sich durch die Unterstützung und Förderung der Selbsthilfegruppen Selbsthilfekräfte bei PatientInnen vermehrt entwickeln. Dies stärkt die PatientInnen und entlastet KrankenhausmitarbeiterInnen (Arbeitskreis „Selbsthilfe und Krankenhaus“ 2004).

Bedeutsam für die Realisierung beider Chancen ist die Etablierung eines systematischen Austausches von Fach- und Erfahrungswissen zwischen organisierter Selbsthilfe und Professionellen bzw. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Die Kooperation zwischen Krankenhaus und Selbsthilfegruppen wird vielfach gewünscht bzw. gefordert, erweist sich oft aber als zu voraussetzungsreich und scheitert. Zudem gibt es auch kritische Stimmen zur Kooperation, die einen Verlust von Autonomie und Selbstbestimmung auf Seiten der Selbsthilfegruppen befürchten und vor der Gefahr der Vereinnahmung durch Professionelle warnen (Bachl et al. 1998; SEKIS 1999 zit.n. Borgetto 2005: 58).

Ein Problem stellt bereits der Begriff „Kooperation“ selbst da: Es mangelt an einer anerkannten Definition von Kooperation (Fischer et al. 2004; Borgetto 2005 mit Verweis auf Findeiß et al. 2001). Unterschieden werden können beispielsweise direkte (=abgestimmte) bzw. indirekte (=unabgestimmte) Kooperationsformen (Leisenheimer et al. 1999; von Kardorff, Leisenheimer 1999). Die vielfältigen Kooperationsmöglichkeiten können zu unterschiedlichen Auffassungen und Vorstellungen von Kooperation führen, welche teilweise unbewusst und unreflektiert nebeneinander bestehen können (Leisenheimer et al. 1999). Chancen, Grenzen und Zweck der Zusammenarbeit sind dadurch häufig nicht klar (Borgetto 2004).

Eine weitere Herausforderung ist die Ungleichartigkeit der Kooperationspartner. Das Verhältnis zwischen Selbsthilfegruppen und Professionellen steht vor dem Hintergrund hierarchischer Verhältnisse zwischen „Experten und Laie“, „wissender und hilfeschender Person“, „gesunden und kranken Menschen“. Zudem ist die Zusammenarbeit mit Professionellen für Selbsthilfegruppen wichtiger (im Sinne eines Bedürfnisses) als umgekehrt (Stötzner, Neuhaus 2011). Die Zusammenarbeit scheitert häufig auch an der Unterschiedlichkeit (in Handlungslogik, Kommunikationsmustern, Lebenswelt) der Kooperationspartner (SEKIS 1999 zit.n. El-Najjar 2010: 33).

*„Professionelle Standards und Arbeitsweisen treffen auf ehrenamtliches Engagement“  
(von Kardorff, Leisenheimer 1999: 49).*

Die nachstehende Tabelle illustriert einige Unterschiede zwischen den ungleichen Partnern:

Tabelle 3: Unterschiede zwischen Selbsthilfe(-gruppen) und Gesundheitseinrichtungen

	<b>Selbsthilfe</b>	<b>Professionelle/ Gesundheitseinrichtungen</b>
Wissen	Alltagserfahrung/ Erfahrungswissen	Fachwissen
Entscheidungsfindung	Basisdemokratisch	Hierarchisch
Arbeitsteilung	„Allroundkräfte“	Differenzierung/Arbeitsteilung
Handlungsweise	Flexibel	Routinen und „institutionelle Zwänge“ <sup>3</sup>
Erreichbarkeit	Informelle Kontakte	Definierte/formelle Kontakte
Außendarstellung	Wechselnd, situationsbezogen	Einheitlich

Quelle: Forster, Rojatz 2011 basierend auf von Kardorff, Leisenheimer 1999; Borgetto 2005

Viele Kooperationen enden aufgrund fehlender Beziehungsarbeit (Stark 2001). Die Pflege von Kontakten erfordert Zeit und Kommunikation. Häufig fehlen personelle und zeitliche Ressourcen sowie Wissen über den jeweils anderen Partner. Oft mangelt es auch an transparenten und verbindlichen Rahmenbedingungen (Borgetto, Trojan 2007).

Eine nachhaltige Kooperation erfordert den Aufbau einer Kooperationskultur und -struktur. Der Aufbau einer „kooperationsfreundlichen Kultur“ erscheint von besonderer Wichtigkeit, da Selbsthilfegruppen teilweise noch um Anerkennung kämpfen (u.a. Bobzien 2006a). Selbsthilfeunterstützungsstellen bemühen sich um förderliche Rahmenbedingungen („Selbsthilfefreundliches Klima“) (Trojan 2010a; Bobzien 2006a). Zudem können sie als Brückeninstanz fungieren und bei der Entwicklung einer gemeinsamen Kooperationskultur von Selbsthilfegruppen und Krankenhaus unterstützen (Borgetto, Trojan 2007). Es bedarf Zeit und Kommunikation, um Vertrauen und Akzeptanz der Sichtweisen des anderen aufzubauen.

Der Beziehungsaufbau kann durch Strukturen gefördert werden (Stark 2001; Trojan 2010b). Angesetzt werden kann an gemeinsamen Berührungspunkten (Schnittstellen). Diese können langsam und behutsam in Richtung gemeinsamer Ziele ausgestaltet werden. Die Arbeit an der Schnittstelle (z.B. Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit, Fort- und Weiterbildung) schafft Möglichkeiten des Kennenlernens und der Entwicklung eines gemeinsamen Kooperationsverständnisses (Leisenheimer et al. 1999). Wesentlich erscheint in jedem Fall auch die Veränderungsbereitschaft auf beiden Seiten.

Konzeptuell wird ein Beziehungsdreieck von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Krankenhäuser) vorgeschlagen (Trojan 2010b). Selbsthilfeunterstützungsstellen wird eine wesentliche Unterstützungsfunktion zugeschrieben (Bobzien 2006a; Trojan 2010a): Sie bemühen sich um ein „selbsthilfefreundliches Klima“, vermitteln zwischen Selbsthilfegruppen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und unterstützen die Arbeit der Selbsthilfegruppen. Letzteres kann in der Übernahme von

<sup>3)</sup> Fachliche Routinen, Anweisungen und Vorschriften

Aufgaben bestehen, die einzelne Gruppen überfordern würde. Sie können beispielsweise das in den Gruppen gesammelte Wissen aufbereiten, welches für eine qualitätsgesicherte Beratung erforderlich ist (Nowak 2011).

In der Folge werden vier Kooperationsprojekte vorgestellt, die zeigen, wie eine systematische Zusammenarbeit aufgebaut werden kann.

#### **1.4 Einschlägige Kooperationsprojekte als Anregung**

Da die österreichischen Kooperationsprojekte mehr oder weniger stark auf den Erfahrungen des Hamburger Modellprojekts „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ aufbauen, wird die Vorstellung dieses Projekts hier vorangestellt. Im Anschluss daran werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der österreichischen Kooperationsprojekte skizziert.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass die Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern vorrangig vom Engagement einzelner Personen getragen wird und beim Ausfall einer dieser Personen abbricht, wurde die Notwendigkeit einer strukturellen Verankerung der Zusammenarbeit deutlich (vgl. Trojan 2010b). Ein entsprechendes zweijähriges Modellprojekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ (2004-2006) wurde in Hamburg mit Mitteln des Betriebskrankenkassen-Bundesverbands durchgeführt (Werner et al. 2006). Inhaltlich befasste sich das Projekt mit der Entwicklung von Qualitätskriterien und einem Vergabeverfahren, im Zuge dessen die Erfüllung der Qualitätskriterien geprüft und bei Bestehen die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ verliehen wird. Dadurch wird Transparenz geschaffen und Rahmenbedingungen der Kooperation definiert (Borgetto, Trojan 2007).

„Selbsthilfefreundlichkeit“ kann als „institutionalisierte und auf Dauer angelegte Zusammenarbeit von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit Selbsthilfeszusammenschlüssen“ (Trojan 2010b zit.n. Trojan, Nickel 2011: 68) verstanden werden. Ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ definiert sich als ein Krankenhaus, das sich durch die Erweiterung des professionellen Handelns durch das Erfahrungswissen der Selbsthilfe, die Förderung des Kontakts zwischen PatientInnen und Selbsthilfegruppen und durch die Unterstützung kooperationsbereiter Selbsthilfegruppen auszeichnet (Bobzien 2007). Am besten kann Selbsthilfefreundlichkeit (als eine Form der Patientenorientierung) über folgende drei Handlungsfelder erkannt werden (Bobzien 2008: 8):

- Ermöglichung der Kontaktaufnahme zwischen PatientInnen und Selbsthilfegruppen im Krankenhaus
- Rahmenbedingungen, die die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Selbsthilfegruppen unterstützen
- Sichtbarmachen von Selbsthilfegruppen als Partner der professionellen Versorgung (nach Innen und Außen)

Letzteres ist von besonderer Wichtigkeit, da Selbsthilfegruppen vielfach noch um Anerkennung kämpfen, obwohl ihre zunehmende Bedeutung unbestritten ist (Werner et al. 2006; Trojan et al. 2009a; Kofahl et al. 2011).

Am Ende des Entwicklungsprozesses, an dem VertreterInnen von Selbsthilfegruppen, Krankenhaus, Selbsthilfekontaktstelle beteiligt waren und welcher durch eine wissenschaftliche Studie unterstützt wurde, standen acht Kernkriterien, um sich für eine Auszeichnung zu qualifizieren (Bobzien 2007: 55ff):

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

Das Verfahren zur Überprüfung der Kriterienumsetzung orientiert sich im Modellprojekt am Qualitätsmanagementsystem KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) und besteht aus einer Selbstbewertung des Krankenhauses und einer Fremdbewertung durch VertreterInnen des Krankenhauses, der Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeunterstützungsstelle. Die ersten Auszeichnungen wurde von der Selbsthilfekontaktstelle KISS Hamburger an zwei Krankenhausabteilungen zeitlich begrenzt vergeben (Trojan et al. 2009b).

In Folge des Modellprojektes wurden die Qualitätskriterien in das Qualitätsmanagementsystem KTQ integriert und das Konzept auf weitere Bereiche ausgedehnt (niedergelassenen Bereich, öffentlichen Gesundheitsdienst). Insgesamt weisen die „lessons learnt“ darauf hin, dass die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen den Aufbau von Strukturen, Netzwerken und unterstützenden Maßnahmen erfordert. Es stellte sich heraus, dass Selbsthilfekontaktstellen zeitlich und methodisch mit der Unterstützung der Kooperation überfordert sind. Aus diesem Grund wird seit 2008 das Konzept „Agentur Selbsthilfefreundlichkeit“ entwickelt und erprobt. Diese eigenständigen Einrichtungen sind an die Selbsthilfekontaktstellen angegliedert und unterstützen bei der Anregung von Kooperation, bieten Beratung zur Wei-

terentwicklung, Festigung der bestehenden Kooperation und stärken die Brückenfunktion von Selbsthilfekontaktstellen in der Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen. Aktuell gibt es vier Agenturen in Deutschland<sup>4</sup>.

Im Jahr 2009 wurde das Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Gemeinsam für Selbsthilfe- und Patientenorientierung“ gegründet (Kofahl et al. 2011). Ziele des Netzwerkes „Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen“ sind die Beförderung des Themas Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, die Verankerung von Selbsthilfe- und Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal sowie das Setzen neuer Impulse für die Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen. Das Netzwerk ist es auch, welches – nach erfolgreicher Bewerbung und Entrichtung einer Bearbeitungsgebühr – den Krankenhäusern die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ begrenzt auf zwei Jahre zuspricht<sup>5</sup>.

Mit der Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das Gesundheitswesen wird die nachhaltige Verankerung einer „selbsthilfefreundlichen Begegnungs-, Kommunikations- und Kooperationskultur in allen Bereichen des Gesundheitswesens“ angestrebt (Trojan, Nickel 2011: 68).

### **Österreichische Kooperationsprojekte**

Vereinzelte Beispiele guter Kooperationspraxis von Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen gibt es auch in Österreich seit den 1990er Jahren (Selbsthilfe Kärnten 2009). Projekte zur systematischen Etablierung der Kooperation zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen wurden aber erst in den letzten Jahren forciert. An dieser Stelle wird insbesondere auf Projekte aus Wien (Keclik et al. 2006) und Kärnten (Selbsthilfe Kärnten 2009) hingewiesen, da sie Anregungen für die Entwicklung des Niederösterreichischen Projektes lieferten.

Das Wiener Projekt „Selbsthilfegruppen greifbar im Spital“ entstand im Zuge eines wissenschaftlichen Projektes, in welchem beteiligte SelbsthilfegruppenteilnehmerInnen forderten, dass PatientInnen bereits während des stationären Aufenthaltes über Selbsthilfegruppen informiert werden. Das Kärntner Projekt griff die Hamburger Kriterien auf und zielt auf die Verbesserung der Zusammenarbeit ab (Verbindlichkeit, Sichtbarkeit, Miteinander) (Forster, Rojatz 2011). Auf die Ziele des Projektes in Niederösterreich wird im nächsten Kapitel ausführlich eingegangen. Konzeptuell unterscheiden sich die Ansätze in Anzahl, Art und Verbindlichkeit der Kriterien bzw. vorgeschlagenen Maßnahmen. Während die Projekte in Niederösterreich und Kärnten dem Ansatz „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ mit Kriterien und Vergabeverfahren folgen, verzichtet das Wiener Projekt auf den Zertifizierungsansatz.

Tabelle 4 zeigt die wesentlichen Unterschiede zwischen den Initiativen. Eine nähere Beschreibung und Darstellung der Unterschiede findet sich in Forster und Rojatz (2011).

<sup>4</sup> [http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de/content/e94/index\\_ger.html](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de/content/e94/index_ger.html) (25.05.2012)

<sup>5</sup> [http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de/content/e341/index\\_ger.html](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de/content/e341/index_ger.html) (22.05.2012)

Tabelle 4: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der österreichischen Kooperationsinitiativen.

	Selbsthilfefreundliches Krankenhaus (NÖ)	Selbsthilfefreundliches Krankenhaus (Kärnten)	Selbsthilfegruppen greifbar im Spital (Wien)
Hintergrund	Regionalkonferenzen	Hamburger Modellprojekt	Wissenschaftliches Projekt
Initiatoren	NÖGUS DV-NÖSH	Selbsthilfe Kärnten	Selbsthilfegruppen im Zuge des PIK-Projekts
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eigener Qualitätskriterienkatalog</li> <li>Vergabeverfahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hamburger Kriterien</li> <li>Vergabeverfahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patienteninformation über Selbsthilfegruppen</li> <li>Besucherdienst</li> <li>Regelmäßiger Austausch zwischen SHG und KH (-abteilung)</li> </ul>
Ansprechpersonen im Krankenhaus für Selbsthilfe	<ul style="list-style-type: none"> <li>SelbsthilfepartnerIn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selbsthilfebeauftragte/r</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HauskoordinatorIn</li> <li>Ansprechpersonen auf den Abteilungen</li> </ul>
Vertrag zwischen	SHG und KH	DV und KH	SHG und KH
Zertifizierung	Ja	Ja	Nein
Vergabeverfahren	3-stufig <ul style="list-style-type: none"> <li>Befragung der Selbsthilfegruppen</li> <li>Berichte der SelbsthilfepartnerIn</li> <li>Begehung durch Vergabekommission</li> </ul>	2-stufig <ul style="list-style-type: none"> <li>Selbstbeurteilung der Krankenhäuser</li> <li>Fremdbewertung</li> </ul>	-
Vergabe durch	NÖGUS, LK-Holding, DV-NÖSH	Selbsthilfe Kärnten	-

Darstellung basiert auf Forster, Rojatz 2011

Der Ansatz „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ wurde neben Kärnten und Niederösterreich auch von den Selbsthilfedachverbänden in Salzburg, Oberösterreich und Tirol aufgegriffen. Aktuell (Juli 2012) gibt es in Österreich 26 „Selbsthilfefreundliche“ Krankenhäuser (15 in Niederösterreich, sieben in Kärnten, vier in Salzburg) und 16 Krankenhäuser in Wien, von denen bekannt ist, dass sie eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen aufgebaut haben. In weiteren Krankenhäusern (in mehreren Bundesländern) wird gegenwärtig eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen aufgebaut.

## 1.5 Zusammenfassung

Selbsthilfegruppen leben vom Engagement ihrer Mitglieder und bestimmen ihre Aktivitäten selbst. Einige von ihnen sind vorrangig nach innen orientiert (Gruppen zum Erfahrungsaustausch), andere auch nach außen und versuchen ihre Umwelt zu beeinflussen. Selbsthilfegruppen ergänzen und bereichern die professionelle Versorgung, ersetzen sie aber nicht. Die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern birgt insbesondere das Potential in sich, das Verhältnis von Professionellen und PatientInnen zu verändern (mehr Patientenorientierung) und die Versorgungsqualität zu verbessern.

Aufgrund der Unterschiedlichkeit der gleichwertigen aber ungleichartigen Kooperationspartner scheitern viele Kooperationen bzw. werden erst gar nicht aufgebaut. Der Aufbau einer Kooperationskultur und -struktur kann hier helfen. Selbsthilfedachverbände können in einem Beziehungsdreieck mit Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen eine vermittelnde Rolle einnehmen und beim Aufbau einer Kooperationskultur helfen. In Deutschland und Österreich wurden Ansätze zur Strukturierung der Zusammenarbeit entwickelt.

## „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ Niederösterreich

Seit 2007 wird in Niederösterreich am Projekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ gearbeitet. Bis Ende 2012 werden nahezu alle Landeskliniken die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ erhalten haben. In diesem Teil der Broschüre wird diese Entwicklung nachgezeichnet (Kapitel 2). Zudem ermöglichen die Ergebnisse einer qualitativen Studie Einblicke in die Kooperationspraxis von ausgewählten Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen (Kapitel 3). Reflexionsanlässe für kooperierende Selbsthilfegruppen und Krankenhäuser bieten Details zur Kriterienumsetzung und Inanspruchnahme der Kooperationsmöglichkeiten durch Selbsthilfegruppen (Kapitel 4). Im Anschluss daran wird auf Basis der geführten Interviews eine erste Einschätzung der wahrgenommenen Veränderungen und möglichen Weiterentwicklungen präsentiert (Kapitel 5).

### **2 Projektbeschreibung – Auf dem Weg zur „Selbsthilfefreundlichkeit“**

Den Ausgangspunkt für die Entwicklung einer „selbsthilfefreundlichen NÖ Krankenhauslandschaft“ bildeten Regionalkonferenzen, welche in allen Gesundheitsregionen Niederösterreichs 2006 abgehalten wurden. Aufbauend auf den Erkenntnissen der Regionalkonferenzen, entschied sich der Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds, die identifizierten Probleme mit einer umfassenden Maßnahme anzugehen, anstelle einzelne Symptome zu bekämpfen (Gamsjäger 2008).

In diesem Kapitel wird der Projekthintergrund (Kapitel 2.1) beleuchtet, die Entwicklung (Kapitel 2.2) und Implementierung des Konzeptes (Kapitel 2.3) nachgezeichnet sowie auf die Weiterentwicklungen nach der Auszeichnung der ersten sieben Häuser eingegangen (Kapitel 2.4).

#### ***2.1 Projekthintergrund: Herausforderungen als Chancen erkennen***

Die abgehaltenen Regionalkonferenzen sind vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform 2005 zu sehen, über die die Bevölkerung und damit auch Selbsthilfegruppen informiert werden sollten. Ein Ziel dieser Reform war der Ausbau der NÖ Landeskliniken zu Gesundheitszentren.

#### ***Die NÖ Krankenhauslandschaft***

Zwischen 2005 und 2008 änderte sich die Rechtsträgerschaft der NÖ Landeskliniken. Schrittweise übernahm das Land die Rechtsträgerschaft von den Gemeinden. Der Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) ist für die Finanzierung der Krankenanstalten und die Strategieentwicklung verantwortlich, während die NÖ Landeskliniken-Holding mit der Betriebsführung der Landeskliniken betraut wurde. Die Qualitätssicherung der Krankenhäuser obliegt gleichermaßen dem NÖGUS und der Landeskliniken-Holding<sup>6</sup>.

Aktuell umfasst die NÖ Krankenhauslandschaft, welche in fünf Versorgungsregionen (Zentralraum, Mostviertel, Waldviertel, Weinviertel, Thermenregion) unterteilt ist, 19 Landeskliniken an 27 Standorten. Die durchschnittliche Verweildauer in den NÖ Landeskliniken liegt zwischen vier

<sup>6</sup> <http://www.noegus.at/content/ueberuns/derfonds/info.php> (09.02.2012)

und acht Tagen, mit Ausnahme der auf Rehabilitation bzw. Psychiatrie spezialisierten Einrichtungen<sup>7</sup>, welche längere Verweildauern aufweisen (Landeskliniken-Holding 2010).

In Hinblick auf die Projektimplementierung gilt es darauf hinzuweisen, dass die jetzigen Landeskliniken in den Jahren seit der Projekteinführung (unabhängig vom Projekt) mit einigen Veränderungen konfrontiert waren. Zu Projektstart waren noch nicht alle Landeskliniken unter einheitlicher Rechtsträgerschaft und die rechtliche Situation der Häuser damit im Umbruch. Zudem waren und sind in vielen Kliniken Neu- bzw. Umbauarbeiten im Gang. Neben den äußerlichen Veränderungen, wurden/werden auch in den Häusern neue Strukturen (u.a. Entlassungsmanagement, Beschwerdemanagement) eingeführt. Wahrgenommen wird auch, dass die Belegsdauer immer kürzer wird, wodurch der Aufwand für Aufnahme und Entlassung zunimmt. Prioritäten werden immer wieder neu gesetzt und abgesteckt, was zum eigenen, primären Aufgabenbereich gehört.

### ***Regionalkonferenzen: Kooperation, Vernetzung, Informationsaustausch***

Vor dem Hintergrund der Entwicklung der NÖ Landeskliniken zu Gesundheitszentren beabsichtigten NÖGUS und der Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen, Selbsthilfegruppen sichtbarer zu machen und als komplementäre Unterstützungsmöglichkeit für PatientInnen einzubeziehen. Als ersten Schritt hierzu wurden zwischen Juni und November 2006 in allen fünf Gesundheitsregionen Regionalkonferenzen veranstaltet.

An diesen dreistündigen Veranstaltungen nahmen durchschnittlich 60 Personen (45 Personen im Mostviertel und 70 Personen im Industrieviertel) teil, darunter neben Vertretern/Vertreterinnen von NÖGUS und Selbsthilfegruppen auch VertreterInnen der Gesundheitsberufe und Gesundheitseinrichtungen. Ziel der Veranstaltungen war es, VertreterInnen von Selbsthilfegruppen und Gesundheitsberufen Möglichkeit zur Vernetzung zu geben. „Vernetzung“, „Kooperation“ und „Informationsaustausch“ wurden auch als Voraussetzung gesehen, um die Arbeitsweise und Potentiale der jeweils anderen Seite kennen zu lernen und neue Möglichkeiten zu erkennen. Die Veranstaltungen beinhalteten Vorträge über die Gesundheitsreform und über Selbsthilfe (Aufgaben, Anliegen, Vorstellung des NÖ Dachverbandes). Den Vorträgen folgten drei Arbeitsgruppen, in denen die TeilnehmerInnen jeweils eines der drei folgenden Themen in einer guten Stunde bearbeiteten:

- Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenanstalten
- Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und niedergelassenen ÄrztInnen
- Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und mobilen Pflegediensten

In weiterer Folge wird nur auf erstgenannten Themenbereich eingegangen. Das Ziel des Arbeitskreises bestand darin, den Kommunikationsfluss zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus zu analysieren und über mögliche Verbesserungen zum gegenseitigen Nutzen zu diskutieren. Eine Empfehlung der Veranstalter sah vor, folgende Fragen aufzugreifen:

- Gibt es Beispiele für gelungene Kommunikation zwischen der Institution und der Selbsthilfe?
- Wo gibt es Verbesserungspotentiale?

<sup>7)</sup> LK Waldviertel-Horn-Allensteig Standort Allensteig (neurologische Rehabilitation), LK Mostviertel Amstetten-Mauer (Psychiatrie), LK Thermenregion Baden-Mödling Standort Hinterbrühl (Kinder- und Jugendpsychiatrie)

- In welchen Bereichen erscheint eine Verstärkung des Informationsflusses von Seiten der Selbsthilfe, von Seiten der Gesundheitsorganisationen wünschenswert, sinnvoll?
- Gibt es Vorschläge, wie der Informationsfluss zum beiderseitigen Nutzen verbessert werden kann?

Im Anschluss an diese Arbeitsgruppen wurden die Ergebnisse (aller Arbeitsgruppen) im Plenum vorgestellt. Die Protokolle der Regionalkonferenzen beinhalten eine Abschrift der Flipchart-Präsentationen, sodass dokumentierte Inhalte der Arbeitsgruppe rekonstruiert werden konnten.

Allgemeines Ergebnis der fünf Arbeitskreise war, dass noch viel ungenutztes Potential im Informationsaustausch liegt und die Information der PatientInnen und deren Angehörigen über Selbsthilfe zum Ziel hat, aufzuzeigen, dass man mit dem Schicksal einer Diagnose nicht alleine ist. In vier der fünf Regionen (Wald-, Wein-, Most- und Industrieviertel) wurden positive Kooperationserfahrungen berichtet, wenngleich es an der Schnittstelle und in der internen Kommunikation Probleme gibt (u.a. Mangel an fixen Ansprechpersonen, Probleme bei personellen Wechsel auf beiden Seiten). Als Voraussetzung von Kooperation werden persönliche Kontakte sowie beidseitige Kooperationsbereitschaft gesehen.

Die Wünsche und Verbesserungsvorschläge betrafen insbesondere die Information der PatientInnen über Selbsthilfegruppen (durch Informationsmaterialien, persönliche Hinweise und Informationen auf der Homepage) und die Verbesserung der Kommunikation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhaus durch fixe Ansprechpersonen sowie die Thematisierung bzw. Einbindung von Selbsthilfegruppen in der Aus- und Fortbildung der KrankenhausmitarbeiterInnen. Thematisiert wurde auch die Unterstützung der Selbsthilfe (durch Räume bzw. in der Öffentlichkeitsarbeit).

Schlussfolgernd aus den Ergebnissen der Regionalkonferenzen entschieden NÖGUS und der Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen, weitere Projekte zur Einbindung von Selbsthilfegruppen in Gesundheitseinrichtungen zu entwickeln. Anstelle einzelner Maßnahmen sollte eine umfassende Maßnahme entwickelt werden. Auf diese Entwicklung wird nun ausführlicher eingegangen.

## **2.2 Projektentwicklung: Aufgreifen von Anregungen der Selbsthilfegruppen**

Die Projektstruktur mit den beteiligten Organisationen und den Hauptakteuren ist in Abbildung 1 dargestellt.

Die Entwicklung des Modellprojekts lag vorrangig in den Händen des NÖGUS. Für die aufgeworfenen Anliegen erschien das Hamburger Konzept „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ (Werner et al. 2006) als geeigneter Ansatz. Das Konzept (Kriterien und Vergabeverfahren) hatte zudem die Vorteile, die Häuser vergleichen zu können und den Austausch der Häuser untereinander zu erleichtern. Die Idee zum „Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus NÖ“ war geboren. Im April 2007 starteten die Vorbereitungen zu diesem Projekt. In den folgenden vier Monaten wurden die Rahmenbedingungen des Projektes (Ziele, Finanzierung, Qualitätskriterien, Umsetzungsmaßnahmen) durch das Projektteam definiert (Gamsjäger 2008).

Abbildung 1: Projektstruktur



### ***Beteiligte und Ressourcen auf Projektebene***

Für das Projekt ging der NÖGUS eine Projektpartnerschaft mit dem Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen und der Landeskliniken-Holding ein. Von NÖGUS und Landeskliniken-Holding wurde jeweils eine Person in das Projektteam entsandt. Die Selbsthilfe war durch drei Vorstandsmitglieder des Dachverbandes der NÖ Selbsthilfegruppen vertreten.

Der NÖGUS zeichnete sich für die Finanzierung des Projektes verantwortlich. Die NÖGUS-VertreterIn im Projektteam übernahm die Projektleitung und erarbeitete in Abstimmung mit der Vertreterin der Landeskliniken-Holding das Projekt inhaltlich. Die VertreterInnen des Dachverbandes wurden konsultativ einbezogen. Zudem unterstützten die VertreterInnen von Landeskliniken-Holding und Dachverband die folgende Projektimplementierung, indem sie den Kontakt zu Selbsthilfegruppen (DV-NÖSH) respektive Krankenhäusern (LK Holding) vermittelten.

Die Kosten für das Projekt setzten sich vorrangig aus Personalkosten zusammen, die jeweils von den beteiligten Organisationen getragen wurden. Der ungefähre Zeitbedarf für die Projektentwicklung durch die Vertreterinnen von NÖGUS und Landeskliniken-Holding wird von diesen auf ein halbes Jahr bzw. 150 Arbeitstage geschätzt. Die Projektleiterin geht von Sachkosten (vorrangig für Logo(-Entwicklung), Gütesiegel und Informationsstände) in der Höhe von etwa 10.000 Euro aus.

### ***Projektziele, Nutzen und Nachhaltigkeit***

Das Projekt zielt auf die Entwicklung der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Selbsthilfegruppen ab sowie auf den Ausbau der NÖ Landeskliniken zu Gesundheitszentren. Dies sollte

über die Entwicklung und Implementierung einheitlicher Qualitätsmerkmale sowie die Verleihung von Gütesiegeln an jene Landeskliniken erfolgen, die die Kriterien erfüllt haben.

Neben den Zielen des Projektes wurde auch festgelegt, was das Projekt nicht beabsichtigt. Angesprochen sind hier insbesondere der Verpflichtungsgrad der Teilnahme und die Rolle von Selbsthilfegruppen: Weder können Betroffene zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen verpflichtet werden, noch Selbsthilfegruppen zur Kooperation mit Krankenhäusern. Selbsthilfegruppen sollen nicht als „billige Beratungsmannschaft“ missbraucht oder als Therapieersatz verstanden werden, sondern als wertvolle Ergänzung der medizinischen Versorgung (NÖGUS 2007a). Auf Krankensebene werden insbesondere Grenzen beim Ressourceneinsatz thematisiert. Abgelehnt werden Störungen der Arbeitsorganisation oder die Bereitstellung finanzieller bzw. personeller Aufwendungen, die über die Etablierung einer/eines SelbsthilfepartnerIn, die Information von PatientInnen und die Bereitstellung von Räumlichkeiten für Gruppentreffen hinausgehen (NÖGUS 2007a). Entsprechend beinhaltet diese Zieldefinition keinen Austausch von Fach- und Erfahrungswissen im Krankenhaus in Form einer Einbeziehung der Selbsthilfegruppen in Krankenprozesse (z.B. in Arbeitsgruppen, Besprechungen).

Der Nutzen des Projektes wird im Ausbau der Vernetzung gesehen, wodurch gegenseitiges Lernen ermöglicht und die Schnittstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich verbessert wird. Landeskliniken sollen stärker als regionale Gesundheitszentren akzeptiert und anerkannt werden. Selbsthilfegruppen erfahren eine Stärkung als Partner der medizinischen Versorgung. Die Nachhaltigkeit wird über die Einbeziehung der SelbsthilfepartnerInnen in die Umsetzungsstrategien sowie durch die zeitlich begrenzte Vergabe des Gütesiegels und die Ausweitung auf weitere Häuser gesichert (Gamsjäger 2008).

### **Konzept: Qualitätskriterienkatalog und Vergabeverfahren**

Das Konzept beinhaltet einen Kriterienkatalog, welcher einen Orientierungsrahmen für die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhaus vorgibt, und ein Vergabeverfahren mit zeitlich begrenzter Auszeichnung zur Bewertung der Zusammenarbeit und Sicherung der Nachhaltigkeit. Die Vertreterin des NÖGUS im Projektteam (=Projektleiterin) entwickelte in Abstimmung mit der Vertreterin der Landeskliniken-Holding den Kriterienkatalog auf Basis der Ergebnisse der Regionalkonferenzen (=Wünsche der Selbsthilfegruppen) und unter Einbeziehung der Hamburger, Kärntner und Wiener Konzepte und Erfahrungen sowie einschlägiger Literatur. Die Definition eines „Selbsthilfefreundlichen Krankenhauses“ wurde aus dem Hamburger Modellprojekt übernommen, wonach sich ein Krankenhaus als „Selbsthilfefreundlichkeit“ bezeichnen kann:

*„wenn das ärztliche und pflegerische Handeln durch das Erfahrungswissen der Selbsthilfe erweitert, der Kontakt zwischen Patientinnen und Patienten und Selbsthilfegruppen gefördert und kooperationsbereite Selbsthilfegruppen aktiv unterstützt werden“. (Bobzien 2007: 54)*

Der Kriterienkatalog umfasst drei wesentliche Bereiche:

- Die Verbesserung und Professionalisierung der Kommunikation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhauspersonal

- Information der PatientInnen über die Angebote und Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen
- Festlegung eines Tätigkeitsprofils der SelbsthilfepartnerInnen und die gegenseitige Akzeptanz von Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfegruppen und Krankenhaus.

### *Kriterienkatalog*

Der Kriterienkatalog (Gamsjäger 2008) unterteilt sich in fünf sich teilweise überschneidende Abschnitte:

- Aufgaben- und Tätigkeitsprofil von SelbsthilfepartnerInnen
- Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterverhalten
- Angebote für Selbsthilfegruppen (Selbsthilfeunterstützung)
- Information der PatientInnen über Selbsthilfegruppen
- Öffentlichkeitsarbeit des Krankenhauses

#### ➤ **Aufgaben- und Tätigkeitsprofil von SelbsthilfepartnerInnen**

SelbsthilfepartnerInnen sind vom Krankenhaus zu benennen, direkt der Pflegedirektion zu unterstellen und mit den erforderlichen Ressourcen für die Tätigkeit auszustatten. Sie sind dem Krankenhausbediensteten bekannt, welche diese nach Möglichkeit unterstützen. Es wurde festgelegt, dass die SelbsthilfepartnerInnen aus dem Bereich der Pflege, und hier im Speziellen aus dem Entlassungs- oder Qualitätsmanagement kommen sollen. Diese Bereiche erschienen nahe liegend, da EntlassungsmanagerInnen ohnehin im Kontakt mit dem extramuralen Bereich stehen. Das Aufgabenprofil sieht vor, dass SelbsthilfepartnerInnen als zentrale, koordinierende AnsprechpartnerInnen nach innen (Krankenhauspersonal) und außen (Selbsthilfegruppen) fungieren, aktiv mit Selbsthilfegruppen Kontakt aufnehmen, über das Kooperationsangebot informieren und sich regelmäßig mit kooperierenden Selbsthilfegruppen austauschen. Zudem unterstützen sie die Gruppen im Krankenhaus und binden kooperierende Selbsthilfegruppen in vorhandene Systeme (Aufnahme-/Entlassungsmanagement, Beschwerdemanagement, Fort- und Weiterbildung) ein. SelbsthilfepartnerInnen sind weiters für die Dokumentation der Kooperation verantwortlich (Kooperationsverträge, Jahresberichte) und erstellen eine Liste aller (kooperierender) Selbsthilfegruppen in der Region. Sie arbeiten zudem an der systematischen Weiterentwicklung der selbsthilfefreundlichen Qualitätsstandards im Krankenhaus.

#### ➤ **Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterverhalten**

Alle MitarbeiterInnen sollen in das Projekt „selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ einbezogen werden bzw. darüber informiert sein. Selbsthilfegruppen werden in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen einbezogen. Mit Selbsthilfegruppen wird ein wertschätzender Umgang gepflegt und diese nach Möglichkeiten der betreffenden Station unterstützt. Fachkräfte stehen Selbsthilfegruppen als ReferentInnen zur Verfügung. Auf den Stationen liegen Informationen der relevanten Selbsthilfegruppen sowie eine Übersicht der kooperierenden Selbsthilfegruppen auf. Bei der Entlassung von PatientInnen achten MitarbeiterInnen auf den Stationen darauf, dass Informationen über Selbsthilfegruppen den Entlassungsunterlagen beiliegen. Zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhaus findet ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch statt. Selbsthilfegruppenvertretern/-vertreterinnen wird es ermöglicht, ihr Erfahrungswissen in den fachlichen Diskurs einzubringen.

### ➤ Angebote für Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen wird Unterstützung bei der Patienteninformation, der Öffentlichkeitsarbeit, der Raumfrage für Gruppentreffen und Beratungsgesprächen angeboten, ebenso, dass MitarbeiterInnen als ReferentInnen zur Verfügung stehen. Die Kooperation wird formal beschlossen und es finden regelmäßige Veranstaltungen zum Informations- und Erfahrungsaustausch statt. Selbsthilfegruppen werden als Partner anerkannt und ihr Erfahrungswissen „in das Fachwissen im Krankenhaus“ einbezogen (Gamsjäger 2008).

### ➤ Information der PatientInnen

PatientInnen erhalten Informationen über Selbsthilfegruppen und werden über die Teilnahmemöglichkeit an einer Selbsthilfegruppe informiert. Auf Wunsch der PatientInnen wird der Kontakt zu Selbsthilfegruppen (Besuchsdienst, Teilnahme an Gruppentreffen) hergestellt. Bei der Entlassung/Verlegung wird der Hinweis auf Selbsthilfegruppen dokumentiert.

### ➤ Öffentlichkeitsarbeit des Krankenhauses

Selbsthilfegruppen werden in die Öffentlichkeitsarbeit des Krankenhauses einbezogen. Beim Tag der offenen Tür und anderen Veranstaltungen erhalten sie die Möglichkeit, sich zu präsentieren. In hausinternen Medien und im Internet wird auf das „Selbsthilfefreundliche Krankenhaus“ hingewiesen und die Krankenhaus-Homepage mit jener des Dachverbands verlinkt.

Zusätzlich enthält der Kriterienkatalog die Erwartungen des Krankenhauses an kooperierende Selbsthilfegruppen. Von den kooperierenden Gruppen wird erwartet, dass sie ihre Grenzen kennen (persönliche Belastbarkeit, personelle Ressourcen), Offenheit in Hinblick auf neue Mitglieder und die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus zeigen sowie fixe Ansprechpersonen bekannt geben. Zudem haben sie sich zur Verschwiegenheit über GruppenteilnehmerInnen zu verpflichten (Gamsjäger 2008).

### *Vergabeverfahren*

Neben dem Kriterienkatalog beinhaltet das Projekt ein Vergabeverfahren, welches von der Projektleiterin entwickelt und von den Projektpartnern akzeptiert wurde. Es sieht vor, dass das Projektteam die Entscheidung über die Vergabe des Gütesiegels im Konsens basierend auf drei Datengrundlagen treffen:

- Einer Befragung von Selbsthilfegruppen über deren Kontakte mit und Aktivitäten im Krankenhaus sowie die Bekanntheit des Projektes und Veränderungen dadurch.
- Berichte der SelbsthilfepartnerInnen über den Projektfortschritt.
- Ergebnisse der Krankenbegehung (Audit) durch Mitglieder der eigens eingerichteten sechsköpfigen Vergabekommission aus VertreterInnen von Patientenanzwtschaft, nicht beteiligten Krankenhäusern, Wissenschaft, Fonds Gesundes Österreich, Landeskliniken-Holding und Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen. In Zweier- oder Dreier-teams besuchen diese das sich bewerbende Krankenhaus und bewerteten die Kriterienerfüllung anhand von standardisierten Frage- und Beobachtungsbögen.

Die Vergabe des Gütesiegels ist zeitlich auf drei Jahre begrenzt, danach ist eine Rezertifizierung vorgesehen. Im Folgenden wird auf die Implementierung des Konzeptes in den ersten sieben Krankenhäusern eingegangen.

### **2.3 Projektimplementierung: Ansetzen an bestehenden Erfahrungen**

Mit dem Beschluss des ständigen Ausschusses des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds im September 2007 sicherten sich die Projektpartner den politischen Rückhalt für das Projekt. Dieser Beschluss kann auch als Start für die Umsetzungsphase betrachtet werden. Die Umsetzungsphase dauerte elf Monate (September 2007 – Oktober 2008) und endete mit der Auszeichnung der ersten sieben selbsthilfefreundlichen Krankenhäuser in Niederösterreich Ende Oktober 2008. Bevor die Implementierungsschritte nachgezeichnet werden, wird zuvor kurz auf die Beteiligten in den Krankenhäusern und deren Ressourcen in dieser Phase eingegangen.

#### ***Beteiligte und Ressourcen auf Krankensebene***

In den sich bewerbenden Krankenhäusern sind die SelbsthilfepartnerInnen mit dem Kooperationsaufbau und der Umsetzung der Kriterien betraut. Dabei können sie von weiteren KrankenhausmitarbeiterInnen unterstützt werden (z.B. aus den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit und Fort-/Weiterbildung) (vgl. Platzer, Ungersböck 2011).

Auf Krankensebene fallen die Personalkosten für den/die SelbsthilfepartnerIn an. Zu Projektbeginn lagen keine Erfahrungswerte vor, wie viel Zeit die SelbsthilfepartnerInnen für ihre Tätigkeit benötigen, entsprechend wurden keine Empfehlungen abgegeben. Festgehalten wurde nur, dass diese Personen mit ausreichend Ressourcen (u.a. Zeit) ausgestattet werden müssen (Gamsjäger 2008). Neuere Schätzungen gehen von einem Zeitaufwand im Ausmaß von 400-500 Stunden bis zur Zertifizierung und im Regelbetrieb von circa zehn Stunden pro Monat aus (Platzer, Ungersböck 2011). Für Krankenhäuser bestand die Möglichkeit, 200 Euro für die Auftaktveranstaltung im Krankenhaus zu verrechnen, welches aufgrund des Verrechnungsaufwandes kaum in Anspruch genommen wurde.

Für Selbsthilfegruppen sind keine finanziellen Förderungen für die Kooperation vorgesehen. Die Projektförderung für Selbsthilfegruppen unterstützt aber Maßnahmen in Zusammenhang mit der Kooperation mit Krankenhäusern, sodass hier Mittel beantragt werden können<sup>8</sup>.

#### ***Projektimplementierung in den ersten sieben Krankenhäusern***

Bei der Auswahl jener Krankenhäuser, die als Pioniere für die Kooperation fungieren sollten, wurden insbesondere zwei Faktoren berücksichtigt: Zum einen sollte sich aus jeder Gesundheitsregion<sup>9</sup> ein Krankenhaus an dem Projekt beteiligen und zum anderen wurden Krankenhäuser bevorzugt angesprochen, welche bereits über Erfahrung in der Kooperation mit Selbsthilfegruppen verfügten und in denen sich leitende Personen offen für Neuerungen zeigten.

<sup>8</sup>) [http://www.selbsthilfenoe.at/daten/F%C3%B6rderung-Grundlagen\\_2012.pdf](http://www.selbsthilfenoe.at/daten/F%C3%B6rderung-Grundlagen_2012.pdf) (10.05.2012)

<sup>9</sup>) Alle Regionen bis auf die Region Waldviertel, da diese als Modellregion für Reformpoolprojekte fungierte, welches die Kapazitäten der Häuser in dieser Region in Anspruch nahm.

Tabelle 5: Konzeptimplementierung - chronologischer Ablauf

Implementierung - Ablauf
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektvorstellung (Start-Up-Veranstaltung)</li> <li>• Offizielle Bewerbung der Krankenhäuser um Projektteilnahme und Benennung einer zentralen Ansprechperson für Selbsthilfeangelegenheiten (SelbsthilfepartnerIn)</li> <li>• Bestandsaufnahme bestehender Kooperationen im Krankenhaus durch die SelbsthilfepartnerInnen</li> <li>• Workshop 1 für SelbsthilfepartnerInnen (Inhalt: Kooperationskriterien und –vertrag; Vorbereitung der „Partnerforen“)</li> <li>• Projektvorstellung für regionale Selbsthilfegruppen im Krankenhaus (Partnerforen)</li> <li>• Präsentationsmöglichkeit für Selbsthilfegruppen im Krankenhaus (Info-Ständer; Tag der offenen Tür)</li> <li>• Workshop 2 für SelbsthilfepartnerInnen (Inhalt: Erfahrungsaustausch, Vergabeverfahren)</li> <li>• Evaluierung der Kooperation*</li> <li>• Vergabeentscheidung und Zusprache der Auszeichnung*</li> <li>• Regelbetrieb*</li> </ul>

\* siehe nächster Abschnitt bzw. nächstes Unterkapitel

### *Projektvorstellung*

In der vierstündigen Start-Up-Veranstaltung im September 2007 stellte das Projektteam den PflegedirektorInnen und den potentiellen SelbsthilfepartnerInnen das Projekt und die bisherigen Vorarbeiten vor. Neben den Vorträgen zu den Projekthaltungen und was Selbsthilfe (nicht) leisten kann, wurden die Vorteile einer Zusammenarbeit diskutiert (Win-Win-Situation für Krankenhaus, Selbsthilfe, PatientInnen). Arbeitsgruppen wurden gebildet zu den Themen „Patienteninformation“, „Mitarbeiterinformation“, „Förderung der selbsthilfefreundlichen Haltung in Abteilungen“ und „Dokumentation“ (NÖGUS 2007b). Thematisiert wurden weiters die bisherigen Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen und die Vorstellungen über die Projektumsetzung. Im Anschluss daran erhielten die PflegedirektorInnen das offizielle Bewerbungsformular zur Projektteilnahme und hatten zwei Monate Zeit, ihre Teilnahme am Projekt bekannt zu geben und offiziell eine/n SelbsthilfepartnerIn zu benennen.

### *Offizielle Bewerbung der Krankenhäuser zur Projektteilnahme*

Alle sieben eingeladenen Krankenhäuser in vier Gesundheitsregionen haben sich zur Projektteilnahme entschlossen: Aus dem Mostviertel beteiligten sich das Landesklinikum (LK) Amstetten-Mauer und das LK Scheibbs. Aus dem Zentralraum beteiligte sich das LK Lilienfeld. Weiters beteiligten sich aus dem Weinviertel das LK Mistelbach und aus der Thermenregion die Landeskliniken Neunkirchen und Hainburg (Gamsjäger 2008). In allen sieben Krankenhäusern wurde eine Ansprechperson für Selbsthilfeangelegenheiten (SelbsthilfepartnerIn) definiert, welche auch mit der Projektumsetzung im jeweiligen Krankenhaus betraut wurde.

### *Bestandsaufnahme bestehender Kooperation und Workshops für SelbsthilfepartnerInnen*

Die SelbsthilfepartnerInnen wurden beim Kooperationsaufbau in Form von Workshops durch das Projektteam unterstützt. Diese Treffen dienten zum einen der Besprechung der nächsten Projektschritte, aber auch dem Erfahrungsaustausch und der Vernetzung untereinander. Bei der Erarbeitung der nächsten Schritte gab die Projektleitung nur den Rahmen vor, der von den teilnehmenden Personen dann ausgearbeitet wurde. Vor dem ersten Workshop wurden die SelbsthilfepartnerInnen ersucht, eine Bestandsaufnahme der bestehenden Kooperationen vorzunehmen. Diese wurde dann im Zuge eines vierstündigen Workshops (im November 2007) präsentiert.

Die Erhebung zeigte, dass sich die Ausgangssituationen teilweise stark unterschieden. Zwei Krankenhäuser hatten bereits regelmäßige Kontakte mit Selbsthilfegruppen in Form von Partnerforen oder Round-Tables. Zwei andere Krankenhäuser wiederum hatten kaum Erfahrung mit Selbsthilfegruppen. Neben der Feststellung der Ausgangslage der Krankenhäuser wurden die Qualitätskriterien und die von der Projektleitung entworfenen Kooperationsübereinkommen gemeinsam überarbeitet. In den Kooperationsverträgen werden die beidseitigen Ansprechpartner definiert sowie der Patientenkontakt und die Unterstützung der Gruppe durch das Krankenhaus geregelt. Die Muster sind so gestaltet, dass sie an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst werden können. Weiterer Inhalt dieses Workshops war die Vorbereitung der Partnerforen, einer Auftakt-Veranstaltung im Krankenhaus zum Kennenlernen von Selbsthilfegruppen und SelbsthilfepartnerInnen.

### *Partnerforen - Bekanntmachung des Projekts*

Selbsthilfegruppen und KrankenhausmitarbeiterInnen wurden medial und durch die SelbsthilfepartnerInnen über das Projekt informiert. Zwischen Jänner und März 2008 wurden in allen sieben Landeskliniken Partnerforen veranstaltet, an denen neben Mitgliedern des Projektteams, SelbsthilfepartnerInnen, VertreterInnen der Kollegialen Führung, SelbsthilfgruppenvertreterInnen und KrankenhausmitarbeiterInnen teilnahmen. Das Projektteam (NÖGUS, LK Holding und Dachverband) führte in die Projekthalte ein. Der/die SelbsthilfepartnerIn stellte sich als künftige Ansprechperson mit seinen/ihren Arbeitsschwerpunkten vor. Angesprochen wurde auch die Möglichkeit von Kooperationsübereinkommen. Im Anschluss gab es eine Möglichkeit zum informellen Austausch und Kennen lernen. Die Partnerforen waren der Auftakt zu weiteren Begegnungen zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhaus (u.a. Round Tables, Führungen durch das Krankenhaus).

### *Selbsthilfe präsentiert sich im Krankenhaus*

Im März 2008 erhielten die Krankenhäuser anlässlich des Tages der offenen Tür Infoständer, um die Informationsmaterialien der Selbsthilfegruppen aufzulegen. Zudem hatten die Selbsthilfegruppen die Möglichkeit, sich am Tag der offenen Tür zu präsentieren.

### *Workshop 2 für SelbsthilfepartnerInnen*

Beim zweiten Workshop im März 2008 berichteten die SelbsthilfepartnerInnen über die Projektfortschritte und tauschten Erfahrungen aus. Besprochen wurden weiters die Projektfortführung sowie das Vergabeprozedere.

## ***Zertifizierung der ersten sieben Landeskliniken***

Im Zuge des Vergabeverfahrens wurden jene Selbsthilfegruppen befragt, die in der Region des auszuzeichnenden Krankenhauses aktiv sind. Die schriftliche Befragung der Selbsthilfegruppen erfolgte im September 2008. Weiters wurden die Berichte der SelbsthilfepartnerInnen (mündliche Berichte über die Ausgangslage, Zwischenberichte im Mai 2008 und Projektfortschrittsbericht im Herbst 2008) herangezogen. Beides sollte einen Eindruck vermitteln, welche Veränderungen durch das Projekt wahrgenommen wurden. Zusätzlich erfolgte zwischen Ende September und Mitte Oktober 2008 eine Begehung der Krankenhäuser durch zwei oder drei Mitglieder der eingerichteten Vergabekommission.

Das Projektteam (VertreterInnen von LK Holding, NÖGUS, DV-NÖSH) entschied – unterstützt durch einen wissenschaftlichen Berater – durch Zusammenschau der Ergebnisse über die Vergabe der Auszeichnung und sprach die Auszeichnung befristet auf drei Jahre allen sieben Landeskliniken zu.

Im folgenden Exkurs wird kurz auf den Stand der Kooperation 2008 eingegangen. Informationen über den Stand der Kooperation 2008 konnten aus den Ergebnissen der Begehung durch die Vergabekommissionsmitglieder (Gamsjäger 2008) sowie durch die Befragung der Selbsthilfegruppen 2008 rekonstruiert werden. Informationen über die Fortschrittsberichte der SelbsthilfepartnerInnen standen nicht zur Verfügung.

### ***Befragung der Selbsthilfegruppen in der ersten Vergaberunde***

Die schriftliche Befragung der Selbsthilfegruppen 2008 fand in den sieben Pilotkrankenhäusern statt. Fragebögen von 43 Selbsthilfegruppen konnten ausgewertet werden (Details zur Erhebung finden sich im Anhang und in Gamsjäger 2008). Im Folgenden wird auf die Befragungsergebnisse der sieben Häuser eingegangen. Der Großteil der 43 Selbsthilfegruppen (79%) kooperiert regelmäßig. 81% der Gruppen haben ein Kooperationsübereinkommen mit dem Krankenhaus abgeschlossen.

### ***Kooperationsaktivitäten***

Häufigste Aktivität von Selbsthilfegruppen im Krankenhaus ist die Information von PatientInnen (insbesondere das Auflegen von Informationsmaterialien). Drei Viertel der Gruppen nimmt an Aktivitäten oder Veranstaltungen des Krankenhauses teil. Knapp zwei Drittel (65%) der Gruppen greifen auf Ressourcen des Krankenhauses zurück und nutzen Räumlichkeiten und/oder laden medizinische Fachkräfte zu Gruppentreffen ein (z.B. für einen Vortrag).

Abbildung 2: Aktivitäten von Selbsthilfegruppen im Krankenhaus 2008



### *Kontakt mit Krankenhauspersonal*

Hauptansprechperson für Selbsthilfegruppen im Krankenhaus ist der/die SelbsthilfepartnerIn (74%). Mit weiterem Krankenhauspersonal (aus Verwaltung, Ärzteschaft und/oder Pflege) treten 63% der Selbsthilfegruppen in Kontakt. Gut ein Drittel der Gruppen (35%) gibt an, Kontakte zu PatientInnen im Krankenhaus zu haben.

### *Veränderung der Zusammenarbeit*

Insgesamt geben 60% der Gruppen an, dass sich die Kooperation zwischen Jänner und September 2008 deutlich verbessert hat, eine Verschlechterung wurde von keiner Gruppe angegeben. Wahrgenommene Veränderungen<sup>10</sup> betreffen insbesondere die Verbesserung der Beziehung (6 SHG), der Zusammenarbeit (6 SHG) sowie die Steigerung der Kontaktintensität (4 SHG). Die Unterstützung der Selbsthilfegruppen (3 SHG) und die Verbesserung der Patienteninformation (2 SHG) werden ebenfalls thematisiert. Jeweils einmal wurden die bessere Vernetzung und die bessere Einbindung von Selbsthilfe im Krankenhaus genannt.

Die Befragten wurden weiters um eine Beschreibung des Krankenhauses in Hinblick auf Selbsthilfefreundlichkeit gebeten. Hervorgehoben wurden die Unterstützung von Selbsthilfegruppen (5 SHG), die neu eingeführten SelbsthilfepartnerInnen (3 SHG) sowie die Förderung der Zusammenarbeit (2 SHG).

<sup>10)</sup> Offene Frage

### *Beurteilung der Vergabekommission*

Die Vergabekommission besuchte in Zweier- bzw. Dreier-Teams die Krankenhäuser. Im Zuge dieses „externen Audits“ führten die Teams ein Gespräch mit dem/der SelbsthilfepartnerIn, ließen sich relevante Kooperationsdokumente zeigen (Kooperationsübereinkommen, Zusammenfassungen von Veranstaltungen etc.) und dokumentierten ihre Eindrücke über den Selbsthilfe-Info-Point (Selbsthilfeinformationsstände). Interessierte LeserInnen finden die entsprechenden Dokumentenvorlagen (Beobachtungsblatt, Befragungsbogen) in Gamsjäger (2008). Die Häuser erweckten einen durchwegs positiven Eindruck bei den Kommissionsmitgliedern. Die Info-Stände ebenso wie die Dokumentation der Kooperation (Adressverzeichnisse) waren aktuell, übersichtlich und gut strukturiert. Die SelbsthilfepartnerInnen wirkten durchwegs kompetent und engagiert (Gamsjäger 2008).

Nach der Zertifizierung wurde ein Vernetzungstreffen der SelbsthilfepartnerInnen in Aussicht gestellt und eine Rezertifizierung für 2011 (Gamsjäger 2008). Im Folgenden wird auf die Entwicklungen nach der Zertifizierung 2008 eingegangen.

### **2.4 Projektweiterentwicklungen: Verbreitung der „Selbsthilfefreundlichkeit“**

Durch den Wechsel der Projektleiterin vom NÖGUS in den Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen übernahm auch der Dachverband die Projektleitung. Der NÖGUS ist weiterhin für die Finanzierung von allfälligen Sachkosten zuständig, wird über Entwicklungen der Kooperation informiert und zu Veranstaltungen eingeladen, bringt sich inhaltlich aber weniger stark ein als zu Projektbeginn. Die Projektweiterentwicklung besteht vorrangig in der

- Ausdehnung der „Selbsthilfefreundlichkeit“ auf weitere Landeskliniken
- Entwicklung eines Rezertifizierungsverfahrens
- Überarbeitung des Kriterienkatalogs

### ***Ausdehnung der „Selbsthilfefreundlichkeit“ auf weitere Landeskliniken***

Aufgrund der positiven Reaktionen bei der Zertifizierung der ersten sieben selbsthilfefreundlichen Krankenhäuser wurde entschieden, die Implementierung der Kriterien in weiteren Krankenhäusern anzustreben. Dies erfolgte in zwei Tranchen (vgl. Tabelle 6):

*Tabelle 6: Implementierung der Kooperationskriterien nach 2008*

Vergaberunde	Anzahl der Landeskliniken (Standorte)	Implementierungszeitraum
2	8 (10)	11/ 2008 – 04/2010
3	4	09/2010 – 10/2012
3a	3	06/2011 – 10/2012

### *Vergaberunde 2*

Die Wahl der Landeskliniken für die zweite Vergaberunde orientierte sich an der Region (Waldviertel) sowie an den Krankenhäusern mit mehreren Standorten (u.a. Baden/Mödling sowie Korneuburg/Stockerau). Zudem mussten die Kapazitäten der ausgewählten Krankenhäuser berücksichtigt werden (reduzierte Ressourcen durch Umbau, Einführung von Qualitätsmanagementsystem). Ein Krankenhaus lehnte die Projektteilnahme aus Kapazitätsgründen vorerst ab, was vom Projektteam respektiert wurde und man andere Krankenhäuser nachnominierte. Bei der Implementierung wurde die Vorgehensweise aus der ersten Vergaberunde weitgehend übernommen. Ausnahme bildeten die Partnerforen. Nicht in jedem Krankenhaus wurde ein Partnerforum veranstaltet, sondern nur an einem Standort pro Landesklinikum. Zudem kam es zu einem Vernetzungstreffen zwischen SelbsthilfepartnerInnen der ersten und zweiten Vergaberunde. Nach eineinhalbjähriger Vorbereitungszeit (November 2008 – April 2010) wurden die nächsten Landeskliniken ausgezeichnet:

- LK Waldviertel Horn/ LK Waldviertel Allensteig
- LK Waldviertel Zwettl / LK Waldviertel Gmünd/ LK Waldviertel Waidhofen/Thaya
- LK Thermenregion Baden/ LK Thermenregion Mödling
- LK Weinviertel Hollabrunn
- LK Weinviertel Korneuburg/ LK Weinviertel Stockerau

Das Vergabeverfahren unterschied sich nicht von jenem aus der ersten Vergaberunde. Nach der Zertifizierung begannen die Vorbereitungen für die Implementierung des „Selbsthilfefreundlichen Krankenhauses“ in den verbleibenden Landeskliniken, wobei hier zweistufig vorgegangen wurde.

### *Vergaberunde 3*

Zunächst wurden die Landeskliniken mit hoher Bettenzahl zusammengefasst und im September 2010 zur Start-Up-Veranstaltung eingeladen. Hier galt es bei der Implementierung, die komplexeren Kommunikationswege und -hierarchien zu berücksichtigen. Zudem tauchten neue Themen, wie Brandschutz, Sicherheit (bei der Platzierung der Ständer) auf, die berücksichtigt werden mussten. In Runde 3 wurden vier Landeskliniken zusammengefasst:

- LK St. Pölten (1000 Betten)
- LK Krems (500 Betten)
- LK Mostviertel Amstetten (370 Betten)
- LK Wiener Neustadt (860 Betten)

Diese implementierten parallel ein weiteres Projekt im Bereich des Entlassungsmanagements, sodass Synergien genutzt werden konnten. Das „Selbsthilfefreundliche Krankenhaus“ konnte als Subprojekt integriert werden. Aufgrund der komplexeren Implementierungssituation wurde diesen Landeskliniken für die Implementierung des „Selbsthilfefreundlichen Krankenhauses“ zwei Jahre Zeit gegeben. Die Zertifizierung ist für Herbst 2012 geplant.

### *Vergaberunde 3a*

Parallel zur Implementierung der Kriterien in den großen Häusern wurden mit der Implementierung der Kriterien in den noch nicht ausgezeichneten Häusern begonnen. Diese Häuser wur-

den im Juni 2011 zu einer Start-Up-Veranstaltung eingeladen und somit die Vergaberunde 3a eingeleitet. Alle Landeskliniken erklärten sich zur Umsetzung bereit. Allerdings stellte sich im LK Donauregion Klosterneuburg heraus, dass die Kooperation durch die Nähe zu Wien erschwert wurde (kaum aktive/interessierte Selbsthilfegruppen), weshalb die Projektpartner von der Implementierung der Kriterien in diesem Haus Abstand nahmen. Die Häuser der Runde 3a, welche voraussichtlich im Herbst 2012 ausgezeichnet werden, sind:

- LK Thermenregion Hohegg
- LK Mostviertel Melk
- LK Mostviertel Waidhofen/Ybbs

### *Selbsthilfefreundliche Krankenhauslandschaft*

Bis Jahresende 2012 werden fast alle Landeskliniken die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ erhalten (haben). Der einheitliche Krankenhausträger und gute Beziehungen zum NÖGUS werden vom Projektteam als Hauptgründe für die schnelle, fast flächendeckende Verbreitung des Konzepts im Bundesland angeführt. Weitere Faktoren, die die rasche Ausdehnung begünstigten, waren der politische Rückhalt (durch den Beschluss des ständigen Ausschusses) und die Schulung der SelbsthilfepartnerInnen. In der ersten Vergaberunde, wo noch keine Erfahrungswerte über die systematische Kooperation mit Selbsthilfegruppe vorhanden waren und auch die Projektpartner „Neuland“ betraten, kam die „Learning by doing“-Strategie der Identifikation mit dem Projekt zu Gute und erhöhte die Motivation der Beteiligten (vgl. Gamsjäger 2008). In den folgenden Tranchen konnte auf den gesammelten Erfahrungen aufgebaut werden und der Abstimmungsbedarf innerhalb des Projektteams, aber auch in Hinblick auf die Projektinhalte (Kriterien) reduziert werden.

### *Entwicklung des Rezertifizierungsverfahrens*

Drei Jahre nach der ersten Auszeichnung erfolgte die Rezertifizierung. Die Projektleitung schlug hierfür eine Befragung der Selbsthilfegruppen und SelbsthilfepartnerInnen vor, welches von der Landeklinikenholding akzeptiert wurde. Entsprechende Fragebögen wurden vom Projektteam entwickelt. Auf Basis der Erhebungsergebnisse entschieden sie im Konsens über die Zusprache der Auszeichnung zeitlich begrenzt auf fünf Jahre.

### *Rezertifizierungsdaten 2011*

Die Rezertifizierung der sieben Krankenhäuser aus der ersten Vergaberunde erfolgte anhand der schriftlichen Befragung der in der Umgebung des jeweiligen Krankenhauses aktiven Selbsthilfegruppen und einer Onlinebefragung der SelbsthilfepartnerInnen dieser Landeskliniken.

### *Ergebnisse der Selbsthilfepartnerbefragung*

Die SelbsthilfepartnerInnen wurden über ihre Aufgaben und Tätigkeiten befragt sowie über die Information der MitarbeiterInnen über Selbsthilfe und die Kooperation, insbesondere den Erfahrungsaustausch mit Selbsthilfegruppen. Größtenteils bestand der Online-Fragebogen aus Statements mit drei Antwortmöglichkeiten („verwirklicht“, „teils verwirklicht“ oder „nicht verwirklicht“). Im Folgenden werden jene Ergebnisse der Befragung dargestellt, welchen der höchst-

te bzw. geringste Verwirklichungsgrad von den SelbsthilfepartnerInnen zugesprochen wurde (basierend auf Fahrnberger 2012).

In allen Häusern gibt es eine zentrale Ansprechperson für Selbsthilfeanliegen, deren Tätigkeit in der Pflege (Entlassungsmanagement, Bereichsleitung, Beschwerdemanagement) angesiedelt ist. Die KrankenhausmitarbeiterInnen kennen das Projekt und den/die SelbsthilfepartnerIn und leiten selbsthilfebezogene Anfragen gezielt an diese/n weiter. In jedem Haus wird ein zentrales Adressverzeichnis aller im Landesklinikum aktiven Selbsthilfegruppen geführt. Selbsthilfegruppen werden durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten und Präsentationsmöglichkeiten unterstützt.

Entsprechend wurden Strukturen zur Information der PatientInnen und zur Unterstützung der Selbsthilfegruppen geschaffen. In fünf von sechs Häusern ist „Selbsthilfefreundlichkeit“ ein selbstverständlicher Bestandteil des professionellen Handelns. In drei von sechs Häusern ist die Kooperation zwischen Landesklinikum und Selbsthilfegruppen aus Sicht des/der jeweiligen SelbsthilfepartnerIn dauerhaft und systematisch etabliert. Seltener verwirklicht sind Informationsveranstaltungen zum Thema Selbsthilfe, die Einbeziehung der Selbsthilfe in den fachlichen Diskurs (in 3 von 6 Häusern verwirklicht) und der Hinweis auf Selbsthilfegruppen in den Entlassungsunterlagen (in 1 von 6 Häusern verwirklicht). Die Kooperation mit Selbsthilfegruppen ist in vier von sechs Fällen gänzlich formalisiert. Die Zusammenarbeit besteht vorrangig auf der Patienteninformation mittels Folder (6 Häuser) und der Teilnahme von Selbsthilfegruppen am Tag der offenen Tür (6 Häuser) sowie in der medialen Öffentlichkeitsarbeit (Präsentation auf der Homepage (4 Häuser), Publikation in hausinternen Medien (2 Häuser)).

### *Ergebnisse der Selbsthilfegruppenbefragung 2011*

Die Selbsthilfegruppen, die in der Region des jeweiligen Krankenhauses aktiv sind wurden schriftlich befragt. Für die Evaluierung 2011 konnten 35 Fragebögen ausgewertet werden (Details zur Erhebung im Anhang). Fast alle Gruppen (94%) kooperieren mit dem Krankenhaus. Zwei Drittel der kooperierenden Gruppen charakterisieren den Kontakt als regelmäßig (vorrangig im Abstand von ein bis zwei Monaten). Mehr als die Hälfte (60%) der Gruppen hat einen Kooperationsvertrag mit dem Landesklinikum unterzeichnet.

Von den erhobenen Kooperationsaktivitäten werden insbesondere die Präsentationsmöglichkeit genutzt (durch Folder (91%), bei Krankenhausveranstaltungen (57%)). Unterstützung in Form von Räumlichkeiten und/oder Vorträgen nehmen 68% der Gruppe in Anspruch. Gut ein Drittel der Gruppen (37%) nimmt am Erfahrungsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhaus teil. An Weiterbildungsveranstaltungen des Landesklinikums für Selbsthilfegruppen und/oder MitarbeiterInnen nehmen 14% der Gruppen teil. Die höchste Diskrepanz zwischen Bekanntheit und Nutzung der Kooperationsmöglichkeiten besteht beim Informationsaustausch (Differenz: 34%).

Abbildung 3: Bekanntheit und Nutzung von Leistungen des Krankenhauses 2011



### Patienteninformation

Der Großteil der Gruppen (83%) gibt an, dass PatientInnen/Angehörige über die Gruppe informiert werden. Vorrangig erfolgt diese Information passiv durch Folder in den Warteräumen/Ambulanzen (60%) bzw. auf den Abteilungen (43%), seltener in den Entlassungsunterlagen (37%). Knapp die Hälfte der Gruppen (46%) gibt an, dass das Krankenhauspersonal auch mündlich auf die Teilnahmemöglichkeit an Selbsthilfegruppen hinweist.

### Kontakt mit Krankenhauspersonal

Kontakte mit dem/der SelbsthilfepartnerIn geben knapp drei Viertel der Gruppen (74%) an. Etwa die Hälfte der Gruppen hat Kontakt mit einschlägigen Krankenhausabteilungen und ist auch auf der Abteilung bekannt. Allerdings werden die Gruppen kaum (11% der Gruppen) von der Abteilungsleitung eingeladen, um sich vorzustellen.

### Selbsthilfefreundliches Klima

Der Großteil der Gruppen (74%) bezeichnet das Klima im Krankenhaus generell als selbsthilfefreundlich, 20% der Gruppen als teilweise, 6% als nicht selbsthilfefreundlich. Als GruppenvertreterIn fühlen sich 71% akzeptiert und respektiert im Landeskinikum, 14% teilweise und 6% nicht. Als besonders positiv für die Selbsthilfe im Landeskinikum (offene Frage) werden insbesondere die Unterstützungsleistungen (Bereitstellung von Räumen, ReferentInnen) (13 SHG)<sup>11</sup> hervorgehoben sowie die Präsentationsmöglichkeiten (Folder, Veranstaltungen) (6 SHG). Betont wurde weiters das Kooperationsklima (10 SHG) (u.a. Wertschätzung, Gastfreundschaft, Entgegenkommen) sowie der direkte Kontakt mit dem/der SelbsthilfepartnerIn (4 SHG).

<sup>11)</sup> Anzahl der Codes/zugeordneten Nennungen

### *Verbesserungsmöglichkeiten (offene Frage)*

Selbsthilfegruppen sehen Verbesserungspotential neben der Realisierung von krankheitspezifischen Anliegen (7 SHG), insbesondere in der Informations- und Wissensvermittlung (9 SHG) (Patienteninformation, Vortragende für Gruppen, Information der MitarbeiterInnen über Selbsthilfegruppen) und im Kontakt mit KrankenhausmitarbeiterInnen (6 SHG), vorrangig Ärzte/Ärztinnen und SelbsthilfepartnerInnen.

### *Weiterentwicklung des Kriterienkatalogs*

Der 2007 entwickelte Kriterienkatalog (vgl. Gamsjäger 2008) wurde 2012 vom Projektteam überarbeitet in der Absicht, die Übersichtlichkeit der Kriterien zu erhöhen und wesentliche Aspekte in der Kooperation hervorzuheben. Die Neufassung der Kriterien beinhaltet drei Punkte (vgl. Gamsjäger, Fahrnberger 2012):

- Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Landeskliniken
  - Benennung eines/einer SelbsthilfepartnerIn
  - Formalisierung der Kooperation
- Einbeziehung der MitarbeiterInnen des Landeslinikums
  - Einbeziehung der „Selbsthilfe“ in die Information, Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen
  - Regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Landeslinikum
  - MitarbeiterInnen kennen die Ansprechpersonen jener Selbsthilfegruppen, die in ihrem Fachbereich relevant sind und stehen nach Möglichkeit als ReferentInnen für die Gruppen zur Verfügung.
- Patienteninformation
 

PatientInnen und Angehörige werden sowohl passiv (z.B. Selbsthilfe-Informationsstände, Entlassungsmappe, Homepage und elektronische Medien des Landeslinikums), als auch aktiv (u.a. durch persönliches Gespräch, Einbeziehung der Selbsthilfegruppen in Veranstaltungen des Landeslinikums) über die Teilnahmemöglichkeit an Selbsthilfegruppen informiert.

## **2.5 Zusammenfassung**

Die Veränderungen der NÖ Krankenhauslandschaft wurden genutzt, um die Beziehung zwischen den NÖ Landeskliniken und den Selbsthilfegruppen neu zu definieren. Ausgehend von einem gemeinsamen Brainstorming von Selbsthilfegruppen und Professionellen im Zuge von Regionalkonferenzen griff der Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds die Anliegen auf und entwickelte in Zusammenarbeit mit der Landeskliniken-Holding und dem Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen einen Kriterienkatalog und ein Vergabeverfahren. Die Umsetzung der Kriterien obliegt den neu eingeführten SelbsthilfepartnerInnen in den Landeskliniken. Bis Jahresende 2012 sollen weitgehend alle Landeskliniken als „Selbsthilfefreundlich“ ausgewiesen sein und eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen in der Region aufgebaut und sichtbar sein.

### 3 Kooperationspraxis – Eine „Bestandsaufnahme“

Die sieben Krankenhäuser aus der ersten Vergaberunde haben nun gut drei Jahre Erfahrung in der Umsetzung der Kriterien und der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen gesammelt. Das wurde zum Anlass genommen, nach der Kooperation im Regelbetrieb zu fragen: Wie werden die Kriterien im Alltag umgesetzt?

Die folgende Darstellung der Kooperationspraxis von Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen basiert auf einer Interviewstudie (leitfadengestützte Interviews mit SelbsthilfepartnerInnen (n=4), SelbsthilfgruppenvertreterInnen (n=8)<sup>12</sup>, an der Projektentwicklung beteiligten Personen (n=2)). Details zur Auswahl der Krankenhäuser/SelbsthilfepartnerInnen und Selbsthilfgruppen finden sich im Anhang.

Zwei der ausgewählten Krankenhäuser verfügten bereits über Kooperationserfahrung mit Selbsthilfgruppen vor dem Projekt, die anderen beiden hatten keine bzw. kaum einschlägige Erfahrung. Ausgehend von diesen Krankenhäusern wurden jeweils zwei Selbsthilfgruppen ausgewählt, die mit den ausgewählten Krankenhäusern kooperieren und deren Ansprechperson(en) für ein Interview gewonnen.

Fünf der neun Selbsthilfgruppen verfügen über langjährige Kooperationsvorerfahrung, die sich vorrangig auf die Nutzung von Krankenhausräumlichkeiten bezieht. Vereinzelt kam es auch zu Patientenberatung, Vorträgen mit einem Arzt sowie der Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe und der Zusammenarbeit mit einer Spezialambulanz. Drei Selbsthilfgruppen datieren den („richtigen“) Kooperationsbeginn auf den Projektstart bzw. kurz danach. Eine Selbsthilfgruppe kooperiert nicht mit dem Krankenhaus, gewinnt aber KrankenhausmitarbeiterInnen für Vorträge.

Nachdem die Intention der Arbeit nicht darin besteht, die Kooperation zu bewerten, sondern die gelebte Kooperationspraxis darzustellen, wird in weiterer Folge auf die Nennung der Krankenhäuser und Gruppennamen verzichtet. Thematisiert wird in diesem Kapitel zunächst der Kooperationsaufbau (im Regelbetrieb) (Kapitel 3.1) und die Kooperationspraxis von Krankenhäusern und Selbsthilfgruppen. Bei der Darstellung wird trotz Überschneidungen versucht, zwischen der Umsetzung der Kriterien im Krankenhaus (Kapitel 3.2), der Kooperation von Selbsthilfgruppen mit Krankenhäusern (im Sinne einer Nutzung der Kooperationsmöglichkeiten) (Kapitel 3.3) und der Begleitung der Kooperation durch die Projektpartner (vorrangig DV-NÖSH und LK-Holding) (Kapitel 3.4) zu trennen. Abschließend wird eine Antwort auf die Frage versucht, was selbsthilfefreundliche Krankenhäuser in der Praxis ausmacht (Kapitel 3.5).

#### 3.1 Kooperationsaufbau: Initiative ergreifen!

Die Initiative zum Kooperationsaufbau kann sowohl von Seiten des Krankenhauses als auch von Selbsthilfgruppen ausgehen.

##### *Kooperationsaufbau in der Implementierungsphase*

In dieser Phase suchten SelbsthilfepartnerInnen aktiv nach regionalen Selbsthilfgruppen und luden (ausgewählte) Gruppen zur Projektvorstellung, dem Partnerforum, ein. Zwei SelbsthilfepartnerInnen berichteten, dass jeweils eine Gruppe an dieser Veranstaltung teilnahm, sich aber entschloss, die Kooperation mit dem Krankenhaus nicht aufzunehmen.

<sup>12)</sup> Davon war eine Person Ansprechperson für zwei Selbsthilfgruppen, sodass Informationen von neun Selbsthilfgruppen erhoben werden konnten.

### *Kooperationsaufbau im Regelbetrieb*

Im Regelbetrieb erfolgt der Erstkontakt vorrangig durch interessierte Selbsthilfegruppen – außer PatientInnen oder KrankenhausmitarbeiterInnen fragen nach Gruppen, die noch nicht mit dem Krankenhaus kooperieren. Nur in einem Fall sucht der/die SelbsthilfepartnerIn regelmäßig nach neuen Gruppen. Nach der ersten Kontaktaufnahme wird die Ansprechperson der betreffenden Selbsthilfegruppe zu einem Gespräch eingeladen, in welchem sich die Gruppe vorstellt und gemeinsame Kooperationsmöglichkeiten abgesteckt werden. Nach diesem wird in einem Haus ein Gespräch mit dem Abteilungsvorstand der einschlägigen Abteilung arrangiert, in einem anderen begleitet der/die SelbsthilfepartnerIn neue Gruppen bei ihrem ersten Treffen im Krankenhaus.

Der folgende Abschnitt widmet sich der Frage, wie die Kooperationskriterien von den Krankenhäusern umgesetzt werden und welche Tätigkeiten und Aufgaben damit für das Krankenhauspersonal (insbesondere den/die SelbsthilfepartnerIn) verbunden ist.

### **3.2 Kooperationspraxis in Krankenhäusern: Die Umsetzung der Kriterien**

Die ausgewählten Landeskliniken kooperieren mit sechs bis vierzehn Selbsthilfegruppen. Die Zusammenarbeit besteht vorrangig im Auflegen der Informationsmaterialien der Selbsthilfegruppen im Krankenhaus (Patienteninformation) und insbesondere in den Häusern mit Kooperationsvorerfahrung auch in der Nutzung von Räumlichkeiten für Gruppentreffen (Unterstützung von Selbsthilfegruppen). Wenngleich sich die Zusammenarbeit häufig auf diese beiden (indirekten) Formen der Zusammenarbeit beschränkt, erfolgen im Zuge der Kriterienumsetzung auch weitere kooperationsbezogene Aktivitäten im Krankenhaus. Die Darstellung der Kriterienumsetzung in den Häusern erfolgt in Anlehnung an den Kriterienkatalog und befasst sich mit folgenden Kooperationsaktivitäten der Krankenhäuser und den damit verbundenen Aufgaben vorrangig für den/die SelbsthilfepartnerIn:

- Etablierung von zentralen Ansprechpersonen für Selbsthilfeangelegenheiten (SelbsthilfepartnerIn)
- Mitarbeiterinformation
- Patienteninformation
- Selbsthilfeunterstützung durch das Krankenhaus (Angebote für Selbsthilfegruppen)
- Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in die Öffentlichkeitsarbeit des Krankenhauses
- Erfahrungsaustausch
- Einbeziehung der Selbsthilfegruppen ins Krankenhaus

### ***SelbsthilfepartnerIn – zentrale Ansprechperson für Selbsthilfeangelegenheiten***

In allen Krankenhäusern sind zentrale Ansprechpersonen für Selbsthilfeangelegenheiten (SelbsthilfepartnerInnen) benannt. In einem Fall wird die/der SelbsthilfepartnerIn von der Sekretärin der Pflegedirektion unterstützt. Die nachstehende Tabelle fasst die Aufgaben und Funktionen von SelbsthilfepartnerInnen zusammen.

Tabelle 7: Hauptaufgaben eines/einer SelbsthilfepartnerIn

<b>SelbsthilfepartnerIn – Aufgaben und Funktionen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zentrale Ansprech- und Kontaktperson für Selbsthilfeangelegenheiten (Dreh-scheibenfunktion)</li> <li>• Begleiten der Gruppen im Krankenhaus (Selbsthilfeunterstützung)</li> <li>• Dokumentation der Kooperation</li> <li>• Auflegen und Weiterleiten von Informationsmaterialien der Selbsthilfegruppen (Patienteninformation)</li> <li>• Thematisierung von Selbsthilfe im Krankenhaus (Mitarbeiterinformation, Multiplikatorfunktion im Krankenhaus)</li> <li>• Kontakt mit externen Umwelten (u.a. Presse, Politik)</li> </ul>

### *Zentrale Kontakt- und Ansprechperson für Selbsthilfeangelegenheiten*

SelbsthilfepartnerInnen sind zentrale Anlaufstelle für Selbsthilfegruppen, PatientInnen und KrankenhausmitarbeiterInnen. Vorrangig geht es um die Vermittlung von Kontakten („Dreh-scheibenfunktion“). Suchen beispielsweise MitarbeiterInnen oder PatientInnen eine Selbsthilfegruppe, wird nach einer entsprechenden Gruppe gesucht und die Kontaktdaten weitergegeben bzw. der Kontakt hergestellt.

Die Kontaktaufnahme von Selbsthilfegruppen zum/zur SelbsthilfepartnerIn als auch umgekehrt erfolgt vorrangig anlassbezogen (d.h. unregelmäßig). Die Gruppen nehmen mit dem/der SelbsthilfepartnerIn Kontakt auf bei (nicht näher spezifizierten) Anliegen, bezüglich administrativer Angelegenheiten (Organisieren von Räumen oder Veranstaltungen) oder der Weitergabe gruppeninterner Neuigkeiten (z.B. Namensänderung der Gruppe). Vereinzelt wenden sich Gruppen auch mit gruppeninternen Angelegenheiten an die Selbsthilfepartnerinnen (Schreiben von Jahresberichten, Unterstützung bei Gruppenleiterwechsel). Die SelbsthilfepartnerInnen nehmen insbesondere Kontakt auf, wenn es um administrative Angelegenheiten geht (Einladungen zu Veranstaltungen, Bedarf an neuen Földern), aber auch wenn Informationen des Krankenhauses an Selbsthilfegruppen weitergeleitet werden sollen.

### *„Begleiten“ der Selbsthilfegruppen im Krankenhaus*

Selbsthilfegruppen werden in administrativen Angelegenheiten unterstützt von den SelbsthilfepartnerInnen, indem Krankenhausräumlichkeiten für Gruppentreffen organisiert werden und (auf Wunsch der Gruppe) bei der Suche und Ansprache von potentiellen ReferentInnen geholfen wird. Sie laden die kooperierenden Selbsthilfegruppen zu Veranstaltungen des Krankenhauses (vorrangig Tag der offenen Tür) ein bzw. organisieren (in zwei Fällen) Veranstaltungen zum gemeinsamen Erfahrungsaustausch. Weiters versuchen SelbsthilfepartnerInnen, auf die Anliegen der Gruppen einzugehen.

### *Dokumentation der Kooperation*

Die Dokumentation der Kooperation besteht zum einen in Form von Kooperationsverträgen mit den kooperierenden Selbsthilfegruppen und zum anderen in der Dokumentation der Ko-

operation (Liste der kooperierenden Gruppen, Jahresberichte). SelbsthilfepartnerInnen bieten Selbsthilfegruppen an, die Kooperation in einem Übereinkommen (Vertrag) festzuhalten. Die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppe und Krankenhäusern ist in drei der vier Landeskliniken großteils formalisiert (in einem vorrangig mit jenen Gruppen, die Räumlichkeiten des Hauses nutzen). Sofern ein Kooperationsvertrag gewünscht ist, passen der/die SelbsthilfepartnerIn und SelbsthilfegruppenvertreterIn das Musterübereinkommen an die jeweiligen Bedürfnisse an und lassen den ausgehandelten Vertrag von der Pflegedirektion bestätigen.

SelbsthilfepartnerInnen verfügen über Informationsmaterial der kooperierenden Selbsthilfegruppen sowie eine Auflistung der kooperierenden Gruppen. Teilweise erstellen sie Protokolle von Veranstaltungen mit Selbsthilfegruppen. SelbsthilfepartnerInnen dokumentieren die Kooperation(-aktivitäten) in Form von kurzen Jahresberichten<sup>13</sup>. Die Berichte beinhalten Informationen über die kooperierenden Selbsthilfegruppen (Namen der Gruppe, Gruppentreffen) sowie über selbsthilfebezogene Aktivitäten im Krankenhaus und gegebenenfalls den Besuch von externen Selbsthilfe-Veranstaltungen durch den/die SelbsthilfepartnerIn.

#### *Auflegen der Informationsmaterialien der Gruppen*

Das Warten der Ständer umfasst die Ständer zu kontrollieren, fehlendes Material nachzufüllen und Reklame zu entfernen. Es kann auch einschließen, die Ständer gegebenenfalls zu reinigen. Zwei SelbsthilfepartnerInnen haben die Folder der Gruppen eingescannt, sodass sie bei Bedarf ausgedruckt werden können. SelbsthilfepartnerInnen geben die Informationsmaterialien der Selbsthilfegruppen (teilweise) auch an LeiterInnen einschlägiger Abteilungen/Stationen weiter, damit die Informationen auch dort aufgelegt werden. Die Notwendigkeit des Nachlegens von Foldern variiert und reicht von zweimal in der Woche bis zweimal im Jahr.

#### *SelbsthilfepartnerInnen als MultiplikatorInnen*

SelbsthilfepartnerInnen thematisieren „Selbsthilfe“ bzw. die Kooperation mit Selbsthilfegruppen im Zuge von Besprechungen oder machen entsprechende Informationen im Intranet für MitarbeiterInnen zugänglich. SelbsthilfepartnerInnen thematisieren „Selbsthilfe“ nicht nur im Zuge der Mitarbeiterinformation im Krankenhaus, sondern auch durch die administrativen Tätigkeiten als SelbsthilfepartnerIn wird „Selbsthilfe“ implizit thematisiert. Einschlägige Kontakte bestehen mit der Pflegedirektion, dem Qualitätsmanagement, der Stelle für Öffentlichkeitsarbeit und teilweise mit den Abteilungen und Stationen. Die Pflegedirektion akkreditiert die Kooperationsverträge und muss die Dienstreiseanträge der SelbsthilfepartnerInnen zu Selbsthilfeveranstaltungen bewilligen. Mit Qualitätsmanagementbeauftragten wird die Dokumentation der kooperierenden Gruppen (insbesondere die Aktualisierung) besprochen. Änderungswünsche der Internetseite des Krankenhauses über das selbsthilfefreundliche Krankenhaus werden an den/die PressekoordinatorIn weitergeleitet. SelbsthilfepartnerInnen (aus der Bereichsleitung) sprechen das Thema „Selbsthilfe“ im Zuge von Besprechungen mit den Führungskräften (Bereichs-/Abteilungs-/Stationsleitungen) an. „Selbsthilfe“ respektive die Kooperation mit Selbsthilfegruppen wird ein Thema im Krankenhaus.

#### *Kontakt zu anderen Umwelten*

Vereinzelte nehmen die SelbsthilfepartnerInnen auch mit anderen Umwelten (Politik, Presse) Kontakt auf bzw. stehen in Kontakt mit diesen (Gesunde Gemeinde). Zudem agieren sie fall-

<sup>13)</sup> Formale oder inhaltliche Vorgaben gibt es hierfür nicht.

weise als Kontaktperson für einzelne kooperierende Selbsthilfegruppen bzw. beantworten auch Selbsthilfeanfragen von krankenhausexternen Personen.

SelbsthilfepartnerInnen beschreiben ihre Tätigkeit vorrangig als anlassbezogen. Sie läuft neben den primären Aufgaben (in der Bereichsleitung, im Entlassungsmanagement oder Beschwerdemanagement) mit. Routinen können kaum aufgebaut werden. Durch die hohe Anlassbezogenheit kann der zeitliche Aufwand für diese Tätigkeit schwer eingeschätzt werden. Schätzungen der SelbsthilfepartnerInnen reichen von vier bis acht Stunden pro Monat<sup>14</sup> bis acht Stunden pro Woche. In zwei Fällen konnte die SelbsthilfepartnerInnen keine Einschätzung abgeben.

### **Mitarbeiterinformation/-fortbildung**

Die Mitarbeiterinformation im Sinne von Veranstaltungen erfolgte nur zum Projektstart und hier vorrangig für Personen in leitender Position, welche die Informationen an ihre Abteilung/Station weitergeben. Im Fortbildungskatalog für Krankenhausbedienstete ist weder Selbsthilfe noch die Kooperation mit Selbsthilfegruppen ein Thema. Im Regelbetrieb kann zwischen einer aktiven und einer passiven Mitarbeiter-„Informationspolitik“ differenziert werden:

*Tabelle 8: Umsetzungsmöglichkeit „Mitarbeiterinformation“*

<b>Mitarbeiterinformation – Umsetzungsbeispiele</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktive Mitarbeiterinformation: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Thematisierung von „Selbsthilfe“ im Zuge von Besprechungen</li> </ul> </li> <li>• Passive Mitarbeiterinformation <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Informationen im Intranet</li> <li>○ Informationsblätter für MitarbeiterInnen</li> </ul> </li> </ul>

#### *Aktive Mitarbeiterinformation*

SelbsthilfepartnerInnen aus der Bereichsleitung thematisieren „Selbsthilfe“ im Zuge von Bereichsleiter-/Stationsleiterbesprechungen. Die Führungskräfte können die Information dann an ihre MitarbeiterInnen weitergeben.

#### *Passive Mitarbeiterinformation*

Neben dieser aktiven Information können SelbsthilfepartnerInnen Informationen über Selbsthilfe bereitstellen, die MitarbeiterInnen dann selbstständig beziehen. MitarbeiterInnen können sich über aufgelegten Informationsmaterialien der Selbsthilfegruppen, Informationen im Intranet oder Berichte über Selbsthilfegruppen in Informationsblättern für Krankenhausbedienstete informieren.

### **Patienteninformation**

PatientInnen werden vorrangig über kooperierende Gruppen informiert bzw. Informationen über diese Gruppen bereitgestellt. Informationen über weitere Selbsthilfegruppen müssen von

<sup>14)</sup> Anfragen, die „Zwischendurch“ beantwortet werden sind hierin nicht enthalten.

PatientInnen oder KrankenhausmitarbeiterInnen (bei den SelbsthilfepartnerInnen) nachgefragt werden. Die Information der PatientInnen kann durch mündliche Hinweise des Krankenhauspersonals erfolgen (aktive Patienteninformation) oder durch die Bereitstellung von Information (auf Nachfrage) (passive bzw. reaktive Patienteninformation):

*Tabelle 9: Umsetzungsmöglichkeiten „Patienteninformation“*

### **Patienteninformation – aktive und passive Umsetzungsmöglichkeiten**

#### *Aktive Patienteninformation*

- Persönlicher Hinweis auf Selbsthilfegruppen bzw. die Teilnahmemöglichkeit daran

#### *Passive bzw. reaktive Patienteninformation*

- Informationsmaterialien auf Info-Ständern/Abteilungen
- Hinweis auf Selbsthilfegruppen in Entlassungsunterlagen
- Information über Selbsthilfegruppen auf Nachfrage von PatientInnen/MitarbeiterInnen
- Kontaktvermittlung zu Selbsthilfegruppen auf Wunsch von PatientInnen

#### *Aktive Patienteninformation*

PatientInnen können persönlich durch KrankenhausmitarbeiterInnen auf die Teilnahmemöglichkeit an Selbsthilfegruppen hingewiesen werden. MitarbeiterInnen ausgewählter Abteilungen wurden angehalten, gegebenenfalls zu einem geeigneten Zeitpunkt auf einschlägige Selbsthilfegruppen hinzuweisen (z.B. Verweis auf die „Trauergruppe“ beim Tod eines Kindes). Teilweise leiten bzw. betreuen KrankenhausmitarbeiterInnen Selbsthilfegruppen und verweisen im Zuge der Patientenversorgung auf die entsprechende Selbsthilfegruppe. Zwei SelbsthilfepartnerInnen berichteten von einer entsprechenden aktiven Informationspolitik.

#### *Passive bzw. reaktive Patienteninformation*

In allen vier Landeskliniken können Informationsmaterialien der kooperierenden Selbsthilfegruppen vom Selbsthilfe-Info-Ständer entnommen werden. Teilweise liegen die Informationsmaterialien auch auf einschlägigen Stationen/Ambulanzen auf und in den Räumen, in denen Patientenschulungen stattfinden. Verweise auf Selbsthilfe(-gruppen) finden sich in drei Häusern auch in den Entlassungsunterlagen. Wünschen PatientInnen oder deren Angehörigen weitere Informationen, können sie diese nachfragen. In einem Krankenhaus ist die Patienteninformation über Selbsthilfegruppen zentralisiert: Fragt ein/e PatientIn nach einer Selbsthilfegruppe, leiten die KrankenhausmitarbeiterInnen die Anfrage an den/die SelbsthilfepartnerIn weiter, welche/r dann informiert. In den drei anderen Krankenhäusern kann das Pflegepersonal selbstständig auf Selbsthilfegruppen verweisen und wendet sich nur bei Bedarf an den/die SelbsthilfepartnerIn (z.B. bei der Suche nach einer Selbsthilfegruppe, die noch nicht mit dem Krankenhaus kooperiert).

Auf Wunsch eines/einer PatientIn kann auch der Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hergestellt werden. Die Kontaktvermittlung zwischen PatientInnen und Selbsthilfegruppen wird in den Häusern unterschiedlich gehandhabt und reicht vom aktiven Angebot der Kontaktvermittlung, der Kontaktvermittlung auf Nachfrage des/der Betroffenen bis hin zur selbstständigen Kontaktaufnahme durch PatientInnen.

### ***Unterstützung der Selbsthilfegruppen(-arbeit)***

Die in den Kriterien vorgesehenen Unterstützungsformen sind vielfältig und können je nach Betrachtungsweise auch anderen Kriterien (z.B. Patienteninformation, Öffentlichkeitsarbeit) zugeordnet werden. Auf einige wurde bereits eingegangen, andere werden noch eingehender thematisiert. Die folgende Übersicht fasst die verschiedenen Unterstützungsformen zusammen und hebt jene hervor, die in diesem Abschnitt besprochen werden.

*Tabelle 10: Unterstützung der Selbsthilfegruppen(-arbeit) - Umsetzungsmöglichkeiten*

<b>Unterstützung der Selbsthilfegruppen(-arbeit)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansprechperson für Selbsthilfeangelegenheiten im Krankenhaus</li> <li>• Patienteninformation</li> <li>• <i>Bereitstellung von Räumlichkeiten für Gruppentreffen</i></li> <li>• <i>Möglichkeit KrankenhausmitarbeiterInnen für einen Vortrag zu gewinnen</i></li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit (Präsentationsmöglichkeit von Selbsthilfegruppen bei Krankenhausveranstaltungen)</li> </ul>

### ***Bereitstellung von Räumen für Selbsthilfegruppentreffen***

Alle ausgewählten Landeskliniken stellen Selbsthilfegruppen Räumlichkeiten im Klinikum bzw. krankenhausnahe Räumlichkeiten (in der Krankenpflegeschule) für Treffen zur Verfügung. In den beiden Häusern ohne Kooperationsvorerfahrung wird dieses Angebot kaum in Anspruch genommen. In diesen Häusern nutzt jeweils nur eine Gruppe Räumlichkeiten. Da die Gruppen ihre Treffen regelmäßig abhalten, wird ein entsprechender (Halb-)Jahresplan dem/der jeweiligen SelbsthilfeparanterIn übermittelt, welche dann einen Raum für die Gruppe organisiert.

In einem Landesklinikum übernimmt die Raumadministration in der Regel das Sekretariat der Pflegedirektion bzw. im Falle von durch KrankenhausmitarbeiterInnen geleiteten Gruppen, diese MitarbeiterInnen selbst. Die Gruppen finden dann einen aufgeschlossenen Raum vor bzw. erhalten beim Portier gegen eine Bestätigung den Schlüssel für den Raum. Nach dem Treffen wird der Schlüssel dann zurückgebracht zum Portier bzw. an einem vereinbarten Ort hinterlegt. Wie die Gruppen die Räumlichkeiten nutzen (für Gespräche, Vorträge) bleibt ihnen überlassen. Sie können auch externe ReferentInnen einladen.

Neben der Bereitstellung von Räumlichkeiten wird in den Häusern teilweise auch eine Bewirtung angeboten. Das Angebot erstreckt sich von der Möglichkeit, das Geschirr zu nutzen über

die Möglichkeiten, Getränke vor Ort zu kaufen bis hin zu kostenlosen Getränken und Brötchen bei besonderen Anlässen (z.B. Weihnachtsfeier der Gruppe).

### *Möglichkeit KrankenhausmitarbeiterInnen für Vorträge zu gewinnen*

Die SelbsthilfgruppenvertreterInnen sprechen meist selbst ausgewählte KrankenhausmitarbeiterInnen an, um diese für einen Vortrag zu einem ausgewählten Thema zu gewinnen. Bei Bedarf helfen auch die SelbsthilfepartnerInnen bei der Suche und Ansprache geeigneter ReferentInnen. Die Vorträge finden dann an jenen Orten statt, wo die Gruppen ihre Treffen abhalten. Entsprechend ist zu unterscheiden, zwischen jenen Gruppen, die ihre Treffen im Krankenhaus abhalten und jenen, die dies außerhalb des Krankenhauses tun.

### **Öffentlichkeitsarbeit**

Die Einbeziehung von Selbsthilfgruppen in die Öffentlichkeitsarbeit ist auch ein Teil der Selbsthilfeunterstützung. Die nachstehende Tabelle fasst die Umsetzungsbeispiele zusammen.

*Tabelle 11: Möglichkeiten der Einbeziehung von Selbsthilfgruppen in die Öffentlichkeitsarbeit*

<b>Einbeziehung von Selbsthilfgruppen in die Öffentlichkeitsarbeit des Krankenhauses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einladen von Selbsthilfgruppen zu Krankenhausveranstaltungen (Präsentationsmöglichkeit)</li> <li>• Informationen über die Zusammenarbeit mit Selbsthilfgruppen auf der Homepage des Landeskrankenhauses</li> </ul>

### *Einladen von Selbsthilfgruppen zu Krankenhausveranstaltungen*

Selbsthilfgruppen werden zu Informationsveranstaltungen des Krankenhauses eingeladen, wobei das Angebot zwischen den Krankenhäusern variiert. In allen vier Krankenhäusern findet ein Tag der offenen Tür statt, zu dem die Selbsthilfgruppen in der Regel eingeladen werden, sich zu präsentieren. Dies kann durch Informationsmaterial/Folder und/oder Stände erfolgen. Neben dem öffentlichen Präsentieren der Gruppen und der Ansprache potentiell neuer Mitglieder können SelbsthilfgruppenvertreterInnen dabei auch mit dem Krankenhauspersonal ins Gespräch kommen, welches am Tag der offenen Tür Dienst hat bzw. diesen besucht. In zwei Krankenhäusern gibt es weitere Veranstaltungen, zu denen Selbsthilfgruppen eingeladen werden, teilzunehmen bzw. sich zu präsentieren.

### *Verweis auf Selbsthilfgruppen auf der Krankenhaushomepage*

Die Homepage der untersuchten Krankenhäuser beinhaltet auch eine Seite über das selbsthilfefreundliche Krankenhaus. Neben dem Hinweis auf die Auszeichnung wird auch auf den bzw. die SelbsthilfepartnerIn verwiesen. Die Information über die kooperierenden Selbsthilfgruppen gestaltet sich unterschiedlich. Sie reicht von keiner Angabe, über die Nennung des Themenbereichs der Gruppe (z.B. SHG Diabetes Mellitus) bis hin zu Kontaktdaten der Gruppen. Letzteres ermöglicht eine eindeutige Identifikation bzw. Kontaktaufnahme.

### ***Erfahrungsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Landesklinikum***

Ein Erfahrungsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Landesklinikum erfolgt in Form individueller Gespräche und gemeinsamer Veranstaltungen (Tabelle 12).

*Tabelle 12: Umsetzungsmöglichkeiten „Erfahrungsaustausch“*

<b>Erfahrungsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhaus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch zwischen kooperierenden Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern</li> <li>• Individuelle Gespräche zwischen SelbsthilfepartnerIn und SelbsthilfegruppenvertreterInnen</li> </ul>

#### ***Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch***

In zwei der vier ausgewählten Landeskliniken erfolgen (halb-)jährliche Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch zwischen kooperierenden Selbsthilfegruppen (vertreten durch deren SprecherInnen) und dem Landesklinikum. Letzteres wird vorrangig durch SelbsthilfepartnerIn und/oder PflegedirektorIn vertreten. Der Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen nimmt an diesen Treffen nicht teil. Die Ansprechpersonen der Selbsthilfegruppen können sich im Zuge der Veranstaltung untereinander austauschen und Anliegen ansprechen. Die SelbsthilfepartnerInnen und gegebenenfalls die anderen anwesenden KrankenhausmitarbeiterInnen erhalten einen Eindruck, wie die Gruppen arbeiten und welche Anliegen aktuell sind. Die Treffen dienen auch dem Austausch der Gruppen untereinander und der Verbesserung der Kooperation.

#### ***Individuelle Gespräche***

Neben dem „kollektiven“ Erfahrungsaustausch haben Selbsthilfegruppen die Möglichkeit sich individuell an die SelbsthilfepartnerIn (oder auch an andere MitarbeiterInnen) mit ihren Anliegen zu wenden.

#### ***Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in Krankenhausprozesse***

Den SelbsthilfepartnerInnen zufolge erfolgt keine aktive Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in Gremien, Arbeitsgruppen, Projekte, Mitarbeiterfortbildung oder ähnliches. Ebenso wenig werden SelbsthilfegruppenvertreterInnen (in der Regel) zu Besprechungen (z.B. Stationsbesprechungen) eingeladen. Anstelle der Gruppen bringen die SelbsthilfepartnerInnen gegebenenfalls die Anliegen der Gruppen ein. Bei genauerer Betrachtung zeigen sich dennoch Ansätze der Einbeziehung bzw. Thematisierung von Selbsthilfe:

Tabelle 13: Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in den Fachdiskurs - Umsetzungsbeispiele

<b>Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in den „Fachdiskurs“</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einladung von Selbsthilfegruppen zu bestehenden Vernetzungstreffen*</li> <li>• Beteiligung von Selbsthilfegruppen an Arbeitsgruppen*</li> <li>• Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und einschlägigen Fachabteilungen/-ambulanzen*</li> <li>• Berücksichtigung des Themas „Selbsthilfe“ in Projekten</li> </ul>

\* erfolgte bereits vor Implementierung der Kriterien

#### *Einladung von Selbsthilfegruppen zu Vernetzungstreffen*

In einem Krankenhaus finden mehrmals im Jahr „Round Tables“ statt, an welchen die kooperierenden Selbsthilfegruppen teilnehmen können. Die Themen dieser Veranstaltungen werden von der Klinikleitung vorgegeben. In der Veranstaltung selbst können Selbsthilfegruppen aber Themen bzw. Anliegen ansprechen.

#### *Beteiligung von Selbsthilfegruppen an Arbeitsgruppen*

Wenngleich die SelbsthilfepartnerInnen von keiner Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in Arbeitsgruppen, Gremien etc. berichten und dies auch nicht explizit in den Kriterien vorgesehen ist, berichtet ein/e SelbsthilfgruppenvertreterIn von der Beteiligung an einer Arbeitsgruppe (unabhängig von der Kriterienimplementierung) (Näheres in Kapitel 3.3).

#### *Zusammenarbeit mit einer Spezialambulanz*

In einem anderen Fall arbeiten eine Spezialambulanz und eine themeneinschlägige Selbsthilfegruppe zusammen. Die Zusammenarbeit begann bereits vor dem Projektstart. Ärzte und Ärztinnen der Ambulanz weisen PatientInnen auf die Teilnahmemöglichkeit an der Gruppe hin und stehen der Selbsthilfegruppe als ReferentInnen zur Verfügung. Die Selbsthilfegruppe leitet für PatientInnen wichtige Informationen/Änderungen an medizinische Fachkräfte weiter, sodass diese darauf hinweisen können.

#### *Berücksichtigung des Themas „Selbsthilfe“ in Projekten*

Wie ein Projekt im Entlassungsmanagement zeigt, werden Selbsthilfegruppen zwar nicht aktiv daran beteiligt, aber (passiv) als Thema berücksichtigt.

### **Selbsthilfefreundliche Haltung in Krankenhäusern**

In diesem Abschnitt wurde bislang vorrangig die inhaltliche Umsetzung der Kriterien betrachtet. Ausgehend von der Umsetzung der Kriterien wurde versucht, die „selbsthilfefreundliche Haltung“ der Krankenhäuser herauszuarbeiten. Insbesondere bei der Informationspolitik, der Patienten- und Mitarbeiterinformation, konnten Unterschiede (aktive bzw. passive/reaktive Vorgehensweise) festgestellt werden, wie bereits gezeigt wurde. Zudem veranstalten zwei Häuser Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern, welche auch der Vernetzung bzw. dem Austausch der Selbsthilfegruppen (von Betroffenen) un-

tereinander dienen können. Auch Patienteninformation (Hinweis auf die Teilnahmemöglichkeit an einer Selbsthilfegruppe) kann unter dem Gesichtspunkt der Vernetzung von Betroffenen (bzw. Erleichterung von selbigen) gesehen werden. Wenngleich eine aktive Patienteninformation und das Organisieren von Austauschveranstaltungen unabhängig voneinander erfolgen können, wurde zwecks Vereinfachung nicht zwischen diesen beiden Formen der „Vernetzung von Betroffenen“ getrennt.

Daher wurde die selbsthilfebezogene Informations- bzw. Vernetzungspolitik für die Typenbildung herangezogen und vier Typen unterschieden:

*Tabelle 14: Patienten- und Mitarbeiterinformationspolitik*

		<b>Patienteninformation (Vernetzung von Betroffenen)</b>	
		Aktiv	Passiv
<b>Mitarbeiterinformation</b>	Aktiv	Aktive Informationspolitik	Selbsthilfebezogene Informationspolitik
	Passiv	Selbsthilfebezogene Informationspolitik	Passive Informationspolitik

#### *Passive „Selbsthilfefreundlichkeit“*

Eine passive selbsthilfebezogene Informationspolitik im Krankenhaus liegt vor, wenn Informationen für PatientInnen und MitarbeiterInnen bereitgestellt werden, sodass interessierte Personen die Informationen beziehen bzw. im Internet abrufen können. In diesem Fall wird selbsthilfebezogene Information als Holschuld interessierter Personen betrachtet. Veranstaltungen zur Vernetzung von Selbsthilfegruppen untereinander erfolgen nicht.

#### *Selbsthilfebezogene Informationspolitik*

Im Falle einer „gemischten“ selbsthilfebezogenen Informationspolitik (aktive Patienteninformation/passive Mitarbeiterinformation bzw. passive Patienteninformation/aktive Mitarbeiterinformation) ist keine eindeutige Tendenz erkennbar: Information wird als Bringschuld des Krankenhauses und auch als Holschuld von interessierter Personen (MitarbeiterInnen oder PatientInnen) betrachtet. Veranstaltungen zur Vernetzung von Selbsthilfegruppen sind möglich.

#### *Aktive „Selbsthilfefreundlichkeit“*

Eine aktive selbsthilfebezogene Informationspolitik liegt vor, wenn PatientInnen und MitarbeiterInnen aktiv über Selbsthilfegruppen informiert werden im Zuge von mündlichen Hinweisen. Selbsthilfebezogene Information wird als Bringschuld des Krankenhauses betrachtet. Veranstaltungen zur Vernetzung von Selbsthilfegruppen werden abgehalten.

Jedem der vier Typen konnte tendenziell eines der vier Häuser zugeordnet werden, wobei eine aktive Mitarbeiterinformation auch von den Möglichkeiten des/der SelbsthilfepartnerIn abhängen dürfte.

Nachdem in diesem Unterkapitel vorrangig die Umsetzung der Kriterien in den Landeskliniken betrachtet wurde, wird nun der Blick den Selbsthilfgruppen zugewandt und danach gefragt, wie sie mit dem Krankenhaus kooperieren.

### 3.3 Kooperationspraxis von Selbsthilfgruppen: „Nutzen“ von Möglichkeiten

Bis auf zwei der kooperierenden Selbsthilfgruppen verfügen alle über langjährige Erfahrungen in der Kooperation mit dem ausgewählten Krankenhaus. Fünf Gruppen haben mit dem untersuchten Krankenhaus eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen und vier Gruppen arbeiten mit zwei oder mehreren Krankenhäusern zusammen, eine davon sogar in mehreren Bundesländern. Bei der Zusammenarbeit mit mehreren Krankenhäusern kann danach unterschieden werden, ob es ein „Hauptkrankenhaus“ gibt, mit dem verstärkt zusammengearbeitet wird oder ob mit allen Krankenhäusern auf die gleiche Art und Weise zusammengearbeitet wird.

Gemeinsam ist allen kooperierenden Selbsthilfgruppen, dass sie Informationsmaterialien im Krankenhaus auflegen (lassen) und zumindest fallweise an Veranstaltungen des Krankenhauses (Tag der offenen Tür, Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch) teilnehmen. Der Großteil der Gruppen fragt ReferentInnen im Krankenhaus an, wobei sich hier Unterschiede in der Häufigkeit zeigen: vorrangig wird wenige Male (2-3 mal) im Jahr eine Fachkraft angefragt, in zwei Fällen wird zu jedem /jedem zweiten Treffen ein/e KrankenhausmitarbeiterIn eingeladen. Vier der kooperierenden Selbsthilfgruppen nutzen die Infrastruktur des Krankenhauses (vorrangig für Gruppentreffen, in einem Fall auch für Gruppentherapien). Zwei Gruppen arbeiten kontinuierlich mit einer Fachambulanz zusammen bzw. arbeiten an einer Arbeitsgruppe mit.

Tabelle 15 (nächste Seite) gibt eine Übersicht über den Kooperationskontext und die Kooperationspraxis der untersuchten Selbsthilfgruppen. Nicht explizit ausgewiesen ist die Teilnahme an der Veranstaltung zum Erfahrungsaustausch, da dieser nur in zwei Landeskliniken abgehalten wird und so zu einer verzerrten Darstellung führen würde. Drei von vier Gruppen, deren Kooperationspartner dies anbietet, nehmen nach Möglichkeit daran teil.

Um die Kooperationspraxis der Selbsthilfgruppen verdichtet darzustellen, wurden basierend auf den identifizierten Unterschieden in den Kooperationsaktivitäten, Kooperationstypen gebildet. Unterschiede („Kooperationsschwerpunkte“) zeigen sich in der Bekanntheitssteigerung der Erkrankung (des Themenbereichs der Gruppe) durch Kooperation mit mehreren Selbsthilfgruppen, Selbsthilfeunterstützung in Form des Bezugs von Infrastruktur und Fachwissen sowie im Austausch mit dem Krankenhaus (kontinuierliche Zusammenarbeit mit einer Abteilung, Beteiligung an einer Arbeitsgruppe). Entsprechend wurden drei Kooperationstypen gebildet (Tabelle 16, nächste Seite) sowie der Typ „Keine Kooperation“ für jene Gruppe, die nach eigener Auskunft nicht mit dem Krankenhaus kooperiert.

Tabelle 15: Genutzte Kooperationskontext und -praxis der kooperierenden Selbsthilfegruppen

		SHG 1	SHG 2	SHG 3	SHG 4	SHG 5	SHG 6	SHG 7	SHG 9
Kontext- informationen	Kooperationsvorerfahrung			x	x	x	x	x	x
	Kooperation mit mehreren Häusern*		x		x	(x)	(x)		
	Kooperations- übereinkommen	x	x		x	x			x
Kooperations- formen	Patienteninformation (Folder)	x	x	x	x	x	x	x	x
	Teilnahme an KH- Veranstaltungen	x	x	x	x	x	x	x	x
	Bezug von Fachwissen (Vorträge)	x		x			x	x	x
	Nutzung von Räumen	x					x	x	x
	Einbeziehung in Krankenhausprozesse			x		x			

x ...Zusammenarbeit

(x) ... Zusammenarbeit mit mehreren Häusern, wobei aber ein „Haupt“-Krankenhaus erkennbar ist.

Tabelle 16: Kooperationstypen

Genutzte Kooperationsformen			
Kooperationstyp	Selbsthilfeunter- stützung (Nutzung von Räumlichkeiten und Fachwissen)	Bekanntheitsstei- gerung (Koopera- tion mit mehreren Häusern)	Austausch mit dem Krankenhaus
„Selbsthilfeunterstützung“ (U)	+	-	-
„Öffentlichkeit“ (Ö)	-	+	-
„Austausch“ (A)	-	-	+

Diese Typen sind als Idealtypen zu verstehen, sodass einzelne Gruppen durchaus auch Charakteristika der anderen Typen aufweisen können. Im Folgenden wird auf die einzelnen Typen genauer eingegangen und diese am Beispiel der dem jeweiligen Typ zugeordneten Selbsthilfegruppen veranschaulicht.

Tabelle 17: Zuordnung der Selbsthilfegruppen zu den Kooperationstypen

		SHG 1/ U1	SHG 6/ U2	SHG 7/ U3	SHG 9/ U4	SHG 2/ Ö1	SHG 4/ Ö2	SHG 3/ A1	SHG 5/ A2
„Selbsthilfeunterstützung“	Bezug von Fachwissen (Vorträge)	x	x	x	x			x	
	Nutzung von Räumen	x	x	x	x				
„Öffentlichkeit“	Kooperation mit mehreren Häusern*		(x)			x	x		(x)
„Austausch“	Einbeziehung in Krankenhausprozesse							x	x

x ...Zusammenarbeit

(x) ... Zusammenarbeit mit mehreren Häusern, wobei aber ein „Haupt“-Krankenhaus erkennbar ist.

### Typ „Selbsthilfeunterstützung“ (U)

Gruppen dieses Typs nutzen regelmäßig Krankenhausinfrastruktur (Räume) für Gruppentreffen und haben über Referate, Gesprächsrunden oder Gruppentherapien Kontakt mit ausgewählten Krankenhausbediensteten. Abgesehen davon besteht kaum ein regelmäßiger Austausch mit Professionellen im Krankenhaus. Die Gruppe ist selbstständig und wendet sich im Bedarfsfall an KrankenhausmitarbeiterInnen.

#### • SHG 1/ U1

Die Gruppe zu einer neurologischen Erkrankung wurde 2009 gegründet und hat etwa 14 Mitglieder. Seit der Gruppengründung wird mit einem Krankenhaus kooperiert. Die Kooperation ist vertraglich geregelt.

Die Gruppe nutzt Krankenhausräumlichkeiten für die monatlichen Gruppentreffen und die wöchentlichen Gruppentherapien. Am Tag der offenen Tür wurde einmal teilgenommen. Der Kontakt mit dem/der SelbsthilfepartnerIn erfolgt anlassbezogen. Zu weiteren Krankenhausbediensteten besteht kein Kontakt.

#### • SHG 6/ U2

Der Verein zu einer neurologischen Erkrankung besteht seit 21 Jahren und hat ca. 70 betroffene und 30 unterstützende Mitglieder. Zusammengearbeitet wird seit über einem Jahrzehnt mit zwei Landeskliniken, wobei die Kooperation nicht formalisiert ist.

Im untersuchten Krankenhaus besteht die Zusammenarbeit vorrangig in der Nutzung von Räumlichkeiten (für Gruppentreffen, Feiern und Besprechungen) und im Austausch mit medizinischen Fachkräften. Die Gruppe findet den Raum für die monatlichen Treffen bereits geöffnet

vor. Getränke stehen bereit, für sie muss aber ein Kostenbeitrag geleistet werden. Für konsumierte Getränke wird eine Liste geführt, die der/die GruppenleiterIn abrechnet. Halten Pharmafirmen einen Vortrag, spendieren sie ein Buffet. An diesen Vorträgen nehmen in seltenen Fällen auch Fachkräfte des Krankenhauses als ZuhörerInnen teil.

Es wurde vereinbart, dass der/die diensthabende Neurologin zu jedem Gruppentreffen kommt, um Fragen der Gruppenmitglieder zu beantworten und über Neuigkeiten zu berichten. Meist ist bei jedem zweiten Treffen ein Arzt/eine Ärztin anwesend und „fachsimpelt“ mit den Betroffenen.

Der Tag der offenen Tür wird fallweise zur Präsentation genutzt. Patientenbesuche beschränken sich (wenn es zeitlich möglich ist) auf den Besuch von Gruppenmitgliedern, wenn diese stationär behandelt werden.

In einem weiteren Haus beschränkt sich die Zusammenarbeit auf das Auflegenlassen von Informationsmaterialien der Gruppe und die Teilnahme an einer einschlägigen Veranstaltung, wo Erfahrungen ausgetauscht werden und die Aktivitäten der Gruppe besprochen werden. An dieser jährlichen Veranstaltung nimmt die Gruppe seit 17 Jahren teil.

- **SHG 7/ U3**

Diese Selbsthilfegruppe zu einem onkologischen Thema besteht seit 16 Jahren und hat 25-30 MitgliederInnen. Die Gruppe kooperiert mit einem Krankenhaus, wobei die Zusammenarbeit nicht formalisiert ist.

Die Gruppe nutzt seit etwa 12 Jahren Räumlichkeiten in der an die Landeslinik angegliederten Krankenpflegeschule für ihre monatlichen Treffen und davor schon Räumlichkeiten im Krankenhaus. Der Portier ist informiert und händigt der Gruppenleitung den Schlüssel für den „Gruppenraum“ aus, der nach dem Treffen wieder zurückgegeben wird. Für die Treffen kann die Gruppe die Teeküche nutzen. Kaffee und Kuchen werden von Gruppenmitgliedern zu Hause vorbereitet und mitgebracht. Zwei bis dreimal pro Jahr werden (vorrangig leitende) medizinische Fachkräfte gebeten, einen Vortrag zu halten. Die Gruppe wird auf Krankenhausveranstaltungen (u.a. Kochkurse) aufmerksam gemacht. Die Information wird ins Gruppenprogramm aufgenommen, sodass die Gruppenmitglieder daran teilnehmen können.

Am Tag der offenen Tür des Krankenhauses präsentiert sich die Gruppe regelmäßig. Ein Gruppenmitglied arbeitet im Krankenhaus und darf den Computer für Gruppenangelegenheiten nutzen. Eine weitere Aktivität der Gruppe im Krankenhaus besteht in der Begleitung von Gruppenmitgliedern zu Behandlungen (Chemotherapie), wenn diese es wünschen.

- **SHG 9/ U4**

Diese Selbsthilfegruppe zu einer Stoffwechselerkrankung hat für sich die Bezeichnung „Stammtisch“ gewählt und besteht seit etwa 10 Jahren. Bis vor zwei Jahren wurde er von einer Krankenhausmitarbeiterin betreut, welches jetzt ein betroffenes Mitglied übernommen hat. An den Stammtischen nehmen 10-18 Personen teil. Zusammenarbeitet wird mit einem Krankenhaus. Die Kooperation ist durch einen unbefristeten Vertrag formalisiert. Im Krankenhaus finden die monatlichen Treffen statt. Zu fast jedem Treffen wird ein/e KrankenhausmitarbeiterIn eingeladen, einen Vortrag zu halten.

Die Sekretärin der Pflegedirektion unterstützt den Stammtisch, indem sie den Jahresbericht der Gruppe erstellt und die Raumorganisation übernimmt. Neben der Raumreservierung organisiert sie auch die Bewirtung (Getränke bzw. zu besonderen Anlässen Brötchen) und sperrt den Raum für die Treffen auf. Zur Sicherheit und als nette Geste fragt die Stammtischansprechperson wenige Tage vor dem Treffen im Sekretariat nach, ob mit dem Raum alles in Ordnung geht. Der Raum wird dann aufgesperrt vorgefunden. Nach dem Treffen sperrt die Ansprechperson des Stammtisches den Raum zu und hinterlegt den Schlüssel an einem mit der Sekretärin vereinbarten Ort. Die Möglichkeit, sich am Tag der offenen Tür zu präsentieren, wurde noch nicht in Anspruch genommen (seit dem Wechsel der Betreuung). An der jährlichen Veranstaltung zum Erfahrungsaustausch wird teilgenommen.

### **Typ „Öffentlichkeit“ (Ö)**

Bei diesem Typ steht die Information über und das Aufmerksammachen auf die Erkrankung im Vordergrund. Der/Die GruppenleiterIn steht jederzeit bei Fragen zur Verfügung. Beide Gruppen, die diesem Typ zugeordnet wurden arbeiten mit mehreren Krankenhäusern zusammen, ohne dass ein „Hauptkrankenhaus“ erkennbar ist. Die Gruppen verfügen über keine bzw. wenige aktive Mitglieder, sodass sich eine/r der beiden InterviewpartnerInnen als „EinzelkämpferIn“ (SHG 4) bezeichnete.

- **SHG 2/ Ö1**

Die Gruppe zu einer seltenen Erkrankung entstand vor etwa neun Jahren und hat nun die Rechtsform eines Vereins. Der Verein mit dem Tätigkeitsbereich Ost-Österreich hat etwa 50 Mitglieder. Kooperiert wird mit sieben NÖ Landeskliniken und auch mit Krankenhäusern in Wien und dem Burgenland. Mit den meisten der sieben NÖ Landeskliniken konnten Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen werden. Aufgrund der Seltenheit der Anomalie wurde die Kooperation von Krankenseite aber auch schon abgelehnt bzw. auf eine mündliche Vereinbarung reduziert. Die Kooperation besteht vorrangig im Auflegenlassen von Informationsmaterialien und nach Möglichkeit im Besuch von Veranstaltungen bzw. der Präsentation beim Tag der offenen Tür. Zudem ist hinterlegt, dass bei Fragen jederzeit mit der Ansprechperson des Vereins Kontakt aufgenommen werden kann.

„Gruppen“-Treffen finden aufgrund der Präferenzen der Gruppenmitglieder nicht im Krankenhaus statt. Zu jedem Treffen wird ein/e Arzt/Ärztin eingeladen.

- **SHG 4/ Ö2**

Die Landesstelle des Dachverbandes zu einer neurologischen Erkrankung kooperiert mit zwei Krankenhäusern. Die Zusammenarbeit ist formalisiert und besteht im Auflegen von Informationsmaterialien und der Bekanntgabe, dass die Kontaktperson für Betroffene bzw. Fragen von Fachkräften jederzeit zur Verfügung steht. Nach Möglichkeit werden Veranstaltungen des Krankenhauses besucht. Beim diesjährigen Tag der offenen Tür präsentierte sich der Dachverband in einem Krankenhaus mit Stand, in einem anderen wurde der/die SelbsthilfepartnerIn gebeten, Folder aufzulegen.

Aufgrund der regionalen Verteilung der Betroffenen finden keine Gruppentreffen statt. Betroffene können Kontakt mit der Ansprechperson aufnehmen und von dieser Informationen und Erfahrungswerte über das Leben mit der Erkrankung erhalten.

### **Typ „Austausch“ (A)**

Bei diesem Typ werden Selbsthilfegruppen in Krankenhausprozesse eingebunden bzw. es erfolgt eine kontinuierliche Zusammenarbeit (Mitarbeit in Arbeitsgruppe, Zusammenarbeit mit einer Ambulanz). Das Erfahrungswissen und die Möglichkeiten der Gruppen werden eingebracht. Gruppentreffen und „Gruppenleben“ finden getrennt davon statt.

- **SHG 3/ A1**

Die Selbsthilfegruppe zu einer Stoffwechselerkrankung hat bei ihren Treffen zwischen 20 und 25 TeilnehmerInnen. Die Gruppe kooperiert mit dem regionalen Krankenhaus, wobei die Zusammenarbeit nicht formalisiert ist. Die Zusammenarbeit mit einer Spezialambulanz bestand schon vor Projektbeginn. Mit Projektstart verstärkte sich die Zusammenarbeit.

Die Zusammenarbeit mit der Spezialambulanz besteht darin, dass die Selbsthilfegruppe Neuigkeiten an die Abteilung weiterleitet. Beispielsweise wurde die Ambulanz informiert, dass ein Getränk seine Inhaltsstoffe geändert hat. Daraufhin wurde die Information ausgehängt, um PatientInnen darauf aufmerksam zu machen. Die Selbsthilfegruppe verfügt über eine größere Auswahl an Blutzuckermessgeräten als das Krankenhaus, sodass PatientInnen bei Bedarf auf diese Möglichkeit hingewiesen werden können. Zudem hat die Selbsthilfegruppe keine „Öffnungszeiten“ wie die Spezialambulanz, sondern ist auch am Wochenende erreichbar und hilft, wenn ein Gerät außerhalb der Öffnungszeiten der Ambulanz kaputt geht oder Zubehör benötigt wird.

ÄrztInnen der Ambulanz weisen PatientInnen auf die Selbsthilfegruppe hin. Drei Ärzte/Ärztinnen der Ambulanz sind es, „die immer für uns [die Gruppe, DR] da sind“ (SHG 3, Zeile 58) und auch als ReferentInnen zur Verfügung stehen. Die Gruppe achtet aber darauf, nicht immer dieselben medizinischen Fachkräfte anzufragen, um deren Bereitschaft nicht auszunutzen.

Fallweise (etwa jedes zweite Jahr) werden die Präsentationsmöglichkeiten am Tag der offenen Tür genutzt.

- **SHG 5/ A2**

Die Gruppe zu psychischen Problemen besteht aus etwa 15 Mitgliedern und kooperiert schon lange mit einem Krankenhaus und seit kurzem mit einem weiteren Krankenhaus. Die Kooperation ist formalisiert und besteht (neben dem Auflegen von Informationsmaterialien) insbesondere in der Teilnahme an Veranstaltungen des Krankenhauses. Neben dem Präsentieren am Tag der offenen Tür, nimmt die Gruppe an den drei- bis viermal im Jahr stattfindenden Round Tables teil, wo Krankenhausagenden diskutiert werden und an einer jährlichen Tagung, welche sich mit der Schnittstelle extra- und intramuraler Bereich befasst.

Des Weiteren arbeitet ein/e VertreterIn der Gruppe (schon vor Projekteinführung) zusammen mit leitenden ÄrztInnen in einer Arbeitsgruppe des Krankenhauses mit. Sie tagt etwa alle zwei

Monate, behandelt aktuelle Krankenthemen und bereitet u.a. die Tagung inhaltlich vor. Die Beteiligung wird wie folgt charakterisiert:

*„Ja, du bist einfach mitbeteiligt, mitten drinnen“ (SHG 5, Zeile 108).*

Themen und Anliegen, die eingebracht wurden, betrafen sowohl den Ruf des Krankenhauses, Inhalte von Veranstaltungen (Themenvorschläge), aber auch die Gestaltung des Eingangsbereichs des Krankenhauses, welcher von Betroffenen als Belastung empfunden wurde.

Durch die Teilnahme an der Arbeitsgruppe und den Veranstaltungen (Round Tables, Tagung, Tag der offenen Tür) ist fast jeden Monat eine Veranstaltung in bzw. mit dem Krankenhaus. Einmal wurde ein von der Gruppe vorgeschlagenes Thema für die jährliche Tagung gewählt. Auf dieser Tagung nahm ein Gruppenmitglied dann auch an der Podiumsdiskussion (am Podium) teil. Patientenbesuche werden eher nicht durchgeführt, außer es sind Gruppenmitglieder bzw. Bekannte.

Mit einem weiteren Krankenhaus, welches sich gerade in der Implementierungsphase befindet, wird die Zusammenarbeit gerade aufgebaut.

### **Typ „keine Kooperation“**

Dieser Typ bezieht sich auf jene Gruppe, die nicht mit dem Krankenhaus kooperiert. Ausgewählte KrankenhausmitarbeiterInnen (aus mehreren Krankenhäusern) werden gebeten, Vorträge zu halten.

- **SHG 8**

Diese Gruppe zu einer Stoffwechselerkrankung suchte bereits vor dem Projekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus. Sie sah Möglichkeiten, ihre Erfahrung bei der Patientenschulung einzubringen, welches vom Krankenhaus(-personal) nicht aufgegriffen wurde. Nach dieser „Abweisung“ versuchte die Gruppe nicht weiter, eine Kooperation aufzubauen. Die Ansprechperson der Gruppe kennt das Projekt aus den Medien des Dachverbandes der NÖ Selbsthilfegruppen, wurde aber noch von keinem Krankenhaus zu einem Partnerforum eingeladen. Dennoch werden im Zuge bei Ambulanzbesuchen (als PatientIn) Folder übergeben und KrankenhausmitarbeiterInnen aus verschiedenen Bereichen als ReferentInnen angefragt und gewonnen.

Die Kooperationsbeispiele sowie das Beispiel der nicht kooperierenden Selbsthilfegruppe zeigen, dass Selbsthilfegruppen mit verschiedensten Personen im Krankenhaus in Kontakt stehen bzw. Kontakt treten. Dieser Aspekt wird nochmals hervorgehoben.

### **Kontakte von Selbsthilfegruppen im Krankenhaus**

Bis auf eine kooperierende Selbsthilfegruppe haben alle Selbsthilfegruppen neben dem Kontakt zum/zur SelbsthilfepartnerIn auch Kontakt mit anderen Berufsgruppen vorrangig aus der Ärzteschaft und der Verwaltung, aber auch zu Diätologen, DiätassistentInnen und Pflegepersonen mit speziellen Ausbildungen (z.B. InkontinenzberaterIn). Gründe für die Kontaktaufnahme zu einer Ärztin/einem Arzt und anderen Fachkräften sind die Bitte, einen Vortrag zu halten, aber

auch medizinische/pflegerische Fragen und Beschwerden. Mit letzteren wenden sich die Gruppen an leitende Personen, nach dem Motto: „Ich wende mich gleich zum Schmied, nicht zum Schmied!“ (SHG 6, Zeile 396). Gruppen bitten Ärztinnen/Ärzte weiters, die Folder aufzulegen oder übermitteln das Jahresprogramm als Einladung zu Treffen, um sich mit diesen austauschen zu können. Das Jahresprogramm der Gruppen ergeht nicht nur an den/die SelbsthilfepartnerInnen sondern auch an die Krankenhausverwaltung (wirtschaftliche Direktion, Pflegedirektion, kollegiale Führung). Zudem nimmt die kollegiale Führung an ausgewählten Veranstaltungen teil (u.a. anlässlich der Partnerforen). Eine Selbsthilfegruppe hat auch Kontakt mit der Krankenpflegeschule (Portier, Direktion) durch das Abhalten der Gruppentreffen in deren Räumlichkeiten.

Kontakt bzw. Kontaktmöglichkeit im Bedarfsfall besteht weiters mit Krankenhausbediensteten, die durch frühere Krankenhausaufenthalte bekannt sind oder durch eine (frühere) Beschäftigung im Krankenhaus. Einen besonderen Zugang zum Krankenhaus haben Gruppenmitglieder, die im Krankenhaus arbeiten bzw. gearbeitet haben und insbesondere jene KrankenhausmitarbeiterInnen, die über ihre Tätigkeit zur Leitung/Betreuung einer Selbsthilfegruppe gekommen sind. Hier kann direkt im Zuge der Patientenversorgung auf die Selbsthilfegruppe hingewiesen werden und ein nahtloser Übergang erfolgen. Jene Gruppen, die mit einer Abteilung zusammenarbeiten bzw. in einer Arbeitsgruppe mitarbeiten, stehen auch mit der Abteilung bzw. den anderen Arbeitsgruppenbeteiligten im Kontakt.

Im Folgenden wird auf Unterstützung durch die Projektpartner im Regelbetrieb eingegangen.

### **3.4 Kooperationsunterstützung: Begleitung von „außen“**

Nach dem Anregen und Begleiten der Projektimplementierung, welche mit der Auszeichnung „selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ endet, führt das Projektteam in definierten Abständen (fünf Jahre) die Rezertifizierung der Krankenhäuser durch.

Im Regelbetrieb erfolgt die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und SelbsthilfepartnerInnen/Krankenhaus weitgehend ohne Unterstützung durch die Projektpartner. Das Projektteam wird vorrangig aktiv, wenn es um die Rezertifizierung der Krankenhäuser geht bzw. die Jahresberichte angefordert werden. Der Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen übermittelt regelmäßig das aktuelle Selbsthilfegruppenverzeichnis und lädt die SelbsthilfepartnerInnen zu dessen Veranstaltungen ein (Selbsthilfe-Stammtische, NÖ Selbsthilfekonferenz). Ansonsten besteht Kontakt nur im Anlassfall.

Die SelbsthilfepartnerInnen aller Landeskliniken können sich bei Bedarf an den Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen und die Landeskliniken-Holding wenden, welches etwa zweimal im Monat in Anspruch genommen wird (von allen Landeskliniken). Anfragen an die Vertreterin der Landeskliniken-Holding (im Projektteam) betreffen die Einladung zu Veranstaltungen, die Begutachtung von Informationsmaterialien der Selbsthilfegruppen, wenn diese Verhaltensempfehlungen für PatientInnen beinhalten, PR-Fragen und die Kriterien(-umsetzung). Anfragen an den Dachverband betreffen vorrangig die Suche nach Selbsthilfegruppen oder die Meldung, dass mit einer weiteren Selbsthilfegruppe kooperiert wird. Probleme wurden dem Projektteam bislang kaum gemeldet, nur in einem Fall (aus einem Haus der zweiten Vergaberunde) war ein klärendes Gespräch in Form eines Runden Tisches erforderlich. Abgesehen von der Unter-

stützung durch den Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen und die Landeskliniken-Holding, können sich die SelbsthilfepartnerInnen bei Fragen oder Problemen auch untereinander (telefonisch) austauschen. Insbesondere wird davon berichtet, dass SelbsthilfepartnerInnen aus den folgenden Tranchen bei den KollegInnen aus der ersten Runde nachfragten, um von deren Erfahrung zu profitieren. Regelmäßige Treffen der SelbsthilfepartnerInnen sind im Regelbetrieb nicht vorgesehen, außer anlässlich der Rezertifizierung. Durch die gleichzeitige Teilnahme an anderen Veranstaltungen (u.a. Selbsthilfe-Stammtische, NÖ Selbsthilfekonferenz oder auch selbsthilfeunabhängige [Fortbildungs-] Veranstaltungen) ergeben sich Möglichkeiten zum informellen Austausch.

Die Selbsthilfegruppen werden durch den Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen auf die selbsthilfefreundlichen Krankenhäuser und damit auf die Kooperationsmöglichkeit hingewiesen. Dies erfolgt über die Homepage des Dachverbandes, über die Zeitschrift des Dachverbandes sowie im Zuge von Beratungsgesprächen. Auf seiner Homepage sind alle selbsthilfefreundlichen Krankenhäuser (bzw. jene, die auf dem Weg zur Selbsthilfefreundlichkeit sind) mit den jeweiligen SelbsthilfepartnerInnen angeführt.

Zudem wird die viermal jährlich erscheinende Zeitschrift des Dachverbandes „Selbsthilfe im Blickpunkt“ auch auf der Homepage veröffentlicht. In der Zeitschrift werden die neu benannten SelbsthilfepartnerInnen vorgestellt. Berichtet wird weiters über die Zertifizierung bzw. Rezertifizierung von Krankenhäusern. Im Zuge von Beratungsgesprächen, insbesondere bei der Gruppengründung, wird auf die Kooperationsmöglichkeit mit dem Krankenhaus hingewiesen (u.a. zwecks Nutzung von Räumen für Gruppentreffen). Zudem weist der Dachverband auf den Tag der offenen Tür in den Landeskliniken hin (=potentielle Präsentationsmöglichkeit für die Selbsthilfegruppe).

Wenn es Probleme in der Kooperation gibt, wird der Dachverband von den Selbsthilfegruppen als mögliche Unterstützung gesehen, von den befragten SelbsthilfegruppenvertreterInnen allerdings vorrangig als „letzter Ausweg“. Die Gruppen versuchen Probleme zu bereinigen, bevor der Dachverband eingeschaltet werden muss. Keine der Gruppen hat davon berichtet, dass der Dachverband wegen eines Problems kontaktiert wurde. In einem Fall wurde dies in Betracht gezogen, als ein Krankenhaus das Präsentieren von zwei themengleichen Selbsthilfegruppen am Tag der offenen Tür verhindern wollte. Passiv wurde die „Karte Dachverband“ aber schon eingesetzt. In einem Fall weigerte sich das Krankenhaus, die Zusammenarbeit mit einer Gruppe einzugehen, woraufhin der Verweis auf die Mitgliedschaft im Dachverband in einem Fall half, die Zusammenarbeit aufzubauen, in einem anderen nicht. Insgesamt tauschen sich die Selbsthilfegruppen kaum über die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern untereinander aus.

### **3.5 Zusammenfassung**

Zusammenfassend scheint die Frage interessant, was ein selbsthilfefreundliches Krankenhaus in der Praxis ist bzw. was man sich (als Selbsthilfegruppe) von diesem erwarten kann. In jedem selbsthilfefreundlichen Krankenhaus hat die kollegiale Führung die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen (auch) schriftlich befürwortet, indem sie sich offiziell für die Projekteilnah-

me entschied und eine/n SelbsthilfepartnerIn benannt wurde.

Im Regelbetrieb zeigt sich, dass jedes Krankenhaus die Kooperationskriterien auf seine Art umsetzt, dennoch können Gemeinsamkeiten erkannt werden. Diese Gemeinsamkeiten können auch als grundlegende Basis betrachtet werden, die Selbsthilfegruppen von selbsthilfefreundlichen Krankenhäusern „voraussetzen“ können. Diese „Basis“ besteht aus:

- SelbsthilfepartnerIn:
  - Etablierung einer zentrale Ansprechperson für Selbsthilfeangelegenheiten im Krankenhaus.
- Mitarbeiterinformation:
  - Information der Krankenhausbediensteten über Intranet oder Thematisierung von Selbsthilfe in Besprechungen.
- Patienteninformation:
  - Selbsthilfegruppen können Informationsmaterialien auflegen (lassen), wodurch PatientInnen, MitarbeiterInnen und KrankenhausbesucherInnen die Möglichkeit gegeben wird, sich zu informieren.
- Selbsthilfeunterstützung:
  - Räume des Krankenhauses können nach Verfügbarkeit und Absprache für Gruppentreffen genutzt werden.
- Öffentlichkeitsarbeit:
  - Informationen zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen auf der Homepage des Landesklinikums.
  - Präsentationsmöglichkeit der Selbsthilfegruppen am Tag der offenen Tür durch Folder und/oder Stand.

## 4 Kooperationspraxis – Reflexionsanstöße

„Kooperationspraxis“ kann als weitgehend unreflektierte Routine („Gewohnheit“) verstanden werden, die unhinterfragt reproduziert wird, aber auch als Entwicklungsprozess („Übung“). Wird unter „guter“ Kooperation ein reflexiver Prozess verstanden (vgl. Findeiß et al. 2001: 62), gilt es, die Zusammenarbeit immer wieder zu reflektieren, um aus den gemachten Erfahrungen zu lernen und die Zusammenarbeit weiterzuentwickeln.

In diesem Kapitel werden nun die Hintergründe der Kriterienumsetzung/Inanspruchnahme beleuchtet (Sinn der Kriterien, Priorität ihrer Umsetzung, Einflüsse auf Umsetzung und Inanspruchnahme). Folgende Themenbereiche werden in diesem Kapitel thematisiert:

- Kooperationsziele und -erwartungen (Kapitel 4.1)
- Selektionsprozesse beim Kooperationsaufbau (Kapitel 4.2)
- Kriterien und deren Umsetzung (Kapitel 4.3)
- Kooperationswahrnehmung und -evaluierung (Kapitel 4.4)

Bei der Darstellung wurde versucht, „Fragen“ anzudiskutieren, welche auf Grundlage des gewonnenen Datenmaterials „beantwortet“ werden. Es versteht sich, dass es sich hierbei nicht um vollständige bzw. abschließende „Antworten“ handeln kann<sup>15</sup>. Vielmehr sollen diese „ersten Antworten“ als Anstoß und erster Input für eine weiterführende Diskussion verstanden werden.

Den Kooperationspartnern, Selbsthilfegruppen und Landeskliniken (SelbsthilfepartnerIn), kann dieses Kapitel eine Reflexionsgrundlage für ihre Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen bzw. Krankenhaus sein. Diese Reflexionsarbeit kann jeder Kooperationspartner für sich leisten und (darauf aufbauend) gemeinsam (SelbsthilfgruppenvertreterInnen und KrankenhausvertreterInnen/SelbsthilfepartnerInnen) erörtert werden.

### 4.1 Kooperation – wozu?

„Kooperation“ kann vieles bedeuten (vgl. u.a. Borgetto 2005). Entsprechend können unterschiedliche Ziele und Vorstellungen mit „Kooperation“ assoziiert werden (Leisenheimer et al. 1999).

#### **Kooperationsziele**

Die InterviewpartnerInnen verbinden mit der Kooperation folgende Ziele:

- Gegenseitiges Kennenlernen/persönlicher Kontakt und Austausch
- Unterstützung für Selbsthilfegruppen
- Patienteninformation
- Gewinn an öffentlicher Aufmerksamkeit/ Steigerung der Bekanntheit einer Erkrankung

<sup>15)</sup> Es ist sicher nicht davon auszugehen, dass alle Einflussfaktoren erhoben werden konnten. Je nach Kooperationsverhalten der Gruppen wurden unterschiedliche Kriterien/Kooperationsformen eingehender thematisiert als andere.

### *Kooperationsziele von Krankenhäusern*

SelbsthilfepartnerInnen sehen Ziele der Zusammenarbeit vorrangig im Kennenlernen der Selbsthilfegruppen. Dieses bezieht sich sowohl auf das Kennenlernen im Sinne der Existenz verschiedener Selbsthilfegruppen als auch auf den persönlichen Kontakt mit diesen. Weitere Ziele sind die Unterstützung der Selbsthilfegruppen in ihrer Arbeit sowie die Patienteninformation, um PatientInnen eine Unterstützungsmöglichkeit nach der Entlassung aufzuzeigen.

### *Kooperationsziele von Selbsthilfegruppen*

SelbsthilfegruppenvertreterInnen verbinden mit der Zusammenarbeit den Erhalt von Unterstützung, sowohl regelmäßig (u.a. durch Bereitstellung von Infrastruktur) als auch im Anlassfall (Kontakte). Die Information der PatientInnen über Selbsthilfegruppen ist ein weiteres Ziel der Gruppen. Es geht darum, „Selbsthilfe“ als Möglichkeit der gemeinsamen Problembewältigung aufzuzeigen sowie darum, neue Mitglieder zu gewinnen. Auch der persönliche Austausch mit Fachkräften (abgesehen von der Behandlung im Akutfall) und der Wissenserwerb sind Ziele der Zusammenarbeit. Weitere Ziele sind das Bekanntmachen des Problembereichs, dem sich die Gruppe widmet.

### *Kooperationsverständnis*

Neben den Zielen der Kooperation kann auch nach dem „Kooperationsverständnis“ („gute“ Kooperation=?) gefragt werden. Die SelbsthilfepartnerInnen – gefragt nach „best practice“ Beispielen – bewerten keine Zusammenarbeit besser als eine andere. Ein/e SelbsthilfepartnerIn betont die Gleichwertigkeit aller Selbsthilfegruppen und die damit einhergehende notwendige Gleichbehandlung aller Gruppen und lehnt aus diesem Grund eine Bewertung der Kooperation ab. Obgleich keine „best practice“ Beispiele erhoben werden konnten, wurde in zwei Fällen doch jeweils eine Gruppe angeführt, mit der sich die Zusammenarbeit unaufwendig gestaltet bzw. eine Kooperationsroutine aufgebaut wurde (Kooperation als Entlastung). Ein/e andere/r SelbsthilfepartnerIn lehnt Kooperationsroutinen ab. Routinen werden als Entwicklungsstillstand und damit als Rückschritt im Entwicklungsprozess der Zusammenarbeit interpretiert.

In der Folge wird der Kooperationsaufbau thematisiert und die Präferenzen jeder Seite bezüglich des Kooperationspartners.

## **4.2 Kooperationsaufbau: Die Auswahl des Kooperationspartners**

Für den Kooperationsaufbau ist es erforderlich, dass eine der beiden potentiellen Kooperationspartner den „ersten Schritt“ macht und ein Treffen initiiert.

### *Kooperationspräferenzen*

Bei der Auswahl des Kooperationspartners haben sowohl Selbsthilfegruppen als auch Krankenhäuser (SelbsthilfepartnerInnen) gewisse Präferenzen:

Tabelle 18: Auswahlkriterien für Selbsthilfegruppen (SHG) und Krankenhäuser

Selbsthilfegruppen achten auf...	Krankenhäuser/SelbsthilfepartnerInnen achten auf...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lage des Krankenhauses</li> <li>• Erreichbarkeit des Krankenhauses</li> <li>• Spezialisierung des Krankenhaus</li> <li>• Vorerfahrung mit dem Krankenhaus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Bedarf“ des Krankenhauses</li> <li>• Auftreten der SHG</li> <li>• Eigenschaften der SHG</li> <li>• (Verfolgung kommerzieller Interessen)</li> <li>• Mitgliedschaft der SHG im Dachverband</li> </ul>

### *Kooperationspräferenzen von Selbsthilfegruppen*

Kooperiert wird insbesondere mit jenen Landeskliniken, die sich in ihrer Versorgungsregion bzw. in der Wohnortnähe der Mitglieder befinden. Zudem werden jene Häuser bevorzugt, die (öffentlich) gut erreichbar sind. Weiters zeigen sich – auch bedingt durch die Auswahl der Gruppen – Überschneidungen zwischen dem Themenbereich der Gruppe und einer einschlägigen Spezialisierung des Krankenhauses (u.a. Spezialambulanzen). Auch Vorerfahrungen der Selbsthilfegruppen und Gruppenmitglieder (als PatientInnen) können die Auswahl des Kooperationspartners bzw. das Kooperationsinteresse beeinflussen. Die Kooperationen mit mehreren Krankenhäusern stellt insbesondere für Gruppen zu seltenen Erkrankungen eine Möglichkeit dar, diese bekannter zu machen.

### *Schwierigkeiten beim Kooperationsaufbau*

Eine Selbsthilfegruppe berichtet über Schwierigkeiten beim Aufbau der Kooperation bzw. sogar von Ablehnung der Zusammenarbeit (mit Krankenhäusern, die hier nicht untersucht wurden). Begründet wird dies damit, dass keine Fälle im Krankenhaus vorkommen. Zudem wird die Kooperationsbereitschaft auf Seiten des Krankenhauses in Abhängigkeit von der Region und den handelnden Personen beschrieben.

### *Kooperationspräferenzen von Krankenhäusern*

Drei der vier SelbsthilfepartnerInnen geben an, grundsätzlich für alle Selbsthilfegruppen offen zu sein, wobei dennoch auf einige Aspekte geachtet wird. Insbesondere ist der „Bedarf“ von Bedeutung. Dieser bezieht sich auf Überschneidungen zwischen Themenbereich der Gruppe und (häufigen) Diagnosen im Krankenhaus und zum anderen auf die Anzahl der Gruppen zu einem Thema. Beim Vorstellungsgespräch wird weiters auf das Auftreten und Eigenschaften der Gruppe geachtet (Verfolgung kommerzieller Interessen<sup>16</sup>, ehrliches Auftreten). Auch die Mitgliedschaft im Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen wird thematisiert. Die Mitgliedschaft im Dachverband wird in einem Krankenhaus als Voraussetzung für die Kooperation betrachtet („Qualitätssicherung“), in zwei weiteren wird die Gruppe dem Dachverband gemeldet, sodass er Einwände äußern könnte. In einem weiteren Fall wird es respektiert, wenn eine Gruppe nicht gemeldet werden möchte.

<sup>16)</sup> Hierbei handelt es sich um einen Grund, die Kooperation nicht einzugehen.

### 4.3 Kooperationspraktiken: Gegenüberstellung von Konzept und Praxis

Die Umsetzung(-smöglichkeiten) der Kriterien im Krankenhaus (Kapitel 3.2) und die „Nutzung des Kooperationsangebots“ durch die Selbsthilfegruppen (Kapitel 3.3) wurde bereits behandelt. Die Umsetzungsmaßnahmen und deren Inanspruchnahme durch die Gruppen wird hier nochmals aufgegriffen und beides zusammengeführt. Zum einen sollen die entwickelten Kriterien mit der Kooperationspraxis verglichen werden und zum anderen werden die (Nicht-)Aktivitäten beleuchtet (z.B. warum nicht alle Selbsthilfegruppen einen Kooperationsvertrag haben).

In der Folge wird für jedes in Kapitel 3.2 behandelte „Kriterium“, die im Konzept vorgesehene Umsetzung und deren Verpflichtungsgrad<sup>17</sup> thematisiert sowie auf Abweichungen bzw. Besonderheiten in der Umsetzung respektive der Inanspruchnahme durch Selbsthilfegruppen und gegebenenfalls auf ausgewählte (relevant erscheinende) Details eingegangen.

#### **SelbsthilfepartnerIn und ihre Tätigkeiten**

##### *„SelbsthilfepartnerIn“ - Kriterium*

Die Etablierung einer zentralen Ansprechperson für alle selbsthilfebezogenen Fragen (SelbsthilfepartnerIn) versteht sich als Musskriterium für ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“.

##### *„SelbsthilfepartnerIn“ – Bedeutung*

Durch die Etablierung einer definierten Ansprechperson für Selbsthilfeangelegenheiten, soll die Kommunikation verbessert und Kontakthürden abgebaut werden (kein „im Kreis herumgeschickt werden“ bei Anliegen). Der/Die SelbsthilfepartnerIn ist mit der Umsetzung der Kriterien betraut. SelbsthilfegruppenvertreterInnen sehen durch SelbsthilfepartnerInnen die Selbsthilfe im (jeweiligen) Krankenhaus repräsentiert.

##### *„SelbsthilfepartnerIn“ – Praxis*

Ein Abgleich der vorgesehenen Tätigkeiten von SelbsthilfepartnerInnen gemäß Kriterienkatalog und den erhobenen Tätigkeiten, zeigt insbesondere in folgenden Bereichen Abweichungen:

*Tabelle 19: SelbsthilfepartnerIn - Die Praxis.*

<b>SelbsthilfepartnerIn – Abweichung vom Konzept</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rahmenbedingungen (zeitliche Ressourcen)</li> <li>• Tätigkeiten               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weiterentwicklung der Kriterien</li> <li>○ Aktive Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen</li> </ul> </li> <li>• Einbeziehung der Selbsthilfe in die Fort- und Weiterbildung*</li> </ul>

*\*siehe Mitarbeiterinformation in diesem Abschnitt*

<sup>17)</sup> Der angegebene Verpflichtungsgrad beruht jeweils auf der Einschätzung der befragten Projektteammitglieder.

### *„SelbsthilfepartnerIn“ - Rahmenbedingungen von SelbsthilfepartnerInnen*

Die SelbsthilfepartnerInnen haben für die Tätigkeit kein fixes Stundenbudget. In zwei der vier Fällen wird von „Zeitknappheit“ berichtet, sodass externe Selbsthilfe-Veranstaltungen nicht besucht werden können, Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch nicht organisiert werden können oder der Kontakt mit den Selbsthilfegruppen nicht so intensiv ist, wie gewünscht. Die notwendigen Zeitressourcen können auf Grund der Anlassbezogenheit der Tätigkeit von den SelbsthilfepartnerInnen nicht bzw. nur grob eingeschätzt werden. In einem Fall werden zehn Stunden pro Monat als Orientierungswert vorgeschlagen, der in Abhängigkeit vom Krankenhaus angepasst werden kann. Personale Unterstützung erhalten die SelbsthilfepartnerInnen nur in einem Fall, wo dem/der SelbsthilfepartnerIn die Sekretärin der Pflegedirektion zur Seite gestellt wurde.

### *„SelbsthilfepartnerIn“ - Weiterentwicklung der Qualitätsstandards*

Eine Weiterentwicklung der Qualitätsstandards durch die SelbsthilfepartnerInnen erfolgte bislang nicht. Es zeigen sich jedoch Anpassungen der Kriterien an die „Praxis“. So wird das Warten der Ständer vorrangig von den SelbsthilfepartnerInnen übernommen und nicht, wie ursprünglich vorgesehen, von den Selbsthilfegruppen selbst. In einem Krankenhaus wurde eine Beschilderung zu den Räumlichkeiten für das Gruppentreffen eingeführt.

### *„SelbsthilfepartnerIn“ - Aktive Kontaktaufnahme und Kooperationsangebot an Selbsthilfegruppen*

Eine Suche nach Selbsthilfegruppen ist durch das Selbsthilfegruppenverzeichnis möglich. Die aktive Kontaktaufnahme erfolgt vorrangig anlassbedingt, wenn eine entsprechende Gruppe gesucht wird. Nur in einem Fall wird aktiv nach neuen Gruppen gesucht.

### *„SelbsthilfepartnerIn“ – Details*

Die Tätigkeit der SelbsthilfepartnerInnen ist weiters abhängig von deren Schwerpunktsetzung sowie den (erforderlichen) persönlichen Fähigkeiten. Die Umsetzung der „Selbsthilfe“-Anliegen hängt vom Einfluss der SelbsthilfepartnerInnen im Krankenhaus ab.

### *„SelbsthilfepartnerIn“ – Schwerpunktsetzung*

Eine Schwerpunktsetzung der Tätigkeiten von SelbsthilfepartnerInnen erfolgt auf zwei Ebenen. Zum einen durch den primären Tätigkeitsbereich des/der SelbsthilfepartnerIn, welche in der Pflege vorrangig im Entlassungsmanagement angesiedelt sein soll (Nutzung von Synergien!). EntlassungsmanagerInnen stehen im ständigen Kontakt mit dem extramuralen Bereich. Eine weitere Schwerpunktsetzung erfolgt durch die SelbsthilfepartnerInnen selbst. Drei der vier befragten SelbsthilfepartnerInnen haben für sich einen oder zwei Schwerpunkt(e) in ihrer Tätigkeit gesetzt, welcher im Kontakt mit Selbsthilfegruppen, in der Kontaktvermittlung zwischen PatientInnen und Selbsthilfegruppen oder in der Unterstützung von Selbsthilfegruppen besteht.

### *„SelbsthilfepartnerIn“ – Anforderungen und Einfluss*

Die bedarfsorientierte Tätigkeit verlangt nach Einschätzung der SelbsthilfepartnerInnen insbesondere Einfühlungsvermögen/Verständnis und Sensibilität. Angeführt wird auch eine „neutrale Haltung“ gegenüber Selbsthilfegruppen und KrankenhausmitarbeiterInnen beim Kooperationsaufbau, um nicht zu beeinflussen. Zudem gilt es, Hilfestellungen so zu geben, dass diese

angenommen werden und Informationen nachvollziehbar zu vermitteln. Durch ihre Tätigkeit im Management (Bereichsleitung, Entlassungsmanagement, Beschwerdemanagement) haben diese MitarbeiterInnen eine entsprechende Ausbildung, die ihnen auch für ihre Tätigkeit als SelbsthilfepartnerIn nutzt.

Der Einfluss der SelbsthilfepartnerInnen respektive die Möglichkeiten, Anliegen der Gruppen umzusetzen, kann hier nicht abschließend eingeschätzt werden, in jedem Fall muss der Dienstweg eingehalten werden, u.a. wenn ein neuer Informationsständer (für Folder der Gruppe) angefordert wird.

### ***Mitarbeiterinformation und Mitarbeiterfortbildung***

#### *„Mitarbeiterinformation“ – Kriterium*

Die Kriterien sehen vor, dass Selbsthilfegruppen in die Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen (Fortbildungskatalog) einbezogen werden und das Thema in Krankenpflegesschulen vorgestellt wird (Gamsjäger 2008: 13). Die beiden Projektteammitglieder betrachten die Information der MitarbeiterInnen über das Projekt bis zur Zertifizierung als verpflichtend. Zudem muss der Portier den/die SelbsthilfepartnerIn kennen und das Selbsthilfeverzeichnis auf allen Abteilungen aufliegen.

#### *„Mitarbeiterinformation“ – Bedeutung*

Die MitarbeiterInnen sollen über das Projekt und dessen Ziele informiert werden und den/die SelbsthilfepartnerIn kennen, um auf diese/n verweisen zu können. SelbsthilfegruppenvertreterInnen sehen die Information der MitarbeiterInnen respektive deren Kenntnis über die Selbsthilfegruppen als wichtig an, da informierte Fachkräfte aktiver auf Selbsthilfegruppen hinweisen.

#### *„Mitarbeiterinformation“ – Praxis*

In der Praxis sind Selbsthilfegruppen nicht aktiv in die Mitarbeiterinformation oder -fortbildung einbezogen. SelbsthilfepartnerInnen informieren im Zuge von Besprechungen und/oder über Krankenhausmedien über „Neuigkeiten“. Nach Auskunft der befragten ProjektentwicklerInnen findet das Thema Selbsthilfe bislang keinen Einzug in den Fortbildungskatalog für Krankenhausbedienstete, welcher von der Landeskliniken-Holding herausgegeben wird. Eine der beiden befragten ProjektentwicklerInnen sieht die SelbsthilfepartnerInnen in der Lage, über Selbsthilfe zu informieren und somit keine Notwendigkeit einer Einbindung des Themas in den Fortbildungskatalog.

### ***Patienteninformation***

#### *„Patienteninformation“ – Kriterium*

Im Kriterienkatalog ist vorgesehen, dass PatientInnen auf Selbsthilfegruppen über persönliche Hinweise, Informationsmaterialien und selbsthilfebezogene Informationen in den Entlassungsunterlagen informiert werden. Ein Kontakt mit Selbsthilfegruppen ist nur auf ausdrücklichen Wunsch der PatientInnen möglich (Gamsjäger 2008). Insbesondere die passive Informationsmöglichkeit über Folder der Selbsthilfegruppen werden als „Musskriterium“ vom Projektteam betrachtet.

### „Patienteninformation“ – Bedeutung

Die Information der PatientInnen ist ein zentrales Anliegen der Selbsthilfegruppen gewesen. „Patienteninformation“ dient dem Aufzeigen der Möglichkeit „Selbsthilfegruppe“ und zum anderen auch dem Gewinn neuer Mitglieder. Die Patienteninformation über Selbsthilfegruppen durch Informationsmaterialien der Gruppen wird im Kriterienkatalog auch als Unterstützung der Selbsthilfegruppen betrachtet (Gamsjäger 2008).

### „Patienteninformation“ – Praxis

In der Praxis wird vorrangig über kooperierende Selbsthilfegruppen, d.h. einige wenige Selbsthilfegruppen, informiert – außer, es wird explizit nach einer weiteren Selbsthilfegruppe gefragt.

Table 20: „Patienteninformation“ - Praxis

<b>„Patienteninformation“ – Praxis</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Aktive“ Patienteninformation               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mündliche Hinweise auf Selbsthilfegruppen</li> </ul> </li> <li>• „Passive“ /"reaktive" Patienteninformation               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auflegen von Informationen der Selbsthilfegruppen</li> <li>○ Hinweise in den Entlassungsunterlagen</li> <li>○ Besuch von PatientInnen durch Selbsthilfegruppen</li> </ul> </li> </ul>

### „Patienteninformation“ – mündliche Hinweise auf Selbsthilfegruppen

In den Regionalkonferenzen wurde die Patienteninformation insbesondere durch ÄrztInnen/Ärzte gefordert. In der Praxis werden insbesondere Pflegekräfte angehalten, gegebenenfalls auf Selbsthilfegruppen hinzuweisen. Eine besondere Situation ergibt sich, wenn KrankenhausmitarbeiterInnen Selbsthilfegruppen leiten (angeleitete Gruppe). Sie können im Zuge der Patientenversorgung aktiv auf die Teilnahmemöglichkeit an der Gruppe hinweisen und so einen nahtlosen Übergang in die Gruppe ermöglichen.

### „Patienteninformation“ – Auflegen von Informationsmaterialien

Für Selbsthilfegruppen ist das Auflegen von Informationsmaterial (das Warten der Ständer) aufwendig, insbesondere wenn die Gruppenansprechpersonen nur selten ins Krankenhaus kommen bzw. nicht in dessen unmittelbarer Nähe wohnen. Zudem sind nicht alle Bereiche, wo Materialien aufgelegt werden sollen, immer für die Gruppen zugänglich (z.B. Ambulanzen). In der Praxis übernehmen daher vorrangig die SelbsthilfepartnerInnen das Auflegen der Informationsmaterialien und das Warten der Ständer und nicht, wie im Muster des Kooperationsvertrages vorgesehen (vgl. Gamsjäger 2008), die Gruppen.

SelbsthilfgruppenvertreterInnen übermitteln (häufig per Mail) SelbsthilfepartnerInnen die Informationsmaterialien, welche sie dann auflegen. In zwei Häusern haben die SelbsthilfepartnerInnen die Informationsmaterialien eingescannt, sodass kein Kontakt mit den Selbsthilfegruppen aufgenommen werden muss, wenn neues Material benötigt wird.

Bei den Informationsständern ist neben dem Wartungsaufwand auch dessen Position und „Beschaffenheit“ erwähnenswert: Je mehr Gruppen kooperieren, desto weniger Platz bleibt für die Informationen der einzelnen Gruppen („überfüllte“ Ständer). Zudem kann die Position der Ständer einzelne Gruppen benachteiligen u.a. wenn ein doppelseitiger Ständer mit einer Seite zur Wand steht.

### *„Patienteninformation“ – Hinweis in Entlassungsunterlagen*

In drei der vier untersuchten Häuser erfolgen entsprechende Hinweise, welche allerdings nicht spezifisch auf eine für den/die PatientIn einschlägige Gruppe verweisen, sondern auf alle kooperierenden Selbsthilfegruppen bzw. allgemein auf den Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen.

### *„Patienteninformation“ – Patientenbesuche*

Bei Patientenbesuchen sind insbesondere deren Erwünschtheit und der Aufwand für Selbsthilfegruppen ein Thema. Aus Datenschutzgründen dürfen Patienteninformationen nicht an Selbsthilfegruppen weitergegeben werden. Entsprechend können PatientInnen nur auf ausdrücklichen Wunsch den Kontakt zu Selbsthilfegruppen herstellen lassen bzw. selbst herstellen. Ein/e SelbsthilfegruppenvertreterIn gab an, sich bei Patientenbesuchen vom Krankenhauspersonal beobachtet bzw. unerwünscht zu fühlen, sodass Patientenbesuche eingeschränkt wurden. Auf der anderen Seite beschreiben SelbsthilfegruppenvertreterInnen Patientenbesuche als aufwendig (zeitintensiv) und bei langen Anfahrtswegen als unrealistisch. Zwei Alternativen zum Besuch einzelner PatientInnen wurden in den Interviews erhoben: Die Vorstellung der Gruppe auf der Station, an der interessierte PatientInnen teilnehmen können und die Teilnahme von PatientInnen an Selbsthilfegruppentreffen im Krankenhaus.

### *„Patienteninformation“ – Details*

Welche Art der Patienteninformation besser bzw. effektiver ist, wird unterschiedlich von den Befragten eingeschätzt: SelbsthilfegruppenvertreterInnen und SelbsthilfepartnerInnen nehmen wahr, dass die Aufnahmefähigkeit der PatientInnen während des (immer kürzer werdenden) Krankenhausaufenthaltes eingeschränkt ist und PatientInnen nicht gleich an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen. Entsprechend sind Informationen zum (zu Hause) Nachlesen vorteilhaft. Auf der anderen Seite sehen Selbsthilfegruppen vorrangig „Mundpropaganda“, d.h. mündliche Empfehlungen der Gruppe – insbesondere durch Ärzte/ÄrztInnen – als wirkungsvoll, um PatientInnen zur Teilnahme an einer Gruppe zu aktivieren.

## **Kooperationsvertrag**

### *„Kooperationsvertrag“ – Kriterium*

In den Kriterien heißt es: „Die Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe ist formal beschlossen und dokumentiert“ (Gamsjäger 2008: 15). Allerdings besteht für die Gruppe keine Verpflichtung, ein Kooperationsübereinkommen einzugehen (vgl. Gamsjäger 2008). Das Projektteam betrachtet das Anbieten des Kooperationsvertrages als verpflichtend. Ob der Vertrag zeitlich begrenzt bzw. auf welche Dauer der Vertrag abgeschlossen wird, bleibt dem jeweiligen Krankenhaus überlassen.

### „Kooperationsvertrag“ – Praxis

Nicht alle Selbsthilfegruppen haben einen Vertrag mit dem Krankenhaus abgeschlossen. Im Zuge der Interviews konnten einige Gründe erhoben werden, warum Verträge (nicht), abgeschlossen werden.

Table 21: Gründe für und gegen einen Kooperationsvertrag

	<b>Funktionale Gründe</b>	<b>Normative Gründe</b>
Für einen Vertrag spricht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Struktur/Orientierung</li> <li>• Berufungsmöglichkeit</li> <li>• Bedarf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anerkennung/Wertschätzung</li> </ul>
Gegen einen Vertrag spricht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unklare Zuständigkeit innerhalb der Selbsthilfegruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiwilligkeit der Kooperation/Einschränkung der Freiheit</li> </ul>

### „Kooperationsvertrag“ (Praxis) – funktionale Gründe

Für einen Vertrag spricht, dass er die Zusammenarbeit konkretisiert und strukturiert. Die Vertragspartner erhalten dadurch Orientierung bzw. Sicherheit über die Rechte und Pflichten und haben gegebenenfalls die Möglichkeit, auf die Pflichten des Kooperationspartners hinzuweisen bzw. diese einzufordern. Zudem hilft der Vertrag, die Nachhaltigkeit der Kooperation zu sichern. Auf der anderen Seite wird keine (unbedingte) Notwendigkeit an einem Vertrag gesehen, wenn die Kooperation auch ohne Vertrag problemlos funktioniert. Dies wird von einem/einer SelbsthilfepartnerIn auch als Argument angeführt, warum ausgelaufene Kooperationsverträge nicht verlängert bzw. erneuert wurden. Der „Bedarf“ an einem Vertrag wird von SelbsthilfepartnerInnen auch geringer eingeschätzt, wenn nur lose kooperiert wird bzw. die Selbsthilfegruppe weiter entfernt aktiv ist. In einem Fall kam ein Vertrag nicht zustande, weil innerhalb des Selbsthilfefezusammenschlusses unklar war, wer berechtigt ist, den Vertrag zu unterschreiben, die Leitung der Gruppe vor Ort oder die der Dachorganisation.

### „Kooperationsvertrag“ (Praxis) – normative Gründe

Verträge werden (von einem/einer SelbsthilfepartnerIn) als Ausdruck von Anerkennung/Wertschätzung für die Gruppe gesehen. Gegen die Unterzeichnung von Verträgen sprechen für SelbsthilfgruppenvertreterInnen die „Freiwilligkeit der Kooperation“: Ein Vertrag ohne Umsetzungswillen auf Seiten des Krankenhauses wird als zwecklos betrachtet, nach dem Motto „Papier ist geduldig“. In einem Fall wird ein Vertrag auch als Einschränkung der Freiheit betrachtet. Darüber hinaus scheint Kooperation für Selbsthilfgruppen stark auf Freiwilligkeit zu beruhen, d.h. sie sind nicht daran interessiert, sich ständig auf einen Vertrag berufen zu müssen bzw. zu kontrollieren, ob das Vereinbarte umgesetzt wird. Zudem sehen sich Selbsthilfgruppen gegenüber dem Krankenhaus nicht in der Position, dem Krankenhaus etwas vorschreiben zu können.

## ***Unterstützung von Selbsthilfegruppen (SHU)***

Die Unterstützung erfolgt in Form der Bereitstellung von Räumlichkeiten und der Möglichkeit Fachkräfte für Vorträge zu gewinnen. Auf beide Formen der Unterstützung wird getrennt eingegangen.

### ***„SHU – Raum“ – Kriterium***

Der Kriterienkatalog sieht vor, dass das Krankenhaus bei der „Raumfrage“ für Gruppentreffen unterstützten tätig wird (Gamsjäger 2008: 14). Sofern Räume bereitgestellt werden, wird eine Bewirtung in Form von Wasser und Kaffee als verpflichtend angesehen.

### ***„SHU – Raum“ – Bedeutung***

Die Bereitstellung von Räumlichkeiten stellt eine Unterstützung für die Gruppen dar, indem sie ihre Treffen in einem geschützten Bereich abhalten können. Zudem erleichtert es die Zusammenarbeit mit den SelbsthilfepartnerInnen, und interessierte PatientInnen können bereits während des stationären Aufenthalts an Treffen teilnehmen. Ein Mitglied des Projektteams spricht Gruppen, die sich im Krankenhaus treffen, ein professionelleres Image zu.

### ***„SHU – Raum“ – Praxis***

Die Möglichkeiten, Räume des Krankenhauses zu nutzen, werden von den Faktoren Raumangebot im Krankenhaus und Zeit (Zeitpunkt des Treffens, frühzeitige Bekanntgabe des Treffens) beeinflusst. Geringfügige Änderungen der Raumnutzungszeiten sind in der Regel kein Problem, da Treffen meistens am Nachmittag stattfinden, sodass die Räume nicht stark ausgelastet sind. In Hinblick auf die Inanspruchnahme der Räume zeigt sich, dass in den Landeskliniken ohne Kooperationsvorerfahrung kaum Räumlichkeiten genutzt werden, welches möglicherweise auch auf regionale Gründe zurückzuführen ist. Ähnlich wie beim Kooperationsvertrag stellt sich auch hier die Frage, warum einige Gruppen die Möglichkeit von Räumlichkeiten nutzen und andere nicht.

Grundlegend ist der Bedarf einer Gruppe an einem Raum: Die Frage nach einem geeigneten Raum stellt sich insbesondere in der Phase der Gruppengründung. Hier stellen Räume des Krankenhauses eine Option dar. Für Gruppen, die bereits einen fixen Treffpunkt haben, ist eine Verlagerung des Treffpunktes mit Aufwand bzw. Risiken verbunden. Es bedeutet u.a., dass Folder neu gedruckt werden müssen und möglicherweise Mitglieder verloren werden. Ein weiterer Grund sind die Bewirtungspräferenzen der Gruppenmitglieder. Möchten sie bei dem Treffen gleichzeitig zu Abendessen, erscheint den Gruppen ein Gasthaus geeigneter.

Faktoren, die direkt das Krankenhaus betreffen sind zum einen die Einstellung/Wahrnehmung der Gruppe (-nmitglieder) gegenüber dem Krankenhaus und zum anderen strukturelle Aspekte:

*Tabelle 22: Gründe für und gegen die Nutzung von Krankenhausräumlichkeiten*

	<b>Wahrnehmung des Krankenhauses</b>	<b>Struktur</b>
Für Raumnutzung	„niederschwelliger“ Zugang	Barrierefreiheit im Krankenhaus
Gegen Raumnutzung	„Hemmschwelle Krankenhaus“	Schlechte Erreichbarkeit des Krankenhauses

### *„SHU – Raum“ (Praxis) – Einstellung der Gruppe*

Das Krankenhaus als Ort für Gruppentreffen kann in Abhängigkeit von der Einstellung/Wahrnehmung der SelbsthilfegruppenteilnehmerInnen gegenüber dem Krankenhaus einen niederschweligen oder hochschweligen Zugang bedeuten. Wird das Krankenhaus als Ort der Krankenbehandlung mit schlechten Erfahrungen als Patient oder dem Wunsch „nicht schon wieder“ ins Krankenhaus zu müssen assoziiert, lehnen GruppenteilnehmerInnen Treffen im Krankenhaus ab bzw. würden daran nicht teilnehmen.

Umgekehrt weist ein/e SelbsthilfepartnerIn darauf hin, dass das Krankenhaus als Ort der Krankenbehandlung auch einen „niederschweligen“ Zugang zur Gruppe bedeuten werden: Zum einen kann der Besuch des Gruppentreffens mit dem Besuch von stationär aufgenommenen Angehörigen verbunden werden (Pflegerische Angehörige), zum anderen kann die Teilnahme an der Gruppe als „Krankenbesuch“ ausgegeben werden, sodass das Umfeld des Teilnehmers/der Teilnehmerin nichts von der Teilnahme erfährt (Krankheit als Tabu). In diesem Fall wird das Krankenhaus als Ort der Krankenbehandlung positiv von den Teilnehmern/Teilnehmerinnen aufgefasst und für sich genutzt.

### *„SHU- Raum“ (Praxis) – Struktur*

Ist das Krankenhaus schlecht erreichbar für die SelbsthilfegruppenteilnehmerInnen, spricht dies gegen Treffen im Krankenhaus. Für Treffen im Krankenhaus spricht dessen Barrierefreiheit. Neben dem barrierefreien Zugang durch Aufzüge zu dem Raum, wo die Treffen stattfinden, sind insbesondere auch die barrierefreien Toiletten hervorgehoben worden.

### *„SHU – ReferentInnen“ – Kriterium*

Im Kriterienkatalog heißt es „Fachkräfte stehen den SH-gruppen als ReferentInnen zur Verfügung“ (Gamsjäger 2008: 14). Das Kriterium ist als Soll-Verpflichtung zu interpretieren. Inwiefern eine Regelung notwendig bzw. sinnvoll ist, wird im Projektteam diskutiert. Zum einen wird eine Regelung begrüßt, da sie Klarheit schafft, auf der anderen Seite kommt die Haltung der KrankenhausmitarbeiterInnen gegenüber Selbsthilfegruppen bei einer freiwilligen Leistung ihrerseits stärker zum Ausdruck.

### *„SHU – ReferentInnen“ – Bedeutung*

Selbsthilfegruppen bekommen durch Vorträge Fachwissen vermittelt. Zudem dienen die Diskussionen dem Austausch mit Fachkräften.

### *„SHU – ReferentInnen“ – Praxis*

In der Praxis ist zu differenzieren zwischen der Existenz von Regelungen der Abgeltung für entsprechende Vortragstätigkeiten und Zeit-/Ort der Vortragstätigkeit. Nur in einem Haus existiert die Regelung (mit der ärztlichen Direktion), dass die Kosten für die Referate übernommen werden. In den anderen Häusern wird angenommen, dass Vorträge, die im Haus (in der Dienstzeit des/der Vortragenden) stattfinden (als Dienstzeit) abgegolten werden. Finden Vorträge nicht im Krankenhaus statt, ist es eine freiwillige Leistung der jeweiligen Fachkraft.

Die Zusage zu einem Vortrag wird personenabhängig sowie in Abhängigkeit vom „Verhandlungsgeschick“ von Selbsthilfegruppe bzw. SelbsthilfepartnerIn beschrieben. Fast alle Gruppen,

die ReferentInnen vom Krankenhaus anfragen, haben auch schon implizit und/oder explizit Ablehnungen erhalten. Gründe für die Weigerungen sind, dass die Referate in der Freizeit stattfinden würden bzw. Forderungen nach einem Honorar. Selbsthilfegruppen sind nicht bereit und auch nicht in der Lage, Honorare zu zahlen bzw. müssten gegebenenfalls Sponsoren finden. Inwieweit die Gruppen flexibel sind, was Zeit und Ort des Treffens betrifft, wurde nicht erhoben.

### *„SHU – ReferentInnen“ – Details*

Die befragten Mitglieder des Projektteams führen die von Krankenhaus<sup>18</sup> und Projekt unabhängige Vortragsreihe „Treffpunkt Gesundheit“ als Alternative an, um Fachwissen vom Krankenhaus zu beziehen. Allerdings weist diese Form der Wissensvermittlung Unterschiede zu Vorträgen in Selbsthilfegruppen auf: Zum einen bestimmen bei der Vortragsreihe nicht die Gruppen Inhalt und Vortragende/n, sie können nur zwischen angebotenen Themen/ReferentInnen wählen und an den entsprechenden Veranstaltungen teilnehmen, zum anderen ist der Rahmen der Veranstaltung öffentlich und nicht in einer „intimen“ bzw. vertrauensvollen Atmosphäre. Letztere begünstigt es, dass Betroffene aus sich herausgehen und Fragen stellen. Dennoch bieten diese Vorträge die Möglichkeit mit Fachkräften in Kontakt zu treten, diese kennen zu lernen und für einen Vortrag vor der Gruppe zu gewinnen (unter Umständen zum selben Thema).

### **Öffentlichkeitsarbeit**

Thematisiert werden hier getrennt voneinander die Teilnahme- und Präsentationsmöglichkeit von Selbsthilfegruppen an Krankenhausveranstaltungen und der Verweis auf Selbsthilfe auf der Homepage der Krankenhäuser.

#### *„Öffentlichkeitsarbeit – Veranstaltungen“ – Kriterium*

Im Kriterienkatalog ist vorgesehen, dass Selbsthilfegruppen eingeladen werden, sich bei Veranstaltungen (z.B. Tag der offenen Tür) zu präsentieren (Gamsjäger 2008).

#### *„Öffentlichkeitsarbeit – Veranstaltungen“ – Bedeutung*

Die Präsentationsmöglichkeit am Tag der offenen Tür wird im Kriterienkatalog (Gamsjäger 2008) als Unterstützung der Selbsthilfegruppen in der Öffentlichkeitsarbeit angeführt.

#### *„Öffentlichkeitsarbeit – Veranstaltungen“ – Praxis*

Unterschieden werden kann, ob sich die Gruppen bei diesen Veranstaltungen präsentieren (durch Folder und/oder Informationsstand) und/oder ob sich um einen Wissens-/Informationsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhaus(-mitarbeiterInnen) handelt. Veranstaltungen der Krankenhäuser (Tag der offenen Tür, Veranstaltung zum Erfahrungsaustausch) werden von Selbsthilfegruppen mit unterschiedlicher Regelmäßigkeit besucht.

<sup>18)</sup> Die Vorträge finden zwar im Krankenhaus statt, werden aber nicht von diesem veranstaltet. Die Vortragsreihe ist eine Aktion der Initiative „Gesundes Niederösterreich: Tut gut“ in Kooperation mit der NÖ Landeskliniken-Holding.

Tabelle 23: "Öffentlichkeitsarbeit - Veranstaltungen" - Teilnahme an Veranstaltungen

Teilnahme an Veranstaltungen – Einflussfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einladung bzw. Erwünschtheit der Teilnahme</li> <li>• Relevanz der Veranstaltung für die Gruppe</li> <li>• Zeitpunkt der Veranstaltung</li> <li>• Anzahl der Veranstaltungen</li> <li>• Aktive Teilnahme an Veranstaltungen</li> </ul>

*„Öffentlichkeitsarbeit – Veranstaltungen“ (Praxis) - Einladung bzw. Erwünschtheit der Teilnahme*

Der Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen und SelbsthilfepartnerInnen weisen Selbsthilfegruppen auf den Tag der offenen Tür hin. In zwei Häusern wurde davon berichtet, dass die kooperierenden Selbsthilfegruppen 2012 auf Wunsch der Direktion nicht aktiv eingeladen wurden bzw. von dieser gewünscht wurde, dass nur Folder aufgelegt werden. Meldeten sich Selbsthilfegruppen selbstständig, wurde ihnen die Präsentationsmöglichkeit nicht verwehrt. Den Gruppen wurden die Gründe für diese Vorgangweise nachvollziehbar gemacht (Veranstaltung im kleinen Rahmen, anderer Themenschwerpunkt), sodass sie keine Einwände hatten.

*„Öffentlichkeitsarbeit – Veranstaltungen“ (Praxis) – Relevanz der Veranstaltung*

Für manche Gruppen ist die Teilnahme am Tag der offenen Tür als Möglichkeit, neue Mitglieder anzusprechen, wichtiger als für andere.

*„Öffentlichkeitsarbeit – Veranstaltungen“ (Praxis) - Zeitpunkt der Veranstaltung*

Sind Selbsthilfegruppenmitglieder berufstätig, sind Veranstaltungen, die tagsüber (an Wochentagen) abgehalten werden, problematisch. Gibt es mehrere Veranstaltungen gleichzeitig, gilt es zu selektieren oder innerhalb der Gruppe entsprechend Aufgaben zu verteilen. Beispielsweise findet der Tag der offenen Tür in allen Landeskliniken gleichzeitig statt.

*„Öffentlichkeitsarbeit – Veranstaltungen“ (Praxis) - Anzahl der Veranstaltungen*

In Hinblick auf das Ausmaß der Veranstaltungen im Krankenhaus gilt darauf hinzuweisen, dass Selbsthilfegruppen neben den regulären Gruppentreffen auch an anderen Veranstaltungen teilnehmen. Insgesamt wird das Ausmaß der Veranstaltungen von den Befragten als ausreichend (Selbsthilfegruppen) bis teilweise überfordernd (SelbsthilfepartnerInnen) eingeschätzt.

*„Öffentlichkeitsarbeit – Veranstaltungen“ (Praxis) - Aktive Teilnahme an Veranstaltungen*

Für eine aktive Teilnahme der Selbsthilfegruppen an einer Veranstaltung, wird es als förderlich eingeschätzt, wenn das Niveau der Veranstaltung jenem der Gruppe angepasst ist.

*„Öffentlichkeitsarbeit – Homepage“ – Kriterium*

Im Kriterienkatalog ist vorgesehen, dass auf der Homepage auf Selbsthilfe verwiesen wird und mit der Homepage des Dachverbandes der NÖ Selbsthilfegruppen verlinkt wird (vgl. Gamsjäger

2008). Die Präsenz von Selbsthilfe auf der Homepage des jeweiligen Krankenhauses wird als Muss-Kriterium betrachtet.

### *„Öffentlichkeitsarbeit – Homepage“ – Bedeutung*

Der Hinweis auf Selbsthilfe erfolgt unter dem Menüpunkt „Beratungsstellen“. Zu Projektbeginn wurde definiert, dass Selbsthilfegruppen keine „Beratungseinrichtung“ darstellen. Der Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen versteht weder Selbsthilfegruppen noch SelbsthilfepartnerInnen als Beratungsstellen. *(Anmerkung des Herausgebers: Aufgrund des Hinweises von Mag<sup>a</sup>. Rojatz wurde ein eigener Menüpunkt „Selbsthilfe“ eingerichtet.)*

### *„Öffentlichkeitsarbeit – Homepage“ – Praxis*

Auf den Homepages aller Landeskliniken wird auf Selbsthilfe verwiesen. Unterschiede zeigen sich in der Ausführlichkeit der Information über die kooperierenden Selbsthilfegruppen und der Aktualität der Information. In jedem Fall wird auf den/die SelbsthilfepartnerIn verwiesen. Großteils werden auch die kooperierenden Gruppen angeführt, vereinzelt auch deren Kontaktdaten (u.a. Telefonnummer). Nur über die Angabe der Kontaktdaten ist eine Gruppe eindeutig identifizierbar und eine direkte Kontaktaufnahme möglich. In einem Fall wird auf die Angabe der Gruppen ganz verzichtet und dies auf die „Aktualität“ der Information zurückgeführt (Wartungsaufwand). In einem anderen Fall wird die Notwendigkeit des Anführens der Gruppen-Kontaktdaten hinterfragt, da es auch andere Informationsmöglichkeiten gibt (u.a. in den Entlassungsunterlagen). SelbsthilfegruppenvertreterInnen begrüßen den Hinweis auf Selbsthilfegruppen, in wie weit Details über die Gruppen angeführt werden, ist für sie aber nachrangig. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die (potentielle) Selbsthilfegruppemitglieder meist älter sind und über wenig Computer-/Internetkenntnisse verfügen.

## **Erfahrungsaustausch**

### *„Erfahrungsaustausch“ – Kriterium*

Vorgesehen sind mindestens jährliche Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch zwischen kooperierenden Selbsthilfegruppen und Krankenhaus.

*„Zwischen Selbsthilfegruppen / Unterstützungsstelle und Krankenhaus findet ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch statt“ (Gamsjäger 2008: 15)*

Das Abhalten einer Veranstaltung zum Erfahrungsaustausch mindestens einmal im Jahr ist als Mussverpflichtung zu interpretieren, wobei dem Krankenhaus freigestellt wird, welche KrankenhausmitarbeiterInnen an dem Treffen teilnehmen.

### *„Erfahrungsaustausch“ – Bedeutung*

Der Erfahrungsaustausch kann der Vernetzung der Selbsthilfegruppen untereinander dienen, dem gegenseitigen Kennenlernen (Krankenhaus – Selbsthilfegruppe) sowie der Besprechung bzw. Verbesserung der Zusammenarbeit. Das Abhalten dieser Veranstaltung kann auch als Teil der Öffentlichkeitsarbeit in der Region verstanden werden.

### *„Erfahrungsaustausch“ – Praxis*

In zwei der vier Landeskliniken wird (keine) Erfahrungsaustausch-Veranstaltung abgehalten.

Während in zwei Häusern die Veranstaltungen nach Einschätzung der SelbsthilfepartnerInnen gut angenommen werden und gut funktionieren, wurde in einem Landesklinikum von derartigen Veranstaltungen Abstand genommen. Dies wird in einem Fall auf die zurückhaltende Beteiligung der Selbsthilfegruppen zurückgeführt. Anstelle dieser Erfahrungsaustauschveranstaltungen gibt es andere (bereits zuvor bestehende) Veranstaltungen zum Austausch (auch mit anderen externen Partnern), an welchen auch die Selbsthilfegruppen teilnehmen und sich einbringen können. Im anderen Landesklinikum wird das Nichtstattfinden auf die begrenzten Ressourcen zurückgeführt.

### *„Erfahrungsaustausch“ – Details*

Bei der Organisation der Treffen ist insbesondere die Terminfindung heikel – es gilt, Terminkollisionen mit anderen für die Beteiligten relevante Veranstaltungen zu vermeiden. Zu berücksichtigen ist weiters, dass der Termin innerhalb der Dienstzeiten des Selbsthilfepartners/der Selbsthilfepartnerin erfolgen soll, gleichzeitig aber SelbsthilfegruppenvertreterInnen auch berufstätig sind/sein können und sich nicht immer frei nehmen können/möchten. Zusammenfassend zeigt sich, dass eine derartige Veranstaltung beiderseitiges Interesse und Teilnahme erfordert sowie ausreichend Ressourcen (Zeit).

Die Interviews mit Selbsthilfegruppenvertretern/-vertreterinnen zeigen, dass sie Verbesserungsvorschläge für das Krankenhaus bzw. die Krankenbehandlung haben, wie die Berücksichtigung zwischenmenschlicher Aspekte bei der Patientenbehandlung (u.a. Unfreundlichkeit, Entmutigung von PatientInnen) und die Thematisierung struktureller Probleme (u.a. Öffnungszeiten von Ambulanzen, Gestaltung des Eingangsbereichs). Teilweise werden diese Anregungen über andere Kommunikationswege (andere Veranstaltungen, Beschwerden, Austausch mit Krankenhauspersonal) angesprochen. Vereinzelt sind es auch Agenden, die zentral von der Landeskliniken-Holding/NÖGUS gesteuert werden, sodass die KrankenhausmitarbeiterInnen nur bedingt Einfluss darauf nehmen können (z.B. Öffnungszeiten der Ambulanzen).

## ***Einbeziehung des Erfahrungswissens von Selbsthilfegruppen ins Krankenhaus***

### *„Einbeziehung“ – Kriterium*

Der Kriterienkatalog sieht eine Einbindung des Erfahrungswissens der Selbsthilfegruppen in den medizinischen bzw. pflegerischen Diskurs vor sowie die Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in die Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen:

*„VertreterInnen der Selbsthilfe werden als Partner anerkannt und wenn es um Fragen des „Erfahrungswissens“ geht, auch in den medizinischen bzw. pflegerischen Diskurs eingebunden“ (Gamsjäger 2008: 13).*

*„Anerkennung der Selbsthilfe als Partner im Krankenhaus, Einbeziehung des Erfahrungswissens der Betroffenen in das Fachwissen im Krankenhaus“ (Gamsjäger 2008: 15)*

### *„Einbeziehung“ – Praxis*

Die Einbeziehung des Erfahrungswissens der Gruppen erfolgt in der Regel noch nicht. Die Zusammenarbeit mit einer Spezialambulanz und die Teilnahme an einer Arbeitsgruppe erfolgten

bereits vor Projektstart, sodass diese als unabhängig vom Projekt betrachtet werden kann. Jene Gruppe, die sich an einer Arbeitsgruppe beteiligen kann, schätzt das Ausmaß der Beteiligung als ausreichend ein und den Einfluss als ambivalent, einiges konnte erreicht werden, bei anderem wurde man abgeblockt. In jedem Fall können Anliegen angesprochen und deponiert werden. Die Umsetzung wird dem Krankenhaus überlassen. Insgesamt wird ein sensibles Vorgehen für notwendig erachtet, da „man es sich mit dem Krankenhaus leicht vertun kann“ (SHG 5, Zeile 426), welches auch in Hinblick auf eine künftige Beteiligung zu berücksichtigen ist.

Abschließend wird auf die Zertifizierung bzw. Rezertifizierung der Krankenhäuser eingegangen und damit auf die Bewertung der Kooperation.

#### **4.4 Kooperation evaluieren und wahrnehmen: Anregen von Aktivitäten**

In den geführten Interviews äußerten sich die Befragten überwiegend positiv über die Zusammenarbeit. Für fünf kooperierende Selbsthilfegruppen und drei SelbsthilfepartnerInnen „passt“ die Zusammenarbeit bzw. wird von keinen schlechten Erfahrungen berichtet. Zwei SelbsthilfegruppenvertreterInnen und ein/e SelbsthilfepartnerIn berichteten explizit von „Stolpersteinen“.

Auf Seite der Selbsthilfegruppen sind dies:

- Überzogene Erwartungen an die Kooperation bzw. offene/unerfüllte Anliegen
- Reaktive Haltung des Krankenhauses/ „Selbsthilfe als treibende Kraft“
- Schwierigkeit, ReferentInnen zu gewinnen

Auf Seite des Krankenhauses/der SelbsthilfepartnerInnen werden gesehen:

- undefinierte Ansprechpersonen (formelle und informelle GruppenleiterInnen)
- Konkurrenz zwischen themengleichen Selbsthilfegruppen
- Konflikte mit dem niedergelassenen Bereich, wenn die Angebote für Selbsthilfegruppen ausgedehnt werden

Implizit berichteten ein/e SelbsthilfepartnerIn und eine Selbsthilfgruppenansprechperson von weiteren Problemen. In einem Fall wurde davon berichtet, dass ein Gruppenmitglied unaufgefordert Patientenbesuche machte. In einem anderen Fall wird das Nachfragen nach Informationsmaterial bei Gruppen, die in losem Kontakt mit dem Krankenhaus stehen, als aufwendiger beschrieben, als mit jenen, die enger mit dem Krankenhaus zusammenarbeiten.

Insgesamt zeigte sich in den Interviews mit den SelbsthilfepartnerInnen, dass die Kriterien einen Orientierungsrahmen geben, in welchen Bereichen Zusammenarbeit erfolgen kann, die Zusammenarbeit dadurch aber nicht notwendigerweise systematisch bzw. nachvollziehbar ist. Dies zeigt sich auch in den Erhebungen anlässlich der Rezertifizierung der Krankenhäuser.

Wenngleich teilweise das Zertifizierungsverfahren mit einer Überprüfung der Kriterien im Sinn einer Kontrolle interpretiert wird (vgl. Forster, Rojatz 2011; DV-NÖSH 2012), ist dies angesichts von Messproblemen (unpräzise Kriterienformulierung) nur schwer möglich. Die Kriterien lassen eine Bandbreite von Umsetzungsmöglichkeiten zu. Die Umsetzung obliegt dem jeweiligen

Krankenhaus und hier insbesondere dem/der SelbsthilfepartnerIn. Wie die Umsetzung erfolgt, muss gegenüber der Projektleitung nicht definiert werden (außer im Zuge der Rezertifizierung, wo ausgewählte Bereiche thematisiert werden). Die Projektpartner legen mehr Wert darauf, dass Aktivitäten gesetzt werden, als auf die genaue Erfüllung der Kriterien (Prozessorientierung). Ein/e SelbsthilfepartnerIn merkt an, dass die Auszeichnung automatisch kommt, wenn die Zusammenarbeit gelebt wird. Vom Projektteam wird ein Zusammenhang wahrgenommen zwischen subjektiver Zufriedenheit mit der Kooperation und der Erfüllung der Kriterien.

Wenn allerdings durch die Befragungen keine Kooperationsaktivitäten sichtbar werden und sich nach klärenden Gesprächen keine Änderung einstellt, würde die Auszeichnung vom Projektteam nicht zugesprochen werden. Wenngleich keine „Überprüfung“ der Kriterien möglich ist, wird durch die Erhebung bzw. Evaluierung der Kooperation in definierten Abständen das Thema wieder mehr in den Vordergrund gestellt und Möglichkeit/Anregung gegeben, über die Kooperation zu reflektieren. Die Rezertifizierung der Häuser dient somit auch der Sicherung der Nachhaltigkeit. Ein Nebeneffekt der Zertifizierung ist auch die Vernetzung der SelbsthilfepartnerInnen untereinander und der Austausch mit den Projektpartnern, da es anlässlich der Verleihung zu einem gemeinsamen Treffen kommt. Mit der Auszeichnung wird auch die Leistung des Krankenhauses – die Kooperation mit Selbsthilfegruppen – (öffentlichkeitswirksam) sichtbar gemacht, welches von den Befragten sowohl als Anerkennung für das Krankenhaus als auch als Information an die Öffentlichkeit interpretiert wird.

Eine weitere Frage, die im Zuge der Interviews nur grob angesprochen bzw. beantwortet werden konnte, ist jene der Wahrnehmung der Auszeichnung bzw. des Projekts in der Öffentlichkeit. Am Beispiel der nicht kooperierenden Selbsthilfegruppe zeigt sich, dass zwar das Projekt (aus der Zeitung) beiläufig wahrgenommen wird, dessen Inhalte und die enthaltenen Kooperationsmöglichkeiten nicht notwendigerweise bewusst sein müssen. Und auch kooperierende Gruppen muss nicht jedes Angebot des Krankenhauses bekannt sein.

## 4.5 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden einige Anregungen für die Reflexion der Kooperation gegeben, welche die Kooperationspartner jeweils für sich, aber auch gemeinsam reflektieren können, um die Kooperation weiter an die gemeinsamen Bedürfnisse, Möglichkeiten und Ziele anzupassen. Fragen, die andiskutiert wurden und weiter diskutiert werden können sind:

- Was wird mit der Zusammenarbeit angestrebt?  
Was macht eine gute Kooperation aus?
- Welche Präferenzen bestehen bei der Auswahl des Kooperationspartners?
- Welchem Zweck dienen die einzelnen Kriterien?  
Wovon ist ihre Umsetzung bzw. die Nutzung des Angebots abhängig?
- Wo liegen Stolpersteine in der Zusammenarbeit?
- Inwieweit wird die Zusammenarbeit von nicht unmittelbar Beteiligten (nicht kooperierende Selbsthilfegruppen, PatientInnen/Angehörige, Krankenhauspersonal) wahrgenommen?

## 5 Zwischenfazit und Ausblick – Ein Zwischenstopp

Kooperation wurde in dieser Broschüre als Entwicklungsprozess (im Sinne der Implementierung von Maßnahmen, Üben der Umsetzung) und als Routine (im Sinne der dargestellten Kooperationspraxis) betrachtet. Dieses Kapitel widmet sich der Frage, welche Veränderungen seit der Einführung der Kooperationskriterien von den Kooperationspartnern wahrgenommen werden.

Die befragten SelbsthilfgruppenvertreterInnen und SelbsthilfepartnerInnen äußerten Veränderungen zum einen implizit im Interviewverlauf (u.a. dass SelbsthilfepartnerInnen neu eingeführt wurden) und zum anderen widmete sich ein Teil des Interviews explizit den Folgen und Veränderungen. Gefragt wurde sowohl allgemein nach wahrgenommenen Veränderungen (allgemein, für das Krankenhaus, die Selbsthilfgruppe(n), die PatientInnen und KrankenhausmitarbeiterInnen) als auch bezüglich ausgewählter Aspekte. Diese Auswahl betraf insbesondere den Aufwand (Belastung und/oder Entlastung durch die Zusammenarbeit), den Einfluss von Betroffenen/Selbsthilfgruppen und die Veränderungen der Bekanntheit von Selbsthilfgruppen und einen allfälligen Mitgliederzugewinn.

Im Zuge des Projektes wurde versucht, über die Umsetzung von Kriterien die Kultur des Krankenhauses dahingehend zu verändern, dass ein selbsthilfefreundliches Klima entsteht. Entsprechend wird bei der Darstellung der wahrgenommenen Veränderungen durch die Befragten versucht, zwischen strukturellen und kulturellen Veränderungen (Veränderung der Beziehungsqualität) zu differenzieren und dies auf drei „Ebenen“: Der Ebene der Zusammenarbeit (Kapitel 5), der Organisationen (Krankenhaus, Selbsthilfgruppe) (Kapitel 5) und der Individuen (KrankenhausmitarbeiterInnen, PatientInnen) (Kapitel 5).

Für interessierte LeserInnen wird in Klammerausdrücken angegeben, wie viele der neun Selbsthilfgruppen (SHG), vier SelbsthilfepartnerInnen (SHP) und zwei Projektteammitglieder (PT) entsprechende Folgen/Veränderungen angegeben haben. Da nicht in allen Interviews alle Aspekte angesprochen wurden bzw. werden konnten, handelt es sich dabei um „Mindestangaben“. Aus diesem Grund werden auch Aspekte hervorgehoben, die nur einmal bzw. selten angeführt wurden.

Hingewiesen sei auch darauf, dass sich eine (allgemeine) Einschätzung der Veränderungen für die Befragten als schwierig erwies. Zum einen sind die Ursachen für Veränderungen nicht immer bestimmbar bzw. auf eine spezifische Ursache zurückzuführen, zum anderen sind „pauschale“ Einschätzungen schwierig. Beispielsweise muss in Hinblick auf die Steigerung der Bekanntheit der Selbsthilfe differenziert werden zwischen der Bekanntheit im Allgemeinen, im Krankenhaus (unter MitarbeiterInnen und/oder PatientInnen) sowie, ob es sich um die Bekanntheit der Selbsthilfe (mehrerer Selbsthilfgruppen handelt bzw. Selbsthilfe im Allgemeinen) oder ob diese auf die eigene Selbsthilfgruppe bezogen wird.

Im Anschluss an die Darstellung der wahrgenommenen Veränderungen und Folgen wird in Kapitel 5 ein Ausblick auf die künftige Zusammenarbeit gegeben.

## 5.1 „Selbsthilfefreundliche Zusammenarbeit“

Das Projektteam sieht im Projekt „Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus“ eine Klärung des Verhältnisses zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhaus dahingehend, dass Selbsthilfegruppen anerkannt und vom Krankenhaus unterstützt werden.

Zum einen wurden Kriterien eingeführt, die die Zusammenarbeit strukturieren und zum anderen wurde der Begriff „Selbsthilfefreundlichkeit“ bzw. „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ eingeführt.

### *Veränderungen in der Zusammenarbeit*

#### *Strukturierte Zusammenarbeit*

Die Zusammenarbeit wurde auf mehreren Ebenen strukturiert: Das Verhältnis von Krankenhaus und Selbsthilfegruppen wird definiert, indem sich Politik und Kollegiale Führung für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen aussprechen (2 PT, 1 SHP, 2 SHG). Die Kooperationskriterien legen Bereiche der Zusammenarbeit fest und geben einen Orientierungsrahmen, wo Zusammenarbeit möglich ist (2 SHP, 3 SHG). Durch die Kriterienumsetzung wird in jedem Krankenhaus eine Ansprechperson für Selbsthilfeanliegen definiert, die Patienteninformation durch Folder erlaubt und die Unterstützung der Selbsthilfegruppen angeboten. Die Unterstützung der Selbsthilfegruppen durch Räumlichkeiten erfolgte teilweise auch schon vor Projekteinführung. Neu sind ebenfalls Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhaus. Kontakthürden wurden abgebaut und die Kontaktaufnahme insbesondere durch die Einführung von Selbsthilfepartnern/-partnerinnen, nachrangig auch durch die Treffen von Gruppen im Krankenhaus erleichtert (4 SHP, 6 SHG). Zudem wurde die Sichtbarkeit der Zusammenarbeit erhöht.

#### *Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit*

Die Zertifizierung trägt zur Sicherung der Nachhaltigkeit bei (3 SHP, 1 SHG), welche aber auch in Abhängigkeit vom politischen Willen und finanziellen Ressourcen gesehen wird.

#### *Kooperationsintensität und Kooperationsmöglichkeiten*

Die SelbsthilfepartnerInnen nehmen eine Zunahme der Kooperationsintensität bzw. des Ausmaßes der Kooperation wahr (mehr Gruppen, intensiverer Austausch). In einem Fall wird die Zusammenarbeit jetzt auch als anspruchsvoller betrachtet. Die SelbsthilfegruppenvertreterInnen mit Kooperationsvorerfahrung nehmen (mit einer Ausnahme) keine intensivere Zusammenarbeit wahr. SelbsthilfegruppenvertreterInnen berichten aber von einer Zunahme an Kooperationsmöglichkeiten durch die Verbreitung des „Selbsthilfefreundlichen Krankenhauses“ (3 SHG). Häuser, die sich in der Implementierungsphase befinden, kontaktieren Selbsthilfegruppen in der Region und laden zum Partnerforum ein bzw. bieten die Zusammenarbeit/Unterstützung an (Nutzung von Räumlichkeiten).

### *Wahrnehmung von „Selbsthilfefreundlichkeit“*

#### *Wahrnehmung von SelbsthilfepartnerInnen*

Drei SelbsthilfepartnerInnen sehen die Zusammenarbeit als etwas Selbstverständliches an, als

Teil der Kultur des Krankenhauses. Ein/e SelbsthilfepartnerIn sieht das „Selbsthilfefreundliche Krankenhaus“ als zusätzliche Leistung des Krankenhauses.

### *Wahrnehmung von SelbsthilfepartnerInnen*

SelbsthilfgruppenvertreterInnen, die mit ein und demselben Krankenhaus kooperieren, schätzen die „Selbsthilfefreundlichkeit“ unterschiedlich ein. Dies kann ein Hinweis auf unterschiedliche Vorstellungen von „Selbsthilfefreundlichkeit“ sein. „Selbsthilfefreundlichkeit“ wird von Selbsthilfgruppen mit „politischen Willen“, der Haltung des Krankenhauses und Haltung der MitarbeiterInnen assoziiert. Vorrangig wird „Selbsthilfefreundlichkeit“ als Umsetzung des politischen Willens durch die Krankenhäuser bzw. eine Öffnung der Häuser für Selbsthilfgruppen interpretiert. Die Aufgeschlossenheit des Krankenhauspersonals gegenüber Selbsthilfgruppen und deren Unterstützung wird von manchen Gruppen noch nicht wahrgenommen (3 SHG). Dies wird von ihnen darauf zurückgeführt, dass nicht alle KrankenhausmitarbeiterInnen etwas mit dem Projekt (Top-down Implementierung) bzw. der Zusammenarbeit mit Selbsthilfgruppen zu tun haben. Angesprochen wird auch die unterschiedliche Ausgangslage der Krankenhäuser, ein Krankenhaus wurde auch schon vor 2008 als „selbsthilfefreundlich“ betrachtet (1 SHG). SelbsthilfvertreterInnen betonen explizit auch die Wichtigkeit der Präsenz der Selbsthilfe im Krankenhaus (1 PT, 2 SHG).

In der Folge wird auf Veränderungen auf der Organisations- und Individualebene eingegangen.

## **5.2 „Struktur- und Kulturänderungen“ auf Organisationsebene**

Unterschieden wird hier zwischen Veränderungen für bzw. auf Seiten des Krankenhauses und der Selbsthilfgruppen. Nachstehende Tabelle gibt eine Übersicht über die erhobenen Veränderungen auf Organisationsebene, auf welche in der Folge genauer eingegangen wird. Thematisiert wird hier auch der Aufwand durch die Kooperation.

*Tabelle 24: Strukturelle und kulturelle Veränderungen auf Organisationsebene*

		Organisationsebene	
		Krankenhaus (KH)	Selbsthilfgruppen (SHG)
Struktur	Strukturelle Verbesserungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung des Entlassungsmanagements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung für SHG</li> </ul>
	Möglichkeitserweiterung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissen über SHG</li> <li>• Vernetzung/Austausch von Erfahrung und Informationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissen über KH</li> <li>• Mitgliedergewinn</li> <li>• (Bekanntheitssteigerung)</li> </ul>
Kultur	Beziehungsqualität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbsthilfefreundliches Klima</li> <li>• Imageverbesserung (Außenwahrnehmung)</li> <li>• Entwicklung eines partnerschaftlichen Umgangs miteinander</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anerkennung</li> <li>• Wertschätzung</li> </ul>

*„Strukturelle“ Änderungen für die Organisationen*

Für Krankenhaus und Selbsthilfegruppen ergeben sich durch die Vernetzung Möglichkeiten zum Informations- und Erfahrungsaustausch (1 PT, 2 SHP, 2 SHG).

*„Kulturelle“ Änderungen für die Organisationen*

Hinweise auf die Verbesserung der Beziehungsqualität von Selbsthilfegruppen und Krankenhaus (abgesehen von der allgemeinen Öffnung für Selbsthilfegruppen) wurden kaum genannt (1 PT, 1 SHP, 1 SHG). Die wenigen Nennungen deuten auf die Entwicklung eines partnerschaftlichen Verhältnisses hin (mehr gegenseitiges Verständnis, Aufbau von Vertrauen). Gruppen mit Kooperationsvorerfahrung (3 SHG) nehmen keine Veränderungen der Beziehungsqualität wahr, ebenso ein/e SelbsthilfepartnerIn, da schon vor Projektstart gute Kontakte bestanden.

**Landeskliniken***„Strukturelle“ Änderungen für die Landeskliniken*

Die Landeskliniken verbessern ihr Entlassungs- bzw. Regionalmanagement (2 PT, 3 SHP), indem Selbsthilfegruppen bekannt sind und auf sie verwiesen werden kann bzw. mit ihnen (leichter) Kontakt aufgenommen werden kann. Die Umsetzung der Kriterien kann auch als zusätzliche Leistung des Krankenhauses betrachtet werden (1 SHP).

*„Kulturelle“ Änderungen für die Landeskliniken*

Ein selbsthilfefreundliches Klima wird als verwirklicht (3 SHP) bzw. teilweise verwirklicht (4 SHG) betrachtet. Durch die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ erfahren die Landeskliniken Anerkennung und eine Imageverbesserung (2 PL, 3 SHP, 2 SHG), wobei dies stärker von Krankenhaus und Projektteam wahrgenommen wird als von Selbsthilfegruppen. Ein „Nebeneffekt“ des Projektes bestand darin, dass sich durch die Zusammenarbeit auch Landeskliniken und Landeskliniken-Holding kennenlernen konnten und Vertrauen aufgebaut werden konnte.

*Kooperationsaufwand für die Landeskliniken*

In Hinblick auf den Kooperationsaufwand für Krankenhäuser wird dieser mehrheitlich als neutral bis entlastend eingeschätzt (3 SHP, 2 SHG). Die Entlastung wird in einem verbesserten Entlassungsmanagement (zusätzliches Angebot der Nachbetreuung) gesehen (von SelbsthilfepartnerInnen), aber auch durch das offenere Klima und den Input der Selbsthilfegruppen (Selbsthilfegruppen). Eine mögliche bzw. erhoffte Entlastung des Krankenhauses besteht auch darin, dass durch die Unterstützung von Betroffenen in Selbsthilfegruppen Krankenhausaufenthalte vermeidbar bzw. hinausgezögert werden können (3 SHP). (Mögliche) Belastungen durch die Kooperation für Krankenhäuser werden im Zusammenhang mit der Bewirtung bei Gruppentreffen (2 SHG) und in Abhängigkeit von der Anzahl der kooperierenden Gruppen gesehen (1 SHP, 2 SHG). Kooperieren viele oder alle Gruppen, könnte diese zur Überforderung des Krankenhauses führen bzw. muss bei jeder neuen Leistung für Selbsthilfegruppen geprüft werden, ob es – wenn es viele Gruppen nutzen – finanzierbar ist.

Das Krankenhaus stellt Räumlichkeiten für Gruppentreffen bereit und übernimmt aktuell neben

den Personalkosten für den/die SelbsthilfepartnerIn gegebenenfalls die Kosten für Getränke/Bewirtung und Vervielfältigung von Foldern.

### **Selbsthilfe(-gruppen)**

#### *„Strukturelle“ Änderungen für Selbsthilfegruppen*

Die Selbsthilfegruppen erhalten vom Krankenhaus Unterstützung (2 PT, 4 SHP, 6 SHG). Sie erhalten die Möglichkeit, in ihrer Gruppenarbeit administrativ (u.a. Bereitstellung von Räumlichkeiten) unterstützt zu werden sowie in der Öffentlichkeitsarbeit. Selbsthilfegruppen gewinnen an Bekanntheit (3 SHP, 5 SHG), wobei die zunehmende Bekanntheit auch als gesellschaftliche Entwicklung betrachtet wird. Selbsthilfegruppen können Wissen vom Krankenhaus beziehen (durch ReferentInnen oder Anfragen an KrankenhausmitarbeiterInnen) (1 PT, 3 SHP, 2 SHG). Zudem ergeben sich Hinweise, wonach sie durch die Zusammenarbeit die Krankenhausabläufe (Kommunikationswege) (besser) kennenlernen (1 SHP, 2 SHG).

Zwei GruppenvertreterInnen mit Kooperationsvorerfahrung sehen keine Lerneffekte, da das Krankenhaus schon vorher bekannt war. Inwieweit Selbsthilfegruppen durch die Kooperation neue Mitglieder gewinnen wird von den Befragten unterschiedlich eingeschätzt. Teilweise kann dies auch nicht beantwortet werden, weil in den Gruppen nicht danach gefragt wird, warum ein/e TeilnehmerIn zum Gruppentreffen kommt (3 SHG). Sofern von neuen Mitgliedern berichtet wird, handelt es sich um einige wenige (2 SHP, 2 SHG). SelbsthilfepartnerInnen weisen daraufhin, dass der Zulauf zu Gruppen themenabhängig ist (2 SHP).

#### *„Kulturelle“ Änderungen für Selbsthilfegruppen*

Durch die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern erfahren die Selbsthilfegruppen Anerkennung als Partner (2 PT, 2 SHP, 5 SHG). Die Aufgeschlossenheit von Krankenhäusern gegenüber Selbsthilfegruppen wird auch als Entwicklungsprozess gesehen:

*„Naja, mit der Zeit natürlich, was Gutes, etabliert sich irgendwann, das kristallisiert sich heraus“ (SHG 7, Zeile 93-94).*

Durch das (neu) definierte Verhältnis wurde Verunsicherung abgebaut und Selbsthilfegruppen haben bereits ein „Standing“, wenn sie die Kooperation mit dem Krankenhaus eingehen wollen. „Selbsthilfe“ wird zu einem Thema im Krankenhaus (2 PT, 2 SHP, 3 SHG) und Anliegen können (leichter) angesprochen werden (3 SHG). Inwieweit Anliegen erfüllt werden, d.h. die Selbsthilfegruppen tatsächlich Einfluss haben, kann hier nicht abschließend beurteilt werden. Einige Wünsche, wie die Einladung der Presse zur Erfahrungsaustauschveranstaltung und die Beschilderung zu den Räumen, wo Gruppentreffen stattfinden, konnten erfüllt werden. Durch die Thematisierung von Selbsthilfe steigt die Chance (zumindest passiv), bei neuen Projekten oder Agenden berücksichtigt zu werden. Vereinzelt (3 SHG) wurde auch eine höhere Wertschätzung für Selbsthilfegruppen wahrgenommen, welche sich auf die Existenz und Arbeit der Selbsthilfegruppen bezog und einmal auf den Input der Selbsthilfegruppen.

### *Kooperationsaufwand für Selbsthilfegruppen*

In Hinblick auf den Aufwand für Selbsthilfegruppen wird dieser allgemein vorrangig als neutral (1 SHP, 4 SHG) eingeschätzt, bezogen auf die Unterstützung und die erleichterte Kommunikation durch SelbsthilfepartnerInnen als entlastend (2 PT, 4 SHP, 6 SHG). Den Selbsthilfegruppen entstehen keine nennenswerten Kosten, nur vier Gruppen führen Kosten (für Treibstoff oder Drucken der Informationsmaterialien) an. In keinem Interview wurde eine Aufwandsentschädigung für Selbsthilfegruppen thematisiert bzw. gefordert. Überforderungen der Selbsthilfegruppen durch die Kooperation werden von den Gruppen nicht angegeben. SelbsthilfepartnerInnen nehmen teilweise eine Überforderung der Gruppen wahr (Ausmaß der Veranstaltungen, Probleme beim Ausfüllen der Fragebögen anlässlich der Rezertifizierung) (2 SHP).

## 5.3 „Struktur- und Kulturänderung“ für Individuen

Auf der Individualebene wird differenziert zwischen den wahrgenommenen Folgen für bzw. auf Seiten des Krankenhauspersonals und der PatientInnen. Nachstehende Tabelle gibt eine Übersicht über die erhobenen Veränderungen, auf die in der Folge genauer eingegangen wird.

*Tabelle 25: Strukturelle und kulturelle Veränderungen auf Organisationsebene*

		Individualebene	
		Krankenhauspersonal	PatientInnen
Struktur	Strukturelle Verbesserungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information über SHG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hinweis auf SHG</li> </ul>
	Möglichkeits-erweiterung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsentlastung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung von PatientInnen in SHG</li> </ul>
Kultur	Beziehungs-qualität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisierung für SHG-Arbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenzufriedenheit</li> </ul>

### *Krankenhausbedienstete*

#### *„Strukturelle“ Änderungen für das Krankenhauspersonal*

Professionelle werden über die Existenz (und Arbeitsweise) von Selbsthilfegruppen informiert (4 SHP, 3 SHG). Eine Ansprechperson für Selbsthilfefragen ist definiert und dem Personal bekannt.

#### *„Kulturelle“ Veränderungen für das Krankenhauspersonal*

Durch die Kooperation und Thematisierung von Selbsthilfe im Krankenhaus wird das Thema auch den Beschäftigten bewusster. Sie werden für Selbsthilfeanliegen sensibilisiert bzw. erhalten ein besseres Verständnis für die Tätigkeit von Selbsthilfegruppen (3 SHP, 4 SHG). Dies wird als Prozess gesehen, der noch ausbaufähig ist (1 SHP, 3 SHG): Einzelne MitarbeiterInnen sind

selbsthilfefreundlich, während die Gesamtheit es noch nicht ist. Vereinzelt (1 SHP, 2 SHG) wird keine Veränderung für das Krankenhauspersonal wahrgenommen, da es mit der Zusammenarbeit nach Einschätzung der Befragten nichts zu tun hat.

### *Kooperationsaufwand für das Krankenhauspersonal*

Die Kooperation mit Selbsthilfegruppen wird allgemein für MitarbeiterInnen als aufwandsneutral bis entlastend eingeschätzt (4 SHP, 5 SHG). Für einzelne MitarbeiterInnen (SelbsthilfpartnerInnen, Reinigungspersonal) ergeben sich zusätzliche Tätigkeiten (2 SHP, 1 SHG). Die SelbsthilfgruppenvertreterInnen (3 SHG) sehen deutlich einen Wissensgewinn durch die Teilnahme von PatientInnen an einer Selbsthilfegruppe und die dadurch erhaltene Vorbereitung auf den Kontakt mit Professionellen, welches auch zur Entlastung der KrankenhausmitarbeiterInnen führt. Auch der Dachverband der NÖ Selbsthilfgruppen sieht den Mehrwert der Selbsthilfe für den Gesundheitsbereich darin, dass SelbsthilfgruppenteilnehmerInnen informierter sind und dadurch die KrankenhausmitarbeiterInnen entlasten können. Interessanterweise wurde dies von jenem/jener GruppenvertreterIn am deutlichsten ausgesprochen, der/die nicht mit dem Krankenhaus kooperiert. SelbsthilfpartnerInnen sprechen diesen Aspekt nicht an<sup>19</sup>. Sie führen die Entlastung auf das bessere Verhältnis zu Selbsthilfgruppen zurück.

### **PatientInnen**

#### *„Strukturelle“ Änderungen für PatientInnen*

PatientInnen werden auf die Unterstützungsmöglichkeit in Selbsthilfgruppen hingewiesen (1 PT, 4 SHP, 5 SHG). Diese Hinweise erleichtern die Kontaktaufnahme. Sofern die Betroffenen an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen, erhalten sie dort Unterstützung. SelbsthilfpartnerInnen nehmen an bzw. hoffen, dass durch die Unterstützung in Selbsthilfgruppen Krankenhausaufenthalte bzw. der Kontakt mit Professionellen vermieden werden können (3 SHP).

#### *„Kulturelle“ Änderungen für PatientInnen*

Werden durch die Patienteninformation vermehrt „Selbsthilfepotentiale“ (im Sinne einer Beteiligung an einer Selbsthilfegruppe) aktiviert? Differenziert werden kann zwischen der Wahrnehmung der Information(-smöglichkeit) und der tatsächlichen Inanspruchnahme. Die Befragten nehmen an, dass die Informationen „beiläufig“ wahrgenommen werden und hier vorrangig von jenen PatientInnen, die sich bereits für Selbsthilfe interessieren (2 SHP, 2 SHG). Die Inanspruchnahme der Information wird von den SelbsthilfpartnerInnen unterschiedlich eingeschätzt. Die SelbsthilfpartnerInnen von Häusern mit „aktiver Selbsthilfefreundlichkeit“ (aktivem Hinweisen auf Selbsthilfgruppen) geben an, dass die Information in Anspruch genommen wird und die Gruppen (teilweise) regen Zulauf haben. Andere Befragte geben an, dass die Information eher wenig in Anspruch genommen wird (2 SHP, 4 SHG). Die Zufriedenheit der PatientInnen – wenn sie an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen – wurde nur in einem Interview explizit thematisiert (1 SHP).

Der anschließende Ausblick geht auf die gewünschten und geplanten Weiterentwicklungen der Zusammenarbeit ein.

<sup>19</sup> Sie sprechen einen anderen Aspekt an, nämlich eine mögliche Entlastung durch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten bzw. den Kontakt mit Professionellen von PatientInnen durch die gegenseitige Unterstützung und den Informationsaustausch in Selbsthilfgruppen.

## 5.4 *Ausblick auf den weiteren Weg*

Die Kooperationspartner wurden nach ihren Zukunftswünschen für die weitere Zusammenarbeit gefragt. Im Zuge der Interviews mit den SelbsthilfepartnerInnen und den beiden Vertreterinnen des Projektteams wurden zusätzlich auch die geplanten Weiterentwicklungen erhoben. Bei der Darstellung wird getrennt zwischen der Projektebene (Vorstellungen des Projektteams) und jenen auf der Kooperationsebene von SelbsthilfepartnerInnen und SelbsthilfgruppenvertreterInnen.

### *Weiterentwicklung des Projekts*

Zentrales Anliegen des Projektteams ist die Sicherung der Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit. Folgende Maßnahmen sollen zur Sicherung der Nachhaltigkeit beitragen:

- Rezertifizierung
- Thematisierung von Selbsthilfe in Krankenpflegeschulen
- Ausdehnung (bzw. Forcierung) der Selbsthilfefreundlichkeit auf weitere Bereiche (Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassener Bereich, Gemeinden)

In Hinblick auf die Kooperation wird versucht, am identifizierten Nachsteuerungsbedarf zu arbeiten und u.a. die Kooperationsinhalte stärker an die Selbsthilfgruppen zu vermitteln (u.a. über die Zeitschrift des Dachverbandes). Denkbar wäre auch, in den Landeskliniken ein Büro für SelbsthilfgruppenvertreterInnen einzurichten, die speziell geschult sind und für wenige Stunden in der Woche entgeltlich Betroffene beraten und Gruppen initiieren („Peer-Beratung“).

Die Weiterentwicklung und der Ausbau der Zusammenarbeit sind erwünscht. Wesentlich dabei erscheint es, nicht am Bedarf der Gruppen vorbei zu entwickeln (1 PT). Zu hinterfragen ist beispielsweise inwieweit der Erfahrungsaustausch zwischen Landeskrankenhaus und Selbsthilfgruppen von außen forciert werden soll.

### *Weiterentwicklungen der Kooperation*

Selbsthilfgruppen und SelbsthilfepartnerInnen wünschen sich - angesichts der beidseitig begrenzten Ressourcen - vorrangig die Beibehaltung des Status quo (2 SHP, 7 SHG). Themen für die Zukunft sind insbesondere die Intensivierung des Austausches auf verschiedenen Ebenen (3 SHP, 3 SHG): Zwischen Krankenhaus/SelbsthilfepartnerInnen und Selbsthilfgruppen, den SelbsthilfepartnerInnen untereinander sowie zwischen Selbsthilfgruppen und NÖGUS.

#### *Gewünschte Weiterentwicklung von Selbsthilfgruppen*

Selbsthilfgruppen wünschen sich weitere Unterstützung vorrangig in Hinblick auf ReferentInnen und die Klärung von weiteren Möglichkeiten der Kooperation (5 SHG). Vereinzelt (1 SHP, 2 SHG) werden auch gemeinsamen Projekten<sup>20</sup> bzw. der Einbindung von Selbsthilfgruppen in die Fortbildung der MitarbeiterInnen gewünscht bzw. sind in Planung. Von einem/einer SelbsthilfgruppenvertreterIn wird eine Vorstellungsrunde der kooperierenden Selbsthilfgruppen für alle Krankenhausmitarbeiter vorgeschlagen, um die Bekanntheit der Gruppen im Krankenhaus

<sup>20)</sup> Angemerkt sei, dass mit dem Begriff „Projekt“ verschiedenste Formen der Zusammenarbeit bezeichnet werden können (z.B. wissenschaftliche Projekte, gemeinsame Veranstaltungen).

zu steigern. Verbesserungsmöglichkeiten werden bei der Ständergestaltung und -platzierung gesehen sowie in der Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt (Steigerung der Bekanntheit der Zusammenarbeit sowie ihrer Ziele).

### *Gewünschte Weiterentwicklung von SelbsthilfepartnerInnen*

SelbsthilfepartnerInnen wünschen sich insbesondere mehr zeitliche Ressourcen für Ihre Tätigkeiten, aber auch krankenhausintern ein leichteres Durchsetzen von Selbsthilfeanliegen. Geplante Weiterentwicklungen der SelbsthilfepartnerInnen betreffen:

- Sicherung/qualitative Beibehaltung des Status quo
- Erhöhung der Anzahl kooperierender Gruppen
- Durchführung von Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch
- Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in Projekte bzw. Besprechungen

Weiters wurde je einmal genannt die Verankerung der Selbsthilfegruppen in den Entlassungsunterlagen, das verstärkte Hinweisen auf Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige sowie die generelle Offenheit für Anliegen der Selbsthilfegruppen.

Gesondert wurde auch danach gefragt, wie die Befragten zu einer stärkeren Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in Krankenhausprozesse bzw. zur Beteiligung an Arbeitsgruppen, Projekten stehen, worauf in der Folge näher eingegangen wird.

### *Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in Krankenhausprozesse*

In der Literatur findet sich die Empfehlung, das Erfahrungswissen von Selbsthilfegruppen in Krankenhausprozesse einzubinden. Eine Möglichkeit hierfür ist die Beteiligung von Selbsthilfegruppen in Projekten, Arbeitsgruppen, aber auch der Fortbildung von Krankenhauspersonal. Diese Möglichkeiten sind bereits in den Hamburger Kriterien vorgesehen, in der NÖ Adaption der Kriterien zwar teilweise angedacht, wie diese Studien aber zeigte, noch nicht bzw. nur sehr vereinzelt umgesetzt. Entsprechend kann diskutiert werden, inwieweit eine Einbeziehung von Selbsthilfegruppen von beiden Seiten künftig gewünscht und möglich ist.

In Hinblick auf eine künftige, stärkere Einbeziehung von Selbsthilfegruppen zeigen sich die Befragten eher offen für diese Möglichkeit (2 SHP, 6 SHG). Je zwei SelbsthilfepartnerInnen und SelbsthilfgruppenvertreterInnen zeigen sich zurückhaltend. Im Fall einer Gruppe wird es grundsätzlich für sinnvoll, im konkreten Fall der Gruppe aber nicht für realistisch gehalten: Zum einen verfügt die Gruppe über zu wenig aktive Mitglieder, zum anderen hat der Problembereich der Gruppe keine bzw. nur sehr geringe Relevanz im Krankenhaus. Die Beteiligung wird themenabhängig bzw. bedarfsabhängig gesehen (2 SHP, 2 SHG). Auch die Einschränkungen der Selbsthilfegruppen (wenige aktive Mitglieder, möglicher Ausfall wegen Betroffenheit) sind zu berücksichtigen (1 SHP, 1 SHG).

Schwierigkeiten bei der Einbeziehung von Betroffenen stellen (jeweils eine Nennung) der Umgang mit Betroffenen, die Themenabhängigkeit (nicht alle Gruppen sind für alle Themen geeignet) sowie die möglicherweise ausufernden Wünsche der Betroffenen dar. Weitere Heraus-

forderung ist die Bereitschaft/Möglichkeit zur Teilnahme bzw. die Auswahl von Betroffenen.

Für eine stärkere Einbeziehung von Selbsthilfegruppen werden neben ausreichend Kapazitäten (Zeit, Raum, Kenntnis der Krankenhausabläufe), die beidseitige Bereitschaft als Voraussetzung gesehen, sowie das Ergreifen der Initiative von Seiten der Selbsthilfe („Selbsthilfe als treibende Kraft“).

### **5.5 Zusammenfassung**

Durch die Einführung der Qualitätskriterien wurde die Zusammenarbeit strukturiert und Kontakt-hürden abgebaut. Zudem erfuhren Krankenhäuser und Selbsthilfegruppen einen Imagegewinn bzw. Bekanntheitsgewinn. Das Krankenhaus unterstützt nun auch offiziell Patientengruppierungen und nicht nur einzelne PatientInnen. Einzelne Betroffene können in Selbsthilfegruppen gemeinsam Wege der Problembewältigung für sich erkennen. „Selbsthilfefreundlichkeit“ ist auf Krankensebene umgesetzt, MitarbeiterInnen sind auf den Weg zur Selbsthilfefreundlichkeit und werden durch die Thematisierung von Selbsthilfe im Krankenhaus für Selbsthilfeangelegenheiten sensibilisiert. Selbsthilfegruppen werden primär als komplementäre Ressource betrachtet und nicht als Partner in der Systemmitgestaltung. Die Stärke der Selbsthilfe im Sinne einer Entlastung für das System durch kompetentere PatientInnen wird von der Selbsthilfe gesehen, von den SelbsthilfepartnerInnen bislang nicht.

Für die Zukunft wünschen sich die Kooperationspartner, angesichts beidseitig knapper Ressourcen, vorrangig die Beibehaltung des Status quo und keine Verschlechterung. Das Projektteam bemüht sich um die Sicherung der Nachhaltigkeit.

## Zusammenfassende Betrachtung: Kooperation als Entwicklungsprozess

Die Veränderungen in der NÖ Krankenhauslandschaft wurden zum Anlass genommen, um das Verhältnis von Selbsthilfegruppen und Krankenhaus explizit zu definieren. Im Zuge von Konferenzen wurden die Wünsche und Anregungen von Selbsthilfegruppen erhoben und als Ausgangspunkt für die Entwicklung einer umfassenden Maßnahme genommen. Das Projektkonzept „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ beinhaltet einen Kriterienkatalog, um die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen zu strukturieren und ein Vergabeverfahren, welches die Umsetzung der Kriterien bewertet und die Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit sichern soll. Beides wurde vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds in Zusammenarbeit mit dem Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen und der Landeskliniken-Holding erarbeitet. VertreterInnen des Dachverbandes wurden konsultativ einbezogen. Wie die Kriterien schließlich umgesetzt wurden und mit welcher Priorität diese verfolgt werden, wurde jedem Krankenhaus bzw. dem/der jeweiligen SelbsthilfepartnerIn überlassen. Bis Jahresende 2012 sollen die Landeskliniken weitgehend die Kriterien umgesetzt und die Auszeichnung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ erhalten haben. Entsprechend unterstützen Krankenhäuser nun nicht mehr nur einzelne PatientInnen, sondern auch Patientengruppen.

Inwieweit die Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit Selbsthilfegruppen in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird, kann hier nicht abschließend beantwortet werden. Auf Seiten der Selbsthilfegruppen wird vom Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen geschätzt, dass etwa 66% der NÖ Selbsthilfegruppen, 220 Gruppen, mit Krankenhäusern kooperieren. Inwieweit das Drittel an Selbsthilfegruppen, die (noch) nicht mit einem Krankenhaus kooperieren das „selbsthilfefreundliche Krankenhaus“ als Kooperationsangebot/-möglichkeit versteht, wurde nicht erhoben. Im Fall einer befragten Selbsthilfegruppe zeigte sich aber, dass diese Möglichkeit noch nicht erkannt wurde. Die kooperierenden Selbsthilfegruppen nehmen „Selbsthilfefreundlichkeit“ primär auf Organisationsebene wahr, im Sinne einer Öffnung für Selbsthilfegruppen bzw. Anerkennung dieser als komplementäre Ressource. Nicht alle KrankenhausmitarbeiterInnen haben mit der Kooperation zu tun. Dennoch werden durch die Thematisierung von Selbsthilfe im Krankenhaus Sensibilisierungsprozesse bei den MitarbeiterInnen in Gang gesetzt. Die SelbsthilfepartnerInnen sehen Selbsthilfegruppen vorrangig als externe Ressource. Eine Entlastung des Krankenhauspersonals durch Selbsthilfegruppenmitglieder (=mündigere PatientInnen) sehen sie nicht. Selbsthilfegruppen nehmen diese wahr. Das Aufzeigen des Nutzens der Kooperation für die MitarbeiterInnen könnte die Kooperation fördern, indem aufgezeigt wird, dass die Kooperation nicht nur Selbsthilfegruppen und PatientInnen zu gute kommt, sondern auch dem Krankenhauspersonal angesichts der immer knapper werdenden Zeitressourcen. PatientInnen nehmen die Möglichkeit „Selbsthilfegruppe als Bewältigungsstrategie“ vorrangig wahr und an, wenn sie ein entsprechendes Interesse verspüren bzw. sie aktiv auf Selbsthilfegruppen hingewiesen werden. Das Erkennen der Möglichkeiten kann als Grundvoraussetzung dafür betrachtet werden, diese zu ergreifen.

Gemäß der „Vision“ fördert ein selbsthilfefreundliches Krankenhaus den Kontakt zwischen PatientInnen und Selbsthilfegruppen, unterstützt kooperationsbereite Selbsthilfegruppen und erweitert sein ärztliches und pflegerisches Handeln durch das Erfahrungswissen der Selbsthilfe (Bobzien 2007: 54; Gamsjäger, Fahrnberger 2012). In der Praxis zeigen sich Unterschiede hin-

sichtlich der Umsetzung der Kriterien. Gemeinsam ist ihnen, dass alle selbsthilfefreundlichen Krankenhäuser eine Ansprechperson für Selbsthilfeagenden (SelbsthilfepartnerIn) definiert haben, PatientInnen und KrankenhausmitarbeiterInnen zumindest passiv (über aufgelegte Folder) über kooperierende Selbsthilfegruppen informiert werden und das Krankenhaus bereit ist, die Arbeit der Selbsthilfegruppen zu unterstützen (u.a. durch Räumlichkeiten, Einbeziehung in die Öffentlichkeitsarbeit). Es zeigt sich, dass indirekte Kooperationsformen häufiger umgesetzt werden als direkte: Während die Kontaktvermittlung und die Unterstützung der Selbsthilfegruppen weitgehend realisiert scheinen, erfolgt die Einbeziehung des Erfahrungswissens der Selbsthilfegruppen hingegen nur ansatzweise. Auch deutsche Erfahrungen zeigen, dass die in den dortigen Kriterien expliziter formulierten „Mitwirkungsansprüchen“ eine untergeordnete Rolle spielen (Trojan et al. 2012). Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass eine Einbeziehung von Selbsthilfegruppen für beide Seiten voraussetzungsreicher ist und zum anderen lässt es sich in Niederösterreich möglicherweise auch auf den Projektfokus zurückführen. Primäres Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Selbsthilfegruppen, indem PatientInnen über die Teilnahmemöglichkeit an Selbsthilfegruppen informiert werden. Selbsthilfegruppen werden als (externe) Ergänzung der professionellen Versorgung betrachtet (vgl. Gamsjäger 2008), nicht als potentielle Mitgestalter im Krankenhaus. Durch die gemeinsame Schnittstellenarbeit lernten sich die Kooperationspartner kennen, wodurch eine Basis für die weitere Kooperation geschaffen wurde, auf der nun weiter aufgebaut werden kann.

Angesichts der beidseitigen knappen (Zeit-)Ressourcen, wünschen sie sich SelbsthilfegruppenvertreterInnen und SelbsthilfepartnerInnen für die Zukunft vorrangig die Beibehaltung des Status-Quo. Für eine stärkere Einbeziehung des Erfahrungswissens bzw. einer Beteiligung von Selbsthilfegruppen zeigen sie sich grundsätzlich offen, wenngleich teilweise etwas zurückhaltend. In der Literatur wird der stärkeren Einbindung von Selbsthilfegruppen großes Potential zugeschrieben. Einige AutorInnen sehen gar die Notwendigkeit einer stärkeren Einbeziehung für die nachhaltige Verbesserung der Versorgungsqualität (Stark 2001; Nickel et al. 2009; Slesina, Fink 2009). In der Praxis erweist sich dies als voraussetzungsreich für beide Seiten und erfordert eine sehr differenzierte Betrachtung. Beispielsweise verfügen themenspezifische Selbsthilfe(dach)organisationen über mehr Ressourcen und einen höheren Organisationsgrad als Selbsthilfegruppen und damit potentiell über mehr Kooperationskapazitäten. Angesichts der Ressourcenknappheit der SelbsthilfepartnerInnen (kein definiertes Stundenbudget) scheint eine aktivere Rolle bei der Einbeziehung der Selbsthilfeorganisationen kaum möglich. Neben der Berücksichtigung der Kapazitäten der Kooperationspartner gilt es auch, Formen der Einbeziehung zu diskutieren. Ein breites Spektrum an Einbeziehungsformen ist möglich – vorstellbar ist die Identifikation von Problemen, aber auch die Mitwirkung an der Umsetzung von Maßnahmen. Art, Ebene und Ausmaß der Mitgestaltung gilt es, zu definieren. Zudem kann unterschieden werden, ob einzelne Selbsthilfegruppen/-organisationen ihr themenspezifisches Wissen einbringen oder ein Repräsentant der organisierten Selbsthilfe, die Anliegen der „Selbsthilfe“ einbringt. Eine Möglichkeit die künftige Ausrichtung der Zusammenarbeit zu bestimmen, bieten die gemeinsamen Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch. In diesem Rahmen können auch die Möglichkeiten auf beiden Seiten diskutiert werden sowie die notwendige externe Unterstützung.

Eine externe, kontinuierliche Begleitung der Kooperation erfolgt gegenwärtig nur bei Bedarf. VertreterInnen des Dachverbandes der NÖ Selbsthilfegruppen und der Landeskliniken-Holding stehen im Regelbetrieb vorrangig servicierend bei Fragen oder Problemen zur Verfügung. Angesichts der grundsätzlichen Offenheit für eine stärkere Einbeziehung des Erfahrungswissens bei gleichzeitig eingeschränkten Ressourcen von SelbsthilfegruppenvertreterInnen und Selbsthilfepartnern/-partnerinnen, scheint es eines „Katalysators“ zu bedürfen, um die Bereitschaft in Aktivitäten münden zu lassen. In der Literatur wird ein Kooperationsdreieck zwischen Selbsthilfegruppe, Krankenhaus und Selbsthilfeunterstützungsstelle vorgeschlagen (u.a. Bobzien 2006a). Der Selbsthilfeunterstützungsstelle bzw. dem themenübergreifenden Selbsthilfedachverband wird eine Mittlerinstanz zugeschrieben (vgl. Bobzien 2006a; Nowak 2011). Er kann beispielsweise Vernetzungstreffen organisieren, das Erfahrungswissens der einzelnen Selbsthilfegruppen aufbereiten und die Veranstaltungen moderieren. Denkbar wäre eine Selbsthilfelandeskonferenz mit dem Themenschwerpunkt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus, Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen/-organisationen“. In moderierten Arbeitsgruppen kann die bestehende Zusammenarbeit reflektiert und die gewünschte Weiterentwicklung diskutiert werden. Vernetzungen auf regionaler Ebene, Bundesland- oder gar Bundesebene erscheinen zweckmäßig, um den Austausch zu forcieren und von gegenseitigen Erfahrungen zu profitieren (vgl. Forster, Rojatz 2011). Die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und themenspezifischen Selbsthilfegruppen/-organisationen kann der themenübergreifende Selbsthilfedachverband dokumentieren und Beispiele guter Kooperationspraxis aufbereiten als Anregung und Motivation für weitere Zusammenarbeit. Hierdurch ergeben sich auch neue Aufgaben für den themenübergreifenden Dachverband. Möglicherweise verlagern sich Aufgabenschwerpunkte: Weg von der administrativen Unterstützung der Gruppenarbeit (u.a. in der Raumfrage), welche von Krankenhäusern übernommen wird, hin zur inhaltlichen Unterstützung (Sammlung und Aufbereitung des Erfahrungswissens der Gruppen) und Interessenseinbringung. Die Steuerungsverantwortung für die Weiterentwicklung des Projekts liegt aktuell beim Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen und damit bei der Selbsthilfe, die als „Motor“ der Zusammenarbeit fungieren kann.

## Literatur

- Arbeitskreis Selbsthilfe und Krankenhaus (2004): Selbsthilfe und Krankenhaus: ein Gewinn für alle. Gelsenkirchen.
- ARGE Selbsthilfe Österreich (2008): Fachstandards für die Unterstützung von Selbsthilfegruppen. <http://www.selbsthilfe-salzburg.at/uploads/media/Fachstandards.pdf> (02.02.2012).
- Bachl, A.; Büchner, B.; Stark, W. (1998): Projekt C 22 „Beratungskonzepte und Dienstleistungen von Selbsthilfe-Initiativen“. Schlussbericht, Bayerischer Forschungsverbund Public Health – Öffentliche Gesundheit, unveröffentlicht.
- Balke, K. (1988): Aufgaben der Selbsthilfegruppen-Unterstützung und der Stand der kommunalen Förderpraxis. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-Förderung, Gießen.
- Balke, K. (1991): Reflexionspartner – nicht mehr, aber auch nicht weniger. Zur Herausbildung der Fachlichkeit „Selbsthilfegruppen-Unterstützung“. In: Balke, K.; Thiel, W. (Hrsg.): Jenseits des Helfens. Professionelle unterstützen Selbsthilfegruppen. Freiburg im Breisgau, 15-26.
- Bobzien, M. (2006a): Mitmischen in den eigenen Angelegenheiten. Selbsthilfe als Lernfeld – nicht nur für Betroffene. In: Seckinger, M. (Hrsg.): Partizipation – ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern. (Fortschritte der Gemeindefpsychologie und Gesundheitsförderung Band 13). Tübingen: DGVT-Verlag, 89-118.
- Bobzien, M. (2006b): Die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus unter Qualitätsgesichtspunkten fördern: Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“. In: Werner, S.; Bobzien, M.; Nickel, St.; Trojan, A. (Hg.): Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Bremerhaven: Bundesverband der Betriebskassen, 49-66.
- Bobzien, M. (2007): Ein selbsthilfefreundliches Krankenhaus – was soll das sein? Qualitätskriterien als Orientierung für gelingende Zusammenarbeit. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2007. Gießen: Eigenverlag, 54-61.
- Bobzien, M. (2008): Selbsthilfefreundliches Krankenhaus - auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung. Ein Leitfadens für interessierte Krankenhäuser. Essen: BKK Bundesverband.
- Borgetto, B. (2004): Selbsthilfe und Gesundheit, Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber, Hofrefe AG (Buchreihe des Schweizer Gesundheitsobservatoriums).
- Borgetto, B. (2005): Kooperation im System der Gesundheitsversorgung. Zur Vernetzung von Experten- und Betroffenenkompetenz. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 28 (1), 48-64.

- Borgetto, B.; Trojan, A. (2007): Versorgungsforschung und Laiensystem. In: Janssen, Ch.; Borgetto, B.; Heller, G. (Hrsg.): Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde. Weinheim und München: Juventa, 25-47.
- Braunegger-Kallinger, G.; Forster, R.; Krajic, K.; Nowak, P.; Österreicher, S.; Barcza, A. (2009): PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich - Endbericht. Wien: Institut für Soziologie.
- Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen (DV-NÖSH) (2012): Selbsthilfe im Blickpunkt. Zeitschrift des Dachverbandes der NÖ Selbsthilfegruppen. Ausgabe März 2012.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) (Hrsg.) (1987): Selbsthilfegruppen-Unterstützung. Ein Orientierungsrahmen. Gießen.
- El-Najjar, D. (2010): Kooperation von Selbsthilfeinitiativen und dem Versorgungssystem Krankenhaus. Masterarbeit Universität Wien.
- Engelhardt, H.D.; Trojan, A.; Nickel, St. (2008): Leistungen von Selbsthilfegruppen. Ein Plädoyer für „grundlegende“ Forschung. In: Forum Gemeindepsychologie, 13 (2).
- Fahrnberger, D. (2012): Gütesiegel selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Rezertifizierung 2012. Präsentation anlässlich der Rezertifizierungsveranstaltung „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ im NÖGUS, 9.3.2012, St. Pölten.
- Findeiß, P.; Schachl, T.; Stark, W. (2001): Projekt C2 "Modelle der Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem". Kurzdarstellung. München.
- Fischer, J.; Litschel, A.; Meye, M.R.; Schlömann, D.; Theiß, St.; Ueffing, G. (2004): Kooperationshandbuch – ein Leitfaden für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfe. Wissenschaftliche Reihe – Band 58. Köln, 37 – 40.
- Forster, R. (2007): Selbsthilfebewegung: Chancen und Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesundheitspolitik. In: Soziale Sicherheit, Oktober 2007, 468-473.
- Forster, R.; Puchebner, M. (2010): Selbsthilfe in Österreich - wo steht NÖ? Ausgewählte Ergebnisse einer Befragungsstudie von Selbsthilfegruppen. Ein Forschungsprojekt der Universität Wien in Kooperation mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung. Tag der NÖ Selbsthilfe, St. Pölten, 29.4.2010.
- Forster, R.; Nowak, P. (2011): Zur Rolle von Patientengruppen und -organisationen in einem „lernenden Gesundheitssystem“ Schlussfolgerungen aus einer österreichischen Studie. In: Krajic, K. (Hrsg.): Lernen für Gesundheit. Tagungsband der 13. wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health 16. und 17. September 2010. Linz: Johannes Kepler Universität Linz; Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, 107-124.
- Forster, R.; Rojatz, D. (2011): Selbsthilfegruppen als Partner der Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Eine Analyse am Beispiel krankenhausbbezogener Kooperationsprojekte. Institut für Soziologie, Universität Wien. Forschungsbericht.

- Forster, R.; Braunegger-Kallinger, G.; Nowak, P.; Österreicher, S. (2009a): Funktionen gesundheitsbezogener Selbsthilfeorganisationen – eine Analyse am Beispiel einer österreichischen Untersuchung. In: SWS-Rundschau (49.Jg), Heft 4/2009, 468-490.
- Forster, R.; Nowak, P.; Braunegger-Kallinger, G.; Österreicher, S.; Krajic, K. (2009b): Patienten- und Angehörigenorganisationen bzw. -gruppen in Österreich: Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus einem bundesweiten Forschungsprojekt. In: Sozial Sicherheit, Dezember 2009, 614-629.
- Forster, R.; Braunegger-Kallinger, G.; Krajic, K. (2011): Selbsthilfeorganisationen als „Stimme der Patient/innen“ in Österreich. Herausforderungen und Erfahrungen von Interessenvertretung und Beteiligung. In: Meggeneder, O. (Hrsg.): Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, 9-40.
- Gamsjäger, R. (2008): Gütesiegel selbsthilfefreundliches Krankenhaus 2007/08. Projektbericht. Ein Kooperationsprojekt von NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, NÖ Landesklinikenholding und Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen.
- Gamsjäger, R.; Fahrnberger, D. (2012): Neufassung der Kriterien Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NÖ. (Stand 09.03.2012)
- Geene, R.; Huber, E.; Hundertmark-Mayser, J.; Möller-Böck, B.; Thiel, W. (2009): Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 52 (1), 11-20.
- Janig H. (1999): Wirkung von Selbsthilfegruppen auf Lebensqualität und Gesundheit. Erste Ergebnisse einer österreichischen Studie. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch, 1, 103-108.
- Kecklik, A.; Lehner, E.; Nowak, P.; Schnaubelt, Ch. (2006): Selbsthilfegruppen greifbar im Spital: PatientInnenorientierte Qualitätsentwicklung an der Schnittstelle Krankenhaus / Selbsthilfegruppen. In: Werner, S.; Bobzien, M.; Nickel, St.; Trojan, A. (Hg.): Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Bremerhaven: Bundesverband der Betriebskassen, 67-84.
- Kelleher, D. (2006): Self-help groups and their relationship to medicine. In: Kelleher, D.; Gabe, J., Williams, G. (2006): Challenging Medicine, London – New York: Routledge, 104-121.
- Kofahl, Ch.; Nickel, St.; Trojan, A. (2011): Gesellschaftliche Trends und gesundheitliche Herausforderungen für die Selbsthilfe in Deutschland. In: Meggeneder, O. (Hrsg.): Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, 67-106.
- Landeskliniken-Holding (2010): Bericht 2010. St. Pölten: Eigenverlag. [http://www.holding.lknoe.at/fileadmin/media\\_data/Bilder/Boxenbilder\\_Startseite/Inhalte/LKH%20GB%202010\\_WEB\\_einzel.pdf](http://www.holding.lknoe.at/fileadmin/media_data/Bilder/Boxenbilder_Startseite/Inhalte/LKH%20GB%202010_WEB_einzel.pdf) (12.03.2012)
- Leisenheimer, C.; Buchholtz-Gorke, A.; del Mestre, A.; Stötzner, K. (1999): Anforderungen an die Kooperation zwischen dem System professioneller Gesundheitsversorgung und der

Selbsthilfe. Berlin: SEKIS.

- Lins, A.; Maier, M. (1998): Empowerment als Konzept zur Förderung der Selbsthilfe. In: Grundböck, A.; Nowak, P.; Pelikan, J. M. (Hg.): Neue Herausforderungen für Krankenhäuser. Qualität durch Gesundheitsförderung - Gesundheitsförderung mit Qualität, Wien: Facultas Universitätsverlag, 188-198.
- Maier, M. (2002): Das Empowerment-Konzept in der fachlichen Unterstützung von Selbsthilfegruppen. In: Meggeneder, O.; Hengl, W. (Hrsg.): Der informierte Patient – Anspruch und Wirklichkeit, Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkassa, 83-96.
- Meuser, M.; Nagel, U. (1991): Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D.; Kraimer, K. (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen, 465 – 478.
- Meuser, M.; Nagel, U. (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorien, Methoden, Anwendungen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 71-95.
- Mitterer, M. (2012): PatientInnen- und Angehörigengruppen in Niederösterreich – Die Selbsthilfe und ihr Stellenwert im Gesundheitssystem. Diplomarbeit Universität Wien.
- Nickel, St.; Werner, S.; Kofahl, Ch. (2009): Selbsthilfebezogene Patientenorientierung als Qualitätsziel – Entwicklungsstand, Modellprojekte und Forschungsergebnisse. In: Döhner, H.; Kaupen-Haas, H.; von dem Knesebeck, O. (Hg.): Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Alf Trojan. Münster: LIT, 179-193.
- NÖGUS (2007a): Implementierung des Gütesiegels selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Qualitätskriterien, Prüfparameter, Zeitplan (unveröffentlicht).
- NÖGUS (2007b): Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Präsentationsunterlagen zur Start-Up-Veranstaltung (unveröffentlicht).
- Nowak, P. (2011): Wohin geht die Selbsthilfe in der Gesundheitsgesellschaft? In: Meggeneder, O. (Hrsg.): Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Frankfurt/Main: Marbuse-Verlag, 41-66.
- Platzer, K.; Ungersböck, I. (2011): Projekt Gütesiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“. Lehrgang für Überleitungspflege Case & Care Management 2010/2011. IBG Institut für Bildung im Gesundheitswesen (unveröffentlicht).
- SEKIS (1999): Anforderungen an die Kooperation zwischen dem System professioneller Gesundheitsversorgung und der Selbsthilfe. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Berlin: SEKIS.
- Selbsthilfe Kärnten (2009): Projekt "Selbsthilfefreundliches Krankenhaus". Ein Projekt des Dachverbandes Selbsthilfe Kärnten. Kärnten: Selbsthilfe Kärnten.
- SIGIS (2005): Wirkung von Selbsthilfegruppen auf Persönlichkeit und Lebensqualität. SIGIS-

Doku. Eine Zusammenfassung der Studie, welche im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich erstellt wurde.

- SIGIS (2006): Aus Erfahrung lernen. „Ein Orientierungsrahmen für die Gründung, den Gruppenalltag und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen“. Wien: Fonds Gesundes Österreich.
- Slesina, W.; Fink, A. (2009): Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen. Forschungsergebnisse. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 52 (1), 30-39.
- Stark, W. (2001): Selbsthilfe und PatientInnenorientierung im Gesundheitswesen – Abschied von der Spaltung zwischen Professionellen und Selbsthilfe? In: Borgetto, B.; von Troschke, J. (Hrsg.): Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, 47-66.
- Stötzner, K., Neuhaus, M. (Red.) (2011): Selbsthilfe und Krankenhäuser. Beispiele gelungener Kooperation. Berlin: Eigenverlag.
- Trojan, A. (2003): Der Patient im Versorgungsgeschehen: Laienpotential und Gesundheits-selbsthilfe. In: Schwartz, F. W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Sigrist, J.; Walter, U. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Gesundheit fördern Krankheit vermindern. München, Jena: Urban & Fischer, 321-333.
- Trojan, A. (2010a): Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. In: KOSKON - Koordination für Selbsthilfe in NRW (Hg.): Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsversorgung. Zusammenarbeit bewusst gestalten. Dortmund: Günnewig ProduktionsGmbH, 12-27.
- Trojan, A. (2010b): Selbsthilfeforzusammenschlüsse in der Versorgungsgestaltung: Von der Kooperation zur nachhaltigen Beteiligung. In: Dahme, H.J.; Wohlfahrt, N. (Hrsg.): Systemanalyse als politische Reformstrategie. Wiesbaden: VS-Verlag, 347-369.
- Trojan, A. (2011): „Selbsthilfebewegung“ und Public Health. In: Schott, Th.; Homberg, C. (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag, 87-104.
- Trojan, A.; Kofahl, Ch. (2011): Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Köln: Eigenverlag, 491-495.
- Trojan, A.; Nickel, S. (2011): Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das Gesundheitswesen – Entwicklungen und Perspektiven. In: Das Gesundheitswesen, 73 (2), 67-72.
- Trojan, A.; Huber, E.; Nickel, St.; Kofahl, Ch. (2009a): Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsziel in der vertragsärztlichen Versorgung. Bestandsaufnahme und Schlussfolgerungen. Das Gesundheitswesen (elektronische Vorpublikation).

- Trojan, A.; Werner, S.; Bobzien, M.; Nickel, St. (2009b): Integration von Selbsthilfezusammenschlüssen in das Qualitätsmanagement im ambulanten und stationären Versorgungsbereich. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 52 (1), 47-54.
- Trojan, A.; Nickel, St.; Kofahl, Ch. (2012): Selbsthilfe: Partizipation als Kontrollgewinn. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit, Bern: Hans Huber, 272-284.
- Von Kardorff, E.; Leisenheimer, C. (1999): Selbsthilfe im System der Gesundheitsversorgung – Bestehende Formen der Kooperation und ihre Weiterentwicklung. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.: Selbsthilfegruppenjahrbuch 1999. Gießen: Eigenverlag, 44-52.
- Werner, S.; Bobzien, M.; Nickel, S.; Trojan, A. (Hg.) (2006): Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

## Anhang

### *Datengrundlage und Datenauswertung*

#### *Hintergrundinformationen zur Kooperation von Selbsthilfegruppen und Krankenhäuser*

Der einführende Teil dieser Broschüre (insbesondere Kapitel 1.3 und 1.4) basiert größtenteils auf dem Forschungsbericht „Selbsthilfegruppen als Partner der Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ (Forster, Rojatz 2011). Das Projekt wurde vom Institut für Soziologie an der Universität Wien, gefördert durch den Hochschuljubiläumsfonds der Stadt Wien, zwischen März und September 2011 durchgeführt.

#### *„Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NÖ“*

Der zweite Teil der Broschüre basiert auf einer Dokumentanalyse sowie der Auswertung quantitativer und qualitativer Daten. Die Informationen über Hintergründe und Konzept des „Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus NÖ“ basieren vorrangig auf dem Projektbericht (Gamsjäger 2008) sowie weiteren Projektunterlagen (u.a. Protokolle, Projektpräsentationen), welche dem Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen vorliegen und für diese Arbeit zur Verfügung gestellt wurden. Die Rekonstruktion der Regionalkonferenzen basiert auf der Analyse der Protokolle der fünf Regionalkonferenzen. Aufbereitet wurden weiters die Daten der Selbsthilfegruppenbefragung (2008 und 2011) sowie die der SelbsthilfepartnerInnen, die im Zuge der Zertifizierung und Rezertifizierung erhoben wurden.

#### *(Re-)Zertifizierungsdaten*

Die kooperierenden Gruppen sowie die in der Region um das jeweilige Krankenhaus aktiven Selbsthilfegruppen wurden anlässlich der Zertifizierung 2008 (n=43<sup>21</sup>) und der Rezertifizierung 2011 (n=35<sup>22</sup>, Rücklauf: 49%) schriftlich über die Kooperation befragt. Bei der ersten Erhebung im September 2008 wurden die Kontakthäufigkeit der Gruppen mit dem Krankenhaus, der Kontakt der Gruppe zu ausgewählten Berufsgruppen, die Aktivitäten der Gruppen im Krankenhaus und die Vorstellung und Bekanntheit des Projekts abgefragt. Explizit wurde nach Kenntnis und Nutzung der Kooperationsübereinkommen und der Möglichkeit Informationsmaterialien aufzulegen gefragt. Die Gruppen wurden auch um eine Einschätzung der Zusammenarbeit seit Jänner 2008 gebeten. Offen wurden Veränderung in der Zusammenarbeit (Verbesserung, Verschlechterung) und die Wahrnehmung von Selbsthilfefreundlichkeit im Krankenhaus erhoben. Die genauen Fragestellungen (Fragebogen) finden sich in Gamsjäger (2008). Im Zuge der Rezertifizierung 2011 wurde die Kontakthäufigkeit, die Bekanntheit und Nutzung von Kooperationsangeboten des Krankenhauses, die Information der PatientInnen über Selbsthilfegruppen und der Kontakt von Selbsthilfegruppen mit Krankenhauspersonal erhoben sowie die Einschätzung der Selbsthilfefreundlichkeit und Unterstützung dieser durch die Kollegiale Führung. Offen gefragt, wurde nach besonderen Aktivitäten des Selbsthilfepartners/der Selbsthil-

<sup>21</sup> Die 43 retournierten Fragebögen verteilen sich auf die Landeskliniken, wie folgt: Amstetten-Mauer (n=4), LK Hainburg (n=6), LK Lilienfeld (n=4), LK Mistelbach (n=8), LK Neunkirchen (n=7), LK Scheibbs (n=8), LK Tulln (n=6). Die Rücklaufquote konnte nicht rekonstruiert werden.

<sup>22</sup> Die 35 Fragebögen verteilen sich auf die Landeskliniken, wie folgt: Amstetten-Mauer (n=10), LK Hainburg (n=3), LK Lilienfeld (n=2), LK Mistelbach (n=4), LK Neunkirchen (n=3), LK Scheibbs (n=9), LK Tulln (n=4).

fepartnerin, nach „Besonderheiten“ für die Selbsthilfe sowie nach Verbesserungsmöglichkeiten. Wenngleich ähnliche Dimensionen abgefragt wurden, unterscheiden sich die Formulierungen, wodurch die Ergebnisse nur begrenzt miteinander vergleichbar sind.

Einblicke in die Ergebnisse der SelbsthilfepartnerInnen-Befragung 2011 bot eine Präsentation im Zuge der Rezertifizierungsveranstaltung (Fahrnberger 2012). Die SelbsthilfepartnerInnen der sieben Häuser aus der ersten Vergaberunde wurden u.a. über die Kooperation zwischen Landesklinikum und Selbsthilfegruppen, die Aufgaben der/des Selbsthilfebeauftragten, das Informationsmanagement und die Mitarbeiterinformation befragt. Offen wurde nach dem Nutzen der „Selbsthilfefreundlichkeit“ gefragt.

### *Interviewstudie*

Neben dem Rückgriff auf quantitative Befragungsdaten, war es im Zuge des Projektes möglich, mit SelbsthilfepartnerInnen aus vier ausgewählten Häusern und neun Selbsthilfegruppen<sup>23</sup> leitfadengestützte Experteninterviews zu führen. Thematisiert wurde die Kooperationspraxis, förderliche und hinderliche Aspekte der Kooperation, Veränderungen durch die Kooperation sowie Wünsche für die künftige Zusammenarbeit. Eine Antwort auf folgende Forschungsfragen sollten gewonnen werden:

- Wie werden die Kriterien in vier ausgewählten Landeskliniken umgesetzt? Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiedlichkeiten lassen sich erkennen?
- Welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit werden von ausgewählten Selbsthilfegruppen in Anspruch genommen?
- Welche Abweichungen vom Konzept lassen sich in der Umsetzung erkennen?
- Welche Folgen ergeben sich durch das Projekt/die Zusammenarbeit auf Organisationsebene (Krankenhaus, Selbsthilfegruppen) und Individualebene (PatientInnen, KrankenhausmitarbeiterInnen)?
- Welche Pläne und Wünsche haben kooperierende Selbsthilfegruppen und SelbsthilfepartnerInnen (Ansprechpersonen für Selbsthilfeangelegenheiten im Krankenhaus) für die künftige Zusammenarbeit?

Ausgewählt wurden Häuser aus der ersten Vergaberunde, da diese die längste Erfahrung in der Kooperation mit Selbsthilfegruppen aufweisen und angenommen wurde, dass mögliche Veränderungen und Folgen der Zusammenarbeit hier am stärksten sichtbar werden würden. Die Krankenhäuser wurden auf Basis der Kooperationsvorerfahrung (vor Projekteinführung), der Jahresberichte der SelbsthilfepartnerInnen und den Befragungsdaten der Selbsthilfegruppen 2011 ausgewählt. Es wurden zwei Häuser mit und zwei ohne bzw. mit wenig Kooperationserfahrung vor Projektbeginn ausgewählt und ein Gespräch mit dem/der jeweiligen SelbsthilfepartnerIn anvisiert. Ausgehend von den Krankenhäusern wurden je zwei mit diesen kooperierende Selbsthilfegruppen gewählt.

Die Auswahl der Gruppen orientierte sich nicht an Art oder Ausmaß der Kooperation mit einem Landesklinikum. Es sollten „typische“ Kooperationsfälle rekonstruiert werden und keine „best practice“ Beispiele. Die Wahl der Selbsthilfegruppen orientierte sich daher vorrangig an koope-

<sup>23)</sup> *Ein/e InterviewpartnerIn betreut zwei Selbsthilfegruppen.*

rationsstarken Gruppen, d.h. an themenspezifischen Gruppen, die häufig mit Krankenhäusern kooperieren und nachrangig an Überschneidungen zwischen dem Problembereich der Gruppe und Spezialabteilungen/-ambulanzen im Krankenhaus (z.B. Diabetesselbsthilfegruppe und Diabetesambulanz). Zur Bestimmung kooperationsstarker Gruppen wurden die Internetseiten der Selbsthilfefreundlichen Landeskliniken herangezogen, welche die kooperierenden Gruppen anführen sowie die Jahresberichte der SelbsthilfepartnerInnen (der sieben Häuser aus der ersten Vergaberunde) von 2010 und 2011, welche Informationen über die kooperierenden Gruppen enthielten. So zeigte sich, dass Gruppen zu einem bestimmten Problembereich in beinahe allen Landeskliniken aufscheinen. Schwerpunkte der Krankenhäuser wurden ebenfalls über deren Internetseiten in Erfahrung gebracht.

Die ausgewählten SelbsthilfepartnerInnen wurden durch die Landesklinikenholding und die ausgewählten Selbsthilfegruppen durch den Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen über das Forschungsvorhaben per Mail informiert. Vereinzelt musste bei den SelbsthilfepartnerInnen nach den Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen nachgefragt werden, da die Angaben auf Homepage und/oder Jahresbericht keine eindeutige Identifikation der Gruppen gestattete. In einem Fall stellte sich heraus, dass sich eine kooperierende Selbsthilfegruppe aufgelöst hatte und einige wenige Mitglieder in eine andere Gruppe übergetreten sind. Diese Gruppe wurde dann für die Befragung herangezogen, wenngleich sich im Interview herausstellte, dass die Gruppe nicht mit dem ausgewählten Krankenhaus kooperiert.

Ein/e befragte/r SelbsthilfegruppenvertreterIn betreut zwei Selbsthilfegruppen, sodass Informationen über die Kooperationspraxis einer weiteren Selbsthilfegruppe erhoben werden konnten. Zusätzlich zu den Interviews auf Krankenhausebene wurden auch zwei Interviews geführt mit Personen, die wesentlich an der Projektentwicklung beteiligt waren (= VertreterInnen der Projektpartner im Projektteam). Die Datenerhebung erfolgte im März und April 2012. Die Face-to-Face-Interviews mit den SelbsthilfegruppenvertreterInnen dauerten durchschnittlich 67 Minuten, jene mit den SelbsthilfepartnerInnen 87 Minuten. Die Gespräche mit den Projektentwicklerinnen dienten teilweise auch der Diskussion der Interview-Ergebnisse und dauerten 120 bzw. 150 Minuten. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Themenbereiche der Gruppe und die Zuordnung der Gruppen zu den ausgewählten Krankenhäusern.

Tabelle 26: Informationen zu den Interviews

Interview	Dauer [Minuten]	Themenbereich der Gruppe (SHG) bzw. Zuordnung der SHG zu den Krankenhäusern (KH)
<b>SelbsthilfegruppenvertreterInnen</b>		
SHG 1	30	Neurologische Erkrankung
SHG 2	73	Seltene, genetische Erkrankung
SHG 3	98	Stoffwechselerkrankung
SHG 4	106	Neurologische Erkrankung
SHG 5		Psychische Erkrankung
SHG 6	78	Neurologische Erkrankung
SHG 7	65	Krebs
SHG 8	87	Stoffwechselerkrankung
SHG 9	74	Stoffwechselerkrankung
<b>SelbsthilfepartnerIn</b>		
KH 1	95	SHG 1, SHG 4, SHG 5, SHG 6
KH 2	94	SHG 4, SHG 9
KH 3	90	SHG 2, SHG 3
KH 4	69	SHG 7, SHG 8

Allen Interviewpartnern wurde ein Ausdruck des Leitfadens als Hilfestellung überreicht bzw. angeboten. Zuvor kannten sie die Fragen nicht. Die Experteninterviews wurden mit Einverständnis der Befragten aufgenommen und protokolliert bzw. stellenweise transkribiert. Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die von Meuser und Nagel (1991, 2005) vorgeschlagenen Methode.