



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**Strategien von Trägern der sozialen Krankenversicherung
gegenüber Selbsthilfegruppen und -organisationen in Österreich**
Ergebnisse von Fallstudien in vier Bundesländern

Verfasser

Martin Keppelmüller

angestrebter akademischer Grad

Magister rer.soe.oec.

Wien, April 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 121

Studienrichtung lt. Studienblatt: Soziologie

Betreuer: Doz. Dr. Karl Krajcic

Erklärung zum selbstständigen Verfassen der Arbeit

„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt.

Ich habe die Arbeit bzw. Teile davon weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung als Prüfungsarbeit vorgelegt.“

Wien, April 2011

Martin Keppelmüller

Danksagung

Ein Dank geht an meine Eltern, die mich im Laufe meines Studiums sowohl finanziell als auch emotional unterstützt haben.

Bedanken möchte ich mich bei meinen KollegInnen, die im Rahmen des PAO-Forschungsprojekts ihre Diplomarbeit geschrieben und mir immer wieder kreative Inputs zu meiner Diplomarbeit geliefert haben. Ein besonderer Dank geht an meine Schwester Karin, sowie an Daniela, Anna, Martina und Andrea.

Zu Dank verpflichtet bin ich auch meinen Interviewpartnern aus der Sozialversicherung, mit denen ich interessante Interviews führen dürfte und ohne die eine Fertigstellung der Diplomarbeit nicht möglich gewesen wäre.

Zu besonderem Dank verpflichtet bin ich schließlich Doz. Dr. Karl Krajic für sein Engagement im Bezug auf konstruktive, inspirierende Vorschläge während des Entstehungsprozesses der vorliegenden Diplomarbeit.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Problemhintergrund.....	1
1.2	Ziele der Arbeit.....	3
1.3	Fragestellung.....	4
1.4	Methode	6
1.5	Aufbau der Arbeit.....	7
2	Anschluss an die wissenschaftliche Literatur	8
2.1	Selbsthilfegruppen und –organisationen im Fokus.....	8
2.1.1	Selbsthilfe allgemein	8
2.1.2	Entwicklung der Selbsthilfe bzw. der Selbsthilfebewegung.....	10
2.1.3	Definition von Selbsthilfegruppen und- Organisationen	11
2.1.4	Hintergründe für das Entstehen von Selbsthilfegruppen und - organisationen	13
2.1.5	Eigenschaften und Bestimmungselemente von Selbsthilfegruppen und - organisationen	15
2.1.6	Art der Orientierung von Selbsthilfegruppen und -organisationen.....	16
2.1.7	Funktionen von Selbsthilfegruppen und –Organisationen.....	17
2.2	Partizipation und BürgerInnen/PatientInnenbeteiligung.....	19
2.2.1	Allgemeine Definition von Beteiligung.....	19
2.2.2	Hintergründe zur Partizipation von BürgerInnen/PatientInnen im Gesundheitssystem	20
2.2.3	Kollektive Beteiligung im Gesundheitswesen.....	21
2.2.4	Formen und Grade von kollektiven Beteiligungsprozessen im Gesundheitswesen	22
2.2.5	Ebenen kollektiver PatientInnen- und BürgerInnenbeteiligung:	26
2.2.6	Einflussfaktoren auf die Realisierung von (kollektiven) Beteiligungsprozessen.....	27
2.3	Das österreichische Sozialsystem und die Sozialversicherung	30
2.3.1	Leistungen des österreichischen Sozialsystems:.....	30
2.3.2	Struktur und Aufbau der gesetzlichen Sozialversicherung.....	31
2.3.3	Prinzipien der gesetzlichen Sozialversicherung	33
2.3.4	Finanzierung der österreichischen gesetzlichen Sozialversicherung	34

2.3.5	Geschichtliche Entwicklung der Sozialversicherung	35
2.3.6	Das System der sozialen Krankenversicherung.....	37
2.3.7	Zentrale Aufgabengebiete der Krankenversicherungen in Österreich...	38
2.4	Gesundheitsförderung	40
2.4.1	Definition von Gesundheitsförderung	40
2.4.2	Definition von Prävention	41
2.4.3	Unterschiede zwischen Gesundheitsförderung und Prävention.....	41
2.4.4	Exkurs: Gesundheit und Krankheit.....	41
2.4.5	Entwicklung der Gesundheitsförderung im zeitgeschichtlichen Verlauf	43
2.4.6	Kernstrategien der Gesundheitsförderung	44
2.4.7	Handlungsebenen in der Gesundheitsförderung.....	44
2.4.8	Relevante Ansatzpunkte gesundheitsfördernder Maßnahmen	46
2.4.9	Rollen und Funktionen der Krankenversicherung im Gesundheitssystem und in der Gesundheitsförderung.....	48
3	Quantitative Teilauswertung der Fragebogenerhebung zu PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich	52
3.1	Beschreibung des Forschungsprojekts und der Daten für die quantitative Teilauswertung (Sekundäranalyse)	52
3.2	Quantitative Teilauswertung- Vorgehensweise	53
3.3	Ergebnisdarstellung im Rahmen von Themenblöcken	54
3.3.1	Themenblock A: Beziehungen von PAGs/PAOs zur Sozialversicherung.....	54
3.3.2	Themenblock B: Wichtigkeit der Unterstützungsleistungen durch die Krankenversicherung.....	56
3.3.3	Punkt Themenblock C: Entlastung der Arbeit der Sozialversicherung durch PAGs/PAOs:.....	58
3.4	Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Sekundäranalyse	60
3.5	Diskussion der Ergebnisse der Sekundäranalyse im Hinblick auf die qualitativvertiefende Interviewstudie	61
4	Durchführung der qualitativ- vertiefenden Interviewstudie.....	63
4.1	Methode: Qualitative Inhaltsanalyse.....	63
4.1.1	Allgemeines über die Inhaltsanalyse.....	63
4.1.2	Inhaltsanalyse nach Mayring.....	64

4.1.3	Allgemeine Darstellung des Ablaufs der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach dem Neunstufenmodell von Mayring.....	64
4.1.4	Eigene Vorgehensweise nach dem Neunstufenmodell von Mayring(2008)	65
4.2	Darstellung der Ergebnisse	71
4.2.1	Zusammenfassung der Ergebnisse nach Fragen	71
4.2.2	Beantwortung der Ergebnisse nach Fragen.....	88
5	Zentrale Ergebnisse und Ausblick	93
5.1	Beantwortung der Hauptfragestellung und der Subfragestellungen	93
5.2	Kritische Betrachtung der Arbeit.....	104
5.3	Forschungsausblick.....	104
	Literaturverzeichnis	106
	Abbildungsverzeichnis.....	117
	Anhang	118
	CURRICULUM VITAE.....	118
	Kurzfassung und Abstract.....	120
	Kurzfassung	120
	Abstract	121
	Leitfaden für Interviews mit Vertretern der Gebietskrankenkassen.....	122

1 Einleitung

1.1 Problemhintergrund

In den letzten Jahrzehnten hat die Anzahl der Selbsthilfegruppen und -organisationen (SHG/SHO) in Österreich sowie in den restlichen europäischen Ländern, als Bestandteil der (neuen) Selbsthilfebewegung, stetig zugenommen. Ebendiese gewinnen in der modernen Gesundheitsversorgung, vor allem als Ergänzung zum professionellen Gesundheitssystem, stark an Bedeutung (Forster 2007: S. 468). Diese Entwicklung beruht auf mehreren, mit einander in Verbindung stehenden Ursachen, die in der demographischen Entwicklung der letzten Jahrzehnte, der Verschiebung des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen Krankheiten und in Mängeln und Lücken des medizinischen Systems zu finden sind. Im theoretischen Teil der Diplomarbeit (Anschluss an die wissenschaftliche Literatur) werden diese Ursachen näher beleuchtet.

Parallel mit der Zunahme der Bedeutung der Selbsthilfebewegung steigt auch das wissenschaftliche Interesse, ebendiese mit all ihren Facetten (in Form von Strukturen, Umweltbeziehungen, Funktionen etc.) zu erforschen. Kelleher publizierte im Jahr 2006 eine Studie, die 9.000 wissenschaftliche Artikel zu diesem Themenfeld identifizierte (Forster 2007: S. 468, in Anlehnung an Kelleher 2006). Die gesamte deutsch- und englischsprachige Literatur zu Selbsthilfe wurde von Borgetto (2004: S. 25) im Gegensatz zur Situation in Österreich als kaum noch überschaubar bezeichnet. Im Vorfeld des von der Universität Wien und dem Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie initiierten Forschungsprojekts zur Situation von PatientInnen- und Angehörigenorganisationen (PAO) und ihren Potentialen in Österreich, gab es im Bezug auf die österreichische Situation der Selbsthilfebewegung allerdings nur wenig Literatur und nur vereinzelte Forschungen (Forster 2007: S. 468).

Ebendieses Projekt führte in Österreich eine Wende herbei und lieferte eine umfassenden Beschreibung und Analyse der Selbsthilfebewegung in Österreich ab. Neben der Darstellung der Binnenstruktur von Selbsthilfegruppen und -organisationen und der Erhebung von deren Zielen, Funktionen und Problemlagen, gab es einen Forschungsschwerpunkt, der die Akteure aus der (österreichischen) Gesundheitspolitik und -verwaltung und ihre Perspektive im Bezug auf

Selbsthilfegruppen und –organisationen in den Blickpunkt nahm. Im Rahmen des Forschungsschwerpunktes wurden Experteninterviews mit mehreren Akteuren in der österreichischen Gesundheitspolitik und –verwaltung, die für Selbsthilfegruppen und –organisationen von Relevanz sind, durchgeführt. Darunter befindet sich auch die Sozialversicherung, die in Österreich als zentraler Akteur im österreichischen Gesundheitssystem auftritt. Sie gilt als Financier im ambulanten und stationären Bereich und als Interessensvertretung der versicherten Bevölkerung. Aufgrund dieser Umstände stellt die Sozialversicherung für Selbsthilfegruppen und -organisationen eine relevante Umwelt dar.

Die Vertreter des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger haben in der Vergangenheit immer wieder die Wichtigkeit des Wirkens von Selbsthilfegruppen und -organisationen als kollektive Akteure im Gesundheitswesen betont. Es wird gerne auf die gute Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und –organisationen verwiesen (Tag der Selbsthilfe, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung, 2. April 2009). Innerhalb des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger gibt es Stimmen, die einerseits für mehr Unterstützung durch Förderung von Selbsthilfegruppen und –organisationen und andererseits für eine verstärkte Einbeziehung und Partizipation von Selbsthilfegruppen und –organisationen eintreten, um abseits ihrer Kernfunktionen wirken zu können, eintreten (u.a. Masterplan Gesundheit 2010: S. 6). Diese Stimmen decken sich mit den Ansichten der Wissenschaft, die im Erstarken von Selbsthilfegruppen und –organisationen die Antwort auf Mängel und Lücken im professionellen Versorgungssystem der Sozialversicherung sehen. (Kollektive) Beteiligung im Gesundheitswesen wird als „bürgerlich- demokratisches Grundrecht“ und als „steuerungspolitische Notwendigkeit zur Reform des Gesundheitswesens im Sinne von mehr Transparenz“ diskutiert. Selbsthilfegruppen und –organisationen sollen in nicht allzu ferner Zukunft nicht mehr als Kunden, sondern als Partner im Gesundheitswesen wahrgenommen werden (Franke; Hart 2001: S. 35).

In der Folge werden Selbsthilfegruppen und -organisationen vermehrt durch Ressourcen unterstützt oder durch Empowermentprozesse befähigt, ihre Aufgaben selbstbewusster und professioneller wahrzunehmen. Es werden Erweiterungsmöglichkeiten für das Wirken von Selbsthilfegruppen und –organisationen abseits ihrer Kernfunktionen diskutiert, die von der Einbeziehung von

Selbsthilfegruppen und –organisationen in die Qualitätssicherung bis zu Beratungstätigkeiten und formalen Sitz- und Stimmrechten in Kommissionen und Gremien der Sozialversicherung reichen. Doch gibt es auch kritische Stimmen innerhalb der Träger der Sozialversicherung, die der Ansicht sind, dass Selbsthilfegruppen- und Organisationen durch eine verstärkte Beteiligung am Gesundheitswesen ihre Kernaufgaben und -funktionen aus den Augen verlieren würden. Andere kritische Stimmen betonen, dass die Selbsthilfebewegung insgesamt zu instabile Strukturen besitze, um verstärkt eingebunden werden zu können.

Im Bezug auf die Sozialversicherung muss bedacht werden, dass Österreich ein föderalistischer Staat mit einem dezentral organisierten Gesundheitssystem ist, in dem Gesundheit, Krankenversorgung und Langzeitbetreuung *„uneindeutig und komplex verankert“* (Lindner; Krajcic 2008: S. 10) sind. Daher spielen die auf der Ebene der Bundesländer agierenden Krankenversicherungsträger, die unter dem Dach des Hauptverbandes organisiert sind, eine bedeutsame Rolle, wenn es um die Frage geht, welche Strategien gegenüber Selbsthilfegruppen und –organisationen vertreten werden. In der vorliegenden Diplomarbeit werden Sonderversicherungsträger, die u.a. die Versicherungsanstalt öffentlicher Dienst (BVA) und die Versicherungsanstalt der Eisenbahner und Bergbau (VAEB) umfassen und ebenfalls als Träger der Krankenversicherung tätig sind, außer Acht gelassen. In den Blickpunkt der Aufmerksamkeit werden die neun, auf Bundesländerebene agierenden Gebietskrankenkassen, die als Träger der Krankenversicherung agieren, genommen.

1.2 Ziele der Arbeit

Im Rahmen der Diplomarbeit sollen unter Einbeziehung eigens durchgeführter Experteninterviews mit Vertretern aus der Führungsebene von vier regional organisierten Gebietskrankenkassen, die als Träger der Krankenversicherung in Österreich agieren, untersucht werden, welche strategischen Positionierungen ebendiese im Hinblick auf Selbsthilfegruppen und –organisationen (SHG/SHO) vertreten. Die Experteninterviews in der vorliegenden Diplomarbeit sind als Fortführung der Interviews mit Vertretern der regional organisierten Krankenkassen im Rahmen des PAO- Forschungsprojekts zu sehen. Dabei werden bereits interviewte Vertreter der regional organisierten Gebietskrankenkassen in der

Diplomarbeit nicht mehr berücksichtigt. Mit Hilfe der Fragestellungen sollen Unterschiede in den strategischen Positionierungen der Gebietskrankenkassen gegenüber SHG/SHO aufgedeckt werden. Dabei wird angenommen, dass zwischen aktiven und passiven Krankenkassenstrategien unterschieden werden kann.

Um etwaige unterschiedliche strategische Positionierungen der Träger der sozialen Krankenversicherung aufzudecken, wurden eine Hauptfragestellung erarbeitet und fünf Subfragestellungen generiert.

Ebendiese Subfragestellungen beinhalten Fragen zur Deutung und praktischen Ausgestaltung des Begriffs „Hilfe zur Selbsthilfe, Fragen zur Wahrnehmung und Unterstützung der Funktionen von SHG/SHO, sowie Fragen zu Erweiterungsmöglichkeiten für das Wirken von SHG/SHO. Im Bezug auf die Subfragestellungen soll auch untersucht werden, ob durch die Träger der sozialen Krankenversicherung negativen Entwicklungen rund um das Wirken von SHG/SHO beobachtet werden, die die strategische Positionierung der Träger der sozialen Krankenversicherung beeinflussen könnten.

Es wird angenommen, dass in der Strategie der Träger der sozialen Krankenversicherung gegenüber SHG/SHO der jeweilige Dachverband eine Rolle spielt. Im Rahmen einer Subfragestellung soll die Frage geklärt werden, ob die jeweiligen Dachverbände eine mehr oder weniger stark ausgeprägte und funktionierende intermediäre Position zwischen der jeweiligen sozialen Krankenversicherung und SHG/SHO einnehmen.

Es wird darauf hingewiesen, dass die beiden konzeptuellen Begriffe „Selbsthilfegruppen und –organisationen“ (SHG/SHO) und „Patienten- und Angehörigenorganisationen“ (PAG/PAO) beziehungsweise auf die Diplomarbeit synonym verwendet werden. Mit Ausnahme von Kapitel 3 wird ausschließlich der Begriff „Selbsthilfegruppen und –organisationen“ verwendet. Im Kapitel 3 wird der Begriff „Patienten- und Angehörigenorganisationen“ aus dem PAO-Forschungsprojekt verwendet.

1.3 Fragestellung

Um die Ziele der vorliegenden Arbeit erreichen zu können, wurde folgende Hauptfragestellung generiert:

Welche Strategien vertreten die Gebietskrankenkassen in vier ausgewählten Bundesländern gegenüber Selbsthilfegruppen und -organisationen?

Diese Forschungsfrage setzt sich aus folgenden Subfragestellungen zusammen, deren Beantwortung ebenfalls in die Arbeit einfließt:

- Was verstehen die Vertreter der jeweiligen Gebietskrankenkassen unter dem Begriff „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Zusammenhang mit Selbsthilfegruppen- und Organisationen?
 - o Wird der Begriff Hilfe zur Selbsthilfe von den Vertretern der Gebietskrankenkassen mit der Vergabe von Unterstützungsleistungen und sonstigen Leistungen synonym genannt?
 - o Werden Angaben zu Art und Quantität von Unterstützungsleistungen und sonstigen Leistungen gemacht?
 - o Werden Motivatoren, die sich auf die historische Verwurzelung von Trägern der Krankenversicherung als Selbsthilfeorganisation (der unselbstständigen Erwerbstätigen) und/oder auf Konzepte wie Gesundheitsförderung oder Empowerment beziehen, genannt, um Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten?
- In welchen Funktionen werden Selbsthilfegruppen- und Organisationen von der jeweiligen Gebietskrankenkasse wahrgenommen und unterstützt? Welche Gruppen werden wahrgenommen und unterstützt?
- Sehen die Vertreter der jeweiligen Gebietskrankenkasse problematische Entwicklungen in Verbindung mit dem Wirken von SHG/SHO? Welche Probleme werden dabei besonders hervorgehoben?
- Sehen die Vertreter der jeweiligen Gebietskrankenkasse Erweiterungsmöglichkeiten (Funktionen, Tätigkeitsfelder) für die Arbeit von SHG/SHO und unter welchen Bedingungen (sowohl auf Seiten der SV als auch der SHG/SHO) erwarten sie eine erfolgreiche Entwicklung?
- Welche Rolle nimmt in der strategischen Positionierung der jeweiligen Gebietskrankenkasse der Dachverband der Selbsthilfegruppen ein?

1.4 Methode

Die vorliegende Diplomarbeit setzt sich aus drei verschiedenen Teilen zusammen. In einem ersten Schritt wurde eine Literaturanalyse durchgeführt, in welcher zuerst die Kernthematik rund um PatientInnen- und Angehörigenorganisationen (PAO) im Vordergrund stand. Dabei wurde auf wissenschaftliche Literatur aus Deutschland aber auch auf Ergebnisliteratur aus dem Forschungsprojekt zu PatientInnen- und Angehörigenorganisationen (PAO) in Österreich zurückgegriffen. Da die Diplomarbeit nicht die Perspektive der PAO, sondern die Perspektive der Sozialversicherung im Bezug auf PAOs in den Blickpunkt nimmt, wurde ebenfalls eine umfassende Literaturrecherche zu Struktur, Aufbau und Historie der Sozialversicherung in Österreich durchgeführt. Weitere Recherchen befassten sich mit Literatur und wissenschaftlichen Arbeiten, die sich mit den Themen Partizipation von kollektiven Akteuren am Gesundheitssystem und Gesundheitsförderung auseinandersetzen.

Im Anschluss wurde eine Sekundäranalyse von Daten, die im Rahmen der Fragebogenerhebung des Forschungsprojekts an der Universität Wien erhoben, aber nicht detailliert ausgewertet wurde, durchgeführt. Die Sekundäranalyse stellt keinen Schwerpunkt der Arbeit dar, sondern soll den Lesenden einen kleinen Überblick über das Feld der Patienten- und Angehörigenorganisationen und ihrer Beziehungen zur Sozialversicherung bieten. Entscheidend an diesem Teil ist, dass durch die Ergebnisse der Sekundäranalyse eine Auswahl für die darauf erfolgten Experteninterviews mit den Trägern der Krankenversicherung in den Bundesländern getroffen wurde. Um eine bessere Übersichtlichkeit zu gewährleisten, werden die Ergebnisse in der Diplomarbeit in drei Themenblöcken (Beziehungen zur Sozialversicherung, Gefühl der Entlastung der Sozialversicherung durch PAO etc.) dokumentiert. Die Themenblöcke beinhalten jeweils eine Auswahl nach Bundesländern und nach Gesamtösterreich. Die Ergebnisse werden graphisch dargestellt, beschrieben und interpretiert.

Die Perspektive der Sozialversicherung bzw. die Perspektive der Träger der Krankenversicherung im Bezug auf Selbsthilfegruppen und -organisationen (SHG/SHO) in den Bundesländern Tirol, Salzburg, Niederösterreich, Steiermark) stand im Vordergrund der Experteninterviews. Diese wurden mit vier Vertretern der Führungsebene des jeweiligen Trägers der Krankenversicherung durchgeführt. Im

Rahmen der Fragestellung kamen Fragen zum Einsatz, die Rückschlüsse auf strategische Positionierungen von Trägern der Krankenversicherung in den vier Bundesländern im Bezug auf SHG/SHO als kollektive Akteure im Gesundheitssystem geben sollten. Die Experteninterviews wurden auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) ausgewertet und aufbereitet.

1.5 Aufbau der Arbeit

Im ersten Kapitel der Diplomarbeit kommt es zu einer thematischen Einführung zum Thema der Diplomarbeit. Im Anschluss an diese Einleitung erfolgt die Anknüpfung an die wissenschaftliche Literatur, die sich näher mit den Themen Selbsthilfegruppen und –organisationen (2.1), Partizipation (2.2), dem österreichischen Sozialsystem und die Sozialversicherung (2.3) und Gesundheitsförderung (2.4) befasst. Im dritten Kapitel der Diplomarbeit kommt es zu einer Darstellung der Ergebnisse der Sekundäranalyse (3.1). Nach der Darstellung der methodischen Vorgehensweise im Bezug auf die Experteninterviews (4.1), kommt es zu einer detaillierten Beantwortung der Fragen aus den Experteninterviews (4.2). Im Kapitel „Zentrale Ergebnisse und Ausblick“ wird die Hauptfragestellung samt Subfragestellungen beantwortet (5.1), eine kritische Betrachtung der eigenen Arbeit vorgenommen (5.2) und ein Ausblick auf zukünftige Forschungsvorhaben geworfen (5.3).

2 Anschluss an die wissenschaftliche Literatur

2.1 Selbsthilfegruppen und –organisationen im Fokus

Im folgenden Kapitel soll zuerst eine nähere Definition des Begriffs „Selbsthilfe“ erfolgen, die Definitionen aus dem Duden, aus dem soziologischen Wörterbuch und weitere wissenschaftliche Definitionen umfasst. Danach werden der Selbsthilfebegriff und die (neue) Selbsthilfebewegung im geschichtlichen Kontext dargestellt.

Schließlich werden Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur zu Charakterisierung, Typisierung und Entstehungsbedingungen von Selbsthilfegruppen und –organisationen beleuchtet.

2.1.1 Selbsthilfe allgemein

Selbst:

„Selbst, das; - [nach engl. the self] (geh.): das seiner selbst bewusste Ich: das erwachende, bewusste Selbst; sein wahres Selbst finden“ (Duden 2007: S. 1438).

„Das Besondere des Präfixes „Selbst“ besteht darin, dass es all jene Komposita, die mit ihm gebildet werden, auf die individuelle Ebene bezieht. Inhaltliche, funktionale Abstriche erfolgen dann, wenn man „Selbst“ in Zusammenhang mit sozialen Gebilden wie Gruppe, Organisation u. a. bringt. Hier wird die individuelle Ebene verlassen und deren Spezifika werden in Relation zu sozialen Phänomenen gesetzt.“ (Asam 1983: S. 19).

Als „Selbst“ bejaht der Mensch die Gemeinschaft mit anderen und ordnet sich ihnen unter, während der Mensch als „Person“ die Gesellschaft mit anderen zum eignen Nutzen bejaht (Tönnies (1887) 1991: S. 2).

Hilfe:

„Hil|fe, die; -, -n [mhd. hilfe, ahd. hilfā, zu →helfen]: 1. a) das Helfen; das Tätig werden“ (Duden 2007: S. 769)

Luhmann (1983: S. 18) deutet den Begriff „Hilfe“ als einen Beitrag zur Befriedigung der Bedürfnisse eines anderen Menschen weshalb diesem Begriff eine soziale Dimension zugeschrieben wird. Die Hilfe im Sinne der Hilfsbereitschaft, die dazu dient, erkennbare Mängel oder änderungswürdige Situationen zu verbessern, ist ein Teil der Kooperation in den zwischenmenschlichen Beziehungen.

Selbsthilfe:

Die wissenschaftliche Literatur interpretiert den Begriff „Selbsthilfe“ vielseitig und spaltet ihn in Subdimensionen auf, die in der vorliegenden Diplomarbeit beleuchtet werden sollen. Eine einfache und allgemeine Formulierung von Selbsthilfe liefert der Autor Schneider-Schelte (2000: S. 597). Selbsthilfe bedeutet laut dem Autor, dass die eigenen Probleme im Rahmen der eigenen Möglichkeiten aktiv in die Hand genommen werden. Für Braun (1997: S. 6) stellt die Selbsthilfe eine besondere Form des Bürgerengagements dar, in der sich diese gemäß den Prinzipien der Gegenseitigkeit und einer überschaubaren Solidarität engagieren.

Borgetto (2004: S. 80) grenzt die Selbsthilfe von der Fremdhilfe ab, indem er Fremdhilfe als bezahlte als auch unbezahlte Hilfe von nicht betroffenen Laien oder Experten/professionelle Helfer bezeichnet.

„Selbsthilfe beinhaltet alle individuellen und kollektiven Handlungsweisen von betroffenen Menschen, die der Vorbeugung und der besseren Bewältigung von eigenen Problemen wie psychische oder physische Krankheiten und soziale und wirtschaftliche Notlagen dient“ (Hauff 1989: S. 17).

Unter individueller Selbsthilfe sind sowohl individuelle Handlungsformen als auch gemeinschaftliche Handlungsformen zu verstehen, die im natürlichen sozialen Kontext (z.B. in der Familie) zu finden sind. Zur gemeinschaftlichen (kollektiven) Selbsthilfe zählen individuelle und gemeinschaftliche Handlungsformen, die in einem künstlich geschaffenen sozialen Kontext wie in Selbsthilfegruppen zu finden sind (Borgetto 2004: S. 79). Soziale Selbsthilfe wird durch mehrere Personen eines Sozialgebildes realisiert (Wohlfahrt; Breitkopf: 1995: S. 26). Die Einbettung der

Selbsthilfe in einen sozialen Zusammenhang grenzt diese von der Selbstversorgung, der beispielsweise die Selbstmedikation und die Selbsttherapie zugeordnet werden können, ab. Die Selbsthilfe erhält dadurch eine soziale Dimension (Braun 1997: S. 6).

2.1.2 Entwicklung der Selbsthilfe bzw. der Selbsthilfebewegung

Die Selbstorganisation von Patienten und/oder deren Angehörigen in Selbsthilfegruppen geht bis ins 19. Jahrhundert zurück (Borgetto 2004: S. 112-115). Spuren der Selbsthilfe lassen sich aber schon viel früher in der menschlichen Geschichte nachweisen.

Lee (2005: S. 21) stellt fest, dass die Entwicklung der Selbsthilfeidee mit der menschlichen Geschichte eng verbunden ist und beschreibt diese als soziale Tatsache, durch die das Verhältnis zwischen den einzelnen Menschen und der Gesellschaft ausreichend erklärt und deren bedeutungsvolle Phänomene zu einem Paradigma für menschliches Leben werden können. Die Selbsthilfeidee bildet ein potentiell System für die Entwicklung der Menschheit (ebd., S.17). Es ist nicht verwunderlich, dass die Selbsthilfe keine neue Erscheinung darstellt, sondern in ihren verschiedenen Ausprägungen seit der Entwicklung der Menschheit bekannt ist.

„Aus älteren Epochen der Menschheitsgeschichte sind uns organisierte Zusammenschlüsse von Menschen bekannt, die Strukturmerkmale der Selbst- und genossenschaftlichen Hilfe beinhalten. Ausgeprägte Kooperationen, die auf dem Prinzip gegenseitiger Hilfe und sozialer Gerechtigkeit basieren, lassen sich in unterschiedlichen Lebens- und Aufgabenbereichen der meisten Kulturen nachweisen“ (Krebs 1990: S. 28).

Im europäischen Mittelalter existierten Schutzgenossenschaften der Deichanwohner sowie Fischerei- und Mühlengenossenschaften. Im 8. und 9. Jahrhundert bildeten sich Schutzvereinigungen die auch unter dem Namen „Bruderschaften“ bekannt wurden. Diese gewährten ihren Mitgliedern Unterstützung bei Unfällen, Krankheit und Verarmung (Hauff 1989: S. 15; siehe auch Krebs 1990: S. 28). In weiterer Folge kam es zur Bildung des Vereinswesens als bürgerliche Variante sozialer Selbstorganisation des 18. Jahrhunderts und zur Entstehung der Arbeiter-,

Gewerkschafts-, und Genossenschaftsbewegung des 19. Jahrhunderts. Mit den Erfolgen der Arbeiterbewegung im 19. Jahrhundert verknüpft mit sozialstaatlichen Errungenschaften kam es im Anschluss zu einem Bedeutungsverlust der Selbsthilfe (Engelhardt 1995: S. 16). In den siebziger und achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts entwickelte sich schließlich im Schlepptau der „neuen sozialen Bewegungen“ eine Selbsthilfebewegung, die von Experten als „neue Selbsthilfebewegung“ bezeichnet wurde und seit den 70iger Jahren einen enormen Differenzierungsprozess hinter sich hat (Hauff 1989: S. 8).

Diverse Autoren (u.a. Trojan 1986; Möller 1996) haben Kategorisierungen vorgenommen, um eine bessere Übersicht über die (neue) Selbsthilfebewegung zu schaffen. Trojan (1986), der unter dem Dach der neuen Selbsthilfebewegung diverse Selbsthilfeszusammenschlüsse zusammenfasst, differenziert nach lebensweltbezogenen-, versorgungsbezogenen-, umweltschutzbezogenen-, gegenkulturbezogenen und krankheitsbezogenen Zusammenschlüssen. Krankheitsbezogene Zusammenschlüsse, die den (krankheitsbezogenen) Selbsthilfegruppen und –organisationen gleichgestellt sind, werden in der Folge aufgrund der Relevanz für die Diplomarbeit näher vorgestellt.

2.1.3 Definition von Selbsthilfegruppen und- Organisationen

Forster (2010: S. 8) bezeichnet das Feld der Selbsthilfegruppen und -organisationen als heterogen. Laut der Studie zu Patienten- und Angehörigenorganisationen in Österreich beträgt die Anzahl der Selbsthilfegruppen im Jahr 2009 etwa 1600 Gruppen (Braunegger- Kallinger et al. 2009, (1)). Im Folgenden wird zwischen Selbsthilfegruppen und –organisationen differenziert. Es ist aber anzumerken, dass es in der Praxis zu Mischformen kommt und eine Differenzierung vor allem der Orientierung dient.

Selbsthilfegruppen:

Die deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (1987: S. 5, In Anlehnung an Trojan 1986) definiert Selbsthilfegruppen als *„freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher oder regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen und*

deren Folgen richten.“ Borgetto (2003: S. 79) erkennt in sozialen Gruppen dann Selbsthilfegruppen, wenn die beteiligten Personen von einem gleichartigen gesundheitlichen Problem betroffen sind und vorwiegend sich selbst oder sich gegenseitig helfen. Zur gleichen Ansicht kommt Trojan (1986), der Selbsthilfegruppen durch selbstbetroffene Mitglieder geleitet sieht, unabhängig davon, ob diese medizinische Laien oder Experten/professionelle Helfer sind.

Selbsthilfeorganisationen:

Badura (1983: S. 17) sieht in einer Selbsthilfeorganisation Zusammenschlüsse mit überregionaler Interessensvertretung, die mehr als eine Gruppe (bzw. als einen Landesverband) umfassen und/oder deren Arbeitsweise nicht durch eine kontinuierliche Gruppenarbeit gekennzeichnet ist. Treffen von Selbsthilfeorganisationen finden seltener als ca. ein Mal im Monat statt (Borgetto 2003: S. 85). Selbsthilfeorganisationen werden charakterisiert durch größere Mitgliederzahlen, formalisierte Arbeits- und Verwaltungsabläufe, festgelegte Rollen von Mitgliedern, die mit Verpflichtungen behaftet sind, bestimmte Rechtsformen und ausgeprägte Kontakte zum professionellen System (ebd.: S.85). Inhaltlich tritt aus Gründen des strukturellen Aufbaus und nicht zuletzt wegen des Selbstverständnisses in der Organisation das Moment der solidarischen, persönlichen und flexiblen Problembehandlung auf der Basis gegenseitiger Hilfe in den Hintergrund gegenüber einer nach außen gerichteten Interessensvertretung (ebd., S. 85).

Selbsthelfedachverbände- und kontaktstellen:

In Österreich existieren neben lokal, landes- oder bundesweit agierenden Selbsthilfegruppen und -organisationen, auch themenspezifische, sowie in den meisten Bundesländern auch themenübergreifende Dachverbände und/oder Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen (Forster 2009b: S. 626).

Als bundesweiter, themenübergreifender Zusammenschluss entstand 2010 aus der Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Österreich (kurz ARGE Selbsthilfe Österreich) der Verein „ARGE Selbsthilfe Österreich“, der einen Zusammenschluss aus themenübergreifenden Selbsthilfe-Dachverbänden und –Kontaktstellen sowie

themenbezogenen bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisationen¹ darstellt. Dahinter stand die Überlegung bundesweit stärker auftreten zu können (Forster 2009b: S. 626). Zudem existiert eine überregionale Service- und Informationsstelle für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen (SIGIS), welche 1993 als Projekt begann, angeregt von den Erfahrungen aus Deutschland. Zu ihrer Aufgabe zählt auch die Unterstützung von Dachverbänden und Kontaktstellen (vgl. Eberl 1996: S. 349f).

2.1.4 Hintergründe für das Entstehen von Selbsthilfegruppen und -organisationen

In Abschnitt 2.1.2 wurde bereits dargestellt, dass Selbsthilfegruppen keine neue Erscheinung sind. Im Rahmen des Erstarkens der neuen Selbsthilfebewegung erfährt die Selbstorganisation von Personen, die von (chronischer) Krankheit, Behinderung, psychosozialen Problemen oder von Gesundheitsrisiken selbst oder als Angehörige betroffen sind, eine stetige Zunahme (Forster et al. 2009b: S. 614 in Anlehnung an Baggott et al. 2005). Moeller (1996: S. 3) legt dar, dass Selbsthilfegruppen sich im Laufe der Geschichte stets dort gebildet haben, wo eine Gruppe von Menschen in gemeinsamer Not war und ihre Situation erkannte. Badura (1981: S. 12) stellt als wichtigen Ansatz für das Entstehen nichtprofessioneller Sozialsysteme (z.B. in Form von Selbsthilfegruppen) die Defizit These in den Raum. Nach ebendieser These werden nichtprofessionelle Sozialsysteme immer dann aktiv, wenn die staatliche Sozialpolitik bzw. das professionelle Versorgungssystem Lücken und Mängel aufweist. Lee (2005: S. 37) paart die Ursachen für die Entstehung von Selbsthilfegruppen mit Situationen, die zu jeder Zeit zu individuellen bzw. zu überindividuellen, materiellen, sozialen, psychosozialen, aber auch sozialpolitischen Notzuständen führen konnten. Im Bezug auf den Sozialstaat bilden sich vermehrt Selbsthilfegruppen, wenn sich die Lebenssicherungs- und Hilfesysteme im Sozialstaat krisenhaft entwickeln.

Wohlfahrt/Breitkopf (1995: S. 44-45) haben ein Drei- Ursachenmodell erarbeitet, um die Hintergründe für die Entstehung von Selbsthilfegruppen auf drei unterschiedlichen Ebenen zu beleuchten:

- Soziale Ebene

Aufgrund demographischer Veränderungen kommt es zum Phänomen der demographischen Alterung in der Gesellschaft. Der demographische Wandel hin zu einer alternden Gesellschaft sorgt in Verbindung mit der zunehmenden Individualisierung der Gesellschaft für eine Überforderung und Belastung (primär/traditioneller) sozialer Netze, die eigentlich dafür da wären soziale Problemlagen zu bewältigen (Wohlfahrt/Breitkopf 1995, S. 44; Thieme 2008: S. 7).

- Medizinische Ebene

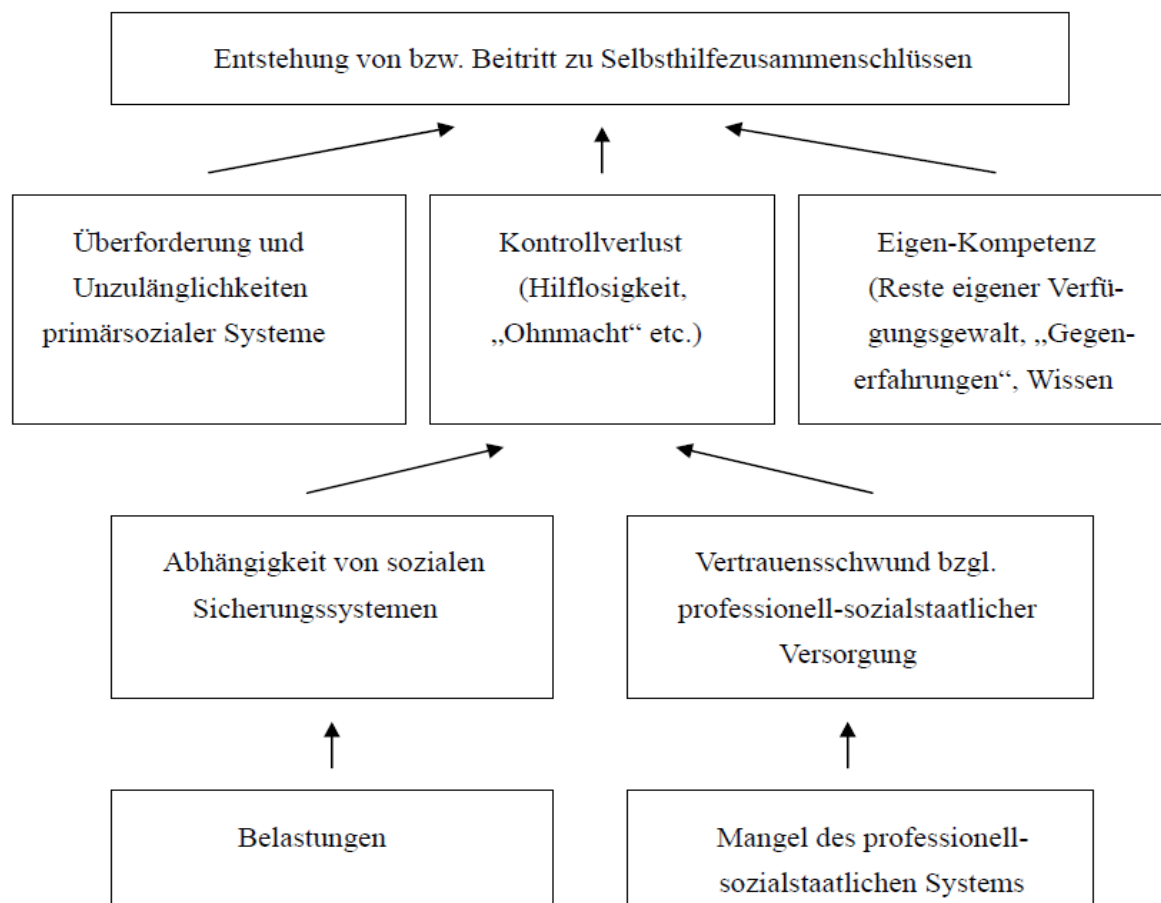
Die Entwicklung der Medizin schreitet rasend voran und ist geprägt von einer fortschreitenden Technisierung und Spezialisierung ihrer Arbeitsvorgänge. Das hierarchische Arzt- Patienten Verhältnis wird zunehmend als kritisch betrachtet. Der Patient fürchtet die Kontrolle über das eigene Leben zu verlieren und beklagt eine Hemmung der Eigenkompetenz durch eine für ihn unbefriedigende Informationspolitik (Wohlfahrt/Breitkopf 1995, S. 44; Forster et al. 2009a: S. 469, in Anlehnung an Kelleher 2006).

- Individuelle Ebene

Im Bereich der (psycho-) sozialen Versorgung bestehen Lücken und Versorgungsdefizite. Chronische Krankheiten sind in einer alternden Gesellschaft am Vormarsch und bedeuten für den einzelnen Betroffenen meist eine massive Veränderung in seiner Lebensbiographie. Das Leben chronisch kranker Menschen wird in der Folge von der Notwendigkeit eines Krankheitsmanagements bestimmt. Entmutigend wirken Erfahrungen mit Diskriminierung und Ablehnung im Alltag auf die betroffene Person (Wohlfahrt/Breitkopf 1995: S.45; Forster 2007: S. 469).

Trojan (1986: S. 49) liefert ein Theoriemodell zur Entstehung von Selbsthilfegruppen, um die Entstehungsbedingungen von Selbsthilfegruppen zu verdeutlichen. Durch das Modell lassen sich die bisherigen Aussagen und Ursachenmodelle aus der wissenschaftlichen Literatur komprimiert veranschaulichen lassen.

Abbildung 1: Theoriemodell der Entstehung von Selbsthilfegruppen



Quelle: Trojan 1986: S. 49

2.1.5 Eigenschaften und Bestimmungselemente von Selbsthilfegruppen und -organisationen

In der wissenschaftlichen Literatur existieren einige Arbeiten, die sich mit den Eigenschaften von Selbsthilfegruppen auseinandersetzen. Balke (1988: S. 110) sieht in Selbsthilfegruppen eine Form der Bewältigungsstrategie. Im Rahmen von Selbsthilfegruppen wird versucht, gemeinsam mit anderen Betroffenen eigene Wege bei der Bearbeitung der eigenen Probleme zu finden. Durch den regelmäßigen Erfahrungs- und Informationsaustausch innerhalb der Gruppen werden die Selbsthilfegruppenmitglieder zu ExpertInnen in eigener Sache und können neue Wege des Umgangs mit der Krankheit finden und durch den Austausch in der Gruppe weiterentwickeln. Sie können in der Folge professionelle Hilfe gezielter und effizienter in Anspruch nehmen (Lins; Maier 1998: S. 193).

„Sie wollen mit ihrer Arbeit kein Geld erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig ein Hineinwirken in ihr soziales und persönliches Umfeld. In der regelmäßigen, oft wochenlangen Gruppenarbeit betonen sie Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die Gruppe ist dabei ein Mittel, die äußere (soziale, gesellschaftliche) und die innere (persönlich, seelische) Isolation aufzuheben. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder und nicht auf Außenstehende; darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern geleitet; manche ziehen doch gelegentlich ExpertInnen zu bestimmten Fragestellungen hinzu“ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. 1987: S. 5).

Vilmar/Runge (1986: S. 16f.) haben acht Bestimmungselemente von Selbsthilfegruppen erarbeitet, die auch als charakteristische Merkmale von Selbsthilfegruppen bezeichnet werden können. Darunter fallen Autonomie, Selbstgestaltung, Solidarität in Form von Sozialengagement, gemeinsame Betroffenheit, „Graswurzelrevolution“, Basisdemokratie (darunter wird ein Handeln unter Einbeziehung direktdemokratischer Entscheidungsbildung verstanden), Kooperationsbereitschaft und Subsidiarität. Dies bedeutet, dass im Rahmen von Dezentralisation des Handelns sozialstaatliche Leistungen nicht ersetzt, sondern durch den Aufbau von autonomer, gesellschaftlicher Selbstorganisation oder Mitarbeit aktiver Bürger, umgestaltet werden.

2.1.6 Art der Orientierung von Selbsthilfegruppen und -organisationen

In der Forschungsliteratur kommt es zu einer (idealisierten) Unterscheidung zwischen Gruppen, die innen- bzw. außenorientiert sind.

Die gegenseitige Unterstützung und Hilfe, die bei innenorientierten Gruppen im Vordergrund steht, wird von Trojan (1986) als primäre Leistungen und als Kern ihrer Aktivitäten verstanden. Der wechselseitige Austausch, das Mitgefühl für andere Betroffene, die gemeinsame Verarbeitung von Enttäuschungen und der Informationstransfer zwischen den Betroffenen stehen im Vordergrund (Forster 2007: S. 469). In außenorientierten Gruppen, die eine stärker ausgeprägte Formalisierung ihrer Organisationsform besitzen, wird die gemeinsame Vertretung der Interessen

ihrer Mitglieder als Hauptaufgabe ihres Wirkens gesehen. Sie weisen auf Mängel in der Versorgung hin und sie wollen sich partizipatorisch in einzelnen Institutionen bzw. Organisationen des Gesundheitswesens wie z.B. in Gremien der Sozialversicherung einbringen oder mitentscheiden (Forster 2007: S. 469).

Die Ergebnisse der Studie zu Patienten- und Angehörigenorganisationen in Österreich zeigen, dass Selbsthilfegruppe und –organisationen sowohl nach innen als auch nach außen orientiert sind. Die Außenorientierung wird für die Gruppen immer wichtiger. Sie übernehmen kumulativ außenorientierte Aufgaben zusätzlich zu reinen Selbsthilfeaufgaben. Nur mehr 30% der Selbsthilfegruppen und –organisationen wirken hauptsächlich im Rahmen der reinen Selbsthilfefunktion (Forster; Braunegger-Kallinger et al., 2009: S. 469 in Anlehnung an Kelleher 2006)

Die Funktionen von Selbsthilfegruppen und –organisationen werden im folgenden Abschnitt näher beleuchtet.

2.1.7 Funktionen von Selbsthilfegruppen und –Organisationen

Forster et al. (2010: S. 180-181; 2009a: S. 471ff) haben im Rahmen der PAO- Studie drei Typologien nach Funktionen identifiziert, die Selbsthilfegruppen und -organisationen nicht exklusiv sondern kumulativ erfüllen:

- *Typ 1: Selbsthilfegruppen als wechselseitige Unterstützung:*

Diese Selbsthilfegruppen konzentrieren sich insbesondere auf den Erfahrungsaustausch und die wechselseitige Unterstützung in der Gruppe. Sie agieren häufig lokal und sind überwiegend „informelle Gruppen“. Das wichtigste Kommunikationsmittel sind die regelmäßigen Mitgliedertreffen. Die Entscheidungsfindungsprozesse sind primär basisdemokratisch ausgerichtet. Generell haben diese Gruppen weniger Außenbeziehungen, sind aber sehr häufig Teil von (themenbezogenen oder -übergreifenden) Zusammenschlüssen insbesondere auf der Landesebene.

- *Typ 2: Selbsthilfegruppen als komplementäre Dienstleister durch individuelle Unterstützung:*

Diese Selbsthilfegruppen ergänzen die reine Selbsthilfe um die Funktion „Beratung einzelner Betroffener“. Das heißt, dass diese SHG Dienstleistungen für Mitglieder

und Nicht-Mitglieder anbieten. Dennoch bleibt auch bei diesem Typ die „Selbsthilfe“-Funktion an zentraler Stelle. Der Formalisierungsgrad steigt, ebenso wie die Weite ihres geographischen Aktionsradius und die Anzahl der erreichten Personen. Schriftliche und elektronische Medien (z. B. Newsletter) spielen in der internen Kommunikation eine deutlich größere Rolle. Auch werden Entscheidungen häufiger von gewählten Entscheidungsgremien getroffen. Außerdem haben diese SHG deutlich mehr Umweltbeziehungen.

- *Typ 3: Selbsthilfegruppen als kollektive Interessenvertretung:*

Diese Selbsthilfegruppen führen zusätzlich zu den Aktivitätsbereichen der beiden anderen Typen auch Aktivitäten zur „Vertretung der Interessen vieler/aller Betroffener“ durch und zeichnen sich vor allem durch ihre komplexeren Strukturen aus. Sie führen mehr Aktivitäten unterschiedlichster Art aus, so ist beispielsweise die Wissenserweiterung und -verbreitung an Fachpersonen und die breite Öffentlichkeit ein wichtiger Aktivitätsbereich.

2.2 Partizipation und BürgerInnen/PatientInnenbeteiligung

In diesem Abschnitt soll das Feld der (kollektiven) Bürger- und PatientInnenbeteiligung im Gesundheitswesen näher beleuchtet werden. (Kollektive) Bürger- und PatientInnenbeteiligung wird in diesem Abschnitt behandelt, weil im Bezug auf die Strategie der Krankenversicherung mehr Beteiligung von Selbsthilfegruppen und –organisationen im Gesundheitswesen, in welcher Form auch immer, eine Option darstellen kann. Zuerst wird eine allgemeine Definition des Beteiligungsbegriffes vorgenommen. Es ist klarzustellen, dass die Begriffe „Partizipation“ und „Beteiligung“ in der vorliegenden Diplomarbeit synonym verwendet werden.

2.2.1 Allgemeine Definition von Beteiligung

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass das Feld der Patienten- und Bürgerbeteiligung als weit und vielschichtig zu charakterisieren ist. Es existiert eine *„Vielfalt an unterschiedlichen und nicht konsistent verwendeten Begriffen“*, was dazu führt, dass *„bisher kein Konsens über eine adäquate Begrifflichkeit und theoretische Verankerung existiert“* (Forster; Nowak 2006: S. 504f).

Laut Rega (2006: S. 41) bedeutet Beteiligung oder (synonym) Partizipation wörtlich einen Teil oder Anteil haben und (ein)nehmen. Teilhabe oder Teilnahme bedingen sich gegenseitig: Teilhabe an einer Gemeinschaft oder an einem Problem bedingt Betroffenheit von kollektiven Handeln und Entscheiden. Teilnahme setzt Teilhabe in Form von Zugehörigkeit zu betroffenen Gemeinschaft und zu anerkannten Rechten voraus. Partizipation oder Beteiligung meint dann die Einflussnahme von Teilhabern und Teilnahmeberechtigten auf kollektive Handlungs- und Entscheidungsprozesse (Schulze 2003: S. 374). Rega (2006: S. 41) weist darauf hin, dass gerade in „Beteiligung“ deutlich wird, dass mit einem Sich-Beteiligen auch ein Beteiligt-Werden einhergehen muss. Beteiligt-Werden kann auf der Anerkennung von Rechten auf Teilnahme oder in der Aufforderung (Aktivierung, Empowerment) von Betroffenenengruppen erfolgen.

Entscheidungsprozesse oder Entscheidungsgremien können durch BürgerInnen oder Betroffene direkt oder indirekt besetzt werden. Dabei werden die Vertreter oder Fürsprecher entweder selbst gewählt oder fremd ernannt. Beteiligung kann institutionalisiert und damit rechtlich abgesichert sowie nicht verfasst und ungesichert erfolgen (Vilmar 1977: S. 297). Es kann zwischen kontinuierlicher und ad hoc Beteiligung unterschieden werden (GBE des Bund 2006: S. 206). Beteiligungsformen können mit unterschiedlichen Einfluss- und Aktivitätsgraden einhergehen, die unterschiedliche Verbindlichkeiten und Formen des Engagements beinhalten (Trojan, Alf; Legewie, Heiner 2001, S. 324).

2.2.2 Hintergründe zur Partizipation von BürgerInnen/PatientInnen im Gesundheitssystem

Die Forderung nach einer stärkeren Einbeziehung von PatientInnen und BürgerInnen in Entscheidungen, die die Gestaltung der Gesundheitssysteme betreffen (patient and public involvement), stellt einen fixen Bestandteil in der Reformdebatte im Gesundheitssystem in den meisten hoch entwickelten Ländern dar (Forster 2006: S. 504; Rega 2006: S. 1). Für PatientInnen und BürgerInnen war ursprünglich nur eine passive Rolle im Gesundheitswesen vorgesehen. Diese wirkten vorrangig als ZahlerInnen, EmpfängerInnen und Versorgte, nicht als aktive MitentscheiderInnen im Gesundheitswesen (Rega 2006: S. 56). In der Folge lieferten nationale und internationale Institutionen wie der Europarat und die WHO Erklärungen ab, die den oben genannten Forderungen neuen Auftrieb gaben.

„Patient/citizen participation should be an integral part of health care systems and, as such, an indispensable component in current health care reforms” (Council of Europe, Recommendation Rec. 2000: S. 5).

Gesundheitswissenschaftler und Public-Health-Experten unterstützen Möglichkeiten zur Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitssystem. Das Gesundheitssystem als gesellschaftliches Subsystem, das bisher traditionell von Hierarchien, Expertendominanz und Bürokratie gekennzeichnet ist, soll durch die Beteiligung von PatientInnen und BürgerInnen einem verstärkten Demokratisierungsprozess unterworfen werden. Mehr Beteiligung soll dazu beitragen, dass die Qualität von

Behandlung und Betreuung gesteigert, Patientenerfahrungen und –zufriedenheit verbessert, und die Loyalität gegenüber dem öffentlichen Gesundheitssystem gestärkt werden (Forster 2006: S. 504). Gelegentlich wird darauf verwiesen, dass gesundheitspolitische Steuerungsprozesse modernisiert und die ökonomische Effizienz erhöht werden können (Wait; Nolte 2006). Es wird dabei von einem Menschenbild ausgegangen, das aktive bzw. mündige BürgerInnen in den Mittelpunkt stellen. Das dahinterliegende Konzept bezieht sich auf das Potential sowie auf die Fähigkeiten des Menschen, Situationen zu beeinflussen und zu gestalten (Schaurhofer 2000: S. 7). Die verstärkte Einbindung von Betroffenen in „systeminterne Prozesse“ soll die Ausrichtung der Krankenversorgung und der Gesundheitspolitik bezugnehmend auf Bedürfnisse und Interesse ebendieser sichern (Rega 2006: S. 56). Esfandiari (2010: S. 44) sieht ein Potential für die Beteiligung der BürgerInnen im Gesundheitssystem. Diese schätzen ihre Gesundheit und wollen sich in Anbetracht (potentieller) gesundheitlicher Schädigung an der Entscheidungsfindung hinsichtlich des Managements ihres Genesungsprozesses beteiligen.

2.2.3 Kollektive Beteiligung im Gesundheitswesen

Es kann zwischen individueller (Beteiligung von PatientInnen an deren Behandlung) und kollektiver Beteiligung im Bezug auf die Einbeziehung von Kollektiven, Gruppen und Repräsentanten unterschieden werden. Für die vorliegende Diplomarbeit ist vor allem der Begriff der kollektiven Beteiligung von Bedeutung. Auf den Begriff der individuellen Beteiligung wird nicht näher eingegangen, da er nicht Gegenstand dieser Diplomarbeit ist. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der Übergang zwischen individueller (Patientenrechte) und kollektiver Beteiligung (PatientInnen- und BürgerInnenbeteiligung) im Gesundheitswesen und in der wissenschaftlichen Debatte fließend ist (Rega 2006: S. 9).

Dem kollektiven Anspruch auf Beteiligung unterstützt die WHO (1994: S.28-30):

„BürgerInnen und PatientInnen haben einen kollektiven Anspruch auf Vertretung auf allen Ebenen des Gesundheitssystems im Hinblick auf Planung und Evaluierung von Leistungen, d.h. Umfang, Qualität und Organisation der angebotenen Dienste.“

Kollektive Beteiligung an Entscheidungsprozessen kann in unterschiedlicher Weise und in unterschiedlichem Grade stattfinden (Wright et al. 2007; Rega 2006: S. 46; Hart 2003; Arnstein 1969).

Forster sieht mehrere Gründe für die Beteiligung von kollektiven Akteuren (im vorliegenden Falle Selbsthilfegruppen) im Gesundheitswesen, weil *„patientInnenorientierte und effektive Gesundheitsdienste für ihre Mitglieder ein entscheidender Beitrag zur Lebensqualität sind, weil ihre Mitglieder ein entscheidender Beitrag zur Lebensqualität sind, weil sie Einfluss auf andere wichtige Determinanten ihrer Lebensqualität gewinnen wollen und weil sie sich von derartigen Beziehungen (und den daraus erwartbaren Unterstützungen) einen Schutz vor Überforderung und Überlastung erwarten“* (Forster 2007: S. 470).

Doch es gibt auch kritische Stimmen hinsichtlich der Beteiligung von BürgerInnen, PatientInnen und Selbsthilfegruppen im Gesundheitssystem. Forster (2007: S. 470) merkt an, dass nicht alle Selbsthilfegruppen an der Beteiligung am Gesundheitssystem interessiert sind und eher abgegrenzt davon agieren wollen. Zudem wird vor der Überforderung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen gewarnt. Die Einbindung in Beteiligungsprozesse stellt für benachteiligte Bevölkerungsgruppen eine zusätzliche vor allem zeitlich bedingte Belastung dar. In der Praxis wird beobachtet, dass vor allem Angehörige der gebildeten Mittelschicht an Beteiligungsprozessen teilnehmen, das (Marent 2009: S. 27f bezugnehmend auf Zakus; Lyssack 1998: S. 6f). Einflussfaktoren auf kollektive Beteiligungsprozesse werden in Abschnitt 2.2.6 näher behandelt.

2.2.4 Formen und Grade von kollektiven Beteiligungsprozessen im Gesundheitswesen

Im Rahmen der kollektiven PatientInnen- und BürgerInnenbeteiligung an Entscheidungs- bzw. Willensbildungsprozessen können Modelle zur Anwendung kommen, die mehr oder weniger Einflussnahme durch PatientInnen- und BürgerInnen zulassen.

„Es gibt einen entscheidenden Unterschied zwischen dem Durchlaufen eines leeren Rituals der Partizipation und dem Verfügen über die Macht, die man braucht, um die Ergebnisse des Prozesses zu beeinflussen“ (Arnstein 1969: S. 216).

Hart (2003: S. 333) skizziert ein Modell, das vier Formen der Beteiligung (im engeren Sinn) im Rahmen eines Beteiligungsprozesses in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit nimmt. Andere Autoren (u.a. Etgeton 2009: S. 108) sehen das Vorhandensein von drei Beteiligungsformen als ausreichend an:

Abbildung 2: Modelle der Beteiligung nach Hart

Modell	Funktion	Bereiche (Beispiele)
Umfragebeteiligung	Erkenntnisgewinn über Präferenzen und Einstellungen von Nutzern	Gesundheitsziele Bürgerkonferenzen
Verfahrensbeteiligung	Anhörungs-, Stellungnahmerechte zur Erweiterung der Informationsbasis der Entscheider	Institutionen der GKV, Zulassungsverfahren
Beratungsbeteiligung	Recht auf Diskussionsbeteiligung und Verfahrensbeteiligung	Institutionen der GKV, Fachgesellschaften
Entscheidungsbeteiligung	Recht auf Mitentscheidung	Ethikkommission

Quelle: Hart 2003: S. 333

Im Rahmen der Umfragebeteiligung werden Befragungen initiiert, die einen Erkenntnisgewinn über Präferenzen und Einstellungen von Nutzern erbringen sollen. Verfahrensbeteiligung setzt auf Anhörungs- und Stellungnahmerechte zur Erweiterung der Informationsbasis der Entscheider. Beratungsbeteiligung räumt ein Recht auf Diskussions- und Verfahrensbeteiligung ein. Im Rahmen von Entscheidungsbeteiligung wird ein Recht auf aktive Mitentscheidung (z.B. in Ethikkommissionen oder Gremien der Sozialversicherung) gewährt. PatientInnen und BürgerInnen können dabei Entscheidungsergebnisse (je nach Ausgestaltung der Voten) wirksam beeinflussen, so dass deutlich werden sollte, dass einflussreichere (i.e. effektivere) Beteiligung mit einer aktiveren Position der Bürger in Politik und

Gesellschaft einhergeht (Rega 2006: S. 47). BürgerInnen sollen sich an allen Entscheidungsprozessen, deren Entscheidungsgegenstände und –folgen sie unmittelbar selbst betreffen können und insbesondere Wertentscheidungen umfassen, beteiligen (Rega 2006: S. 68; Hart 2001: S. 68).

Im Anschluss soll ein weiteres Modell zur Bestimmung des Ausmaßes der Beteiligung vorgestellt werden. In Anlehnung an das Modell „A Lader of Citoyen Partizipation“ von Sherry Arnstein (1969: S. 216) wurde von Wright (2007: S.1-5) ein neunstufiges (eindimensionales) Modell entwickelt, um Partizipationsprogramme (in der Gesundheitsförderung) kritisch unter die Lupe nehmen zu können (Marent et al. 2009: S. 29). Die Stufen der Partizipation werden als Entwicklungsprozess beschrieben.

Abbildung 3: Stufen der Partizipation nach Wright et. al.

Stufe 9	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
Stufe 8	Entscheidungsmacht	Partizipation
Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
Stufe 6	Mitbestimmung	
Stufe 5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 4	Anhörung	
Stufe 3	Information	
Stufe 2	Erziehen und Behandeln	Nicht-Partizipation
Stufe 1	Instrumentalisierung	

Quelled: Wright et al. 2007: S.1-5

Auf den ersten beiden Stufen des Modells (Nichtpartizipation) werden potentielle, beteiligungswillige Menschen wegen angeblicher Defizite für nicht entscheidungsfähig gehalten. Die Vorstufen der Partizipation (Stufen 3-5: inklusive Einbeziehung) werden charakterisiert durch eine zunehmend stärkere Einbindung

von Beteiligungswilligen in Entscheidungsprozesse. Es ist noch kein direkter Einfluss auf die Prozesse möglich. Beteiligungswillige nehmen formal an Entscheidungsprozessen in Kommissionen oder Gremien ohne Stimmrecht teil. Bei der „echten“ Partizipation haben die Beteiligten eine formale, verbindliche Rolle im Entscheidungsfindungsprozess und besitzen Entscheidungsmacht. Die letzte Stufe des Modells (selbstständige Organisation) umfasst alle Formen selbstorganisierter Maßnahmen, die nicht unbedingt als Folge eines antizipativen Entwicklungsprozesses entstehen, sondern von Anfang an von BürgerInnen selbst initiiert werden können (Wright et al. 2007: S. 1-5).

2.2.5 Ebenen kollektiver PatientInnen- und BürgerInnenbeteiligung:

Abbildung 4: Beteiligungsebenen, Institutionen und Partizipationskontexte

Partizipationsebene	Institutionen/Entscheidungskontexte	Partizipationskontext/Akteure
Makro-Ebene	politische Entscheidungsgremien der Gesundheitspolitik auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene	Anhörung, sachliche Beteiligung von Patienten-/Nutzerinteressen
	Entscheidungsgremien der funktionalen Selbstverwaltung auf nationaler Ebene	z.B. Entsendung sachverständiger Bürger, "neutrale Personen"
Meso- Ebene	ggf. regionale Kooperationsformen wie z.B. regionale Gesundheitskonferenzen	regionale Patientenvertreter in Entscheidungs- oder Lenkungs-gremien
	Krankenkassen	Intensivierung der Versichertenbeteiligung an der Selbstverwaltung, Zusammenarbeit mit Verbraucher-, Selbsthilfeorganisationen
	Organisationen der Leistungserbringung (Krankenhäuser, Gesundheitszentren)	patientenorientierte Organisationsrollen, Patientenfürsprecher/-ombudsman
Mikro-Ebene	Versorgungsverläufe, Patientenkarrieren	Selbsthilfegruppen, Beteiligungen von Angehörigen(Gruppen)

Quelle: SVRKAiG 2002, Tab. 27, S. 322.

Beteiligungsprozesse können auf drei verschiedenen (gesellschaftlichen) Ebenen stattfinden (Francke/Hart 2001: S. 30). Auf der Makro Ebene wird über gesundheitspolitische Grundlagen und Zielsetzungen entschieden und Rahmen- und Planungsentscheidungen getroffen. Die Mitwirkung von BürgerInnen und PatientInnen an Entscheidungsprozessen auf der Makro-Ebene kann die Teilnahme an gesundheitspolitischen Entscheidungen im Rahmen von Entscheidungsgremien (politische Entscheidungsgremien, Gremien auf EU- Ebene) bedingen (SVRKAiG 2002: S. 320).

Ausführungs- und Umsatzentscheidungen über die Ausgestaltung von Leistungen werden auf der Mesoebene gefällt. Im Hinblick auf Beteiligung geht es auf der Mesoebene um die Form von Teilnahme am Design von Leistungen (Leitlinienentwicklung) und an der Organisationsentwicklung einzelner Einrichtungen (Krankenkassen, Ambulanzen, Krankenhäuser). Im Bezug auf die Institution der Krankenversicherung kann es zu einer Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und –Organisationen z.B. in der Qualitätssicherung kommen. Beteiligung kann ebenfalls bei Organisationen der Leistungserbringung geschehen (ebd.: S. 320; siehe auch Rega 2006: S. 45). Auf der Mikroebene kann Bürgerbeteiligung im Rahmen von Schlichtungsverfahren oder Beteiligung von Angehörigen oder PatientInnen in Selbsthilfegruppen erfolgen, um Versorgungsverläufe zu optimieren (Badura; Schellerschmid 2000: S. 232).

2.2.6 Einflussfaktoren auf die Realisierung von (kollektiven) Beteiligungsprozessen

Im folgenden Kapitel wird auf Einflussfaktoren, die Beteiligungsprozesse beeinflussen können, näher eingegangen. Neben den Einflussfaktoren für die Realisierung von Beteiligungsprozessen nach Wright et al. und der Darstellung von dezidiert hinderlicher Faktoren für Beteiligungsprozesse wird auf die so genannte Insider/Outsiderdiskussion näher eingegangen. Dabei wird geschildert, welche Vorteile Beteiligungsprozesse für die so genannten Insider (Regierungen, Institutionen, Sozialversicherungen) bringen können.

Dabei wird auch die so genannte Insider/Outsider Diskussion im Gesundheitswesen näher vorgestellt.

2.2.6.1 Faktoren für die Realisierung von Beteiligungsprozessen nach Wright et al.:

Wright et al. (2008: S. 752f) haben im Zuge einer Forschungsarbeit Faktoren identifiziert, die auf die Realisierung von Beteiligungsprozessen Einfluss nehmen können:

- Haltung: Im Rahmen eines Perspektivenwechsels z.B. innerhalb der sozialen Krankenversicherung werden Projekte nicht mehr für, sondern mit einer

„Zielgruppe“ durchgeführt. Ein Mehr an Beteiligung läuft zunächst vor allem auf eine Veränderung der Beziehung zwischen Institutionen und Patienten in Richtung von mehr Partnerschaft hinaus (Forster 2006: S. 507).

- Ressourcenaufwand: Personal-, Sach-, und finanzielle Ressourcen müssen zur Verfügung gestellt werden. Dadurch kann partizipative Zusammenarbeit kurzfristig teuer kommen.
- Partizipation: besitzt den Charakter eines Entwicklungsprozesses, da eine Zusammenarbeit aufgebaut, gehegt und gepflegt werden muss. Gegenseitige Transparenz im Beteiligungsprozess wird als wichtig erachtet.
- Interessen und interne Einigkeit: Das Fundament der Zusammenarbeit manifestiert sich in gemeinsamen Interessen. Schwierigkeiten bei der Innerfahrungbringung von Zielgruppeninteressen werden konstatiert.
- Fachlichkeit: Es müssen klare Ziele und Standpunkte zu relevanten Themen erarbeitet werden.

2.2.6.2 Insider (ExpertInnen) und Outsider (Laien) im Gesundheitswesen:

Die so genannten Insider (Regierungen und Entscheidungsträger) determinieren laut den Ergebnissen empirischer Studien die Regeln und Strukturen, mit denen sich die Outsider (Beteiligungswillige) dem Bereich der Entscheidungsfindung nähern können. In diesen Bereich fallen auch die Ressourcen, die sie bekommen, wenn sie dort angekommen sind (White 2000: S. 467). Regierungen und Entscheidungsträger (Insider) sehen Vorteile in der Beteiligung von Outsidern (z.B. PatientInnen, Selbsthilfegruppen), weil Unsicherheit in der öffentlichen Meinung reduziert sowie das Vertrauen der Outsider in die Insider in der Folge erhöht wird. Die Entscheidungslast liegt nicht mehr alleinig auf den Schultern der Insider (White 2000: S. 476 beziehungsweise auf Fitzpatrick 1994). White (e S. 476) erkennt darin eine Strategie des Risikomanagements. Motivierend für die Insider kann es sein, bedingt durch das Ungleichgewicht zwischen Insidern und Outsidern, dass Partizipationsprozesse nach ihren Wünschen gesteuert werden (Marent et al. 2009: S. 27). Durch die so genannte „strategische Rekrutierung“, die die Benennung von bekannten Persönlichkeiten in den Beteiligungsprozess hervorhebt, besitzen die „Insider“ Möglichkeiten, Effizienz und Kontrolle bei Beteiligungsprozessen auszuüben (White 2000: S. 472).

2.2.6.3 Hinderliche Faktoren für die Realisierung von (kollektiven) Beteiligungsprozessen

In der vorliegenden Diplomarbeit sollen auch hinderliche Faktoren für Beteiligungsprozesse angeführt werden. Beteiligungsprozesse stoßen an ihre Grenzen, wenn sich (potentiell) Betroffene und Interessierte nicht beteiligen und politischer Wille und Unterstützung fehlen (Strategiegruppe Partizipation 2004a: S. 3).

Eingeengte Handlungsspielräume und missachtete gesetzlich geregelte Standards und Grenzwerte werden als Gift für Beteiligungsprozesse bewertet. Hinderlich ist ebenso die Nichtvermeidung sozialer Schieflagen sowie die Generierung einer dauerhaften Pattsituation (Strategiegruppe Partizipation 2004a: S. 3). Weitere Behinderungen im Beteiligungsprozess ergeben sich, wenn die Vorbereitung mangelhaft und der Gegenstand des Beteiligungsprozesses unklar ist. Hinderliche Faktoren sind ein unklarer Umgang mit Ergebnissen, fehlende oder unverständlich vermittelte Informationen, ein belastetes Klima während der Zusammenarbeit sowie Enttäuschungen im Beteiligungsprozess durch nicht geweckte Erwartungen (Strategiegruppe Partizipation 2008: S. 6).

2.3 Das österreichische Sozialsystem und die Sozialversicherung

In diesem Abschnitt soll zuerst das österreichische Sozialsystem und seine Leistungen näher beleuchtet werden. In weiterer Folge soll näher auf die Organisation der gesetzlichen Sozialversicherung und schlussendlich auf das Feld der gesetzlichen Krankenversicherung samt den Gebietskrankenkassen näher eingegangen werden.

2.3.1 Leistungen des österreichischen Sozialsystems:

Ziel des österreichischen Sozialsystems ist es, in bedrohlichen Situationen Schutz und Sicherheit gewährleisten sowie Hilfestellung zur Bewältigung von bedrohlichen Situationen geben zu können. Bedrohliche Situationen umfassen Risiken, denen der Mensch in bestimmten Lebensphasen ausgesetzt wird. Diese umfassen Krankheit, Behinderung, Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit sowie Arbeitslosigkeit und Erwerbsunfähigkeit (Behindertenbericht 2009: S. 28). Zur Erreichung dieses Ziels ist in Österreich ein System der sozialen Sicherheit entstanden, das im Wesentlichen vier Sozialschutzsysteme (Sozialversicherung, universelle Systeme, bedarfsorientierte Leistungen, Sozialentschädigung) umfasst.

Abbildung 5: Leistungen des österreichischen Sozialsystems



Quelle: Behindertenbericht 2009: S. 26

Das Sozialschutzsystem der **gesetzlichen Sozialversicherung** umfasst sowohl die Krankenversicherung also auch die Pensions- und Unfallversicherung. Das Arbeitslosengeld, die Notstandshilfe und diverse aktive Arbeitsmarktmaßnahmen sind im Sozialschutzsystem der Arbeitslosenversicherung zusammengefasst, das in Zeiten der derzeitigen Wirtschafts- und Arbeitsmarktkrise eine besondere Bedeutung zugewiesen bekommt. Als weitere definierte Sozialschutzsysteme gelten universelle Systeme wie die Familienbeihilfe und Kinderabsetzbetrag, bedarfsorientierte Leistungen wie die Mindestsicherung in der Pensionsbeihilfe, Sozialschutz für Beamte, der Sozialentschädigungsbereich, Maßnahmen zum arbeitsrechtlichen Schutz, betriebliche Formen der Altersvorsorge und soziale Dienste (Sozialschutz in Österreich 2010: S. 12).

Für die vorliegende Diplomarbeit ist einzig das Sozialschutzsystem der gesetzlichen Sozialversicherung relevant, auf das im folgenden Abschnitt näher eingegangen wird. Die gesetzliche Sozialversicherung stellt einen maßgeblichen Teil der gesamtgesellschaftlichen Institutionalisierung von sozialer Sicherheit dar (Gröschel (1999: S. 1).

2.3.2 Struktur und Aufbau der gesetzlichen Sozialversicherung

Das Dach der gesetzlichen Sozialversicherung bildet der Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Die Aufgaben des Hauptverbands umfassen u.a. den Bereich der langfristigen strategischen Planung, die Erstellung von Richtlinien für eine einheitliche Vollzugspraxis, die zentrale Datenverwaltung, den Abschluss von Verträgen mit ÄrztInnen/DentistInnen etc., die Herausgabe eines Heilmittelverzeichnisses, den Vergleich von Kennzahlen zwischen Versicherungsträgern und die Vertretung der Sozialversicherungsträger nach außen (Sozialschutz in Österreich 2010: S. 12). Der Hauptverband gilt auch als innerstaatliche Verbindungsstelle für die Kranken-, Unfall und Pensionsversicherung (Soziale Sicherheit Nr. 7/8 2008: S. 364).

Die Durchführung der gesetzlichen Sozialversicherung ist eigenen Körperschaften, die aus den einzelnen Versicherungsträgern bestehen, übertragen. Die 22 Versicherungsträger, die 15 Krankenkassen und 7 Versicherungsanstalten umfassen, sind teilweise in zwei oder allen drei Zweigen der Sozialversicherung (Pensions-, Kranken-, Unfallversicherung) aktiv (Soziale Sicherheit Nr. 7/8 2008:

364). Die einzelnen Sozialversicherungsträger sind nach Aufgabenbereichen, Berufsgruppen und/oder regional gegliedert. Die bedeutendsten Träger sind die Pensionsversicherungsanstalt, die neun Gebietskrankenkassen in den einzelnen Bundesländern, die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, die Sozialversicherungsanstalten für selbstständig Erwerbstätige (für die gewerbliche Wirtschaft und für Bauern/Bäuerinnen) und die Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten (Sozialschutz in Österreich 2010: S. 10).

Abbildung 6: Aufbau des österreichischen Sozialsystems

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger			
Unfallversicherung	Krankenversicherung		Pensionsversicherung
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	9 Gebietskrankenkassen	6 Betriebskrankenkassen	Pensionsversicherungsanstalt
	SVA der gewerblichen Wirtschaft		
Sozialversicherungsanstalt der Bauern			
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau			
Versicherungsanstalt öffentlich Bedienstete			VA des österr. Notariats

Quelle: Soziale Sicherheit Nr. 7/8 2008: S. 364

Selbstverwaltungsorgane, die vor allem aus VertreterInnen der Sozialpartner bestehen, sind mit der Leitung der einzelnen Sozialversicherungsträger betraut. Diese Organe haben im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben einen gewissen autonomen Handlungsspielraum. Da aber die meisten Ansprüche in Gesetzen geregelt sind, beschränkt sich die Autonomie vor allem auf die Verwaltung der eigenen Einrichtungen (ebd.: S. 10).

2.3.3 Prinzipien der gesetzlichen Sozialversicherung

Das österreichische Sozialversicherungssystem beruht auf drei Prinzipien, die die Pflichtversicherung, das Solidaritätsprinzip und die Selbstverwaltung umfassen (Behindertenbericht 2009: S. 28):

- *Pflichtversicherung:*

Als Pflichtversicherung wird eine Versicherung bezeichnet, deren Abschluss vom Gesetzgeber vorgeschrieben wird. In Österreich wird dieser Umstand durch das österreichische Sozialversicherungsrecht (ASVG) vorgeschrieben, das die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Sozialversicherungsträger vorsieht (BGBl. Nr. 189/1955).

- *Solidarprinzip:*

Die gesetzliche Sozialversicherung, die auf dem Prinzip der Solidarität beruht, ist die strukturelle Basis oder das tragende Prinzip der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Pensions-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung (Hauf 1989: S. 198). Die Mitglieder der Solidargemeinschaft, speziell der gesetzlichen Krankenversicherung, sichern sich im Krankheitsfall gegenseitige Unterstützung zu. Diese ist im Rahmen der Krankenversicherung keine bloße Mildtätigkeit, sondern ein Rechtsanspruch des Einzelnen gegenüber der Solidargemeinschaft (Simon Michael 2005: S. 40).

- *Selbstverwaltung*

Der Staat delegiert bestimmte Verwaltungsaufgaben an jene Personengruppen, die daran ein unmittelbares Interesse haben. VertreterInnen dieser Personengruppen führen Aufgaben des betreffenden Verwaltungsbereichs weisungsfrei durch (Soziale Sicherheit 2008: S. 365). Während in Deutschland die Mitglieder der Selbstverwaltung mittels Sozialwahlen bestimmt werden, merkt Pöltner (2005: S. 57) an, dass Selbstverwaltung in der österreichischen Sozialversicherung bedeutet, dass im Wesentlichen von den gesetzlich beruflichen Interessensvertretungen der Arbeitgeber (Wirtschaftskammer) und Arbeitnehmer (Arbeiterkammer) Versicherungsvertreter in die Verwaltungskörpern der Sozialversicherungsträger (SVT) entsendet werden. Dabei werden die Generalversammlung, der Vorstand

sowie die Kontrollversammlung und in die Geschäftsführung mit Mitgliedern der gesetzlichen Interessensvertretungen besetzt (ebd.: S. 72).

2.3.4 Finanzierung der österreichischen gesetzlichen Sozialversicherung

Aufbringung der Mittel der österreichischen Sozialversicherung:

Die Mittel der österreichischen Sozialversicherung werden in erster Linie durch Beiträge aufgebracht, die von den Versicherten eingefordert werden. Das Erwerbseinkommen der Versicherten, das nur bis zu einer Höchstgrenze (Höchstbeitragsgrundlage) herangezogen wird, dient als Grundlage für die Berechnung der Pflichtversicherungsbeiträge. Bei unselbstständig Erwerbstätigen muss auch der Dienstgeber mitzahlen. Die Höhe der Beiträge der Versicherten und ihrer Dienstgeber richtet sich nach der Beitragsgrundlage um den dementsprechenden Beitragssatz. Geringfügige Einkommen mit einem Grenzbetrag von monatlich 349,01 Euro sind von der Versicherungspflicht in der Kranken- und Pensionsversicherung nach dem ASVG ausgenommen (Soziale Sicherheit Nr. 7/8 2008: S. 371). Zusätzlich zur Pflichtversicherung besteht die Möglichkeit sich freiwillig versichern zu lassen. Dafür wird eine Willenserklärung des Versicherten, ein Eintritt kraft Gesetzes, eine Anmeldung beim Versicherungsträger sowie eine Selbstfinanzierung durch den Versicherten benötigt freiwillige Versicherungen umfassen zum Beispiel die Selbstversicherung in der Krankenversicherung, die Studentenversicherung und die Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung (Soziale Sicherheit Nr. 7/8 2008: S. 372).

Aktuelle Gebarungsergebnisse der gesetzlichen Sozialversicherung:

Abbildung 7: Gebarungsergebnisse der österreichischen Sozialversicherung

	2008	2009	Änderungen zum Vorjahr
Gesamteinnahmen	45.283,0	47.444,7	0,0
Beiträge für Versicherte	36.791,8	37.618,7	0,0
Beiträge des Bundes	4.932,0	5.956,2	0,2
sonstige Einnahmen	3.559,3	3.869,8	0,1
Gesamtausgaben	45.329,8	47.270,5	0,0
Leistungsaufwand	43.510,6	45.440,4	0,0
sonstige Ausgaben	1.819,2	1.830,1	0,0
Saldo	46,8	174,2	

Quelle: Sozialbericht 2010: S. 63

Das vorläufige Gebarungsergebnis 2009 der gesetzlichen Sozialversicherung enthält Gesamteinnahmen in der Höhe von 47,44 Mrd. Euro, denen Gesamtausgaben in der Höhe von 47,27 Mrd. Euro gegenüberstanden. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt machen die Gesamtausgaben der Sozialversicherung rund 17,1% aus. Im Vergleich zum Jahr 2008 ist bei den Gesamteinnahmen eine Steigerung um 4,8 %, bei den Gesamtausgaben eine Steigerung um 4,4 % festzustellen. Damit betrug der Gebarungsüberschuss im Jahr 2009 174,2 Mio. Euro (Handbuch Sozialversicherung 2010: S. 33, Sozialbericht 2010: S. 61).

Abbildung 8: Finanzgebarung nach Versicherungsbereich 2008/9

Versicherungsbereich	Jahr	Einnahmen in Mrd. Euro	Ausgaben	
			in Mrd. Euro	in % der Einnahmen
Sozialversicherung insg.	2008	47.463	47334	99,7
	2009	45.283	45330	100,1
Krankenversicherung	2008	14.251	14.105	99,0
	2009	13.684	13.765	100,6
Pensionsversicherung	2008	31.808	31.812	100,0
	2009	30.198	30.200	100,0
Unfallversicherung	2008	1.404	1.417	100,9
	2009	1.401	1.365	97,4

Quelle: Sozialbericht 2010: S. 63

2.3.5 Geschichtliche Entwicklung der Sozialversicherung

Die Wurzeln der Sozialversicherung reichen bis ins Mittelalter zurück. Zuerst kamen den Selbsthilfeorganisationen und später vor allem den Bruderläden große Bedeutungen zu. Die Bruderläden, die für Krankenbehandlung, Sterbegeld und Vorsorge bei Invalidität sorgten, waren für die solidarische Gemeinschaftshilfe unentbehrlich (Frieder 1994: S. 115). In Deutschland wurden auf Initiative von Reichskanzler Graf Otto von Bismarck mehrere Sozialversicherungsgesetze geschaffen, die 1883 (Krankenversicherung), 1884 (Unfallversicherung) und 1889 (Alters- und Invaliditätsversicherung) realisiert wurden. Otto von Bismarck ging mit der Strategie vor einerseits die stark anwachsende Arbeiterschaft zu befrieden. Dieser sollte ein Platz in der angestrebten hierarchisch konservativen Gesellschaftsordnung angeboten werden. Auf der anderen Seite wurden

sozialistische Aktivitäten durch das 1878 geschaffene „Gesetz gegen die gemeingefährliche Bestrebungen der Sozialdemokratie“ unterdrückt oder verboten worden (Tomandl 1988: S. 6; Kleinheinz 2005; Thieme 2008). Das erste österreichische Sozialversicherungsgesetz vom 30. März 1888, welches sich zwar am deutschen Sozialversicherungsgesetz orientierte aber eigenständige Ideen beinhaltete, führte erstmals eine staatliche Sozialversicherung in Österreich ein. Ebendieses Gesetz wurde von einem christlich-sozialen, stark antikapitalistisch Gedankengut, gepaart mit einem eigentümlichen Bürokratieverständnis, geprägt. Es wurden sämtliche gewerbliche und industrielle Arbeiter/innen und Angestellte, mit Ausnahme der Landarbeiter/innen, erfasst (Tomandl 2009: S. 6; Fiereder 1994: S. 117).

In beiden Ländern bildeten die Industriearbeiter und generell die stark anwachsende Arbeiterschaft die Kerngruppe der Versicherungspflichtigen. Genauso wie in Deutschland wurde repressiv gegen die sozialdemokratisch geführte Arbeiterschaft vorgegangen (Fiereder 1994: S. 86, Tomandl 1988: S. 6). Bis zum Zweiten Weltkrieg wurden keine grundlegenden Systemänderungen durchgeführt. Bedingt durch die Inflation der Nachkriegszeit kam es zu Finanzierungsschwierigkeiten im System der Sozialversicherung (Tomandl 1988: S. 10). Im zweiten Weltkrieg wurde die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung abgeschafft, die Organisation nach deutschem Muster in die staatliche Verwaltung übernommen und die Reichsversicherungsordnung angewandt (Fiereder 1994: S. 16).

Nach der Wiedererrichtung der Republik Österreich nach Ende des zweiten Weltkriegs wurde für die Sozialversicherung mit dem Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz vom 12. Juni 1947 eine neue organisatorische Grundlage geschaffen (Tomandl 1988: S. 11). Wichtigste Maßnahme waren die Wiedereinführung der Selbstverwaltung sowie die Errichtung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger als Dachorganisation. 1956 löste das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) die bis dahin geltenden Gesetze auf dem Gebiet der Sozialversicherung ab. Es fasste die Kranken-, Unfall und Pensionsversicherung für die Arbeiter und Angestellte in Industrie, Bergbau, Gewerbe, Handel, Verkehr und Land- und Forstwirtschaft zusammen und regelte außerdem die Krankenversicherung der Pensionisten. Für einige

Sonderversicherungen blieben Sozialversicherungsgesetze außerhalb des ASVG bestehen.

2.3.6 Das System der sozialen Krankenversicherung

2.3.6.1 Struktur der sozialen Krankenversicherung in Österreich

Im Jahr 1890 existierten 3.038 Krankenkassen auf österreichischem Staatsgebiet. Nach strukturellen Systemveränderungen und Zusammenschlüssen verschiedener Krankenkassen sind aktuell 20 Krankenversicherungsträger in Österreich vorhanden. Als Träger der sozialen Krankenversicherung agieren heute neun Gebietskrankenkassen, sechs Betriebskrankenkassen, die Versicherungsanstalten für Eisenbahn und Bergbau und für öffentlich Bedienstet sowie die beiden Sozialversicherungsanstalten der gewerblichen Wirtschaft und der Bauern (Soziale Sicherheit Nr. 7/8 2008: S. 364). Es zeigt sich, dass die gesetzliche Krankenversicherung in Österreich nach regionalen Aspekten (Bundesländer) und nach Personengruppen (BeamtenInnen, ArbeiterInnen und Angestellte, Selbstständige etc.) strukturiert ist. Pro Bundesland wurden eine Gebietskrankenkasse für ArbeiterInnen und Angestellte und eigene Versicherungsanstalten für bestimmte Berufsgruppen (u.a. Beamte, Eisenbahner, Selbstständige) installiert. Größere Unternehmen wie die Wiener Verkehrsbetriebe, Mondi Business Paper oder die Semperit AG verfügen über eine eigene Betriebskrankenkasse, die die Krankenversicherung im jeweiligen Unternehmen abwickelt.

Abbildung 9: Träger der sozialen Krankenversicherung in Österreich

Art der Krankenkasse	Name der Krankenversicherung	Abkürzung
Gebietskrankenkassen	Burgenländische Gebietskrankenkasse	BGKK
	Kärntner Gebietskrankenkasse	KGKK
	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	NGKK
	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	OÖGKK
	Salzburger Gebietskrankenkasse	SGKK
	Steirer Gebietskrankenkasse	STGKK
	Tiroler Gebietskrankenkasse	TGKK
	Vorarlberger Gebietskrankenkasse	VGKK
	Wiener Gebietskrankenkasse	WGKK
Betriebskrankenkassen	Austria Tabak	
	Kapfenberg	
	Mondi Business paper	
	Semperit	
	VOEST- ALPINE Bahnstysteme	
	Wiener Verkehrsbetriebe	
	Zeltweg	
Sonderversicherungsträger	Sozialversicherung der Bauern	SVB
	Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft	SVA
	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	VAEB
	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	BVA

Quelle: *Soziale Sicherheit* 2008: S. 364

2.3.7 Zentrale Aufgabengebiete der Krankenversicherungen in Österreich

Kernaufgaben der Krankenversicherung werden vor allem durch die Krankenbehandlung bestimmt (Gröschel 1999: S. 4). Kernleistungen umfassen Krankheit als Sachleistung, Krankheit als Geldleistung, Mutterschaft und andere Leistungen sowie Vorsorgemaßnahmen (Soziale Sicherheit 07/08: S. 302). Ärztliche Hilfe, Medikamente, medizinische Hauskrankenpflege, Psycho- und Ergotherapie, klinische Psychologie, medizinische Rehabilitation und Spitalspflege werden im Krankheitsfall als Sachleistungen den Versicherten zur Verfügung gestellt. Krankengeld wird als Geldleistung von der Krankenversicherung im Krankheitsfall überwiesen. Im Rahmen von Mutterschaft werden als Leistungen Spitalspflege und Wochengeld gewährt. Andere Leistungen betreffen die Gewährung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln sowie Zahnbehandlung und Zahnersatz. Mutter- Kind- Pass Untersuchungen sowie Jugendlichen- und Gesundenuntersuchungen werden unter dem Dach der Vorsorge zusammengefasst (Soziale Sicherheit 07/08 2005: S. 302-312). Gesundheitsförderung wird seit 1992 als Zusatzaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung angesehen und stellte lange Zeit ein Nebengeschäft der

Krankenversicherung dar (Resch 2007: S. 4). Der Bereich der Gesundheitsförderung hat in letzter Zeit an Bedeutung gewonnen. Dafür sprechen spezielle Gesundheitsförderungsprogramme der Gebietskrankenkassen zu betrieblicher und schulischer Gesundheitsförderung sowie vermehrte Unterstützung für das Wirken von Selbsthilfegruppen- und organisationen (SHG/SHO) im Gesundheitsbereich. Nach Ansicht des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger (HVT) soll der Sektor Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen eines Paradigmenwechsels im österreichischen Gesundheitssystem in den nächsten Jahren stark ausgebaut werden (Masterplan Gesundheit 2010: S. 7). Die Rollen und Funktionen der Träger der sozialen Krankenversicherung in der Gesundheitsförderung werden in Abschnitt 2.4.9 näher beleuchtet werden.

2.4 Gesundheitsförderung

Im vorigen Abschnitt wurde bereits beschrieben, dass das Konzept der Gesundheitsförderung bei der sozialen Krankenversicherung in Österreich an Bedeutung gewonnen hat. Im folgenden Abschnitt werden das Konzept der Gesundheitsförderung und konträr dazu das Konzept der Prävention näher vorgestellt und definiert. Kernstrategien und Handlungsebenen der Gesundheitsförderung werden näher beleuchtet. Im Anschluss werden die Funktionen der sozialen Krankenversicherung in der Gesundheitsförderung näher beschrieben werden. Danach wird beschrieben, wie die Krankenversicherung im Rahmen dieser definierten Funktionen das Wirken von kollektiven Akteuren in Form von Selbsthilfegruppen und –organisationen abhängig von der jeweiligen Strategie beeinflussen kann.

2.4.1 Definition von Gesundheitsförderung

Zapotczky (2000: S. 326) liefert in Anlehnung an Lins (1998) eine erste Definition von Gesundheitsförderung:

„Gesundheitsförderung ist Ausdruck einer gemeinsamen konzeptionellen Grundlage für Programmansätze zur Verbesserung von Lebensweisen und Bedingungen. Sie setzt bei den jeweiligen Lebensverhältnissen an und ist bemüht, persönliche und gesellschaftliche Verantwortlichkeiten miteinander in Einklang zu bringen und auf eine gesündere Zukunft hinzuwirken.“

Die World Health Organisation (1986: S. 1-4) definiert Gesundheitsförderung als einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und ihre Umwelt ermöglichen soll um sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können).

2.4.2 Definition von Prävention

Unter dem Begriff „Prävention“ wird die Verhütung von Krankheiten durch Ausschaltung von Krankheitsursachen, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder die Hemmung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit verstanden (Siegrist 2005: S. 277; Grasböck 2004: S. 42). Die Prävention untergliedert sich in der Literatur in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Während die Primärprävention die Risikoreduktion vor Krankheitsbeginn im Auge hat, setzen die sekundäre Prävention im Krankheitsstadium und die tertiäre Prävention nach einer akuten Krankenbehandlung ein (Siegrist 2005 S. 277).

2.4.3 Unterschiede zwischen Gesundheitsförderung und Prävention

Der Ansatz der Prävention ist auf die Vorbeugung oder Früherkennung von Krankheit ausgerichtet. Dabei werden frühzeitige Impfungen, gesunde Ernährung, Früherkennung und ausreichende Bewegung empfohlen. Im Gegensatz zur Prävention konzentriert sich Gesundheitsförderung nicht auf einzelne Krankheitsbilder. Ihr Ziel ist vielmehr die Stärkung von Schutzfunktionen bzw. das Aufdecken und Abbauen von Risikofaktoren, die für das Verhindern bzw. die Entstehung verschiedener Krankheiten verantwortlich sind (Siegrist 2005: S. 277). Der Ansatz der Gesundheitsförderung fokussiert auf die Stärkung der Gesundheit der Menschen. Es geht um die zentrale Frage, was den Menschen gesund hält?

2.4.4 Exkurs: Gesundheit und Krankheit

Da im Rahmen des Kapitels „Gesundheitsförderung“ immer wieder die Begriffe Gesundheit und Krankheit genannt werden, soll ein kurzer Exkurs diese Begriffe näher definieren. Wissenschaftliche Diskurse, die rund um Krankenbehandlung und Vorbeugung von Krankheiten geführt werden, haben einiges an Definitionen hervorgebracht.

Gesundheit:

Bei Betrachtung der Fachliteratur wird ersichtlich, dass es keine von allen wissenschaftlichen Disziplinen anerkannte, einheitliche, Definition zur Gesundheit gibt.

Im alltäglichen Gebrauch wird unter Gesundheit meist die „Abwesenheit von Krankheit“ verstanden (Badelt; Österle 2001: S. 30). Hurrelmann (1990) beschreibt Gesundheit als einen Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen oder sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.

Durch die Wissenschaft sind monodisziplinäre bzw. interdisziplinäre Definitionen von Gesundheit entwickelt worden. Zu den Vertretern einer monodisziplinären Gesundheitsdefinition zählt Parsons. Er definierte Gesundheit als Zustand optimaler Leistungsfähigkeit, die einer Person zur wirksamen Erfüllung der sozialen Rollen und Aufgaben, die ihm/ihr im Zuge des Prozesses der Sozialisation übertragen wurden (Kühn 1993: S. 30 in Anlehnung an Parsons 1958). Als interdisziplinäre Definition von Gesundheit wird jene der WHO aus dem Jahr 1948 herangezogen. Gesundheit gilt als Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheit und Gebrechen (Pelikan, Halbmayer 1999: S. 13 bezugnehmend auf WHO 1948).

Krankheit:

Nach Schmidt; Unsicker (2003: S. 40) wird Krankheit als das Vorliegen von Symptomen und/oder Befunden bezeichnet, die als Abweichung von einem physiologischen Gleichgewicht oder einer Regelgröße (Norm) interpretiert werden können und die auf definierte Ursachen innerer oder äußerer Schädigungen zurückgeführt werden können. Die WHO führte zusätzlich den Begriff „Gebrechen“ ein, um chronisch verlaufende Leidenszustände definieren zu können. Es wird zwischen „disease“, „illness“ und „sickness“ unterschieden (Pelikan; Wolff 1999: S. 14). Disease ist ein quasi objektiver medizinischer Krankheitsstatus und bezieht sich auf Befunde, Standards und medizinische Expertendiagnosen. Illness wird in der Literatur als subjektives Krankheitserleben definiert. Sickness gilt als die gesellschaftlich zugeschriebene, deviante Krankenrolle (Pelikan; Wolff 1999: S. 14).

2.4.5 Entwicklung der Gesundheitsförderung im zeitgeschichtlichen Verlauf

Badelt; Österle (2001: S. 58) legen dar, dass die WHO eine Pionierfunktion in der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einnimmt.

Der Grundstein für die Entwicklung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wurde auf der 30. WHO Versammlung in Genf im Jahr 1977 gelegt. Auf der Konferenz wurde die Strategie „Gesundheit für alle“ festgelegt. Gesundheit wurde für alle BürgerInnen der nationalen Regierungen als Ziel festgeschrieben und auf der internationalen Konferenz 1978 in Alma Ata als Grundrecht jedes Menschen verankert (Hildebrand/Trojan 1988: S. 63). 1980 entwarfen 33 europäische Staaten die Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Ziel der Strategie war es allen Menschen ein besseres Maß an Gesundheitsmöglichkeiten garantieren zu können (Baric; Konrad 1999).

Auf der ersten internationalen Gesundheitskonferenz, die 1986 in Ottawa, Kanada stattfand, wurde die letztgenannte Strategie erweitert und mit dem Namen „Gesundheitsförderung“ versehen. Erstmals wurde in der so genannten Ottawa Charta eine einheitliche Definition des Konzepts der Gesundheitsförderung festgelegt. Ebendiese gilt als Kristallisationspunkt für ein neues Gesundheitsverständnis, sowie als Startsignal für Gesundheitsförderungsstrategien auf nationaler und internationaler Ebene (Wächter 2007: S. 16 in Anlehnung an Altgeld; Kolip 2004). In der Ottawa Charta wurde das Ziel der Selbstbestimmung betont, dass zur Stärkung der eigenen Gesundheit beitragen soll. Wichtig ist, dass der medizinische Ansatz zu Gesundheit von der Sichtweise „Gesundheit in Settings“ abgelöst wurde (Baric; Konrad 1999: S.10).

In der Folge fanden weitere Gesundheitskonferenzen statt wie 1991 im schwedischen Sundsvall. In dieser Konferenz wurde der Schwerpunkt auf das Thema „unterstützende Umwelten für Gesundheit“ gelegt. Alle Gemeinden, Städte und Länder wurden aufgefordert unterstützende Umwelten für Gesundheit zu installieren (ebd.: S. 11). Auf der sechsten internationalen Gesundheitsförderungskonferenz im thailändischen Bangkok im Jahr 2005 wurde die Bangkokcharta zur Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt verabschiedet. In der Bangkokcharta wird betont, dass strategische Orientierungen und Partnerschaften, die zum Empowerment von Gemeinschaften sowie zur

Verbesserung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen, im Zentrum weltweiter und nationaler Entwicklungen stehen sollten (WHO 2005: S. 83).

2.4.6 Kernstrategien der Gesundheitsförderung

Im Bezug auf Gesundheitsförderung wurden von der WHO in der Ottawa Charta (WHO 1986; S. 1; Franzkowiak; Sabo 1993) drei Kernstrategien definiert:

- „advocacy“: Im Rahmen von „advocacy“ soll für ein aktives Eintreten für Gesundheit und Interessensvertretung in der Politik gesorgt werden.
- „enabling“: Dabei geht es um die Stärkung und Befähigung von Gesundheitspotentialen bei Einzelnen und Gruppen (z.B. Selbsthilfegruppen und –organisationen) um ein Höchstmaß an Gesundheit zu erreichen.
- „mediating“: Der Begriff beschreibt die Vermittlung und Vernetzung zwischen unterschiedlichen Bereichen und Interessen zur Förderung der Gesundheitsförderung. Verantwortliche in Regierungen, Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektoren, Verbänden und Initiativen sollen koordinierend zusammenwirken.

Die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung umfasst neben den bisher angesprochenen Inhalten (Definitionen von Gesundheitsförderung, Kernstrategien von Gesundheitsförderung) auch weitere Textabschnitte. Diese beinhalten Angaben zu den Voraussetzungen für Gesundheit und Handlungsebenen in der Gesundheitsförderung. Im Rahmen der Gesundheitsförderung werden auch verschiedene Ansätze praktiziert (z.B. Setting Ansatz). Im Bezug auf das Thema der Diplomarbeit werden relevante Handlungsebenen und Ansätze, die wichtig für strategische Positionierungen von Sozialversicherungsträgern gegenüber Selbsthilfegruppen und –organisationen sind, angesprochen.

2.4.7 Handlungsebenen in der Gesundheitsförderung

Bei Betrachtung der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung wird ersichtlich, dass der Schwerpunkt der Gesundheitsförderung auf Handlungsebenen bezieht, die auf der Meso- und Makroebene der Gesellschaft ansetzen. Neben der individuellen

Ebene werden die Gruppen- und Gemeinschaftsebene, die Ebene der Institutionen und Organisationen sowie die Ebenen der Lebenswelten und der Politik in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit genommen.

Individuum:

Gesundheitsaspekte bzw. Gesundheitsgefahren sollen dem Individuum näher gebracht und vermittelt werden. Die Kompetenzen des Einzelnen sollen gestärkt und umfassendes Wohlbefinden gefördert werden (WHO 1986: S. 3; Franzkowiak; Sabo 1993).

Gruppen- und Gemeinschaftskationen:

„Auf Zielgruppen und Lebenssituationen von Bevölkerungsgruppen abgestimmte Programme zur Gesundheitsförderung sind österreichweit zu implementieren“ (Masterplan Gesundheit 2010: S. 9).

Es wird dargelegt, dass viele Verhaltensmuster sich im sozialen Umfeld abspielen und die meisten sozialen Interaktionen in Gruppen stattfinden (peer groups, Selbsthilfegruppen, Schule, Verein etc.). Personen aus dem jeweiligen Umfeld (Bsp. Schule: LehrerInnen, Eltern) sind auch an der Erziehung und Bildung von SchülerInnen beteiligt. Der Vorteil im Betreiben von Gesundheitsförderung in Gruppen liegt darin, dass so das Verhalten von vielen Einzelpersonen gleichzeitig beeinflusst werden kann. Neben der Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden wäre auch die Unterstützung von Selbsthilfegruppen, die zahlenmäßig in den letzten Jahren zugenommen haben, eine denkbare Praxisidee (WHO 1986: S. 3; Franzkowiak; Sabo 1993)

Organisation und Institution:

Gesundheitsförderung kann ebenfalls auf der Ebene von Organisationen und Institutionen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung geschehen. Dafür können mehrere Argumente herangezogen werden. Erstens sind persönliche Ressourcen oft eng mit strukturellen Ressourcen verbunden und zweitens ist die Gesellschaft, in der wir leben, in Institutionen organisiert (WHO 1985: S.2; Franzkowiak; Sabo 1993).

Lebenswelt und Kooperation/Partnerschaft:

(Ottawa Charta: Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten)

Im Mittelpunkt stehen die Lebenswelten oder die Umwelten oder Kontexte von Interventionsräumen der Menschen. Umfeldler und Kontexte (z.B. Einzugsgebiet, wirtschaftliche Lage, Verkehr und Kommunikation etc.) können sich jeweils unterstützend oder hemmend auf den (eigenen) Interventionsraum auswirken. Die Gesundheitsförderung besitzt die Möglichkeit zur gesundheitsfördernden Gestaltung von Umfeldern und Kontexten, um ein Höchstmaß an persönlicher Gesundheit zu gewährleisten. Nicht zu vernachlässigen ist der Gemeinschaftsansatz. Mitglieder einer (regional verorteten) Gemeinschaft können in ihrer gemeinsamen Verantwortung bestärkt werden (WHO 1986: S. 2; Franzkowiak; Sabo 1993).

Politik und Lobbyarbeit:

„Die Politik hat gesetzliche Grundlagen zum Ausbau der Gesundheitsförderung zu schaffen.“ (Masterplan Gesundheit 2010: S. 8) Reorientierung der Gesundheitsdienste bedeutet eine umfassende Kooperation der Akteure im Gesundheitsbereich (zum Beispiel Sozialversicherung und Selbsthilfegruppen) und anderer Sektoren. Dabei können ebenfalls die Forcierung der Forschung und Veränderung in der beruflichen Aus- und Weiterbildung genannt werden (WHO 1986: S. 3; Waller 2002: S. 163). *„Die Ausbildung der Gesundheitsberufe ist an die Anforderungen der integrierten Versorgung anzupassen. Neue Berufsbilder (z.B. Community Nurses) müssen geschaffen werden.“* (Masterplan Gesundheit 2010: S. 12).

2.4.8 Relevante Ansatzpunkte gesundheitsfördernder Maßnahmen

Ansatz der Gesundheitsaufklärung:

Durch Weitergabe von Informationen in Form von Broschüren, Diskussionsrunden und Einzelgesprächen bekommen PatientInnen und Selbsthilfegruppen das notwendige Wissen vermittelt, um selbst ihr Gesundheitsverhalten beeinflussen zu können. Gesundheitserziehung setzt am Lebensstil von Personen an, um diesen zu ändern (Dür 1997: S. 52).

Ansatz des Empowerments:

In einer allgemeinen Definition beschreibt Hereger (1995: S. 40) Empowerment wie folgt:

„Der Begriff "Empowerment" bedeutet Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung, Stärkung von Eigenmacht, Autonomie und Selbstverfügung. Empowerment beschreibt mutmachende Prozesse der Selbstbemächtigung, in denen Menschen in Situationen des Mangels, der Benachteiligung oder der gesellschaftlichen Ausgrenzung beginnen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, in denen sie sich ihrer Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen“.

Nach einer Definition der WHO (1998: S. 6) bedeutet Empowerment *„a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health“*.

Empowerment kann als Ansatz der Selbstbemächtigung problembetroffener Personen oder auch als Empowerment im Bezug auf professionelle Unterstützung von Autonomie und Selbstgestaltung gedeutet werden (Hereger 1995: S. 40). Die WHO beschreibt unter „community empowerment“ die Befähigung von gemeinsam handelnden Individuen verstärkt Kontrolle über die Gesundheitsdeterminanten und die Lebensqualität ihrer Lebenswelt zu erhalten (Resch 2007: S. 35 in Anlehnung an WHO 1986). Grasböck (2004: S. 59), der den Ansatz des Empowerments eher als „bottom-up“ Strategie ansieht, ist der Ansicht, dass im Rahmen des Ansatzes ExpertInnen eher als BegleiterInnen oder UnterstützerInnen von PatientInnen gesehen werden um diese vermehrt zur Selbsthilfe zu bewegen.

Der Setting Ansatz:

Der Setting Ansatz stellt einen Kerngedanken der Gesundheitsförderung dar und wurde erstmals 1986 in der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung erwähnt und baut auf den Erfahrungen im Bereich „Community Development“ auf (Schwartz et al. 1998: S.146). Der Begriff wird als Ort oder auch Schauplatz benannt, in denen Gesundheit als Produkt des alltäglichen Handelns und Lebens des Menschen

konstruiert wird (Halkow; Engelmann 2008: S. 1). Der Begriff des Settings bezeichnet ein soziales System, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst. In diesen Systemen werden die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit gestaltet (Wächter 2007: S. 20). Der Setting- Ansatz nutzt die gesundheitsfördernden Potentiale eines Settings um gesundheitsgefährdendes Verhalten zu vermindern und um Gesundheitsressourcen zu stärken.

Als Beispiel für Settings sind Städte, Schulen, Gemeinden, Arbeitsplätze, Krankenhäuser, Schulen oder im Kleinen die Kernfamilie anzuführen. Ein Setting wie z.B. eine Stadt kann ein relativ komplexes System darstellen. Die Stadt als gesundheitsförderndes Setting besteht aus einzelnen Teilsystemen auf institutioneller Ebene (Sozialamt, Meldeamt) und auf Ebene der Konsumenten (Einkaufszentrum, Schule, Krankenhaus, Universität, Betrieb, Selbsthilfegruppen). Es wird zwischen regionalen Settings (Gemeinde, Stadt) und sozialen Settings (Krankenhaus, Schule) unterschieden (Pelikan et al.1993: S. 14).

Die aktive (kollektive) Einbeziehung von Betroffenen stellt ein vorrangiges Ziel der Gesundheitsförderung in Settings dar. Gesundheitspotentiale sollen unter Mithilfe der Betroffenen aufgespürt und mit Hilfe struktureller Veränderungen gestärkt werden. Verhaltensänderungen sind nur möglich und stabil, wenn sie in den Alltag integriert werden können und mit den jeweiligen Gewohnheiten und Werten korrespondieren (Schwartz et al. 1998: S. 146). Die Kooperationsfähigkeit zwischen verschiedenen Gruppen und Organisationen eines Settings muss verstärkt und ausgebaut werden (Wächter 2007: S. 21).

Der Setting Ansatz der Gesundheitsförderung ist die Antwort auf die natürlichen Grenzen von individuellen und gruppenbezogenen Prozessen, die Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung und Präventionsmaßnahmen hinsichtlich ihres Beitrags zur Gesundheitserhaltung der Bevölkerung umfassen (Schwartz et al. 1988: S.146).

2.4.9 Rollen und Funktionen der Krankenversicherung im Gesundheitssystem und in der Gesundheitsförderung

Diverse Autoren (Hildebrand; Trojan 1988; Gröschel 1999; Resch 2007) haben sich im Hinblick auf das Wirken der Krankenversicherung mit der Identifikation von deren

Aufgaben, Rollen und Funktionen im Gesundheitssystem und in der Gesundheitsförderung auseinandergesetzt. Speziell geht es dabei um die Frage, wie BürgerInnen, Versicherte, Selbsthilfegruppen und Institutionen zu gesundheitsfördernden Aktivitäten angeregt und diese in der Ausübung gesundheitsfördernder Aktivitäten unterstützt werden können. In Anlehnung an Resch (2007: S.53) konnten zusammengefasst vier Rollen/Funktionen identifiziert werden:

Krankenversicherung als Informationszentrum und Servicestelle:

Die Krankenversicherung steht Versicherten und Gruppen als Informationszentrum zur Verfügung, um Informationsweitergabe zu Gesundheitsthemen zu betreiben. Die Krankenversicherung transferiert als Drehscheibe für Wissen, Fähigkeiten und Methoden Knowhow an Versicherte und Gruppen. Sie führt Veranstaltungen durch, in denen praktische Fragen zu Prävention und Gesundheitsförderung behandelt werden. Die Krankenversicherung gilt ebenfalls als Servicestelle für Leistungsvermittler und Akteure im Gesundheitssystem (Hildebrand; Trojan 1988: S. 67; Gröschel 1999).

Krankenversicherung als Kooperation- und Vermittlungszentrum:

Die Krankenversicherung tritt als Vermittler zwischen formellen und informellen Gruppen sowie zwischen Gruppen und sozialen Einrichtungen, Politik und Verbänden auf. Dabei werden diese Gruppen, Organisationen und Institutionen beim gemeinsamen Aufbau eines Netzwerkes und durch Aus- und Fortbildungen unterstützt (Hildebrand/Trojan 1988: S. 67; Gröschel 1999).

Krankenversicherung als Leistungsanbieter für Betroffene:

Durch operative Tätigkeiten werden selbst Leistungen für den Kreis der Versicherten angeboten. Darunter fallen Präventionsleistungen, Impfungen, Vorsorge-, Jugendlichen- und Mutter-Kind Pass Untersuchungen. Neben Leistungen im Bereich Rehabilitation und Gesundheitsfestigung werden im Rahmen Setting- und zielgruppenspezifischer Programme Ressourcen (in Form finanzieller oder sachbezogener Unterstützungsleistungen) zur Verfügung gestellt (Soziale Sicherheit 07/08: S. 302; Resch 2007: S.53).

Krankenversicherung als Financier von Gesundheitsförderungsprojekten:

Die Krankenversicherung tritt als Financier von Gesundheitsförderungsprojekten von Organisationen auf (Resch 2007: S.53).

Abbildung 10: Funktionen der sozialen Krankenversicherung in der Gesundheitsförderung im Bezug auf Versicherte, Selbsthilfegruppen und Stakeholder im Gesundheitssystem

Funktionen der Krankenversicherung	Leistungen innerhalb der Funktion	An wen richten sich die Leistungen?	Quelle
Informationszentrum und Servicestelle	Drehscheibe für Wissen, Methode und Information, Klärung von praktischen Fragen, Aufklärung und Beratung, Dokumentation von Leistungen, Unterstützung von Organisationen, die Gesundheitsförderung anbieten	An die Versicherten, An Stakeholder im Gesundheitssystem	Hildebrand/Trojan 1988 Gröschel 1999
Kooperations- und Vermittlungszentrum	Mittler zwischen verschiedenen Ebenen (Politik, Verbände, Selbsthilfegruppen und -organisationen); Unterstützung beim Aufbau eines Netzwerks zwischen den Akteuren im Gesundheitssystem, Schaffung und Bereitstellung von Infrastruktur für Vernetzungsaktivitäten	An alle Stakeholder im Gesundheitssystem	Hildebrand/Trojan 1988; Gröschel 1999
Leistungsanbieter	Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Mutter- Kind Pass Untersuchungen, Rehabilitation und Prävention, Bereitstellung von Ressourcen im Rahmen zielgruppenspezifische Programme	An die Versicherten	Gröschel 1999
Geldgeber, Financier	Financier von Gesundheitsförderungsprojekten	An alle Stakeholder im Gesundheitssystem	Resch 2007

Quelle: adaptiert nach Resch (2007: S. 53)

Bei einer Fokussierung auf die Funktionen der Krankenversicherung in der Gesundheitsförderung, die sie speziell für die Ausgestaltung der Strategie gegenüber Selbsthilfegruppen und –organisationen benötigt, können vier Funktionen in Betracht gezogen werden. Im Rahmen der Funktion als Informationszentrum und Servicestelle fungiert die Krankenversicherung als Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen und –organisationen oder kann Personal für Schulungen oder Veranstaltungen zur Verfügung stellen. Die Krankenversicherung kann in ihrer Rolle als Informationszentrum Selbsthilfegruppen und –organisationen im Rahmen von Informationsveranstaltungen zu Themen der Gesundheitsförderung einsetzen. Im Bezug auf ihre Funktion als Kooperations- und Vermittlungszentrum kann die Krankenversicherung unterstützend beim Aufbau eines Netzwerks innerhalb der Selbsthilfebewegung oder zwischen der Selbsthilfebewegung und Akteuren im Gesundheitswesen wirken. Für Vernetzungsaktivitäten kann sie Infrastruktur bereitstellen oder anmieten. Als Leistungsanbieter für Betroffene besitzt die Krankenversicherung die Möglichkeit finanzielle- oder sachbezogene Ressourcen für zielgruppenspezifische Programme – also auch für Unterstützung von Selbsthilfegruppen und –organisationen – bereitzustellen. Als Finanzier von Gesundheitsförderungsprojekten besitzt die Krankenversicherung die Möglichkeit auf indirekten Weg Selbsthilfegruppen und –organisationen zu unterstützen.

3 Quantitative Teilauswertung der Fragebogenerhebung zu PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich

Im folgenden Kapitel wird eine quantitative Teilauswertung (Sekundäranalyse) der Fragebogenerhebung zu PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich vorgenommen. Zuerst werden das PAO- Forschungsprojekt an sich und die quantitativen Daten aus dem PAO- Forschungsprojekt beschrieben (3.1). Danach wird die Vorgehensweise bei der quantitativen Teilauswertung (Sekundäranalyse) im Rahmen der Diplomarbeit näher erläutert (3.2). In Abschnitt 3.3 werden die Ergebnisse der Sekundäranalyse grafisch dargestellt und beschrieben. Zum Abschluss des Kapitels werden die Ergebnisse der Sekundäranalyse diskutiert (3.4), die weitere Vorgehensweise im Vorfeld der qualitativen Experteninterviews beschrieben und eine Auswahl der neun zur Verfügung stehenden Gebietskrankenkassen für die qualitativvertiefenden Experteninterviews vorgenommen (3.5).

3.1 Beschreibung des Forschungsprojekts und der Daten für die quantitative Teilauswertung (Sekundäranalyse)

Die vorliegende quantitative Datenanalyse (Sekundäranalyse) bezieht sich auf den Datensatz des Fragebogens der Universität Wien „Befragung von PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich“. Dieser wurde im Rahmen des Forschungsprojekts zu „PatientInnen- und Angehörigenorganisationen (PAO) in Österreich Selbsthilfe und Interessensvertretung, Unterstützung und Beteiligungsmöglichkeiten“ eingesetzt. Initiiert wurde das Forschungsprojekt vom Institut für Soziologie der Universität Wien in Zusammenarbeit mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung

Das allgemeine Ziel des Projekts war eine möglichst umfassende Beschreibung und Analyse des Feldes der gesundheitsbezogenen Selbstorganisation in Österreich. Dabei wurde sowohl die Perspektive der sich selbst organisierenden Gruppen, als auch die Fremdperspektive von Akteuren in relevanten Umwelten in den Blick genommen (Forster et al.: 2009: S. 614-629). Fragen nach Aktivitäten,

Organisationsstrukturen und Ressourcen der im Feld sich selbst organisierenden Gruppen und Organisationen sowie deren innere Differenzierung nach den Beziehungen zu relevanten Umwelten, nach der Bedeutung öffentlicher Unterstützungsstrukturen und der Möglichkeit zur Beteiligung an der Planung und Gestaltung von Gesundheitsversorgung und -politik standen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses (ebd.: S.614-629).

In der ersten Projektphase wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Von Februar-April 2008 folgte eine postalische österreichweite Fragebogenerhebung, in welcher Fragebögen an 1550 Patienten- und Angehörigenorganisationen in Österreich versendet wurden. Dabei wurde eine Rücklaufquote von 40,3% (625 Fragebögen) erzielt. Anschließend wurden Fokusgruppen- und Einzelinterviews mit Patienten- und Angehörigenorganisationen durchgeführt und ausgewertet sowie Interviews mit ausgewählten Stakeholdern durchgeführt. Am Schluss wurden alle Ergebnisse im Projektendbericht zur PAO- Studie zusammengefasst und veröffentlicht (Braunegger- Kallinger et al. 2009).

3.2 Quantitative Teilauswertung- Vorgehensweise

In diesem Abschnitt steht die quantitative Teilauswertung der Fragebogenerhebung im Mittelpunkt. Dabei werden die Beziehungen der PAGs/PAOs zu den Akteuren der österreichischen Sozialversicherung in den Blickpunkt genommen. Daraus resultieren drei Items (Fragen), die in drei Themenblöcken jeweils österreichweit und nach Bundesländern differenziert zusammengefasst werden. Diese drei Themenblöcke umfassen die Art der Beziehungen der PAGs/PAOs zur Sozialversicherung, die Wichtigkeit der Unterstützungsleistungen durch die Sozialversicherung sowie die Bewertung der Entlastung der Sozialversicherung durch die PAGs/PAOs. Die Auswertungen werden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS erstellt und unter Einbeziehung von MS Excel graphisch aufbereitet und dargestellt.

3.3 Ergebnisdarstellung im Rahmen von Themenblöcken

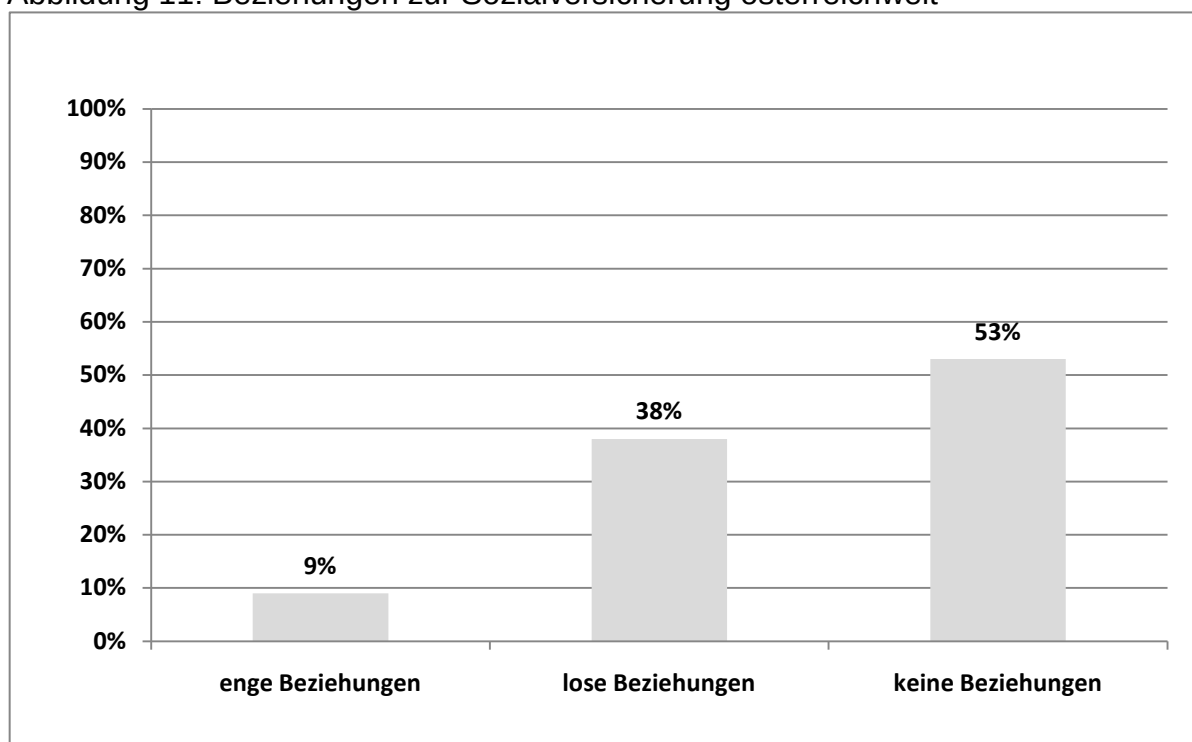
3.3.1 Themenblock A: Beziehungen von PAGs/PAOs zur Sozialversicherung

Beziehungen zur Sozialversicherung österreichweit:

Frage: Bitte geben Sie eine Einschätzung darüber, wie eng oder lose die Beziehungen oder Kontakte Ihrer Gruppe/Organisation zur Sozialversicherung (z.B. Krankenkassen) und Hauptverband sind.

In Abbildung 1 ist zu erkennen, dass 53% der befragten Patienten- und Angehörigenorganisationen (PAG/PAO) über keinerlei Beziehungen zur Sozialversicherung verfügen. Immerhin 38% der befragten PAGs/PAOs verfügen über lose Beziehungen zur Sozialversicherung. 9% der Gruppen geben enge Beziehungen zur Sozialversicherung an.

Abbildung 11: Beziehungen zur Sozialversicherung österreichweit



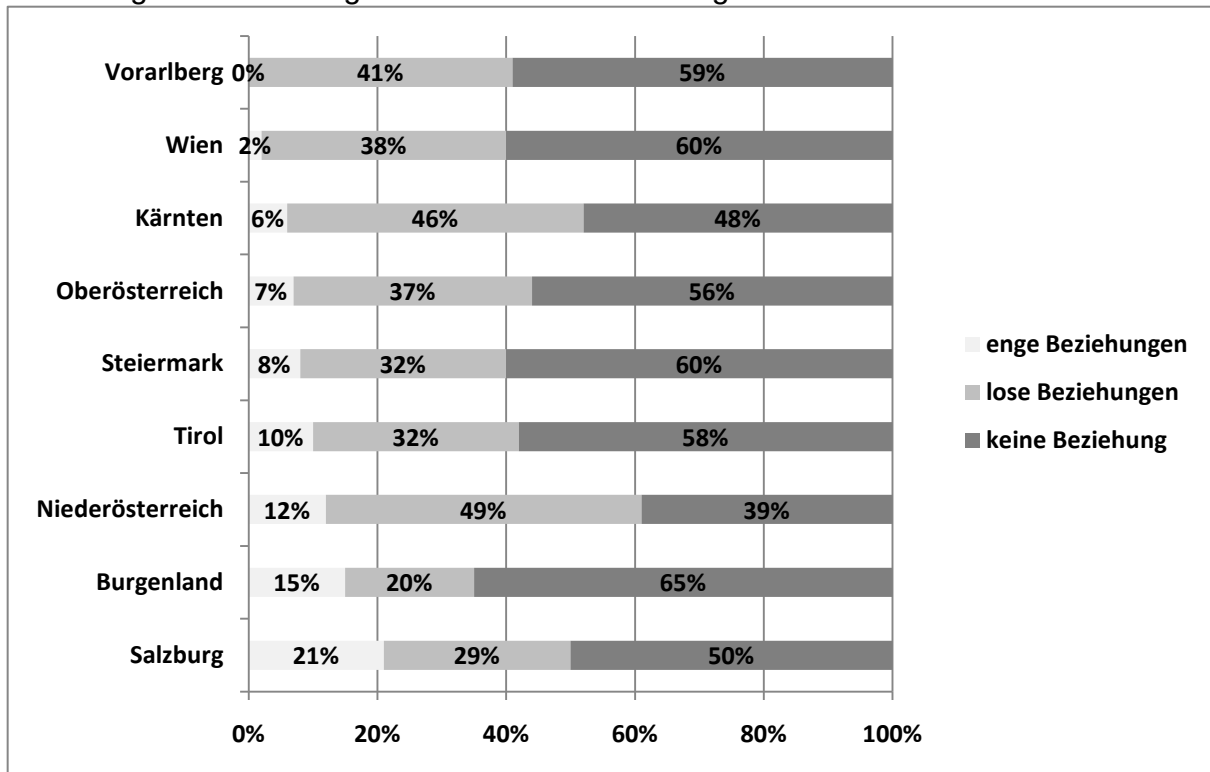
N = 575

Beziehungen zur Sozialversicherung in den Bundesländern:

Frage: Bitte geben Sie eine Einschätzung darüber, wie eng oder lose die Beziehungen oder Kontakte Ihrer Gruppe/Organisation zur Sozialversicherung (z.B. Krankenkassen) und Hauptverband sind.

In Abbildung 2 lassen sich generell eher lose als enge Beziehungen der Patienten- und Angehörigengruppen (PAGs/PAOs) zur Sozialversicherung quer durch die Bundesländer erkennen. Als Spitzenreiter bei den engen Beziehungen zur Sozialversicherung gelten die PAGs/PAOs in Salzburg (21%). Dahinter folgen die PAGs/PAOs im Burgenland (14%), in Niederösterreich (12%) und Tirol (10%), die enge Beziehungen zur Sozialversicherung angeben. PAGs/PAOs in der Steiermark (8%), in Oberösterreich (7%) und in Kärnten (6%) folgen auf den weiteren Plätzen und weisen enge Beziehungen zur Sozialversicherung im nur mehr einstelligen prozentualen Bereich auf. Die PAGs/PAOs in Vorarlberg geben gar keine engen Beziehungen zur Sozialversicherung an (0%). Spitzenreiter bei der Kombination von engen und losen Beziehungen sind die PAGs/PAOs in Niederösterreich (61%), Kärnten (52%) und in Salzburg (50%). Am wenigsten vorhandene enge und lose Beziehungen zur Sozialversicherung weisen die PAGs/PAOs im Burgenland (35%) und in Wien (38%) auf. Die PAGs/PAOs in der Steiermark (40%), in Vorarlberg (41%) und in Tirol (42%) liegen bei der Kombination von engen und losen Beziehungen zur Sozialversicherung im Mittelfeld.

Abbildung 12: Beziehungen zur Sozialversicherung in den Bundesländern



N= 575

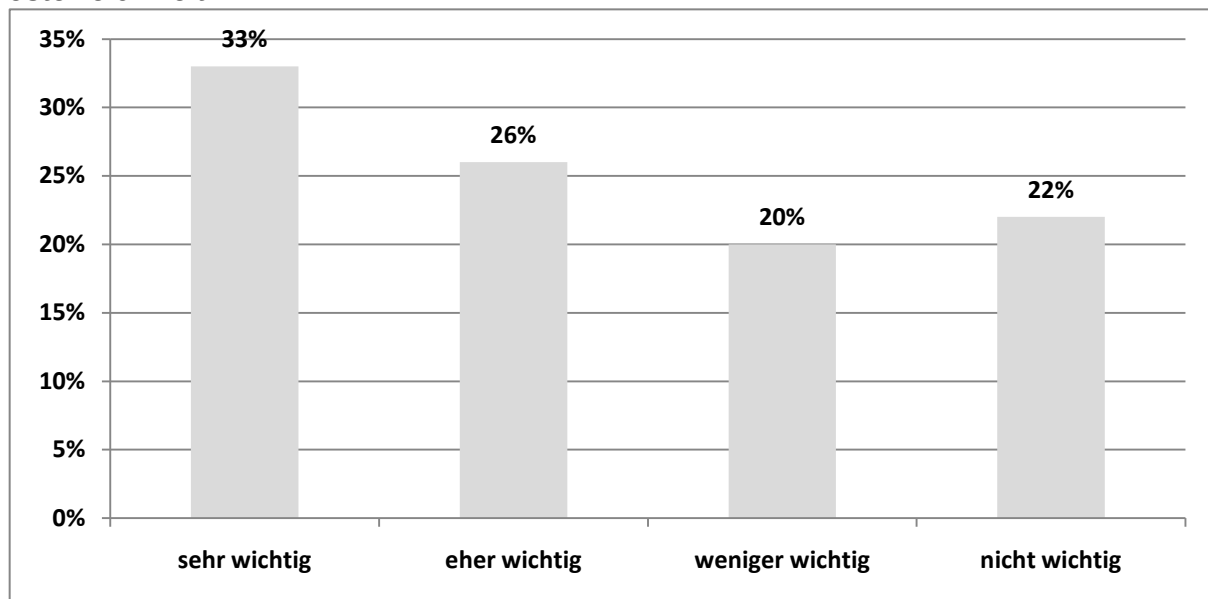
3.3.2 Themenblock B: Wichtigkeit der Unterstützungsleistungen durch die Krankenversicherung

Wichtigkeit der Unterstützungsleistung durch die Sozialversicherung österreichweit:

Frage: Wie wichtig sind die Unterstützungsleistungen der Sozialversicherung für die gegenwärtige Arbeit der Gruppe und Organisation?

Bei der Betrachtung der Abbildung 3 ist festzustellen, dass die Mehrheit der Patienten- und Angehörigenorganisationen (PAG/PAO) in Österreich die Unterstützungsleistungen der Sozialversicherung für sehr wichtig oder eher wichtig halten (59%). Es lässt sich ebenfalls in Abbildung 3 erkennen, dass 20% bzw. 22% der PAGs/PAOs in Österreich die Unterstützungsleistungen der Sozialversicherung für weniger bzw. nicht wichtig erachten.

Abbildung 13: Wichtigkeit der Unterstützungsleistungen durch die Sozialversicherung österreichweit



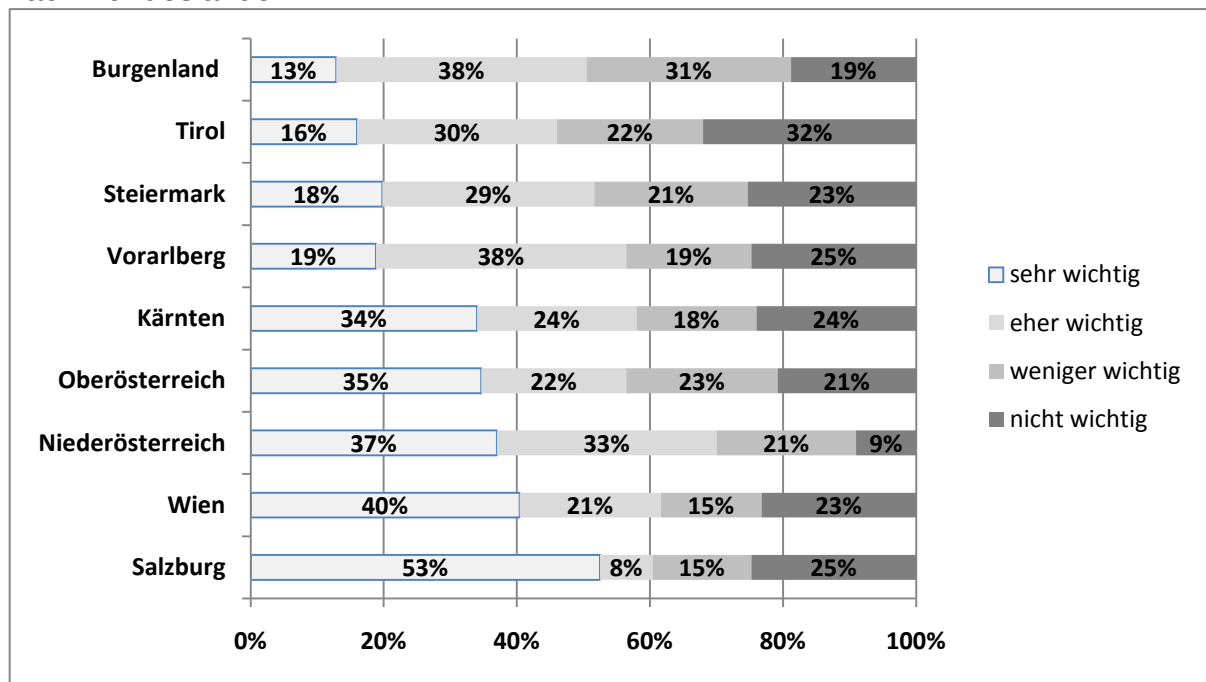
N= 428

Wichtigkeit der Unterstützungsleistung durch die Sozialversicherung nach Bundesländern:

Frage: Wie wichtig sind die Unterstützungsleistungen der Sozialversicherung für die gegenwärtige Arbeit der Gruppe und Organisation?

Bei Betrachtung von Abbildung 4 zeigt sich, dass Salzburg mit Abstand den größten Anteil an Patienten- und Angehörigengruppen (PAGs/PAOs) aufweist, die die Unterstützungsleistungen durch die Sozialversicherung als sehr wichtig einstufen. (53%). Auf den Plätzen folgen die PAGs/PAOs aus Wien (40%), Niederösterreich (37%) und Oberösterreich (35%). Schlusslichter sind die PAGs/PAOs aus der Steiermark (18%), Tirol (16%) und dem Burgenland (13%). Wenn die Kategorien „sehr wichtig“ und „wichtig“ beziehend auf die Wichtigkeit der Unterstützungsleistungen durch die Sozialversicherung zusammengefasst werden, lassen sich Spitzenpositionen für die PAGs/PAOs aus Niederösterreich, Wien und Salzburg erkennen. (70% bzw. zweimal 61%) In der Steiermark (47%), in Tirol (46%) und im Burgenland wird die Wichtigkeit der Unterstützungsleistung durch die Sozialversicherung von den PAGs/PAOs am geringsten als sehr wichtig und wichtig erachtet.

Abbildung 14: Wichtigkeit der Unterstützungsleistung durch die Sozialversicherung nach Bundesländern



N= 428

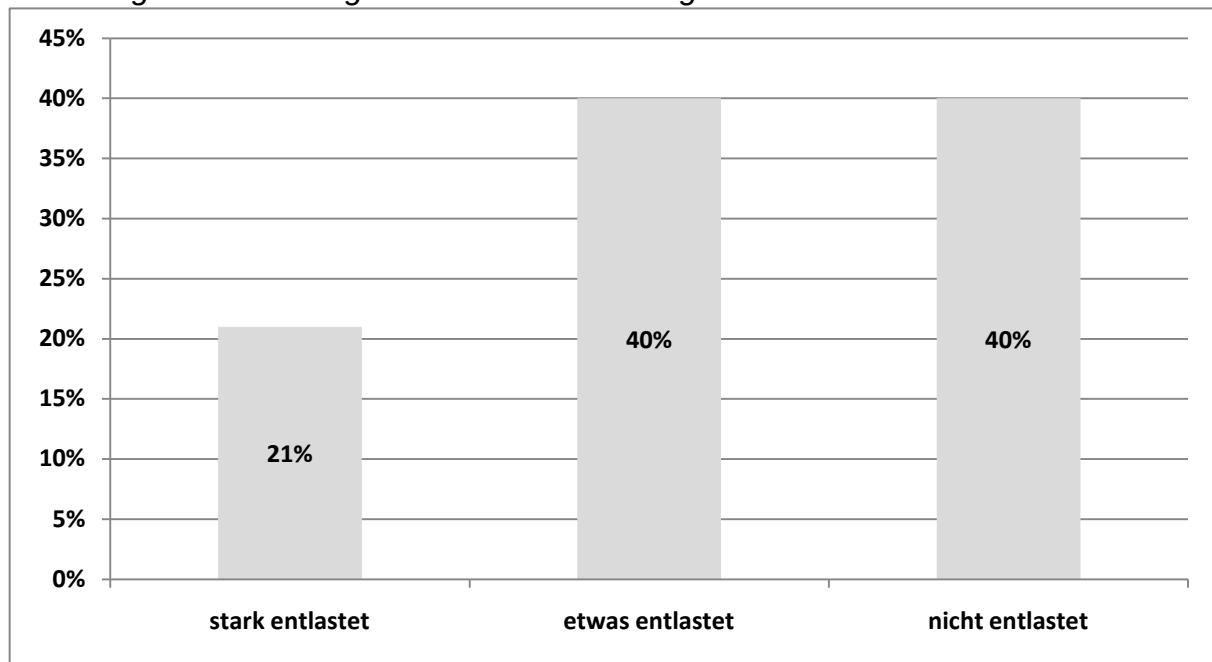
3.3.3 Punkt Themenblock C: Entlastung der Arbeit der Sozialversicherung durch PAGs/PAOs:

Entlastung der Sozialversicherung durch PAGs/PAOs österreichweit:

Frage: Was glauben Sie, wer – außer den Betroffenen selbst - wird durch die Arbeit Ihrer Gruppe/Organisation entlastet und wer wird nicht entlastet? – Sozialversicherung

Abbildung 15 zeigt, dass 21% bzw. 40% der Patienten- und Angehörigengruppen (PAGs/PAOs) glauben, dass durch ihre Arbeit die Sozialversicherung stark bzw. etwas entlastet wird. 40% der PAGs/PAOs sind der Überzeugung, dass durch ihre Arbeit die Sozialversicherung nicht entlastet wird.

Abbildung 15: Entlastung der Sozialversicherung Österreichweit



N= 519

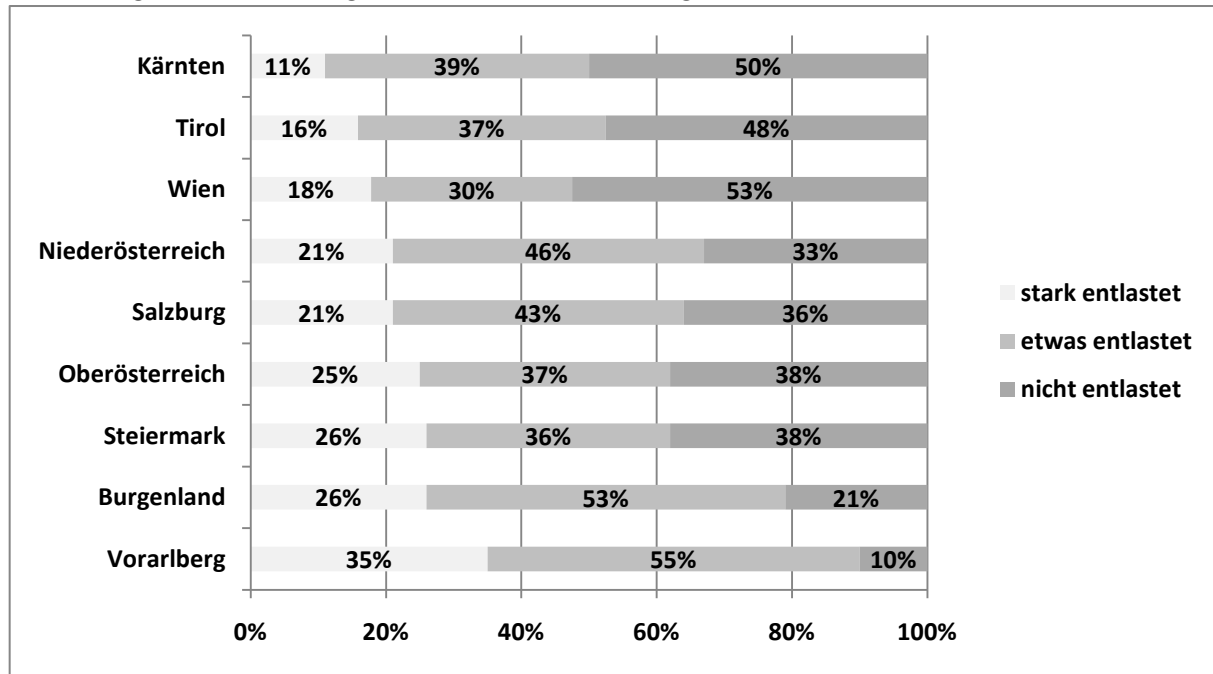
Entlastung der Sozialversicherung durch PAGs/PAOs nach Bundesländern:

Frage: Was glauben Sie, wer – außer den Betroffenen selbst - wird durch die Arbeit Ihrer Gruppe/Organisation in den Bundesländern entlastet und wer wird nicht entlastet? - Sozialversicherung

In Abbildung 16 wird ersichtlich, dass die PAGs/PAOs in Vorarlberg gefolgt von PAGs/PAOs im Burgenland am meisten glauben, dass durch ihre Arbeit die Sozialversicherung stark bzw. etwas entlastet wird (90% bzw. 79%). Die Patienten- und Angehörigengruppen (PAGs/PAOs) in Tirol bzw. Kärnten werden hier als Schlusslichter angeführt (16% bzw. 11%). Markantere Unterschiede werden bei der Zusammenfassung der Kategorien „stark entlastet“ und „etwas entlastet“ deutlich. 90% bzw. 79% der PAGs/PAOs in Vorarlberg und Burgenland sind der Ansicht, dass durch ihre Arbeit die Sozialversicherung entlastet wird. Dahinter folgen die PAGs/PAOs in Niederösterreich (67%), in Salzburg (64%), in Oberösterreich (62%) und der Steiermark (62%). Ebenso interessant an der Ergebnisdarstellung ist, dass nur 10% bzw. 21% der PAGs/PAOs in Vorarlberg bzw. Burgenland eine Nichtentlastung der Sozialversicherung durch ihr eigenes Wirken sehen. In Wien

(53%) bzw. Kärnten (50%) sehen weitaus mehr PAGs/PAOs eine Nichtentlastung der Sozialversicherung durch ihre Arbeit.

Abbildung 16: Entlastung der Sozialversicherung nach Bundesländern



N= 519

3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Sekundäranalyse

Bei der Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Sekundäranalyse im Rahmen des empirischen Teils der vorliegenden Diplomarbeit wird deutlich, dass die Patienten- und Angehörigengruppen (PAGs/PAOs) in Niederösterreich und Salzburg sowohl überdurchschnittliche enge/lose Beziehungen zur Sozialversicherung pflegen, die Wichtigkeit der Unterstützungsleistungen (sehr wichtig und eher wichtig zusammengefasst) durch die Sozialversicherung überdurchschnittlich anerkennen und mehrheitlich der Ansicht sind, dass durch ihre Arbeit die Sozialversicherung stark bzw. etwas entlastet wird.

Die PAGs/PAOs in Vorarlberg, Wien und Oberösterreich liefern ein eher differenziertes Bild ab. Bei den Fragen nach der Bewertung der Entlastung der Sozialversicherung, der Wichtigkeit der Unterstützungsleistungen durch die Sozialversicherung und der Einschätzung der Stärke der Beziehungen zur Sozialversicherung liegen sie prozentual gesehen im Mittelfeld der PAGs/PAOs.

Die PAGs/PAOs in Tirol und der Steiermark liegen in allen drei Themenblöcken (Beziehungen zur Sozialversicherungen, Wichtigkeit der Unterstützungsleistungen, Entlastung durch die Krankenkassen) prozentual hinter Salzburg und Niederösterreich zurück.

3.5 Diskussion der Ergebnisse der Sekundäranalyse im Hinblick auf die qualitativvertiefende Interviewstudie

Die Auswahl der Gebietskrankenkassen für die qualitativvertiefende Interviewstudie erfolgt auf Basis der Ergebnisse der Sekundäranalyse, die sich in drei Themenblöcken mit der Perspektive der Patienten- und Angehörigengruppen (PAGs/PAOs) im Bezug auf die Sozialversicherung auseinandersetzen. Die PAGs/PAOs werden im Kapitel 4 als Selbsthilfegruppen und –organisationen (SHG/SHO) bezeichnet.

Zur Auswahl ergeben sich aus der Grundgesamtheit neun Gebietskrankenkassen, die unter dem Dach der sozialen Krankenversicherung agieren. Es werden vier Gebietskrankenkassen ausgewählt, von denen jeweils zwei Gebietskrankenkassen besser bzw. schlechter im Rahmen der ausgewählten Items der Sekundäranalyse abgeschnitten haben. Es ist darauf hinzuweisen, dass in der Sekundäranalyse des PAO- Projekts die Sozialversicherung behandelt wurde, während die Diplomarbeit rein auf Träger der Krankenversicherung fokussiert. In diesem Falle wird angenommen, dass die Sozialversicherung generell und die Träger der Krankenversicherung die gleichen Ergebnisse in der Sekundäranalyse erlangen würden.

Es werden zwei Gebietskrankenkassen ausgewählt, die jeweils besser bzw. schlechter im Rahmen der Sekundäranalyse abgeschnitten haben. Durch eine erste Reduktion der Grundgesamtheit werden die Gebietskrankenkassen in Vorarlberg, Kärnten und Wien werden im Vorfeld der qualitativen ExpertInneninterviews ausgeschlossen. VertreterInnen aus der Führungsebene dieser Kassen wurden bereits durch MitarbeiterInnen der PAO- Studie im Rahmen einer ersten Befragungswelle interviewt. Die Zusammenfassung der Ergebnisse in Kapitel 3.4 zeigt, dass die Gebietskrankenkassen in Niederösterreich, Salzburg und dem Burgenland besser abschneiden als die Gebietskrankenkassen in der Steiermark und in Tirol. Daher wird im Vorfeld der qualitativvertiefenden Experteninterviews die

Vermutung aufgestellt, dass in diesen Institutionen ebenfalls Unterschiede zwischen den genannten Gebietskrankenkassen auftreten werden. Die Gebietskrankenkasse im Burgenland wird als Reserve herangezogen, falls keine Experteninterviews in den Bundesländern Tirol, Niederösterreich, Steiermark und Salzburg zu Stande kommen.

4 Durchführung der qualitativ- vertiefenden Interviewstudie

Im ersten Abschnitt des vorliegenden Kapitels wird die Auswertungsmethode, die auf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring beruht (4.1), beschrieben. Der Abschnitt unterteilt sich in die Begründung für die Auswahl der Methode (4.1.1), in eine allgemeine Darstellung für den Ablauf der Methode (4.1.2) sowie in der eigene Vorgehensweise nach dem Neunstufenmodell nach Mayring (4.1.3). Anschließend werden die Ergebnisse der qualitativen (Experten)Interviews mit Vertretern der Gebietskrankenkassen in vier Bundesländern dargestellt (4.2). Dabei werden die Ergebnisse nach Fragen zusammengefasst und danach im Abschnitt 4.3 interpretiert. Am Schluss des Kapitels werden die Hauptfragestellung und die Subfragestellungen umfassend beantwortet (4.4).

4.1 Methode: Qualitative Inhaltsanalyse

4.1.1 Allgemeines über die Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse besitzt die Zielsetzung Material zu analysieren, dass aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt. Dabei ist anzumerken, dass die Inhaltsanalyse sich nicht nur mit der Analyse des Inhalts von Kommunikation auseinandersetzt. Es werden ebenfalls formale Aspekte der Kommunikation, die Satzkorrekturen, unvollständige Sätze, Wortwiederholungen umfassen, zu ihrem Gegenstand gemacht (Mayring 2008: S.11).

Mehrere Punkte machen die sozialwissenschaftliche Inhaltsanalyse besonders: Die Inhaltsanalyse hat Kommunikation, in Form der Übertragung von Symbolen, zum Gegenstand. Sie arbeitet mit Texten, Bildern und Noten, die mit Hilfe von Protokollen festgehalten und fixiert werden. Die Inhaltsanalyse läuft systematisch nach festgelegten Regeln und ebenso theoriegeleitet ab. Sie analysiert das Material unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung und will durch Aussagen über das zu analysierende Material Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation ziehen (Mayring 2008: S. 11).

4.1.2 Inhaltsanalyse nach Mayring

Für die Auswertung des bereits transkribierten oder protokollierten Datenmaterials wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) herangezogen. Sie wird verwendet wenn bereits vorliegendes (sprachliches) Datenmaterial einer Analyse unterworfen werden soll. Im Rahmen der Analyse werden die erhobenen Daten schrittweise analysiert, nachdem diese in Einheiten gegliedert worden sind. Dabei wird ein theoriegeleitetes und an der Fragestellung orientiertes und „am Material entwickeltes Kategoriensystem“ erstellt, das bei der Trennung relevanter von irrelevanten Aspekten eine Hilfe sein kann. Größere Datenmengen können dabei ohne Probleme analysiert werden (Mayring 2008: S. 42-45).

4.1.3 Allgemeine Darstellung des Ablaufs der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach dem Neunstufenmodell von Mayring

Festlegung des Materials: Die Auswahl des Sprachmaterials erfolgt im Hinblick auf dessen Relevanz für die Fragestellung.

Analyse der Erhebungssituation: Die ForscherInnen müssen beschreiben, von wem und unter welchen Bedingungen das (sprachliche) Material produziert worden ist (wann-wo-mit wem).

Formale Charakterisierung des erhobenen Materials: Beschreibung in welcher Form das zu analysierende Material erarbeitet wurde.

Richtung der Analyse: Die ForscherInnen müssen sich klar das jeweilige Interpretationsziel vor Augen halten und sich fragen, was mithilfe der Inhaltsanalyse festgestellt werden soll.

Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung: Die ForscherInnen müssen eine klare Fragestellung samt Subfragestellungen generieren. Die Fragestellungen sollen „*theoretisch an die bisherige Forschung über den Gegenstand angebunden*“ werden. (Mayring 2003: S. 52)

Auswahl einer Analysetechnik: Mayring (2008: S. 53) beschreibt drei Analysetechniken der qualitativen Inhaltsanalyse, die sich in die (1) zusammenfassende, (2) explizierende und (3) strukturierende Inhaltsanalyse unterteilen.

Festlegung der Analyseeinheiten: Auszuwertende Textteile des Interviewprotokolls müssen genau festgelegt werden, um einen bestimmten Grad der Genauigkeit zu

erreichen. Die (1) Kodiereinheit definiert den kleinsten Textteil, der ausgewertet werden soll. Die (2) Kontexteinheiten verweisen auf den größten Textteil, der unter eine Kategorie fällt. Die (3) Auswertungseinheiten entscheiden, in welchem Ablauf die Textbestandteile nacheinander analysiert werden sollen (ebd.: S.53).

Durchführung der Analyse: Hierbei kommt es zu einer Entwicklung eines Kategoriensystems. Die Kategorien werden in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material entwickelt. Folglich werden sie durch Konstruktions- und Zuordnungsregeln definiert und während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft (Mayring ebd.).

Interpretation der Ergebnisse: Zu guter Letzt müssen die ForscherInnen die Ergebnisse im Bezug auf die Fragestellung interpretieren (ebd.: S.53).

4.1.4 Eigene Vorgehensweise nach dem Neunstufenmodell von Mayring (2008)

Vorstellung des Beispielmaterials:

Im Zuge der vorliegenden Diplomarbeit, die sich mit strategischen Positionierungen von Trägern der sozialen Krankenversicherung gegenüber Selbsthilfegruppen und –organisationen (SHG/SHO) beschäftigt, wurden offene, leitfadengestützte Experteninterviews mit Vertretern aus der Führungsebene und höheren Managementebene des jeweiligen Trägers der sozialen Krankenversicherung gemacht. Aufgrund der Auswahl der Träger der sozialen Krankenversicherung in Abschnitt 3.5 und der Bereitschaft für ein Experteninterview zur Verfügung zu stehen, ist anzumerken, dass ausschließlich mit männlichen Vertretern aus der Führungsebene oder höheren Managementebene der Gebietskrankenkassen Experteninterviews durchgeführt wurden.

Die Experteninterviews wurden teilweise mit Tonband aufgenommen, teilweise wurden händische Protokolle angefertigt. Sowohl die Tonbandaufnahmen als auch die per Hand angefertigten Protokolle wurden anschließend transkribiert.

Festlegung des Materials:

Das zu analysierende Material wurde bei Experteninterviews mit Vertretern aus der Führungsebene der Gebietskrankenkassen in Tirol, Niederösterreich, der Steiermark und Salzburg erhoben. Es wurden jeweils alle Interviewpassagen ausgewählt, die

sich auf die Hauptfragestellung sowie auf die Subfragestellungen der Diplomarbeit beziehen. Im Bezug auf das für die Analyse geeignete Material wurden keine nennenswerten Streichungen durchgeführt. Zur Auswahl für die Experteninterviews standen zu Beginn alle neun Gebietskrankenkassen in Österreich. Die vier oben erwähnten Gebietskrankenkassen wurden ausgewählt, weil erstens im Forschungsprojekt zu PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich (PAO) bereits VertreterInnen der GKK in Wien, Kärnten und Vorarlberg interviewt worden waren. Zweitens wurden die oben erwähnten Gebietskrankenkassen auf Basis von Ergebnissen einer Sekundäranalyse mit Daten aus dem PAO-Forschungsprojekts des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Promotion Research (LBIHPR) sowie des Instituts für Soziologie der Universität Wien für die Experteninterviews herangezogen. Es wurden bewusst vier Gebietskrankenkassen ausgewählt, die aus der Sicht der PAO bessere bzw. schlechtere Werte quer durch die ausgewählten Fragen der Sekundäranalyse aufwiesen. Die Vertreter der Führungsebene der Gebietskrankenkassen wurden ausgewählt, um zu untersuchen, welche strategischen Positionierungen gegenüber SHG/SHO in den Bundesländern vertreten werden.

Abbildung 17: Darstellung Interviewpartner

Fallnummer	Interviewpartner	Interviewart- und Ort	Interviewdauer
1	Vertreter der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK)- Direktion	<u>Face to Face</u> : Besprechungsraum der TGKK	25 Minuten
2	Vertreter der Gebietskrankenkasse Niederösterreich (NÖGKK)- Zentrale Koordination Gesundheitsförderung	<u>Face to Face</u> : Besprechungsraum der NÖGKK	40 Minuten
3	Vertreter der Gebietskrankenkasse Steiermark (STGKK) - Ärztliche Leitung	<u>Face to Face</u> : Besprechungsraum der STGKK	44 Minuten
4	Vertreter der Gebietskrankenkasse Salzburg (SGKK)- Direktion	<u>Face to Face</u> : Besprechungsraum der STGKK	30 Minuten

Quelle: eigene Darstellung

Analyse der Erhebungssituation:

Die Kontaktaufnahme im Vorfeld der Interviews geschah vornehmlich über persönliche Email- Adressen von Vertretern der Management/Direktionsebene, die auf der jeweiligen Homepage der Gebietskrankenkasse zur Verfügung gestellt wurden. Wenn keine persönliche Email- Adresse auf der Homepage vorhanden war, wurde die jeweilige Sekretärin/der jeweilige Sekretär auf Direktionsebene angeschrieben.

Die Kontaktaufnahme mit den (ausschließlich männlichen) Vertretern der Managementebene der jeweiligen Gebietskrankenkasse erfolgte mehr oder weniger reibungslos. Einzig in einem Bundesland dauerte die Kontakthanbahnung knapp drei Wochen. Zwei Vertreter aus der Führungsebene (Direktion) der Gebietskrankenkassen in Tirol und Salzburg waren zu einem Interview bereit. In Niederösterreich wurde ein Interview mit dem zentralen Koordinator für Gesundheitsförderung geführt. In der Steiermark kam ein Interview mit einem Vertreter aus der Führungsebene des ärztlichen Dienstes zu Stande.

Die Interviews wurden im Zeitraum Februar bis März 2010 erstellt. Die befragten Vertreter der Gebietskrankenkasse gaben mir alle bereitwillig Auskunft und waren auch daran interessiert die fertige Diplomarbeit zu lesen. Die Namen der Vertreter der Gebietskrankenkassen wurden für die Diplomarbeit anonymisiert, obwohl Einverständniserklärungen für die Nennung von Namen eingeholt wurden.

Als spezielle Interviewtechnik wurde das offene, leitfadengestützte Experteninterview herangezogen, das Rückschlüsse auf Situationen, Entscheidungen und Entwicklungen ermöglicht. Im Zuge derartiger Interviews wird das Wissen spezifischer und für das Fach- und Themengebiet als relevant erachteter Akteure gesammelt (Bogner et al., 2002, S. 20). Das Experteninterview grenzt sich von anderen offenen Interviewformen durch den Fokus auf einen spezifischen, organisatorischen oder institutionellen Zusammenhang ab. Die Gesamtpersonen stehen nicht im Mittelpunkt des Interesses. Es werden nur bestimmte Ausschnitte individueller Erfahrungen in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt (Bogner et al., 2005: S. 72).

Formale Charakteristika des erhobenen Materials:

Während zwei der Experteninterviews mit Tonband aufgenommen worden sind, haben zwei weitere Vertreter der Führungsebene der Gebietskrankenkassen eine Tonbandaufnahme verweigert. Die Durchführung eines Interviews mit Tonband war schlichtweg nicht erwünscht. Teilweise wurde im Bezug auf die Ablehnung einer Tonbandaufzeichnung darauf hingewiesen, dass mit Protokollführung mehr Informationen gewonnen werden können. Das Material aus allen vier Experteninterviews wurde in der Folge in maschinengeschriebener Form transkribiert. Für die Transkription wurde eine Transkriptionsanweisung erstellt.

Richtung der Analyse:

Die vorliegende Arbeit ist soziologisch ausgerichtet. Durch die Experteninterviews sollen die Vertreter der jeweiligen Gebietskrankenkassen dazu gebracht werden, Aussagen zu strategischen Positionierungen im Bezug auf Selbsthilfegruppen- und Organisationen (SHG/SHO) im jeweiligen Bundesland zu tätigen.

Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung:

Das Beispielmateriale enthält Aussagen von vier Vertretern der Träger der sozialen Krankenversicherung, die auf strategische Positionierungen gegenüber Selbsthilfegruppen und –organisationen (SHG/SHO) im jeweiligen Bundesland hinweisen. Für die Analyse des Beispielmateriale wurden folgende Haupt- und Subfragestellungen herangezogen.

Welche Strategien vertreten die Gebietskrankenkassen in vier ausgewählten Bundesländern gegenüber Selbsthilfegruppen und -organisationen?

- *Was verstehen die Vertreter der jeweiligen Gebietskrankenkassen unter dem Begriff „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Zusammenhang mit Selbsthilfegruppen und -organisationen?*
 - o Wird der Begriff Hilfe zur Selbsthilfe von den Vertretern der Gebietskrankenkassen mit der Vergabe von Unterstützungsleistungen und sonstigen Leistungen synonym genannt?
 - o Werden Angaben zu Art und Quantität von Unterstützungsleistungen und sonstigen Leistungen gemacht?
 - o Werden Motivatoren, die sich auf die historische Verwurzelung von Trägern der Krankenversicherung als Selbsthilfeorganisation (der unselbstständigen Erwerbstätigen) und/oder auf Konzepte wie Gesundheitsförderung oder Empowerment beziehen, genannt, um Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten?
- In welchen Funktionen werden Selbsthilfegruppen und -organisationen von der jeweiligen Gebietskrankenkasse wahrgenommen und unterstützt? Welche Gruppen werden wahrgenommen und unterstützt?
- Sehen die Vertreter der jeweiligen Gebietskrankenkasse problematische Entwicklungen in Verbindung mit dem Wirken von SHG/SHO? Welche Probleme werden dabei besonders hervorgehoben?
- Sehen die Vertreter der jeweiligen Gebietskrankenkasse Erweiterungsmöglichkeiten (Funktionen, Tätigkeitsfelder) für die Arbeit von SHG/SHO und unter welchen Bedingungen (sowohl auf Seiten der SV als auch der SHG/SHO) erwarten sie eine erfolgreiche Entwicklung?

- Welche Rolle nimmt in der strategischen Positionierung der jeweiligen Gebietskrankenkasse der Dachverband der Selbsthilfegruppen ein?

Auswahl der Analysemethode:

Als Auswertungstechnik wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) verwendet.

„Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring 2003: S. 58).

Festlegen der Analyseeinheiten:

- Kodiereinheit: Proposition (Inhalt eines Satzes)
- Kontexteinheit: ganzes Material der jeweiligen Frage
- Auswertungseinheit: Reihenfolge der auftretenden Themen im Interview

Durchführung der Analyse:

Die Durchführung der Analyse der Experteninterviews erfolgte in drei Schritten. Im ersten Schritt der Analyse wurde das gewonnene Material aus den Experteninterviews nach Fragen und innerhalb der Fragen nach Bundesländern geordnet. Ziel dabei war es, im ersten Schritt eine übersichtliche Gestaltung des gewonnenen Materials aus den Fragen heraus nach Bundesländern zu gewährleisten. Im zweiten Schritt der Analyse wurde die Beantwortung der Fragen ohne eine Aufteilung nach Bundesländern vorgenommen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede aus den Befragungen mit den Vertretern der vier Gebietskrankenkassen darzustellen. Im dritten Schritt wurde die Beantwortung der Haupt- und Subfragestellungen vorgenommen.

4.2 Darstellung der Ergebnisse

4.2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse nach Fragen

Was verstehen Sie unter dem Begriff „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Zusammenhang mit Selbsthilfegruppen- und Organisationen?

- Tirol:

Der Vertreter der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) versteht unter Hilfe zur Selbsthilfe die Bereitstellung von Unterstützungsleistungen (Sachressourcen, Infrastruktur) und Leistungen bezüglich (gemeinsamer) Öffentlichkeitsarbeit für Selbsthilfegruppen und -organisationen (SHG/SHO) sowie den Austausch von Wissen und Informationen. Im Rahmen von EDV-Leistungen werden SHG/SHO Computer zur Verfügung gestellt und diverse Softwareprogramme finanziert. Es wird von Seiten der TGKK betont, dass durch die Gewährung von EDV-Leistungen vor allem kleinere SHG, die sich erst richtig organisieren müssen, profitieren. Die jährliche Generalversammlung (Mitgliederversammlung) der SHG/SHO in Tirol wird durch die Bereitstellung von Tagungsräumlichkeiten, kostenloses Parken in der Garage und durch die Vollfinanzierung des Büfetts unterstützt. Der Vertreter der TGKK erwähnt, dass bei Veranstaltungen dieser Art außer dem Spenden von Grußworten wenig Kontakt zu den SHG/SHO besteht. Öffentlichkeitsarbeit, die als Leistung vom Vertreter der TGKK als sehr wichtig eingestuft wird, geschieht im Rahmen von Publikationen wie dem auflagenstarken Forum Gesundheit. Das Magazin besitzt eine Auflage von 50.000 Heften und in jeder Ausgabe wird eine SHG/SHO der Öffentlichkeit vorgestellt. Informationen zu den Aktivitäten von SHG/SHO werden regelmäßig am schwarzen Brett in Haupt- und Nebenstellen der TGKK veröffentlicht. Auf der Homepage der TGKK werden ebenfalls Informationen zu SHG/SHO verbreitet. MitarbeiterInnen der TGKK können für Vorträge bei SHG/SHO angefordert werden. Der Vertreter der TGKK erwähnt, dass es bei den Vorträgen oft zu Zwiegesprächen zwischen den MitarbeiterInnen der TGKK und VertreterInnen von SHG/SHO kommt. Diese Zwiegespräche werden aus der Sicht der TGKK als spannend und als den Diskussionsprozess belebend angesehen.

- Niederösterreich:

Unter Hilfe zur Selbsthilfe versteht der Vertreter der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) die Bereitstellung von Unterstützungsleistungen (Sach- und finanzielle Ressourcen, Infrastruktur) für SHG und SHO, (gemeinsame) Öffentlichkeitsarbeit sowie Austausch von Wissen und Information und Zusammenarbeit bei Selbsthilfestammtischen. Erstaussstattungs- und Nachfolgepakete, die auf Anfrage von SHG und SHO vergeben werden, beinhalten nützliche Dinge für den Bürobetrieb. Bei Anfragen bezüglich anfallender Portokosten werden die SHG und SHO an den Dachverband der niederösterreichischen Selbsthilfegruppen und -organisationen (DV-NÖSH) verwiesen. Es wird explizit betont, dass für die Gewährung von Büroausstattungspaketen die SHG und SHO von sich aus aktiv werden müssen, da den SHG und SHO möglichst nicht nachgelaufen werden sollte. Büroräumlichkeiten für Gruppentreffen oder Besprechungen werden auf Zeit in der Hauptstelle oder in den Nebenstellen der NÖGKK zur Verfügung gestellt. Finanzielle Unterstützungsleistungen werden nicht direkt an SHG und SHO vergeben. Die NÖGKK stellt jährlich einen bestimmten Etat dem DV-NÖSH zur Verfügung. Durch diesen Etat werden in erster Linie die Selbsthilfestammtische, die in Kooperation mit der Kassa durchgeführt werden, gefördert. Jährlich werden 4-5 Selbsthilfestammtisch unter der Schirmherrschaft des DV-NÖSH und mit personeller Beteiligung der NÖGKK geplant und durchgeführt. Die Vertreter der NÖGKK stehen als Kontaktpartner bei eventuell auftauchenden Fragen im Rahmen der Selbsthilfestammtische zur Verfügung. Wenn Vertreter von SHG und SHO Vorträge von Experten oder Vorträge von Vertreterinnen der Kassa wünschen, ist es möglich sich an die NÖGKK zu wenden. Diese übernimmt die Kosten für die Vorträge oder stellt die Kontakte zu diversen Experten her. Der Vertreter der NÖGKK erwähnt, dass sich SHG und SHO bei Gruppenneugründungen engagieren. VertreterInnen von SHG und SHO können sich an die Ombudsfrau der NÖGKK, Ilse Schindlegger, wenden wenn die SHG und SHO professionelle Beratung beim Aufbau der jeweiligen Gruppe benötigen. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der NÖGKK für SHG und SHO kommt es zu einer Vorstellung der SHG und SHO auf diversen Gesundheitstagen, die von der NÖGKK veranstaltet werden. Bei diesen Gesundheitstagen, die thematische

Schwerpunkte setzen, können nach Recherche des Autors der vorliegenden Arbeit SHG und SHO mit einem Stand vertreten sein um sich zu bewerben. Infomaterial zu diversen Themen der Gesundheitsförderung und über SHG und SHO gibt es genügend und Infomaterialien werden zahlreich in den Haupt- und Nebenstellen der NÖGKK zur Verfügung gestellt. Für Personen mit Computerkenntnissen ist es auch möglich, sich Infomaterial über SHG und SHO von der Homepage der NÖGKK herunterzuladen. Dort finden sich neben Informationen zu Gesundheitsförderungsprojekten mit Schwerpunkt Schule und Betrieb auch Informationen und Kontaktadressen aus der Selbsthilfeszene. Ein gemeinsamer Folder von NÖGKK und der Selbsthilfe Niederösterreich wird auf der Homepage der Selbsthilfe Niederösterreich angeboten.

- Steiermark:

Der Vertreter der steirischen Gebietskrankenkasse (STGKK) gibt zu Protokoll, dass unter Hilfe zur Selbsthilfe die Gewährung von Unterstützungsleistungen (Infrastrukturelle Unterstützung), Austausch von Wissen und Information durch Kommunikation sowie die Einladung zur Qualitätsverbesserung von professionellen Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) für SHG und SHO verstanden werden.

In der Hauptstelle der STGKK in Graz werden SHG und SHO Räumlichkeiten für Besprechungen oder Veranstaltungen zur Verfügung gestellt. Die Bereitstellung von MitarbeiterInnen für Vorträge wird an die Bedingungen geknüpft, dass „ausreichend“ Mitglieder einer Selbsthilfegruppe oder -organisation bei den Vorträgen anwesend sein müssen. Bei zu dünn besetzten Treffen von SHG und SHO können keine Leute (mehr) zur Verfügung gestellt werden. Als Kriterium werden Treffen von SHG und SHO mit über 12 Leuten angegeben. Der Vertreter der STGKK betont, dass in erster Linie Kommunikation mit Vertretern von SHG und SHO betrieben wird. Dabei soll eine gute Gesprächsbasis mit den SHG/SHO vorherrschen. „Wir *reden gerne mit ihnen*“.

Im Verlaufe des Experteninterviews wird ersichtlich, dass die Arbeit der STGKK sich mehr auf die individuelle Beratung von PatientInnen konzentriert. Dies hat bestimmte Gründe, auf die in einem der folgenden Abschnitte eingegangen wird. In der Hauptstelle der STGKK wird umfassende Beratung zu chronischen Krankheiten wie

Diabetes oder Bluthochdruck angeboten, wobei ebenfalls auf SHG und SHO aufmerksam gemacht wird. Informationen über SHG und SHO und auch über diverse chronische Erkrankungen sind im Internet auf der Homepage der STGKK verfügbar und können heruntergeladen werden. Der Vertreter der STGKK betont, dass versucht wird, mit allen betroffenen PatientInnen zu reden. Die „Selbsthilfe-Schiene“ wird aber auch mit einbezogen. Größere Selbsthilfeorganisationen (BluthochdruckpatientInnen, DiabetikerInnen) wurden in der Vergangenheit in DMP mit einbezogen. Speziell wurden die SHO in die Projekt- und Ausrollungsphase dieser Programme involviert. Dabei wurde Fragen gestellt wie „Wünscht ihr euch das?“ oder „Könnt ihr damit gut leben?“ Laut dem Vertreter der STGKK hat diese Form der Einbindung *„gut funktioniert“*. Generell kommt es mehr zu einem Wissensaustausch mit Vertretern von größeren SHO als mit SHG. Dabei laden SHO die VertreterInnen der STGKK zu Veranstaltungen oder Besprechungen auf Bundesebene, zum Beispiel in den Ministerien, ein.

- Salzburg:

Hilfe zur Selbsthilfe durch die Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) geschieht in Salzburg vor allem durch die Gewährung von Unterstützungsleistungen (Sach- und finanzielle Ressourcen), sowie durch die zur Bereitstellung von Infrastruktur, die teils den SHG und SHO, teils dem Dachverband der der Salzburger SHG und SHO (Selbsthilfe Salzburg) zur Verfügung gestellt werden. Weiters fallen unter Hilfe zur Selbsthilfe die (gemeinsame) Öffentlichkeitsarbeit und der Austausch von Wissen und Information. SHG und SHO können von der Tatsache profitieren, dass die Selbsthilfe Salzburg die Räumlichkeiten der SGKK in der Hauptstelle in Salzburg Stadt gratis mit nutzen kann. SHG und SHO können in den Räumlichkeiten der Selbsthilfe Salzburg Kopieraufträge erledigen oder auch Sitzungen abhalten. Einzelne SHG/SHO können 10.000 Euro im Jahr per Gegenleistungsrechnung für die Begleichung von Sach- und Kopierkosten lukrieren. Weitere Zuschüsse können SHG und SHO beantragen, wenn sie bestimmte „qualifizierte“ Vortragende einladen oder bei einer Messe einen Stand mieten möchten. Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die Unterstützung durch Öffentlichkeitsarbeit. SHG und SHO werden regelmäßig in den Publikationen der SGKK vorgestellt und präsentiert. Für den Vertreter der SGKK ist ein Werbeeffect für SHG und SHO durch die Situierung der Selbsthilfe Salzburg in

der Hauptstelle der SGKK vorstellbar. Als wichtige Anlaufstellen für PatientInnen gelten das Gesundheitsinformationszentrum (GIZ) und der ärztliche Dienst der SGKK in Salzburg Stadt. Im Rahmen dieser Plattformen können PatientInnen an SHG und SHO vermittelt werden. Ebenfalls besteht für SHG und SHO die Möglichkeit, dass sie im Rahmen von Veranstaltungen des GIZ mitwirken können. Wenn die SGKK Vorträge in den Salzburger Umlandsbezirken ausrichtet, wird ebenfalls auf SHG und SHO aufmerksam gemacht. *„Man weist immer entsprechend darauf hin, dass es da eine Selbsthilfegruppe gibt und dass einem da empfohlen wird, sich da mal zu melden“.*

Was sind aus Ihrer Sicht die zentralen Tätigkeitsfelder von Selbsthilfegruppen- und Organisationen?

- Tirol:

Der Vertreter der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) beschreibt als zentrale Tätigkeitsfelder von SHG und SHO die gegenseitige emotionale Unterstützung und die gegenseitige Hilfeleistungen innerhalb von SHG und SHO. *„Geteiltes Leid ist eben halbes Leid.“*

Im Rahmen gegenseitiger Hilfeleistung und vor dem Hintergrund der schwierigen medizinischen Versorgungslage betreiben SHG und SHO einen Ausgleich durch gemeinsame Selbstliteratur, Arztrecherche und das Aufzeigen eines Versorgungssystems im Krankheitsfall. Die Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder nach außen wird nicht als zentrale Tätigkeit von SHG und SHO angeführt. Der Vertreter der TGKK betont, dass es für SHG und SHO schwierig ist eigene Belange nach außen zu vertreten. Hier liege es an der TGKK die SHG und SHO z.B. durch Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen

- Niederösterreich:

Der Vertreter der niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) beschreibt als zentrale Tätigkeitsfelder von Selbsthilfegruppen und -organisationen (SHG und SHO) vor allem die gegenseitige emotionale Unterstützung und die gegenseitige Hilfeleistungen innerhalb von SHG und SHO. Für einander da zu sein und über Probleme und deren Bewältigung zu reden, wird vom Vertreter der Kassa als

ursächliche Aufgaben von SHG und SHO gedeutet und als Entlastung der Arbeit der Kassa wahrgenommen. „*Wir können ja nicht über jedes Problem mit den Leuten reden und die Selbsthilfegruppen nehmen uns da schon einiges ab.*“ Den SHG und SHO wird vom Vertreter der NÖGKK ein Expertenstatus attestiert und sie werden als gute Ergänzung zu Ärzten, die sich mit den Betroffenen austauschen können, anerkannt.

- Steiermark:

Der Vertreter der steirischen Gebietskrankenkasse (STGKK) beschreibt als zentrale Tätigkeitsfelder von SHG und SHO in der Steiermark die emotionale Unterstützungsarbeit („*sind füreinander da*“) und die gegenseitige Hilfeleistungen innerhalb der Gruppen. Darunter fallen die Verbreitung von Wissen und Information über mögliche Ansprechpartner zum Beispiel, wenn es um Therapien und geeignete Klinikaufenthalte geht. Ein zentrales Tätigkeitsfeld von größeren Selbsthilfeorganisationen ist die Miteinbeziehung als alternativer Dienstleistungserbringer bei der Verbesserung professioneller Leistungen des Gesundheitssystems. Der Vertreter der STGKK gibt zu Protokoll, dass SHO aufgrund positiver internationaler Erfahrungen in die Abwicklung von Disease-Management-Programmen (DMP) mit einbezogen werden. Dabei werden Fragen gestellt wie „Wünscht ihr euch das“ oder „Könnt ihr damit gut leben?“ Laut dem Vertreter der STGKK funktioniert diese Form der Einbindung gut und kann jederzeit wieder stattfinden.

- Salzburg:

Der Vertreter der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) identifiziert drei wesentliche Tätigkeitsfelder für die Arbeit von SHG und SHO. Innerhalb des ersten Tätigkeitsfeldes wird eine SHG und SHO als Plattform und Anlaufstelle für Betroffene gesehen, wo innerhalb ihrer Grenzen ein sozialer Austausch und Informationsvermittlung unter den Mitgliedern betrieben wird. Der Vertreter der SGKK ist der Ansicht, dass die Patienten zunehmend mündiger werden, zusammen arbeiten und dazu aufgerufen sind sich aktiver für ihre Gesundheit und Genesung einzusetzen. Sie sollen ihre Krankheit besser verstehen lernen und gegebenenfalls Fragen beantwortet bekommen. Jeder von einer Krankheit Betroffene soll willkommen sein. Innerhalb eines weiteren Tätigkeitsfeldes können SHG und SHO

als alternative Dienstleistungserbringer im Rahmen von Informationstagen des Gesundheitsinformationszentrums (GIZ) teilnehmen und Beratungstätigkeiten übernehmen. Bezugnehmend auf ein weiteres Tätigkeitsfeld ist der Vertreter der SGKK der Ansicht, dass SHG und SHO spezielle Interessen der jeweiligen Krankheitsgruppe entsprechend gegenüber Institutionen und Gesundheitsberufen vertreten sollen. Dabei werden jeweils einzelne SHG und SHO sowie die Selbsthilfe Steiermark (SHS) angesprochen. Als Institutionen werden neben der Gebietskrankenkasse auch das Land oder die Ärztekammer genannt. Der Vertreter der SGKK erwähnt, dass ein Vertreter der Selbsthilfe Salzburg von Anfang an in den Beirat der SGKK kooptiert worden ist.

Welche Gruppen werden mehr oder weniger wahrgenommen und unterstützt?

- Tirol:

Der Vertreter der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) spricht als erwähnenswerte SHG und SHO die Diabetiker Selbsthilfe an, die schon fast als Verband wahrgenommen wird. Die Diabetiker Selbsthilfe betreibt ein eigenes Journal, macht gute Aufklärungsarbeit und schafft es ihre Anliegen ohne Hilfe der TGKK an Politik und Verwaltung zu vermitteln. Im Laufe des Experteninterviews wird eine Selbsthilfegruppe namens Alopezia (kreisrunder Haarausfall) erwähnt, die in der zum Zeitpunkt des Experteninterviews aktuellen Ausgabe der Zeitschrift „Forum Gesundheit“ näher vorgestellt wurde.

- Niederösterreich:

Der Vertreter der niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) hat zu diesem Punkt keine brauchbaren Aussagen getätigt. Es werden immer wieder Selbsthilfegruppen zu gleichen Themen in ländlichen Regionen angesprochen, die sich untereinander nicht kennen und keine Kontakte pflegen.

- Steiermark:

Der Vertreter der steirischen Gebietskrankenkasse (STGKK) gibt an, dass zu den SHG und SHO in der Steiermark generell ein guter Kontakt herrscht und eine gute Zusammenarbeit mit den Gruppen möglich ist. Die Gruppen besitzen eine realistische Vorgehensweise. *„Es ist angenehm mit den Gruppen zu reden“.*

Im Verlauf des Interviews wird ersichtlich, dass der Vertreter der STGKK sich vor allem die Zusammenarbeit mit größeren SHG und SHO wünscht. Generell gibt es mehr Kontakt zu größeren SHO, die sich den Themen Bluthochdruck und Diabetes verschrieben haben. Wie schon erwähnt, wurden diese SHOs in der Vergangenheit erfolgreich in die Abwicklung von DMP mit einbezogen. Dabei wurden laut dem Vertreter der STGKK auch gute Erfahrungen mit diesen SHO gemacht. Der Vertreter der STGKK erwähnt, dass die Vertreter der Aktiven Diabetiker Austria (ADA) Vertreter der STGKK zu Vorträgen in der Steiermark oder nach Wien ins Gesundheitsministerium einladen. Mit der ADA gibt es auch ein Abkommen, welches sich mit dem Aufbau klarer Strukturen zur besseren Informationsübermittlung in größeren Selbsthilfeorganisationen auseinandersetzt. In Verbindung mit größeren Selbsthilfeorganisationen wird erwähnt, dass diese eine geringe Breitenwirksamkeit im Land besitzen. Der Vertreter der STGKK nimmt wahr, dass die Diabetiker sehr präsent sind und Subgruppen in allen Bezirken aufgebaut haben. Im Endeffekt würden diese Selbsthilfeorganisationen aber nicht über viel Klientel verfügen.

- Salzburg:

Der Vertreter der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) spricht SHO wie Herz- und Diabetikerverbände an. Diese beiden SHO werden als große und starke Gruppen oder Vereine dargestellt, die wenig Unterstützung durch die SGKK benötigen.

Sehen Sie auch problematische Entwicklungen bzw. Tendenzen im Bezug auf das Wirken von Selbsthilfegruppen?

- Tirol:

Der Vertreter der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) berichtet von einer hohen Gruppenfluktuation, die sich negativ auf die Stabilität der SHG und SHO und folglich auf eine vermehrte Übernahme von Verantwortung im Gesundheitssystem auswirkt. Für die TGKK ist es zudem schwer, geeignete AnsprechpartnerInnen bei den SHG und SHO auszumachen, da ein Kommen und Gehen guter Leute und

AnsprechpartnerInnen beklagt wird. „*Haben sie mal gute Leute, sind sie bald wieder weg, die kommen und gehen.*“

Laut dem Vertreter der TGKK gab es in der Vergangenheit Bedenken gegen das vermehrte Aufkommen von Pharmafirmen im Selbsthilfesektor. Als Reaktion auf diese Entwicklung hat sich die TGKK mehr im Selbsthilfesektor engagiert. Aufgrund einer veränderten Sichtweise wird das Engagement von Pharmafirmen in der Gegenwart als „*ganz realistisch und vernünftig*“ angesehen. Anknüpfend dazu gibt der Vertreter der TGKK zu Protokoll, dass die Finanzierung der alltäglichen Arbeit von SHG/SHO eben als schwierig einzustufen ist. Mehr finanzielle Unterstützung durch die TGKK wird nicht in Aussicht gestellt. Der Vertreter der TGKK gibt auf Nachfrage zu Protokoll, dass seitens der Selbsthilfeszene kein Druck auf die TGKK hinsichtlich der Verschreibung von Medikamenten und der Beeinflussung von Behandlungsentscheidungen ausgeübt wird. In Anlehnung dazu werden die in SHG/SHO engagierten Personen als kooperative und erfahrene, realistisch denkende Menschen beschrieben.

- Niederösterreich:

Unprofessionelles Arbeiten und fehlende Netzwerke innerhalb der Selbsthilfeszene werden vom Vertreter der niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) als hemmend für die weitere Entwicklung SHG/SHO) gesehen. Zudem werden den SHG und SHO mangelhafte Kontakte zu wichtigen VertreterInnen des Gesundheitssystems attestiert. Es wird vom Vertreter der NÖGKK der Umstand bemängelt, dass in vielen Regionen von Niederösterreich einige SHG und SHO zu gleichen Themen existieren. Diese thematisch gleich gelagerten Selbsthilfegruppen, die teilweise nur wenige Kilometer voneinander entfernte Standorte besitzen und Treffen abhalten, kennen sich allerdings untereinander nicht. Dabei sieht es der Vertreter der NÖGKK als wichtig an, dass sich SHG und SHO besser kennenlernen und untereinander vernetzen und auch allgemeine Infos über die Selbsthilfestammtische verbreiten. Die Informationsübermittlung bei Mehrgleisigkeiten und fehlender Vernetzung wird ebenfalls als schwierig angesehen. Die angesprochenen Selbsthilfestammtische, an denen die NÖGKK per Kooperation mit dem Dachverband der niederösterreichischen Selbsthilfegruppen- und Organisationen beteiligt ist, funktionieren nicht so, wie es sich der Vertreter der

NÖGKK wünscht. So gibt dieser zu Protokoll, dass zu den Stammtischen immer die gleichen Vertreter von SHG und SHO erscheinen. Es lassen sich allerdings nur selten „neue Gesichter“ blicken.

Ob sich der Dachverband der niederösterreichischen Selbsthilfegruppen (DV-NÖSH) hier zu wenig einbringt ist unklar. Vom Vertreter der NÖGKK wird angesprochen, dass der DV-NÖSH bei der generellen Arbeit mit SHG und SHO überlastet ist. Dem wachsenden Einfluss der Pharmabranche auf die SHG und SHO, die einer der Financiers ebendieser ist, soll durch eine bessere finanzielle Versorgung der Selbsthilfeszene begegnet werden. Überzogene Forderungen bezüglich der Verschreibung von Medikamenten seitens von SHG und SHO werden hingegen als nicht existent bezeichnet. Der Vertreter der NÖGKK gibt an, dass die SHG und SHO und die Ärzteschaft in diesem Bereich mit der NÖGKK verstärkt kooperieren.

- Steiermark:

Quer durch das Interview mit dem Vertreter der Steirischen Gebietskrankenkasse (STGKK) zieht sich das Thema Breitenwirksamkeit von SHG und SHO. Diese ist nach Meinung des Vertreters der STGKK in der Steiermark nur schwach ausgeprägt. Es wird eine Studie erwähnt, wonach nur 2% der chronisch erkrankten PatientInnen in der Steiermark in SHG/SHO involviert sind. Diese Studie zur Durchdringung von SHG und SHO mit PatientInnen in der Steiermark wurde dem Autor der vorliegenden Arbeit allerdings nicht vom Vertreter der STGKK übermittelt. Diverse kleinere und größere SHG und SHO vermitteln den Eindruck hoher Durchdringung. Die Selbsthilfeszene wird als sehr präsent in der Öffentlichkeit und als „laut“ beschrieben. Im Endeffekt wird aber nicht viel Klientel innerhalb der SHG und SHO bedient. Der hohe Anteil an Gruppen wird vom Vertreter der STGKK als weiteres Problem dargestellt. Wie im Bundesland Niederösterreich wird die schlechte Vernetzung unter den SHG und SHO bemängelt. *„Es ist eben eine sehr undurchsichtige Angelegenheit mit den ganzen Gruppen.“*

Viele Gruppen zu einer bestimmten Krankheitsthematik bedeutet für den Vertreter der STGKK, dass Informationen zu diesem Krankheitsbild immer wieder neu an die diversen Gruppen übermittelt werden müssen. Die Informationsvermittlung selbst ist aufgrund eines bestehenden Konkurrenzverhaltens unter den SHG und SHO heikel und schwierig. Die Gruppen fühlen sich benachteiligt, wenn Informationen nur an

eine Gruppe weitergegeben werden. In der Steiermark wird speziell das Problem angesprochen, dass selbst innerhalb (größerer) SHG und SHO die Informationsweitergabe schlecht funktioniert. Wenn bei einem Treffen mit einer Selbsthilfeorganisation Informationen vermittelt werden, dann steht beim nächsten Treffen ein anderer Mitarbeiter dieser Organisation auf und fordert die gleichen Informationen wie sein Vorgänger ein. Eine Lösung des Problems wäre eine bessere Vernetzung innerhalb der Gruppenstrukturen. Maßnahmen dazu sollen in einem der folgenden Abschnitte angesprochen werden. Hinsichtlich des Einflusses der Pharmaindustrie auf SHG und SHO wird weniger die finanzielle Abhängigkeit von dieser bemängelt, sondern vielmehr der einseitige Informationsfluss, der von der Pharmabranche ausgeht. Hier gibt der Vertreter der STGKK an, dass immer wieder seriöse Informationen an SHG und SHO herangetragen werden müssen. Bezogen auf die finanzielle Abhängigkeit von der Pharmaindustrie wird angeführt, dass die Ressourcen der STGKK eben begrenzt sind. Eine größere Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie kann laut Meinung des Vertreters der STGKK nur erreicht werden, wenn die Gruppen mehr finanzielle Unterstützung bekommen würden. Mit dem Thema der finanziellen Unterstützung von SHG und SHO wird sich eines der folgenden Kapitel befassen.

- Salzburg:

Der Vertreter der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) hebt hervor, dass es in Salzburg keine problematischen Entwicklungen bezugnehmend auf SHG und SHO gibt. Von Seiten der SGKK wird betont, dass ein gutes Verhältnis zu den SHG und SHO in Salzburg existiert. Es wird angeführt, dass sich die Salzburger SHG und SHO nicht durch andere Interessensvertreter wie Ärzte oder Pharmabranche vereinnahmen lassen.

Als Beispiel werden Streitereien zwischen Ärztekammer und Krankenversicherung um Honorarlöhne hervorgehoben, wobei sich die Vertreter der SHG und SHO gezielt aus diesen heraushalten würden. Als ein Grund für diese Entwicklung in Salzburg wird der bereits erwähnte straffe Organisationsgrad mit zwei hauptberuflichen MitarbeiterInnen des Dachverbandes genannt.

Welche Rollen sollen SHG/SHO in Zukunft spielen, in welche Richtung sollen sie sich entwickeln?

- Tirol:

Der Vertreter der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) ist der Ansicht, dass SHG und SHO in Zukunft weiter das ausüben sollen, wofür sie stehen. Die Fähigkeit zur gegenseitigen Hilfeleistung und der stattfindende soziale Austausch innerhalb der Gruppen werden als besondere Stärken von SHG und SHO angesehen.

Innerhalb der Gruppen sollen die Strukturen weiter stabilisiert werden, wobei der Gruppenleiter eine wichtige Funktion einnehmen soll. Der Vertreter der TGKK sieht den Dachverband der Selbsthilfegruppen in der Pflicht, Schulungen für Gruppenleiter anzubieten, da diese gezielt Anliegen an die Kassa herantragen sollen. Eine verstärkte Einbeziehung von SHG und SHO in die Gestaltung des Gesundheitssystems in Tirol wird vom Vertreter der TGKK abgelehnt, da ansonsten ein Verlust von Status und Kernaufgaben drohen würde.

Als hinderliche Faktoren werden fehlende Zeitressourcen, fehlende Kompetenz und eine zu kleinteilige Organisationsstärke angeführt. Die Übernahme von mehr Verantwortung scheitert aufgrund fehlender AnsprechpartnerInnen und zu hoher Gruppenfluktuation. *„Haben sie mal gute Leute, sind sie bald wieder weg, die kommen und gehen, und es gibt ja viele Gruppen - hunderte.“*

- Niederösterreich:

Der Vertreter der niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) sieht es als wichtig für die zukünftige Entwicklung von Selbsthilfegruppen- und Organisationen (SHG/SHO) an, dass sich die Selbsthilfeszene in Niederösterreich mehr untereinander kennenlernt und sich folglich besser vernetzt. SHG und SHO gleicher Thematik sollen vermehrt zusammenarbeiten, sich zusammenschließen und Synergien nutzen. Als ein Forum für die Vernetzung von SHG und SHO sieht der Vertreter der NÖGKK die Selbsthilfestammtische an, die von der NÖGKK mit betreut werden und in der Selbsthilfestrategie der NÖGKK einen wichtigen Status einnehmen. Hier wird mit dem Dachverband der Niederösterreichischen Selbsthilfegruppen (DV-NÖSH) verstärkt kooperiert. Da die Selbsthilfestammtische besser laufen könnten, schlägt der Vertreter der NÖGKK vor, dass SHG und SHO

die in einer bestimmten Art und Weise von der NÖGKK oder auch vom Land gefördert werden, verbindlich an den regional organisierten Selbsthilfestammtischen teilnehmen sollen. Der Vertreter der NÖGKK gibt allerdings zu Protokoll, dass es schwer wäre die Gruppen zur Teilnahme an den Stammtischen zu zwingen. Ebenfalls soll es zu einer besseren Vernetzung mit Entscheidungsträgern im Gesundheitssystem kommen. Der Vertreter der NÖGKK ist der Ansicht, dass Lücken in der Kommunikation zwischen SHG und SHO und anderen Entscheidungsträgern im Gesundheitssystem geschlossen gehören. Wenn eine Struktur und eine bessere Vernetzung vorhanden sind, dann ist es auch einfacher Informationen zu bestimmten Themen und Angeboten der NÖGKK und ihrer Partner an die richtigen Adressaten zu bringen. Explizit wird der Dachverband der niederösterreichischen Selbsthilfegruppen angesprochen, wenn es um Vermittlung neuer Mitglieder geht.

- Steiermark:

Bisher durchgeführte Tätigkeitsfelder von SHG und SHO sollen auch weiterhin durchgeführt werden.

Erweiterungsmöglichkeiten für die Arbeit von SHG und SHO sind für den Vertreter der steirischen Gebietskrankenkasse (STGKK) vorstellbar. Allerdings müssen dafür bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. Die SHG und SHO in der Steiermark sollen mehr mit Entscheidungsträgern und Akteuren im Gesundheitssystem zusammenarbeiten. Dabei sollen homogene Meinungen vermittelt und Problemstellungen über SHG und SHO hinweg aufgezeigt werden. Zudem kann sich der Vertreter der STGKK eine Einbindung von SHG und SHO in die Verbesserung von Betreuungsabläufen in den Krankenhäusern der Steiermark vorstellen. Es wäre interessant zu hinterfragen, wo es Lücken in der Ausbildung des Betreuungspersonals gibt. Allerdings wäre es für ihn schwer bei der vorhandenen Masse an Gruppen und beim Konkurrenzverhalten zwischen den Gruppen, einen Adressaten auszumachen. Der Vertreter der STGKK erwartet sich zudem keine Einbeziehung von SHG und SHO in Gremien, Beiräten (z.B. der STGKK) oder Kommissionen, so lange nicht eine bessere Vernetzung unter den Gruppen gegeben ist.

Es wäre für den Vertreter der STGKK ein ungerechtfertigter Vorteil, wenn VertreterInnen von SHG und SHO ohne Absprache unter den Gruppen in ein

Entscheidungsgremium entsendet würden. Voraussetzung für die genannten Erweiterungsmöglichkeiten der Arbeit von SHG und SHO sind laut dem Vertreter der STGKK quantitativ größere SHG/SHO, mehr Breitenwirkung der SHG und SHO, eine bessere Informationsübermittlung innerhalb von SHG/SHO und eine bessere Vernetzung zwischen den verschiedenen SHG und SHO. Der Vertreter der steirischen Gebietskrankenkasse (STGKK) denkt im Sinne einer verstärkten Breitenwirksamkeit der Selbsthilfegruppen- und Organisationen den Ausbau bestehender Gruppen statt andauernder Neugründungen von SHG und SHO an. Richtungsweisend soll es in der Zukunft um die Verbesserung von bestehenden Strukturen gehen. Innerhalb der Gruppenstrukturen größerer SHG und SHO muss laut dem Vertreter der STGKK eine bessere Informationsübermittlung an ihre Mitglieder stattfinden. Als Modellversuch wird eine Vereinbarung mit den Aktiven Diabetikern Austria (ADA) für den Aufbau klarer Strukturen gestartet.

Allerdings stellt der Vertreter der STGKK die Frage in den Raum, ob eine Zusammenarbeit über SHG und SHO hinweg erwartbar ist, da vor allem SHG sich schwer in Strukturen pressen lassen und auf Eigeninitiative beruhen. Sie bemühen sich daher vor allem um ihren eigenen Kreis von Betroffenen. Laut dem Vertreter der STGKK müssen SHG und SHO in höheren Strukturen einen Zusatzaufwand bewältigen, mehr Zeit investieren und mehr Infrastruktur benötigen. Allerdings würden sie sich auch diverse Zusatzwege ersparen. Auch der Dachverband der Steirischen Selbsthilfegruppen (Selbsthilfeplattform Steiermark) wird aufgefordert, sich für eine bessere Informationsübermittlung speziell an die STGKK einzusetzen.

Salzburg:

Der Vertreter der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) ist generell der Ansicht, dass die Rolle der BürgerInnen oder PatientInnen in Zukunft weiter an Bedeutung zunehmen wird. *„Die Menschen werden mündiger, wollen mehr selbst bestimmen.“* Sie wollen auch aktiv mehr für ihre Genesung tun und schließlich auch ihre Krankheit besser verstehen lernen und generell mehr an Erfahrung und Wissen aufbauen. Der Vertreter der SGKK sieht hier SHG und SHO als zentrale Anlaufstellen für diese Fragen von PatientInnen an. Bereits definierte Tätigkeitsfelder von SHG und SHO sollen daher weiterhin ausgeübt werden. Eine wachsende Rolle gesteht der Vertreter der SGKK den Angehörigen-Organisationen zu. PatientInnen sind bei einigen

Krankheiten wie Demenz oder bei Pflegebedürftigkeit etc. auf Angehörige angewiesen. PatientInnen können ab einem gewissen Grad der Krankheit nicht mehr für sich selbst sprechen. Folglich stellt sich für den Vertreter der SGKK die Frage, wie man die Legitimation von Angehörigengruppen in Salzburg ausbauen kann. Eine Abgrenzung zwischen Patientenvertretungen und SHG und SHO wird im Bundesland Salzburg demnächst von Nöten sein.

4.2.2.6 Was muss aus Ihrer Sicht auf Seiten der Krankenversicherung für diese Entwicklung getan werden?

- Tirol:

Der Vertreter gibt zu Protokoll, dass die Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) selbst in Zukunft mehr Wissensvermittlung über SHG und SHO beim Verbraucher betreiben möchte. Dabei geht es darum, Hinweise zu setzen und in der Infoschiene via Journale, Broschüren und Internet zu helfen.

- Niederösterreich:

Auf der Seite des Gesundheitswesens soll laut dem Vertreter der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) mehr Aufklärungsarbeit zum Thema SHG und SHO betrieben werden. Ärzte werden hier vom Vertreter der NÖGKK besonders in den Fokus genommen. Es wurde bereits angesprochen, dass sich auch die NÖGKK selbst mehr einbringen und ihre Kooperation mit dem Dachverband der Niederösterreichischen Selbsthilfegruppen und -organisationen (DV-NÖSH) bezüglich der Durchführung von Selbsthilfestammtischen verstärken will.

- Steiermark:

Die Steirische Gebietskrankenkasse (STGKK) setzt sich für die Einführung von Gesprächsprotokollen bei größeren Selbsthilfegruppen und -organisationen ein. Hierzu gibt es bereits Absprachen für die Einführung von Gesprächsprotokollen in Zusammenarbeit mit den Aktiven Diabetikern Austria (ADA).

Im Rahmen einer besseren finanziellen Versorgung sollen gemeinsam mit den SHG und SHO Förderkriterien für die Vergabe von regelmäßigen finanziellen Förderungen erarbeitet werden.

- Salzburg:

Auf Nachfrage spricht sich der Vertreter der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) für eine vermehrte Einbindung SHG und SHO in die Organisation des Gesundheitswesens im Rahmen der Erstellung von Ausbildungs- und Strukturplänen aus. Im Rahmen des Projekts „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ wäre es durchaus sinnvoll den Vertretern von SHG und SHO die eine oder andere Planung zur Stellungnahme zu übermitteln. Der Vertreter der SGKK gibt zu Protokoll, dass aus Betroffenen Sicht Dinge anders gesehen werden, was ein Experte der SV ignoriert. Diese Einbeziehung von SHG und SHO würde zudem ein wichtiges Element der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle im Gesundheitssystem darstellen. Eine Überfrachtung von SHG und SHO als zweite Planungsabteilung soll hingegen verhindert werden. Eine Analyse der SGKK soll sich damit beschäftigen, was SHG und SHO organisatorisch und fachlich verkraften und vernünftig abarbeiten können.

Wie könnte aus Ihrer Sicht eine bessere finanzielle Versorgung von Selbsthilfegruppen und -organisationen aussehen?

- Tirol:

Zu diesem Punkt wurden vom Vertreter der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) keine näheren Angaben gemacht.

- Niederösterreich:

Der Vertreter der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) ist der Meinung, dass ein gewisser festgelegter Etat jährlich und gesetzlich legitimiert von diversen öffentlichen Finanzierungsträgern (GKK, Land, Bund...) zur Verfügung gestellt und über einen Schlüssel auf SHG und SHO aufgeteilt werden soll. Dabei wird als positives Beispiel das deutsche Finanzierungsmodell im Rahmen des GKK-Modernisierungsgesetzes erwähnt. SHG und SHO könnten sich in Folge einen größeren Handlungsspielraum erkämpfen und mehr Aktivitäten setzen.

Für den Vertreter der NÖGKK ist es bedauerlich („es ist ja ein Jammer“), dass SHG und SHO in Österreich nicht gesetzlich verankert sind. Allerdings scheint es von

Seite der Politik gewisse Bestrebungen zu geben, etwas zu verändern. Im letzten Regierungsübereinkommen der Regierung Faymann I sollen dazu bereits Andeutungen gemacht aber noch nicht umgesetzt worden sein.

- Steiermark:

Als Lösung denkt der Vertreter der Steirischen Gebietskrankenkasse (STGKK) eine Auseinandersetzung mit einem möglichen öffentlichen Grundfinanzierungsmodell nach dem Vorbild Deutschlands an (GKK Modernisierungsgesetz). *„Das deutsche Modell wäre ein guter Weg.“*

Als Barriere für die Umsetzung einer öffentlichen Grundfinanzierung sieht der Vertreter der STGKK allerdings die undurchsichtige Masse an Gruppen und Personen in der Steiermark an und schlägt die Erarbeitung von Förderkriterien vor um Transparenz bei der Vergabe von Fördergeldern gewährleisten zu können (C-5-55). Hier stellt der Vertreter der STGKK die Frage in den Raum, ob dadurch die Breitenwirksamkeit der Gruppen erhöht werden kann.

- Salzburg:

Der Vertreter der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) sieht in einer gesicherten finanziellen Absicherung und in der Abwesenheit des Faktors Unsicherheit für SHG und SHO eine Erleichterung ihrer Arbeit. *„Wenn du jedes Jahr einen Zuschuss bekommst und nie weißt, wie hoch ist der die nächsten Jahre, bist du permanent abhängig von der Finanzlage der Institutionen“.* Daher regt der Vertreter der SGKK eine öffentliche Grundfinanzierung für SHG und SHO an, um Unabhängigkeit auch von privaten Geldgebern zu gewährleisten. Eine mittelfristige Absicherung der Arbeit von SHG und SHO kann ebenfalls durch den Erlass von Kosten in Form von Mieten oder Büroausstattung erfolgen. Durch die Ausführung öffentlicher Aufgaben soll Akzeptanz in der Bevölkerung für eine etwaige öffentliche Grundfinanzierung herbeigeführt werden.

4.2.2 Beantwortung der Ergebnisse nach Fragen

Was verstehen Sie unter dem Begriff „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Zusammenhang mit Selbsthilfegruppen und -organisationen?

Unter Hilfe zur Selbsthilfe wird durch die Vertreter der Gebietskrankenkassen (GKKs) vornehmlich die mehr oder weniger üppige Bereitstellung von Unterstützungsleistungen (Sach- und finanzielle Ressourcen sowie infrastrukturelle Unterstützung) verstanden. (Gemeinsame) Öffentlichkeitsarbeit, der Austausch von Wissen und Information im Rahmen von Kommunikationsforen oder Vorträgen, teilweise die gemeinsame Vertretung von Betroffeneninteressen sowie die Einladung zur Qualitätsverbesserung von Leistungen im Rahmen von Disease-Management – Programmen (DMP) werden ebenfalls als Hilfe zur Selbsthilfe angesehen. Dabei werden von den Gebietskrankenkassen in Salzburg und Niederösterreich (SGKK, NÖGKK) den SHG und SHO wesentlich mehr Unterstützungsleistungen und Formen sonstiger Unterstützung gewährt als von den Gebietskrankenkassen in Tirol und der Steiermark (TGKK, STGKK). Die fehlenden Ressourcen um Hilfe zur Selbsthilfe für SHG und SHO zu leisten, sind in der Steiermark auf mehrere Gründe zurückzuführen. Auf der einen Seite wird bei der STGKK eine prekäre Ressourcenlage im Gesundheitsförderungsbereich, der auch die SHG und SHO umfasst, vermutet. Auf der anderen Seite konzentriert sich die STGKK vermehrt auf die Individualförderung von PatientInnen und auf die Förderung von SHO durch gemeinsame Kommunikationsforen und auf die Einbeziehung von SHO in DMP-Programme. Im Bezug auf Tirol wird angenommen, dass aufgrund der strategischen Positionierung der TGKK gegenüber SHG und SHO nur wenige Ressourcen gebraucht werden. In Salzburg und Niederösterreich werden Unterstützungsleistungen teils indirekt über den jeweiligen Dachverband der SHG und SHO (Selbsthilfe Salzburg, Selbsthilfe Niederösterreich) zur Verfügung gestellt.

Was sind aus Ihrer Sicht die Tätigkeitsfelder von Selbsthilfegruppen- und organisationen? Werden die Selbsthilfegruppen und -organisationen in diesen Tätigkeitsfeldern von Ihnen unterstützt?

Die Vertreter der vier Gebietskrankenkassen (GKK) nehmen SHG und SHO vor allem in Tätigkeitsfeldern wahr, die als „ursächliche Aufgabe“ und als Stärke des

Wirkens von SHG und SHO beschrieben werden. Es werden die Tätigkeitsfelder der wechselseitigen Anteilnahme und der solidarischen Unterstützung innerhalb von SHG und SHO angesprochen. Im Rahmen des Tätigkeitsfeldes der wechselseitigen Anteilnahme innerhalb von SHG und SHO geht es um den emotionalen Austausch und das „Für Einander Da Sein“ unter den Mitgliedern. Bezugnehmend auf das Tätigkeitsfeld der solidarischen Unterstützungsleistung wird in SHG und SHO über krankheitsspezifische Probleme und deren Bewältigung gesprochen. In der Folge kommt es zu einer Verbreitung von Wissen und zu einer Weitergabe von Informationen innerhalb von SHG und SHO über geeignete Ansprechpartner (Akteure) im Umfeld von SHG und SHO. Bei der Ausübung dieser Tätigkeitsfelder genießen die SHG und SHO die volle Unterstützung der GKK. Durch das gesammelte Wissen innerhalb von SHG und SHO wird ihnen zudem von den Vertretern der GKK ein ExpertInnenstatus attestiert, der sich günstig auf die Übernahme weiterer Tätigkeitsfelder auswirken kann.

Ein darauf aufbauendes Tätigkeitsfeld befasst sich mit der Beratung von PatientInnen durch SHG und SHO im Rahmen von Gesundheitstagen der Niederösterreichischen und der Salzburger Gebietskrankenkasse (NÖGKK, SGKK). Ein weiteres Tätigkeitsfeld umfasst die Einbeziehung von größeren SHG und SHO in internationale DMP durch die Steirische Gebietskrankenkasse (STGKK). Eine Vorreiterrolle dabei besitzen größere SHO im Bereich Diabetes und Bluthochdruck, die unabhängig von Politik und Verwaltung Anliegen an die GKK und an die Gesellschaft vermitteln können.

Unterstützung gäbe es für SHG und SHO, die sich nach einer erfolgten Vernetzung im Gesundheitsbereich mehr für das Aufzeigen von Problemen und Nachteilen ihrer Klientel in der Gesellschaft einsetzen. Hierbei werden die SHG und SHO allerdings zu wenig von den GKK wahrgenommen, was speziell von der NÖGKK und der STGKK als Nachteil gesehen wird.

Welche Gruppen werden wahrgenommen und unterstützt?

In drei von vier Bundesländern (Tirol, Steiermark, Salzburg) werden von den Vertretern der Gebietskrankenkassen vor allem größere SHG und SHO zu den Themen Diabetes und Bluthochdruck angesprochen und wahrgenommen. Diese SHG/SHO besitzen eine professionelle Arbeitsweise und sind großteils gut (regional)

verankert. Ein abweichendes Bild liefert die Steiermark, wo Defizite in der Mitgliederanwerbung und in der Struktur der SHO wahrgenommen werden. SHO zu den Thematiken Diabetes und Bluthochdruck werden in den Bundesländern verstärkt für die Selbstpräsentation bei Ständen auf speziellen Themengesundheitstagen angefordert. SHO zum Thema Bluthochdruck/Diabetes werden in der Steiermark durch die Einbeziehung in Disease- Management Programme und durch Verträge hinsichtlich des Aufbaus von stabileren Strukturen, die effizientere Kommunikationsabläufe innerhalb von SHO garantieren soll, unterstützt.

Sehen Sie auch problematische Entwicklungen/Tendenzen im Bezug auf das Wirken von Selbsthilfegruppen und -organisationen?

Alle vier befragten Ländervertreter der Gebietskrankenkassen (GKKs) sprechen in unterschiedlichem Ausmaß problematische Entwicklungen in Verbindung mit dem Wirken von SHG und SHO an. Besonders hervorgehoben wird in allen vier Bundesländern eine zu hohe Gruppenfluktuation und oft wechselnde AnsprechpartnerInnen in SHG und SHO, die sich negativ auf die Stabilität von Gruppen auswirken. Die Vertreter der GKKs in Niederösterreich und der Steiermark (NÖGKK, STGKK) sprechen fehlende Netzwerke und Kommunikationsverbindungen innerhalb der Selbsthilfebewegung (SHG/SHO) und zu den Akteuren des Gesundheitssystems (Ärzte, Gesundheitsmedien, Krankenversicherung) als Problem an.

Der Vertreter der Steirischen Gebietskrankenkasse (STGKK) hebt Problemfelder hervor, die eine fehlende Breitenwirksamkeit von an sich „lauten“ SHG und SHO sowie Probleme in der Informationsübermittlung in größeren Selbsthilfeorganisationen thematisieren. Die fehlende homogene Übermittlung von Anliegen und Wünschen von SHG und SHO an die GKKs wird in drei von vier Bundesländern als problematisch (und mühsam) dargestellt. Ein weiteres Problemfeld betrifft die Pharmabranche, die nach Ansicht von Vertretern der GKKs in drei Bundesländern zu viel Einfluss nicht nur in finanzieller Hinsicht, sondern auch in der Informationsvermittlung haben. In drei von vier Bundesländern werden fehlende finanzielle Ressourcen angesprochen. SHG und SHO verschwenden zu viel Zeit mit der Suche nach der Aufbringung finanzieller Ressourcen für den Fortbestand ihrer Gruppen.

Welche Tätigkeitsfelder sollen SHG/SHO in Zukunft übernehmen, in welche Richtung sollen sie sich entwickeln?

In allen vier Bundesländern sind die Vertreter der Gebietskrankenkassen der Meinung, dass die Selbsthilfegruppen und -organisationen SHG und SHO „ursächliche“ Tätigkeitsfelder wie wechselseitige Anteilnahme und solidarische Unterstützung (NÖGKK, TGKK, SGKK, STGKK) weiterhin routiniert durchführen sollen. Aufgaben, wie die Beratung von PatientInnen im Rahmen von Gesundheitstagen (NÖGKK, SGKK) und die Einbeziehung von SHG und SHO in Disease- Management Programmen (STMK), sollen weiter durchgeführt oder ausgebaut werden. In drei der vier Bundesländer (SBG, STMK, NÖ) sehen die Vertreter der jeweiligen Gebietskrankenkassen die Chance, dass SHG und SHO weitere Tätigkeitsfelder vor allem im Bereich des Qualitätsmanagements übernehmen können. Dabei werden Tätigkeitsfelder in den Bereichen „Disease Management“, „Verbesserung von Betreuungsabläufen in Krankenhäusern“ und „Optimierung von Ausbildungsplänen für das Krankenhaus- und Pflegepersonal“ angesprochen. Die Vertreter der GKKs von Niederösterreich, der Steiermark und Salzburg sind der Ansicht, dass SHG und SHO mehr im Rahmen des Tätigkeitsfeldes „gemeinsame Vertretung homogener Interessen nach außen“ wirken sollen. SHG und SHO müssen sich dafür einerseits besser untereinander und andererseits stärker mit Entscheidungsträgern des Gesundheitssystems (Ärzte, Gesundheitspolitik, Fachmedien, Trägern der sozialen Krankenversicherung) vernetzen, um spezielle Interessen der jeweiligen Krankheitsgruppe gegenüber Akteuren des Gesundheitssystems schlagkräftig, überzeugend und homogen vermitteln zu können. Der Vertreter der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) betont aufgrund der zukünftigen demografischen Entwicklung in Richtung eines demografischen Alterungsprozesses die Rolle von Angehörigenorganisationen.

Was muss auf Seiten der jeweiligen Gebietskrankenkasse/des Gesundheitswesens für diese Entwicklung getan werden?

Alle befragten Vertreter der Gebietskrankenkassen wollen verstärkt Aufklärungsarbeit und Wissensvermittlung im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit im Bezug auf SHG und SHO betreiben. Teilweise wollen sich die Gebietskrankenkassen mehr in die Arbeit mit SHG und SHO einbringen und mehr direkt mit diesen

kommunizieren und arbeiten. Während sich die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (NÖGKK) auf die Kooperation mit SHG und SHO bei Selbsthilfestammtischen konzentriert, möchte die Steirische Gebietskrankenkasse (STGKK) mehr auf den Abschluss von Verträgen und Absprachen mit SHO fokussieren. Ziel ist es, stabile Strukturen für eine effizientere und homogene Informationsübermittlung von und zur Gebietskrankenkassen zu generieren. Beide Gebietskrankenkassen sehen es als Ziel ihrer Anstrengungen an, dass sich die Selbsthilfebewegung in ihrem Wirkungsbereich (in Abhängigkeit von der Ressourcenlage) stärker vernetzt.

Wie könnte nach Ihrer Ansicht eine bessere finanzielle Versorgung von Selbsthilfegruppen- und Organisationen aussehen?

Die Vertreter der Niederösterreichischen, Steirischen, und Salzburger Gebietskrankenkasse sind der Auffassung, dass den SHG und SHO eine regelmäßige, finanzielle Versorgung zur Unterstützung ihres Wirkens zukommen soll. Um eine missbräuchliche Verwendung dieser finanziellen Versorgungsleistungen zu vermeiden, sollen gemeinsam mit SHG und SHO Förderkriterien sowie ein „code of conduct“ erarbeitet werden. Neben den Trägern der sozialen Krankenversicherung sollen auch andere öffentlichen Finanzierungsträger (Land, Bund, Hauptverband etc.) ihren Beitrag dazu leisten. Vorbildwirkung besitzt das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) in Deutschland, das 2001 vom deutschen Bundestag beschlossen und umgesetzt wurde und die finanzielle (und rechtliche) Situation von SHG und SHO verbessert hat. Eine fehlende Verankerung der Selbsthilfebewegung in Gesetzen wird von allen Vertretern der befragten österreichischen GKK beklagt. Der Vertreter der SGK ist der Ansicht, dass SHG und SHO alternativ durch den Erlass von Fixkosten wie Mieten oder Kosten für Büroausstattung finanziell entlastet werden können, bis eine neue gesetzliche Regelung erstellt wird.

5 Zentrale Ergebnisse und Ausblick

Im folgenden Kapitel wird zuerst die Beantwortung der Hauptfragestellung und der Subfragestellungen vorgenommen. Im Anschluss kommt es zu einer kritischen Betrachtung der eigenen Arbeit und zu einer Erarbeitung von Vorschlägen, die zukünftige Forschungsvorhaben im PAO- Bereich betreffen.

5.1 Beantwortung der Hauptfragestellung und der Subfragestellungen

Welche Strategien vertreten die Gebietskrankenkassen in vier ausgewählten Bundesländern gegenüber Selbsthilfegruppen und -organisationen?

Im Bezug auf die Hauptfragestellung der Diplomarbeit wurde vor den Experteninterviews mit den vier Vertretern der Gebietskrankenkassen angenommen, dass unterschiedliche Strategien ebendieser gegenüber SHG und SHO existieren. Nach Analyse der Experteninterviews kann die vorangegangene Annahme bestätigt werden. Bei den vier befragten Gebietskrankenkassen werden sowohl aktive als auch passiv geprägte Strategien gegenüber SHG und SHO vertreten.

Die Strategie der jeweiligen Gebietskrankenkasse gegenüber SHG und SHO beinhaltet Unterschiede im Verständnis Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, das sich in der Bereitstellung von mehr oder weniger Ressourcen und weiterer Unterstützungsleistungen manifestiert. Die gewählte Strategie beeinflusst ebenfalls Funktions- und Rollenzuschreibungen gegenüber SHG und SHO, die Einbeziehungs- und Beteiligungsmöglichkeiten von SHG und SHO im Rahmen der Institution der Gebietskrankenkasse und im Gesundheitswesen betreffen können. Bezugnehmend auf die gewählte Strategie der Gebietskrankenkassen gegenüber SHG und SHO spielt auch der jeweilige Dachverband der SHG und SHO eine Rolle.

Nachfolgend werden Unterschiede in der Ausübung aktiver und passiv geprägter Krankenkassenstrategien gegenüber SHG und SHO beschrieben. Eine aktive Strategie gegenüber SHG und SHO vertreten die Gebietskrankenkassen in Salzburg (SGKK) und Niederösterreich (NÖGKK). Im Rahmen einer passiven Strategie gegenüber SHG und SHO agieren die Gebietskrankenkassen in Tirol (TGKK) und der Steiermark (STGKK).

Die Vertreter einer aktiven Krankenkassenstrategie (SGKK, NÖGKK) verstehen unter Hilfe zur Selbsthilfe die Bereitstellung eines breiten Angebots von Ressourcen und sonstigen Unterstützungsleistungen für das Wirken von SHG und SHO. Es wird ein breites Angebot an sach- und infrastrukturbezogene Ressourcen zur Verfügung gestellt. Auffällig ist, dass sowohl die SGKK als auch die NÖGKK finanzielle Ressourcen vor allem indirekt über die jeweiligen Dachverbände der SHG und SHO (Selbsthilfe Salzburg, Selbsthilfe Niederösterreich) vergeben. Weitere Unterstützungsleistungen umfassen Maßnahmen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit, in der Beratung von SHG und SHO durch MitarbeiterInnen in Haupt- und Nebenstellen der Gebietskrankenkasse sowie in der zur Verfügungstellung von MitarbeiterInnen der Gebietskrankenkasse für Vorträge und Schulungen. Auffällig ist, dass die Vertreterschaft einer aktiven Krankenkassenstrategie sich auf Konzepte wie Gesundheitsförderung und Empowerment beziehen oder auf die Historie der Gebietskrankenkassen als Selbsthilfeorganisationen der unselbstständig Erwerbstätigen verweisen.

Im Hinblick auf die Funktions- und Rollenzuschreibung von SHG und SHO sind sowohl die SGKK als auch die NÖGKK der Ansicht, dass SHG und SHO nicht nur die „originäre“, Funktion der „wechselseitigen Unterstützung“ (Forster et al. 2010: S. 180-181) ausüben sollen. Ebendiese innenorientierte Funktion (Forster 2007: S. 469, Trojan 1986) wird in beiden Bundesländern als „originäre“ und gut verrichtete Aufgabe der SHG und SHO angesehen. Darauf aufbauend sollen sich die SHG und SHO vermehrt nach außen orientieren (Forster 2007) und Tätigkeitsfelder im Rahmen der Funktion „komplementäre Dienstleistung durch individuelle Unterstützung“ (Forster et al. 2010: S. 180-181) ausüben. Beide Gebietskrankenkassen können sich vorstellen, dass nach außenorientierte SHG und SHO parallel zum oder in Kooperation mit den Gebietskrankenkassen Leistungen anbieten und sich im Qualitätsmanagement beteiligen. In Salzburg und in Niederösterreich wird z.B. über die Möglichkeit nachgedacht, SHG und SHO bei der Erarbeitung von Strukturplänen im Krankenhaus oder in die Ausbildung von Betreuungspersonal mit einzubeziehen. SHG und SHO in Niederösterreich können zudem PatientInnen z.B. beratend bei Gesundheitstagen zur Verfügung stehen

Im Rahmen einer aktiven Krankenkassenstrategie ergeben sich für SHG und SHO Möglichkeiten im Bezug auf die von Forster et al. (2010: S. 180-181) definierte

Funktion der „Interessensvertretung“. Die SGKK und die NÖGKK bevorzugen ein Wirken von SHG und SHO im Rahmen der advokatorischen Interessensvertretungsfunktion (Forster 2007: ebd.). Ebendiese Teilfunktion betont eine schlagkräftige und vernetzt agierende Selbsthilfebewegung, die Informationen über Probleme, Missstände und Errungenschaften unabhängig von der Gebietskrankenkasse aufzeigen und an diverse gesundheitsbezogene Institutionen sowie an die Öffentlichkeit vermitteln kann. Die SGKK betont in dieser Hinsicht die Rolle von Angehörigenorganisationen, die in Zukunft wichtiger werden und als Sprachrohr von z.B. dementen PatientInnen dienen sollen. Die Möglichkeit, dass sich SHG und SHO im Rahmen der Teilfunktion der partizipatorischen Interessensvertretungsfunktion (Forster 2007: S. 470) in Gremien, Beiräten und Kommissionen beteiligen, wird als begrenzt angesehen.

Die Bevorzugung der Teilfunktion „advokatorische Interessensvertretung“ geht einher mit wahrgenommenen Entwicklungsdefiziten auf Seiten der SHG und SHO. In beiden Bundesländern wird die Selbsthilfebewegung als (derzeit) kleinteilig und inhomogen beschrieben, was zu Streitigkeiten bei der Besetzung von Posten in Gremien und Beiräten führen könnte. Da die NÖGKK eine aktive Krankenkassenstrategie betreibt, setzt sie verstärkt Maßnahmen, um die Bildung einer aktiven und vernetzten Selbsthilfebewegung zu fördern, die im Rahmen der „advokatorischen“ Interessensfunktion wirken kann. Die SGKK setzt in dieser Hinsicht mehr auf die Ordnungs- und Gestaltungskraft des Dachverbands der SHG und SHO (Selbsthilfe Salzburg) und sieht in der Kleinteiligkeit der Selbsthilfebewegung in Salzburg kein relevantes Problem.

Beide Dachverbände (Selbsthilfe Salzburg, Selbsthilfe Niederösterreich) nehmen aktuell eine unterschiedlich stark ausgeprägte intermediäre Position zwischen der jeweiligen Gebietskrankenkasse und den SHG und SHO ein. In Salzburg ist die Selbsthilfe Salzburg nicht nur in räumlicher Hinsicht durch die Positionierung in den Räumlichkeiten der Zentralstelle der SGKK als kassennahe einzustufen. Als intermediäre Institution übernimmt die Selbsthilfe Salzburg quasi das Management im Selbsthilfebereich und fungiert als Informationsdrehscheibe zwischen den SHG und SHO und der SGKK. In Niederösterreich soll die Selbsthilfeplattform Niederösterreich mehr dem Land Niederösterreich nahestehen und mehr zwischen der Plattform und den SHG und SHO positioniert sein. Die NÖGKK arbeitet punktuell

z.B. bei den Selbsthilfestammtischen mit der Selbsthilfe Niederösterreich zusammen. Während die SGKK sehr zufrieden mit der Arbeit der Selbsthilfe Salzburg ist, konnte in Niederösterreich eine gewisse Form der Unzufriedenheit bei der NÖGKK im Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe Niederösterreich vor allem bei den Selbsthilfestammtischen festgestellt werden. In Zukunft möchte sich die NÖGKK mehr direkt in die Arbeit mit SHG und SHO einbringen und stärker als Kooperations- und Vermittlungszentrum (Hildebrand; Trojan 1988) agieren, um den Einfluss der stärker von der parteipolitisch anders ausgerichteten Landesregierung beeinflussten Selbsthilfe Niederösterreich zurückzudrängen. Als Ziel steht die bereits weiter oben angeführte vernetzte Selbsthilfebewegung in Niederösterreich fest.

Die Vertreterschaft einer passiven Krankenkassenstrategie gegenüber SHG und SHO, die die Gebietskrankenkassen in Tirol (TGKK) und der Steiermark (STGKK) umfasst, versteht unter Hilfe zur Selbsthilfe ebenfalls die Bereitstellung von Ressourcen und von sonstigen Unterstützungsleistungen. Finanzielle Ressourcen werden von der TGKK und der STGKK sowohl direkt als auch indirekt über Dachverbände nicht vergeben, da generell wenig finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen. Wenn Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, handelt es sich um sachbezogene Ressourcen z.B. in Form von EDV-Leistungen oder um die (temporäre) Bereitstellung von Infrastruktur in den zentralen Räumlichkeiten der jeweiligen Gebietskrankenkasse. Sonstige Unterstützungsleistungen umfassen Öffentlichkeitsarbeit und die Zur-Verfügungstellung von MitarbeiterInnen der Gebietskrankenkassen (unter Bedingungen) für Vorträge.

Im Bezug auf Funktions- und Rollenzuschreibungen sind beide Gebietskrankenkassen (TGKK, STGKK) der Ansicht, dass sich die Aktivitäten vor allem von SHG auf Tätigkeitsfelder im Rahmen der „originären“ Funktion der „wechselseitigen Unterstützung“ beschränken sollten. Die Zubilligung der Übernahme weiterer Funktionen (komplementäre Dienstleistungen, kollektive Interessensvertretung) wird meist mit dem Verweis auf negative gemachte Erfahrungen im Umgang mit SHG und SHO abgelehnt. Dabei wird meist eine zu kleinteilig organisierte, inhomogen organisierte und stark fluktuierende Selbsthilfebewegung im Land angesprochen. Speziell in der Steiermark beobachten die Vertreter der STGKK, dass zu wenige PatientInnen durch SHG und SHO

vertreten werden. Hier wird auch bemängelt, dass die Informationsweitergabe von und zu SHG und SHO nicht funktioniert.

Während aus strategischer Hinsicht die SHO bei der TGKK keine große Erwähnung finden, vertritt die STGKK die Ansicht, dass SHO, vor allem aus dem Bluthochdruck- oder Diabetes Bereich, stärker gefördert und ins Gesundheitswesen (z.B. Einbindung ins Qualitätsmanagement/in Disease Management Programme) mit eingebunden werden sollen. Hier können sie im Rahmen der von Forster et. al. (2010: S. 180- 181) definierten Funktion der „komplementäre Dienstleistung durch individuelle Unterstützung“ wirken. Im Rahmen der advokatorischen Interessensvertretungsfunktion (Forster et al. 2010: S. 180-181) sollen diese SHO themenspezifische Probleme landes- und bundesweit vermitteln können.

Die Rolle der Dachverbände der SHG und SHO (Selbsthilfeplattform Steiermark, Selbsthilfe Tirol) ist eher unklar. Im Vergleich zu Dachverbänden in Bundesländern, in denen eine aktive Krankenkassenstrategie vertreten wird, sind schwach strukturierte Dachverbände vorherrschend. Dabei kann kaum davon ausgegangen werden, dass die Selbsthilfeplattform Steiermark und die Selbsthilfe Tirol eine stärkere intermediäre Position zwischen SHG und SHO und der jeweiligen Gebietskrankenkasse einnimmt. Auf Seiten der STGKK wird der Wunsch geäußert, dass die Selbsthilfeplattform Steiermark den Aufbau von Bewertungsgremien und Kommissionen, die eine homogenere Nachrichtenübermittlung von und zur STGKK gewährleisten sollen, forciert. Aktive Unterstützungsmaßnahmen der STGKK bei der Realisierung dieser Pläne sind mit dem Hinweis auf Ressourcenmangel nicht geplant.

Was verstehen die Vertreter der jeweiligen Gebietskrankenkassen unter dem Begriff „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Zusammenhang mit Selbsthilfegruppen und -organisationen?

Wird der Begriff „Hilfe zur Selbsthilfe“ von den Vertretern der Gebietskrankenkassen mit der Vergabe von Unterstützungsleistungen und sonstigen Leistungen synonym genannt?

Der Begriff „Hilfe zur Selbsthilfe“ wird durch alle vier befragten Gebietskrankenkassen (GKK) mit der Vergabe von Unterstützungsleistungen und sonstigen Leistungen synonym genannt.

Werden Angaben zu Art und Quantität von Unterstützungsleistungen und sonstigen Leistungen gemacht?

Die Vertreter der Gebietskrankenkassen (GKK) stellen mehr oder weniger umfangreiche Unterstützungsleistungen und sonstige Leistungen den SHG und SHO zur Verfügung. Dabei handelt es sich um Unterstützung durch finanzielle und sachbezogene Ressourcen sowie durch infrastrukturell bedingte Angebote. Hilfe zur Selbsthilfe geschieht ebenfalls in Form von Öffentlichkeitsarbeit, die die Bewerbung von SHG und SHO in Publikationen und Broschüren sowie die Bekanntmachung von SHG und SHO auf der Homepage der GKK im Internet umfasst. Hilfe zur Selbsthilfe umfasst ebenfalls die Bewerbung oder Einbeziehung von SHG/SHO auf Gesundheitstagen. Teilweise verstehen die Vertreter der GKK unter Hilfe zur Selbsthilfe die Einbeziehung von SHG und SHO in Disease-Management-Programme (DMPs) und weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gesundheitssystem (Maßnahmen zur Verbesserung von Betreuungsabläufen, Erarbeitung von Ausbildungsplänen im Krankenhaus). Die Organisation von Veranstaltungen zur Netzerkennung innerhalb der Selbsthilfebewegung (SHG/SHO) wird ebenfalls mit Hilfe zur Selbsthilfe in Verbindung gebracht.

Werden Motivatoren, die sich auf die historische Verwurzelung von Trägern der Krankenversicherung als Selbsthilfeorganisation (der unselbstständigen Erwerbstätigen) und/oder auf Konzepte wie Gesundheitsförderung oder Empowerment beziehen, genannt, um Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten?

Es werden hauptsächlich Motivatoren bei zwei Gebietskrankenkassen, die eine aktive Krankenkassenstrategie gegenüber SHG und SHO vertreten, angesprochen. Die Vertreter der Gebietskrankenkassen in Niederösterreich (NÖGKK) und Salzburg (SGKK) erwähnen Konzepte wie Gesundheitsförderung (Lins In: Zapotczky 2000: S. 36) und Empowerment (Hereger 2006) als motivierend, um Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Der Konkurrenzgedanke stellt ebenfalls einen Motivator dar, da die NÖGKK stolz auf ihre (vermutete) Führungsposition in der Förderung der Selbsthilfebewegung innerhalb des Konzepts der Gesundheitsförderung durch die

Träger der sozialen Krankenversicherung in Österreich ist. Die SGKK sieht die Betonung ihrer Ursprünge als Selbsthilfeorganisation der unselbstständig Erwerbstätigen (Fiederer 1994), deren Ursprünge im 19. Jahrhundert verwurzelt sind, als motivierend an, um Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten.

In welchen Funktionen werden Selbsthilfegruppen und -organisationen von der jeweiligen Gebietskrankenkasse wahrgenommen und unterstützt? Welche Gruppen werden wahrgenommen und unterstützt?

Nach Forster et al. (2009: S. 471), die drei Funktionen gesundheitsbezogener Selbsthilfe beschreiben, werden die Tätigkeitsfelder der wechselseitigen Anteilnahme in SHG und SHO und der solidarischen Unterstützung in SHG und SHO unter dem Funktionsbegriff der „wechselseitigen Unterstützung innerhalb von SHG und SHO“ eingeordnet. Im Rahmen dieser Funktion werden SHG und SHO am meisten von den Vertretern der Gebietskrankenkassen wahrgenommen und unterstützt. Die Vertreter der Gebietskrankenkassen in der Steiermark (STGKK), in Niederösterreich (NÖGKK) und in Salzburg (SGKK) haben SHG und SHO bereits in Tätigkeitsfeldern, die die Beratung von PatientInnen (z.B. bei Gesundheitstagen) und die Einbeziehung von SHO in Disease-Management-Programme umfassen, unterstützt. Forster et al. (2009: S. 471) definieren die beschriebenen Tätigkeitsfelder unter der Funktion der „komplementären Dienstleistung durch individuelle Unterstützung“. Dabei werden vor allem größere SHG und SHO, die sich mit den Themen Bluthochdruck, Herzbeschwerden und Diabetes auseinandersetzen, mit eingebunden und wohlwollend in der Ausübung dieser Funktion wahrgenommen. Die Vertreter der Niederösterreichischen und Steirischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK, STGKK) sehen die Tätigkeitsfelder „Aufzeigen von Problemfeldern“ und „Übermittlung von Anliegen“ gegenüber den Akteuren des Gesundheitssystems als unterstützenswert an. Forster (2007: S. 470) definiert diese Tätigkeitsfelder als (Teil)Funktion der (advokatorischen) Interessensvertretung. Das Wirken von SHG und SHO im Rahmen dieser Funktion wird als schwach ausgeprägt beschrieben, weil durch die Vertreter der NÖGKK und der STGKK die zu kleinteilig organisierte Selbsthilfebewegung (SHG/SHO) kritisiert wird und größere und besser organisierte Gruppen gefordert werden.

Sehen die Vertreter der jeweiligen Gebietskrankenkasse problematische Entwicklungen in Verbindung mit dem Wirken von SHG/SHO? Welche Probleme werden dabei besonders hervorgehoben?

Die Vertreter der jeweiligen Gebietskrankenkasse (GKK) sehen mehr oder weniger problematische Entwicklungen im Bezug auf das Wirken von SHG und SHO. Mehrfach genannt wurden als negative Einflussfaktoren hohe Gruppenfluktuationen und ein Kommen und Gehen guter Leute in SHG und SHO. Beides wirkt sich negativ auf die Stabilität der Selbsthilfeszene SHG und SHO sowie auf die Weitergabe von Informationen innerhalb von SHG und SHO aus. Von allen Vertretern der GKK wird als negativer Einflussfaktor die Schwierigkeit der Finanzierung der alltäglichen Arbeit von SHG und SHO genannt. Dadurch wird zu viel Zeit für die Aufbringung finanzieller Ressourcen verwendet. Die Involvierung der Pharmabranche im Selbsthilfesektor wird von den GKK nur bedingt als Problem angesehen, da die GKK bei der Finanzierung von SHG und SHO durch die Pharmabranche teilweise entlastet werden. Teilweise wird eine unseriöse Vermittlung von Informationen durch die Pharmabranche beklagt. Die Vertreter der Gebietskrankenkassen in Niederösterreich (NÖGKK) und der Steiermark (STGKK) sprechen fehlende Netzwerke innerhalb der Selbsthilfebewegung SHG und SHO sowie fehlende Kommunikationsverbindungen zu Akteuren des Gesundheitssystems als problematische Entwicklung an. Der Vertreter der STGKK nimmt zusätzlich eine fehlende Breitenwirksamkeit von SHG und SHO wahr. Es werden zu wenige PatientInnen durch SHG und SHO vertreten.

Sehen die Vertreter der jeweiligen Gebietskrankenkasse Erweiterungsmöglichkeiten (Funktionen, Tätigkeitsfelder) für die Arbeit von SHG/SHO und unter welchen Bedingungen (sowohl auf Seiten der SV als auch der SHG/SHO) erwarten sie eine erfolgreiche Entwicklung?

Die Vertreter der Gebietskrankenkassen in Niederösterreich, Salzburg und der Steiermark (NÖGKK, SGKK, STGKK) sehen Erweiterungsmöglichkeiten für das Wirken von SHG und SHO. Diese sind der Ansicht, dass SHG und SHO im Rahmen des Tätigkeitsfeldes „Vertretung homogener Interessen nach außen“ wirken können. Forster (2007: S. 470) sieht dieses Tätigkeitsfeld als Teil der kollektiven Interessensvertretungsfunktion (advokatorische Interessensvertretung) an. Dabei geht es nicht um Sitz und Stimme in formalen Abstimmungsgremien- z.B. im Beirat

des jeweiligen Trägers der sozialen Krankenversicherung. Die Vertreter der Gebietskrankenkassen wollen, dass sich die Selbsthilfebewegung (SHG/SHO) im jeweiligen Bundesland stärker untereinander und mit wichtigen Stakeholdern im Gesundheitswesen vernetzt, um so besser und homogener in der Meinungs/Informationsübermittlung nach außen auftreten zu können. Dafür bedarf es auch strukturell größerer und thematisch homogenere SHG und SHO. Der Vertreter der SGKK nimmt in dieser Hinsicht mehr die Angehörigenorganisationen in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit und führt als Grund die demographische Entwicklung an, die zu einem demographischen Alterungsprozess führt. Von der kommenden Volkskrankheit Demenz Betroffene brauchen schlagkräftige Unterstützung durch Angehörige, um ihre Meinungen artikulieren zu können. Die oben angeführten Gebietskrankenkassen sehen ebenfalls Erweiterungsmöglichkeiten für SHG und SHO im Bereich des Tätigkeitsfelds des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen. Darunter fallen die Einbeziehung von SHG und SHO in Disease-Management Programmen (DMP), in die Beratung von PatientInnen und Angehörigen im Rahmen von Gesundheitstagen, sowie die Einbeziehung in Tätigkeiten, die die Verbesserung von Betreuungsabläufen und Optimierung von Ausbildungsplänen in Krankenhäusern zum Ziel haben. Forster et al. (2009: S. 472) fassen diese Tätigkeitsfelder unter der Funktion der „komplementären Dienstleistung durch individuelle Unterstützung“ zusammen.

Wenn SHG und SHO die Funktion der „komplementären Dienstleistungen durch wechselseitige Unterstützung“ sowie die Funktion der „kollektiven Interessensvertretung“ (sowie advokatorische als auch partizipative Interessensvertretung) ausüben wollen, dann müssen sie erstens für einen Professionalisierungsschub im Rahmen einer besseren internen Organisation und zweitens für eine bessere Vernetzung innerhalb der Selbsthilfeszene und zu szenerelevanten Akteuren sorgen.

Der Vertreter der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) ist der Ansicht, dass SHG und SHO hauptsächlich „originäre“ Tätigkeitsfelder im Rahmen der von Forster et al. (2009: S. 471) definierten nach innen gerichteten Funktion der „wechselseitigen Unterstützung innerhalb von SHG und SHO“ ausüben sollen. Als Erweiterungsmöglichkeiten gelten für die Vertreter der genannten Gebietskrankenkassen die Tätigkeitsfelder des „Qualitätsmanagements im Rahmen

von Disease-Management-Programmen“, „Beratung im Rahmen von Gesundheitstagen“, „Einbeziehung in die Verbesserung von Betreuungsabläufen in Krankenhäusern“ und „Optimierung von Ausbildungsplänen“. Forster et al. (2009: S. 472) definiert diese Tätigkeitsfelder unter der Funktion der „komplementären Dienstleistung durch individuellen Unterstützung“.

Alle befragten Vertreter der Gebietskrankenkassen möchten sich selbst einerseits besser unterstützend einbringen. Als Beispiel geben sie bessere Öffentlichkeitsarbeit sowie Aktionen wie die Selbsthilfestammtische (NÖ) an. Andererseits wollen sie beim Akteur „Politik“ dafür intervenieren, dass den SHG und SHO eine bessere finanzielle Versorgung zu erhalten. Dabei propagieren die Vertreter der Gebietskrankenkassen vor allem das deutsche Modell des GKV-Modernisierungsgesetzes (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung) in Form einer öffentlichen Finanzierung. Eine andere Möglichkeit würde das vom Vertreter der SGKK propagierte Modell einer indirekten Finanzierung durch Kostenerlässe betreffen.

Welche Rolle nimmt in der strategischen Positionierung der jeweiligen Gebietskrankenkasse der Dachverband der Selbsthilfegruppen ein?

Die Analyse der Experteninterviews mit den Vertretern der vier Gebietskrankenkassen (GKK) lässt unterschiedliche Rollenzuteilungen für die jeweiligen Dachverbände der Selbsthilfegruppen und -organisationen (Selbsthilfe Tirol, Selbsthilfeplattform Steiermark, Selbsthilfe Niederösterreich, Selbsthilfe Salzburg) erkennen. Diese nehmen eine mehr oder minder stark ausgeprägte intermediäre Rolle/Position zwischen der jeweiligen Gebietskrankenkasse und den SHG und SHO ein.

Die Selbsthilfe Tirol spielt – beziehungsweise auf die Analyse des Experteninterviews mit dem Vertreter der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) - eine eher untergeordnete Rolle. Sie besitzt eine schwache intermediäre Position zwischen SHG/SHO und der TGKK. Da die Selbsthilfe Tirol vor allem im Bereich der Schulung von SHG/SHO GruppenleiterInnen aktiv sein soll, wird angenommen, dass die TGKK im Bezug auf Informationsübermittlung von/an SHG und SHO auf GruppenleiterInnen von SHG und SHO anstatt VertreterInnen der Selbsthilfe Tirol setzt. Die Selbsthilfeplattform Steiermark nimmt laut Aussagen des Vertreters der Steirischen Gebietskrankenkasse (STGKK) aktuell eine untergeordnete Rolle und eine schwache

intermediäre Position zwischen SHG/SHO und STGKK ein. Die STGKK würde es im Vergleich zur TGKK aber begrüßen, wenn die Selbsthilfeplattform Steiermark wie größere Selbsthilfeorganisationen (SHO) im Land (SHO zu Diabetes etc.) eine stärkere intermediäre Rolle im Gesundheitssystem spielen würde, da größere Einheiten als effizienter im Bezug auf Struktur und homogene Informationsvermittlung von und zu SHG und SHO betrachtet werden. Die STGKK besitzt nach eigener Einschätzung jedoch nicht die Ressourcen, um Ideen (Wunschkatalog, Bewertungsgremium zur Informationsübermittlung) zu unterstützen, die für die Selbsthilfeplattform Steiermark eine stärkere (intermediäre) Rolle schaffen könnten.

Im Bezug auf Niederösterreich und Salzburg steht die Annahme im Raum, dass stärker intermediär agierende Dachverbände (Selbsthilfe Salzburg, Selbsthilfe Niederösterreich) vorhanden sind. In Salzburg profitiert die Selbsthilfe Salzburg in zweierlei Hinsicht von der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK). Erstens besitzt die Selbsthilfe Salzburg eine klar definierte Rollenzuweisung seitens der SGKK, die der Selbsthilfe Salzburg eine starke intermediäre Position zwischen SGKK und SHG und SHO zubilligt. Zweitens profitiert die Selbsthilfe Salzburg von der räumlichen Nähe zur SGKK. In Niederösterreich besitzt die Selbsthilfe Niederösterreich (DV-NÖSH) eine gut ausgeprägte intermediäre Position, die aber stärker zwischen SHG und SHO und dem Land Niederösterreich und weniger zwischen SHG/SHO und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) existiert. Es wird angenommen, dass der DV-NÖSH dem Land NÖ aufgrund der vermehrten Zusammenarbeit mit dem Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) näher steht als der NÖGKK. Im Experteninterview mit dem Vertreter der NÖGKK zeigt sich, dass aufgrund dieses Umstandes die NÖGKK Anstrengungen unternimmt, um mehr direkten Einfluss auf die SHG und SHO gewinnen zu können.

5.2 Kritische Betrachtung der Arbeit

Im Bezug auf die Experteninterviews ist es nicht gelungen, durchgehend Vertreter aus dem Vorstand der jeweiligen Gebietskrankenkasse für Experteninterviews zu gewinnen. Es wurde jedoch klar, dass auch mit Vertretern, die nicht aus der Führungsebene der jeweiligen Gebietskrankenkasse stammen, konstruktive Interviews zu führen waren, die Aussagen zu strategischen Positionierungen der Gebietskrankenkasse gegenüber SHG und SHO beinhalteten. Leider ist es ebenfalls nicht gelungen, mit allen Vertretern der Gebietskrankenkassen Tonbandaufnahmen durchzuführen. Die handschriftliche Protokollierung stellte sich hier als unproblematisch dar.

Die Diplomarbeit beschränkt sich auf Vertreter der im jeweiligen Bundesland agierenden Gebietskrankenkassen, die Träger der Krankenversicherung sind. Es wäre durchaus möglich gewesen, Vertreter aus der Führungsebene von Sondersichersträgern wie z.B. der Versicherungsanstalt öffentlicher Dienst (BVA) zu interviewen, um für eine Verbreiterung der Meinungen zu strategischen Positionierungen gegenüber SHG und SHO zu sorgen. Aufgrund des Zeitmangels im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit wurde von diesem Vorhaben abgerückt.

5.3 Forschungsausblick

Im Anbetracht der Ergebnisse, die durch die vorliegende Diplomarbeit erarbeitet wurden, können mehrere Folgearbeiten in Betracht gezogen werden.

In der vorliegenden Diplomarbeit wurden sowohl Selbsthilfegruppen als auch Selbsthilfeorganisationen (SHG/SO) behandelt. Der Autor der vorliegenden Arbeit ist der Auffassung, dass der Forschungsschwerpunkt mehr auf Potentiale und Entwicklungshemmnisse von Selbsthilfeorganisationen auf Landes- und Bundesebene und nicht so sehr auf Gruppen auf der lokalen Ebene gelegt werden sollte. Im Rahmen der Experteninterviews zur vorliegenden Diplomarbeit wurden strukturelle Probleme innerhalb von Selbsthilfeorganisationen erwähnt, die mit der Ausdünnung innerhalb ihrer Strukturen und Hemmnissen in der internen Informationsweitergabe zu kämpfen haben. Daher könnten sich Langzeitstudien mit formal ausgeprägten Selbsthilfegruppen befassen, die sich zu Selbsthilfeorganisationen entwickeln. Dabei geht es um Fragen, wie Strukturen in diesem Wachstumsprozess reifen, bestmöglich „mitwachsen“ und wie die

Krankenversicherung sich hier einbringen kann, damit die Informationsweitergabe an diese Organisationen möglichst effizient gestaltet werden kann.

Der Vertreter der Salzburger Gebietskrankenkasse hat das Potential speziell von Angehörigenorganisationen erwähnt, die aufgrund der Überalterung der Gesellschaft und der damit einhergehenden Zunahme von Demenzerkrankungen in der Zukunft eine wichtigere Rolle innerhalb der Selbsthilfebewegung einnehmen sollen. Daher sollten sich Folgearbeiten mehr mit Thematiken, die sich mit Angehörigenorganisationen auseinanderzusetzen, beschäftigen.

In den Experteninterviews wurden Fragen, die eine mögliche öffentliche Grundfinanzierung von SHG und SHO und an SHG und SHO gerichtete Bedingungen, die mit (öffentlichen) Grundfinanzierungsmodellen einhergehen, nur als Randthematik behandelt. Die Vertreter der sozialen Krankenversicherung waren durchgehend der Ansicht, dass neue Modelle der Finanzierung geprüft werden müssen, um SHG und SHO zu mehr Unabhängigkeit im Bezug auf ihre Arbeit zu verhelfen. Daher wäre es rund um diese Thematik förderlich, mehr Forschungen anzustrengen und sich näher mit dem deutschen Modell der Finanzierung von SHG und SHO im Rahmen des GFK Modernisierungsgesetzes auseinanderzusetzen.

Die Aussparung der Sondernversicherungsträger im Rahmen der Experteninterviews für die Diplomarbeit wurde bereits in Abschnitt 5.2 erwähnt. Es werden daher weiterführende Arbeiten vorgeschlagen, die sich speziell mit Sondernversicherungsträgern (BVA, VAEB etc.) und ihrer Perspektive im Bezug auf SHG und SHO beschäftigen.

Literaturverzeichnis

Asam, W. H.: Selbsthilfe – Analytische Konkretisierung eines sozialpolitischen Schlagwortes. In: Asam, W. H./Heck, M. (Hrsg.): Soziale Selbsthilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Aktuelle Forschungsergebnisse und Situationsdiagnosen, Innenpolitik in Therapie und Praxis. Gesamtausgabe Band 7, 1983: S. 17-29.

Badelt, Christoph: Sozialpolitik- Angewandter Teil. 2. Auflage, Wirtschaftsuniversität Wien, 1995.

Badelt, Christoph; Österle, August: Grundzüge der Sozialpolitik. Spezieller Teil- Sozialpolitik in Österreich. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, 2001.

Badura, B.; v. Ferber, C. (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbsthilfeorganisation im Gesundheitswesen, München: Oldenburg, 1981.

Badura, Bernhard/Schellschmidt, Henner: Schlussfolgerungen und Empfehlungen. In: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrung. Dokumentation Köln: BZgA, 2000b, S. 231-234.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Sozialschutz in Österreich 2010. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2010.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Sozialbericht 2009 – 2010 - Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2010.

Balke, Klaus: Aufgaben der Selbsthilfeunterstützung und der Stand der kommunalen Förderpraxis. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-Förderung, Giesen 1988, S. 110–119.

Baric, Leo; Conrad, Günter: Gesundheitsförderung in Settings. Verlag für Gesundheitsförderung, Hamburg, 1999.

Borgetto, Bernhard: Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG (Camenzind, Paul; et al. [Hrsg.]: Buchreihe des Schweizer Gesundheitsobservatoriums), Bern, 2004.

Borgetto, Bernhard: Pflege und Selbsthilfe im Kontext von chronischer Krankheit und Behinderung. In: Pflege; 18.Jg., Heft 5, Oktober 2005: S. 313-319.

Borgetto, Bernhard; Klein, Martina: Rehabilitation und Selbsthilfe. Bundesministerium für Gesundheit, 2007.

Borgetto, Bernhard: Wirkungen und Nutzen von Selbsthilfegruppen. In: Public Health Forum; Vol.15, 2007, (2), Nr. 2: S. 6-8.

Braun, Alfred: Solidarität der Generationen - Perspektiven des Älterwerdens der Gesellschaft in Deutschland und Europa. Freudenstadt: Fritz Erler Akademie, 1997.

Braunegger-Kallinger, Gudrun; Forster, Rudolf; Krajic, Karl; Nowak, Peter; Österreicher, Sonja; Barcza, Astrid: PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich. Ergebnisse einer österreichweiten Fragebogenerhebung, überarbeitete. Version 06/09. Wien: Institut für Soziologie, 2009 (1)

Braunegger-Kallinger, Gudrun; Forster, Rudolf; Krajic, Karl; Nowak, Peter; Österreicher, Sonja; Barcza, Astrid: PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich - Endbericht. Wien: Institut Soziologie, 2009 (2).

Runge, Brigitte; Vilmar, Fritz: HandbuchSelbsthilfe - Gruppenberichte, 900 Adressen, Gesellschaftliche Perspektiven. Frankfurt am Main: Verlag Zweitausendeins, 1988.

Brösskamp-Stone, Ursel: Assessing Networks for Health Promotion. Framework and Examples. Münster: LIT-Verlag (Politik und Partizipation, Bd. 2), 2004.

WHO: Bulletin of the World Health Organisation, 2005: S. 83.

Czermak, Christoph: Soziale Krankenversicherung im Wandel. Österreich und Deutschland aus vergleichender Perspektive. Univ., Dipl.- Arbeit, Wien, 2008.

DAG SHG (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen E.V.), Selbsthilfegruppen-Unterstützung. Ein Orientierungsrahmen, 1987.

Duden - Deutsches Universalwörterbuch, 6., überarbeitete Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag 2007.

Dür, Wolfgang: Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seiner empirische Umsetzung, Bern: Verlag Hans Huber, 2008.

Engelhardt, Hans D.; Simeth, Angelika; Stark, Wolfgang: Was Selbsthilfe leistet ... Ökonomische Wirkungen und sozialpolitische Bewertung. Lambertus- Verlag, Freiburg, 1995.

Esfandiari, Shahrokh: The Limited Role of Citizens in Shaping Healthcare Policies, World Medical & Health Policy, 2 (1), 2010: S. 43-51.

Etgeton, Stefan: Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss. In: Schroeder, Wolfgang /Paquet, Robert: Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2007: S. 222-228.

Fiereder, Helmut: 125 Jahre Soziale Krankenversicherung in Oberösterreich: 1869-1994. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Forum Gesundheit, 1994.

Forster, Rudolf; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Nowak, Peter; Österreicher, Sonja: Funktionen gesundheitsbezogener Selbstorganisation – eine Analyse am Beispiel einer österreichischen Untersuchung. In: SWS-Rundschau, 49. Jg., Heft 4/2009, 2009: S. 468-490.

Forster, Rudolf; Nowak, Peter: Gesundheitspolitik und Patientenbeteiligung: Prinzipielle Möglichkeiten, englische Praxis, österreichische Perspektiven. In: Soziale Sicherheit; 12/2006, 2006: S. 504-519.

Forster, Rudolf: Die Selbsthilfebewegung: Chancen und Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesundheitspolitik in Österreich. In: Soziale Sicherheit 10/2007, 2007: S. 468-473.

Forster, Rudolf; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Nowak, Peter; Österreicher, Sonja: Funktionen gesundheitsbezogener Selbstorganisation – eine Analyse am Beispiel einer österreichischen Untersuchung. Wien, 2009, In: SWS-Rundschau; 49. Jg., Heft 4/2009, 2009: S. 468-490.

Forster, Rudolf; Nowak, Peter; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Österreicher, Sonja; Krajic, Karl: Patienten- und Angehörigenorganisationen bzw. -gruppen in Österreich - Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus einem bundesweiten Forschungsprojekt. In: Soziale Sicherheit; Heft 12/2009, 2009: S. 614-629.

Francke, Robert; Hart, Dieter: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos, 2001.

Franzkowiak, P., Sabo, P. (Hrsg.): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente der Gesundheitsförderung in Wortlaut und Kommentierung. 1. Auflage. Mainz: Verlag Peter Sabo 1993.

Geene, Raimund; Rosenbrock, Rolf: Gesundheitsförderung im Setting als Beitrag zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen. In: Göpel, E.; Schubert-Lehnhardt, V. (Hrsg.): Gesundheit gemeinsam gestalten 2. Kommunale Gesundheitsförderung. Frankfurt a.M.: Mabuse, 2004.

Gesundheitsfördernde Schule. Die Entfaltung der Gesundheitsthematik im pädagogischen Kontext unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung In: Pelikan Jürgen; Demmer, Hildegard; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) "Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung", Weinheim: Juventa 1993.

Grasböck, Martina: Psychosoziale Gesundheitsförderung. Linz: Institut für Soziologie, 2004, S. 1-3.

Gröschel, Claudia: Die politische Verankerung der Gesundheitsförderung in Deutschland und Österreich. Aktuelle Weichenstellungen und Perspektiven (ein Systemvergleich). Hannover; Medizinische Hochschule Hannover, Magisterarbeit, 1996.

Grunow, Dieter: Selbsthilfe. In: Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich; Razum, Oliver [Hrsg]: Handbuch Gesundheitswissenschaften. (4) Weinheim/München: Juventa Verlag, 2006; Seite 1053-1076.

Halkow, Anja; Engelmann; Fabian: Der Setting Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Gesundheit Berlin (Hrsg): Dokumentation 14. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit; Berlin 2008, S. 1-4.

Hart, Dieter: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Professionelle Entscheidungskompetenzen und strukturelle Veränderungen. In: Zeitschrift für Rechtssoziologie 22.1 (Juli 2001), S. 79-100.

Hauf, Michael v.: Neue Selbsthilfebewegung und staatliche Sozialpolitik- eine Gegenüberstellung, Wiesenbaden; Deutscher Universitätsverlag, 1989.

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger: Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung, 07/08 2008.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Masterplan Gesundheit 2010 - Einladung zum Dialog - Strategische Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens aus der Sicht der Sozialversicherung. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2010.

Herriger, Norbert: Empowerment und das Modell der Menschenstärken. Bausteine für ein verändertes Menschenbild der Sozialen Arbeit. In: Soziale Arbeit 5/1995, 1995: S. 155-162.

Herriger, Norbert: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 3. erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart 2006.

Hildebrand, Helmut; Trojan, Alf: Gesundheitsförderung und Krankenkassen. KrV.. 1998: S. 63-74.

Hofmarcher, Maria M.; Rack, Herta M.: Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen, 2006.

Pöltner, Stefan; Jabornegg, Peter: In Sozialversicherung im Umbruch. Manz, Wien, 2005.

Kellerer, David: Self-help Groups and their Relationship to Medicine. In: Kelleher, David et al. (eds.): Challenging Medicine. London (2. edition), 2006, S.104-121.

Lee, K.: Selbsthilfegruppen in Deutschland und in Südkorea – eine Untersuchung zur Wirksamkeit und zum Unterstützungsbedarf der Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Behinderungen in beiden Ländern und Vorschläge für die Entwicklung der Selbsthilfegruppen und deren Unterstützung in Südkorea. Köln: Universität zu Köln, 2005.

Lindner, Brigitte; Krajic, Karl: Systemanalyse regional organisierter Gesundheitssysteme: Steuerung und Leistungserbringung. Grundlagen für eine Analyse des österreichischen Gesundheitssystems unter besonderer Berücksichtigung des Bundeslandes Wien. Forschungsbericht Institut für Soziologie, Universität Wien, 2008.

Lins, Andrea; Maier, Monika: Empowerment als Konzept zur Förderung der Selbsthilfe. In: Grundböck, Alice; Nowak, Peter; Pelikan, Jürgen M. (Hrsg): Neue Herausforderungen für Krankenhäuser. Qualität durch Gesundheitsförderung - Gesundheitsförderung mit Qualität, Wien: Facultas Universitätsverlag, 1998: S. 188-198.

Luhmann, Niklas: Liebe als Passion - Zur Kodierung von Intimität, Suhrkamp: Frankfurt am Main, 1983.

Marent, Benjamin; Nowak, Peter; Forster, Rudolf: User and Community Participation. Eine Vorstudie zur Rekonstruktion kollektiver Nutzer- und "Community"-Beteiligungen in der Gesundheitsförderung und im Krankenbehandlungssystem. Wien: LBIHPR (Working Paper LBIHPR. 1), 2009.

Matzat, Jürgen: Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen. Selbst- und Fremdhilfe in der Balance. In: Pflegezeitschrift; 47.Jg., Heft 2, Februar 1994 (Beilage): S. 6-9.

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 2003 (1983).

Moeller, M. L.: Selbsthilfegruppen. Anleitung und Hintergründe, 1996.

Moeller, Michael Lukas: Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2007.

Parsons, Talcott: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas (aus dem Amerik.). In: Talcott Parsons: Sozialstruktur und Persönlichkeit. Frankfurt am Main; 1977 (1958).

Rega, Insa M.: Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen Deutschlands, Finnlands und Polens, Dissertation, Universität Göttingen, 2006.

Resch, Katharina: Gesundheitsförderung als neue Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen in Österreich. Univ., Dipl.-Arbeit., Wien, 2007.

Robert Koch-Institut (Hrsg): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin, 2006.

Schaurhofer, Martin: Wege der Unterstützung von Selbsthilfegruppen –im Gesundheitsbereich – in Wien. Abschlussbericht. Österreichische Forschungsgemeinschaft, Wien, 2000.

Schmidt, Robert; Unsicker, Klaus: Lehrbuch Vorklinik. Teil D: Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2003.

Schneider- Schelte, Helga: Selbsthilfe. In: Stimmer, Franz: Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit, 4. Aufl. 2000: S. 597 – 600.

Schultze, Rainer-Olaf: Partizipation. In: Kleines Lexikon der Politik. Hrsg. v. Dieter Nohlen. 3. Aufl. München: C.H. Beck, 2003: S. 371-373.

Schwartz, Friedrich, Johann: Das Public- Health Buch- Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Schwarzenberg, 1998.

SEKIS: Anforderungen an die Kooperation zwischen dem System professioneller Gesundheitsversorgung und der Selbsthilfe. Forschungsbericht. SEKIS, Berlin, 1999.

Simon, Michael: Das Gesundheitssystem in Deutschland - eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: Huber, 2005.

Siegrist, Johannes: Medizinische Soziologie. München, Elsevier, Urban & Fischer, 2005, S. 276- 277.

Stötzner, Karin: Patienteninteressen – Patientenrechte. In: Pflege aktuell; 53.Jg., Heft 7/8, Juli/August 1999; Seite 396-399.

SVRKAiG-Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos.

Thieme, Frank: Alter(n) in der alternden Gesellschaft- eine soziologische Einführung in die Wissenschaft vom Alter(n): Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft, 2008

Tomandl, Theodor: Was Sie schon immer über die Sozialversicherung wissen wollten. Wien, Manz, 2005

Tönnies, Ferdinand: Gemeinschaft und Gesellschaft, Darmstadt, Wiss. Buchgesellschaft, (1887) 1991: S. 1-3

Trojan, Alf: Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt/M.: Fischer-alternativ, 1986

Trojan, Alf: Der Patient im Versorgungsgeschehen: Laienpotential und Gesundheitsselbsthilfe. In: Schwartz, Friedrich W.; Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl, Reiner; Raspe, Hans-Heinrich; Siegrist, Johannes. [Hrsg]: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Gesundheit fördern - Krankheit vermindern. München, Jena: Urban & Fischer) 2003 ;Seite 321-333

Trojan, Alf: Selbsthilfeszusammenschlüsse als vierte Säule des Gesundheitswesens? In: Jahrbuch für Kritische Medizin, 43, 2006, Seite 86-104

Trojan, Alf; Werner, S.; Bobzien, M.; Nickel, S.: Integration von Selbsthilfeszusammenschlüssen in das Qualitätsmanagement im ambulanten und stationären Versorgungsbereich. Bundesgesundheitsblatt, Band 52, Heft 1, Jänner 2009

Trojan, Alf; Legewie, Heiner: Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen, Frankfurt am Main: VAS, 2001.

Van de Bovenkamp; Hester; Trappenburg, Margo; Grit, Kor: Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model. In: Journal compilation 2009, Publishing Ltd. Health Expectations, 2009: S. 73–85.

v. Ferber, Christian; Badura, Bernhard: Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. In: Badura, Bernhard et al.: Soziologie und Sozialpolitik, Band 3, München Wien: R. Oldenburg Verlag, 1983:S. 265- 303.

Waller, Heiko: Gesundheitswissenschaft- eine Einführung in die Grundlagen und Praxis von Public Health. Stuttgart: Kohlhammer, 2006.

Wächter, Marcus: Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Darstellung und Diskussion des Good Practice- Ansatzes des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. (Diplomarbeit), Bremen 2007.

White, Deena: Consumer and Community Participation: A Reassessment of Process, Impact and Value. In: Albrecht, Gary L.; Fitzpatrick, Ray; Scrimshaw, Susan C.: Handbook of Social Studies in Health and Medicine. London u.a.: Sage Publications, 2000: S. 465-480.

WHO (World Health Organization): Eine Erklärung über die Förderung der Patientenrechte in Europa, Europäische Beratungstagung über Patientenrechte. 1994: S. 28-30.

Wohlfahrt, Norbert; Breitkopf, Helmut: Selbsthilfegruppen und Soziale Arbeit. Eine Einführung für soziale Berufe (unter Mitarbeit von Wolfgang Thiel). Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag, 1995, S. 44-45

Wurzer, Alfred: Sozialversicherung und Selbsthilfegruppen: Von Gründungshilfen zu gemeinsamen Projekten. In: Soziale Sicherheit (Beilage: Forum Prävention), Nr. 4, 2007, XV-XVIII.

Wright, Michael T.; von Unger, Martina: Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber. In: Das Gesundheitswesen 70; 2008: S. 748-754.

Zapotoczky, Klaus; Grausgruber, Alfred; Mechter, Reli: Gesundheit im Brennpunkt. Eigeninitiative und gesellschaftliche Verantwortung. Band 7/1. Universitätsverlag Rudolf Trauner; Linz; 2000.

Internetquellen:

Rechtsinformationssystem des Bundes - Allgemeines Sozialversicherungsgesetz. <http://www.ris.bka.gv.at>, Zugriff: 20.11.2010.

Strategiegruppe Partizipation: Arbeitsblätter zur Partizipation, Nr. 2 „Der Nutzen von Öffentlichkeitsbeteiligung aus der Sicht der AkteurInnengruppen“, Wien. <http://www.partizipation.at/arbeitsblaetter.html>, 2004, Zugriff: 20.12.2010.

Strategiegruppe Partizipation: Arbeitsblätter zur Partizipation, Nr. 2 „Der Nutzen von Öffentlichkeitsbeteiligung aus der Sicht der AkteurInnengruppen“, Wien. <http://www.partizipation.at/arbeitsblaetter.html>, 2004, Zugriff: 20.12.2010.

Strategiegruppe Partizipation: Arbeitsblätter zur Partizipation, Nr. 3 „Grenzen, Stolpersteine und Instrumentalisierung von Öffentlichkeitsbeteiligung“, Wien. <http://www.partizipation.at/arbeitsblaetter.html>, 2004, Zugriff: 21.12.2010.

WHO: Ottawa Charter for Health Promotion- First International Conference on Health Promotion, Ottawa. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf; 1986, Zugriff: 20.1.2011

WHO: Health Promotion Glossary, Genf. <http://www.who.ch/hep.>, 1998, Zugriff 22.1.2011.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Theoriemodell der Entstehung von Selbsthilfegruppen	15
Abbildung 2: Modelle der Beteiligung nach Hart	23
Abbildung 3: Stufen der Partizipation nach Wright et al.....	24
Abbildung 4: Beteiligungsebenen, Institutionen und Partizipationskontexte	26
Abbildung 5: Leistungen des österreichischen Sozialsystems	30
Abbildung 6: Aufbau des österreichischen Sozialsystems.....	32
Abbildung 7: Gebarungsergebnisse der österreichischen Sozialversicherung	34
Abbildung 8: Finanzgebarung nach Versicherungsbereich 2008/9.....	35
Abbildung 9: Träger der sozialen Krankenversicherung in Österreich.....	38
Abbildung 10: Funktionen der sozialen Krankenversicherung in der Gesundheitsförderung im Bezug auf Versicherte, Selbsthilfegruppen und Stakeholder im Gesundheitssystem	50
Abbildung 11: Beziehungen zur Sozialversicherung österreichweit.....	54
Abbildung 12: Beziehungen zur Sozialversicherung in den Bundesländern.....	56
Abbildung 13: Wichtigkeit der Unterstützungsleistungen durch die Sozialversicherung österreichweit	57
Abbildung 14: Wichtigkeit der Unterstützungsleistung durch die Sozialversicherung nach Bundesländern.....	58
Abbildung 15: Entlastung der Sozialversicherung österreichweit	59
Abbildung 16: Entlastung der Sozialversicherung nach Bundesländern.....	60
Abbildung 17: Darstellung Interviewpartner	67

Anhang

CURRICULUM VITAE

Persönliche Angaben

Nachname:	Keppelmüller
Vorname:	Martin
Geburtsdatum:	14.1.80
Geburtsort:	Vöcklabruck, Oberösterreich
Familienstand:	ledig

Ausbildung

1986-1990	Volksschule, 4850 Timelkam
1990-1994	Hauptschule II, 4840 Vöcklabruck
1994-1997	Hotelfachschule, 4820 Bad Ischl
1997-2001	Aufbaulehrgang für Tourismusmanagement, 4820 Bad Ischl
2001- 2011	Studium der Soziologie (Zweig: ReSoWi) an der Universität Wien

Berufliche Praxis

07/2003	Praktikum, Lenzing AG, Wissenschaftliche Bibliothek - 4820 Lenzing
08/2004	Praktikum, Arbeiterkammer Wien, Abteilung für Sozialpolitik - 1040 Wien
07/2005	Praktikum, Magistratsabteilung 27, EU Strategie- und Wirtschaftsentwicklung - 1082 Wien
12/2007- 07/2010	Angestellter, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) - 1010 Wien - <i>Abt. IV/6 Förderungen der beruflichen Integration behinderter Menschen</i>
08/2010- ?	Angestellter, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK)- 1010 Wien - <i>Abt IV/1 Grundsatzfragen und Europäische Integration in der Behindertenpolitik, Behindertengleichstellung</i>

Zusätzliche Qualifikationen

Sprachen:	Englisch, Französisch auf Universitätsniveau
EDV- Kenntnisse:	MS- Office Kenntnisse auf ECDL Niveau (geprüft) Gute Kenntnisse im Umgang mit dem Statistikprogramm SPSS Cognos-Datawarehouse und SAP-EAZ Kenntnisse
Sonstiges:	Absolvent eines BFI-Lehrgangs für Projektmanagement (Prüfung am 4.6.07) Führerschein der Klasse B

Kurzfassung und Abstract

Kurzfassung

Die vorliegende Diplomarbeit, der das Thema „Strategien von Trägern der sozialen Krankenversicherung gegenüber Selbsthilfegruppen und –organisationen in Österreich“ zu Grunde liegt, wurde im Anschluss an das Forschungsprojekt zu Patienten- und Angehörigenorganisationen in Österreich geschrieben. Dieses Forschungsprojekt wurde in Kooperation des Instituts für Soziologie der Universität Wien mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research durchgeführt. Im Rahmen der Diplomarbeit wurden zwar Ergebnisse aus quantitativen Befragungen mit VertreterInnen von Patienten- und Angehörigenorganisationen aus dem PAO Forschungsprojekt analysiert, aufbereitet und dargestellt. Für die Diplomarbeit essentiell waren aber vor allem die Ergebnisse aus den eigens durchgeführten Experteninterviews mit den Vertretern aus der Führungsebene der Gebietskrankenkassen in Salzburg (SGKK), Niederösterreich (NÖGKK), Tirol (TGKK) und der Steiermark (STGKK).

Die wesentliche Hauptfragestellung der Diplomarbeit lautete folgendermaßen: **„Welche Strategien vertreten die Träger der sozialen Krankenversicherung in Österreich gegenüber Selbsthilfegruppen und –organisationen?“**

Im Hinblick auf die Perspektive der Träger der sozialen Krankenversicherung wurde unter Einbeziehung von Experteninterviews erhoben, welche Strategien im jeweiligen Bundesland gegenüber Selbsthilfegruppen und –organisationen (SHG/SHO) vertreten werden. Die Ergebnisse aus den Experteninterviews haben gezeigt, dass keine einheitliche Strategie aller Träger der sozialen Krankenversicherung (Gebietskrankenkassen) gegenüber SHG/SHO vorherrscht. Es werden gegenüber SHG/SHO sowohl aktiv als auch passiv geprägte Krankenkassenstrategien vertreten. Die gewählte Strategie bewirkt Unterschiede im Verständnis Hilfe zu Selbsthilfe zu leisten sowie die zugebilligten Funktions- und Rollenzuschreibungen gegenüber SHG und SHO. Bezugnehmend auf die gewählte Strategie der Gebietskrankenkassen gegenüber SHG und SHO spielt auch der jeweilige Dachverband der SHG und SHO eine Rolle.

Abstract

The present diploma thesis with the topic "Strategies of providers of compulsory social health insurance services for support groups and support organisations in Austria" was written following a research project concerning patients and relatives organisations in Austria. This research project was executed by the Institute of Sociology of the University of Vienna in cooperation with the Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research. Within this diploma thesis, results from quantitative surveys with representatives from patients and relatives organizations of the PAO research project were analysed, processed and outlined. But especially the results of self-executed expert interviews with (exclusively male) representatives of the management level of regional medical insurance corporations in Salzburg, Lower Austria, Tyrol and Styria were of particular interest for the diploma thesis.

The basic issue of this diploma thesis is:

"Which strategies do executives of compulsory social health insurance corporations in Austria apply on support groups and support organisations?"

With regard to the point of view of the providers of compulsory social health insurance and with inclusion of expert interviews, it was assessed which strategies in the respective state have been applied on support groups and support organisations (SHG/SHO). The results of the expert interviews showed that there is no consistent strategy applied on SHG/SHO by the providers of compulsory social health insurance. Generally, active shaped as well as passive shaped strategies can be observed.

The strategies of the respective regional medical insurance corporations imply differences in the understanding of "helping others to help themselves".

Furthermore they influence the function and role assignment with respect to the SHG/SHO as well as possibilities for involvement and participation of SHG/SHO within the institutional framework of the regional medical insurance system and within the health care system in general.

With regard to the chosen SHG and SHO strategy of a regional medical insurance corporation it can be observed that the respective umbrella organisation of the SHG/SHO plays a more or less pronounced (intermediary) role.

Leitfaden für Interviews mit Vertretern der Gebietskrankenkassen

1. Was verstehen Sie unter dem Begriff „Hilfe zur Selbsthilfe“ in Verbindung mit Selbsthilfegruppen?

- Wie unterstützen Sie Selbsthilfegruppen in ihrer Arbeit?
- Welche Unterstützungsleistungen werden von der Gebietskrankenkasse den Selbsthilfegruppen zur Verfügung gestellt?
- Gibt es Faktoren, die für Sie motivierend sind, um Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten?

2. Was sind aus Ihrer Sicht die zentralen Tätigkeitsfelder von SHG/SHO?

- Welche Tätigkeitsfelder werden von SHG/SHO noch durchgeführt?
- Mit welchen Gruppen kommen Sie mehr oder weniger in Kontakt?
- Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Dachverband der Selbsthilfegruppen ein?
- Gibt es Leistungen, welche die Selbsthilfegruppen im Auftrag der Kassa durchführen?
- Wie schätzen Sie den Inhalt und die Durchführung dieser Tätigkeiten ein?
- Was halten Sie von Tätigkeiten, welche über die reine Selbsthilfe(funktion) hinausgehen?

3. Sehen Sie auch problematische Entwicklungen/Tendenzen im Bezug auf das Wirken von Selbsthilfegruppen?

- In welchen Bereichen schätzen Sie das SHG Engagement als kritisch ein?
- Wie sehen Sie z.B. die Kontakte von Selbsthilfegruppen- und Organisationen zu Ärzten und Pharmafirmen?
- Wie schätzen Sie den Grad der Professionalität von SHG/SHO ein?
- Wie unabhängig schätzen Sie die SHG/SHO Szene ein?

4. Welche Rollen sollen SHG/SHO in Zukunft spielen, in welche Richtung sollen sie sich entwickeln?

- Wie weit sollen SHG/SHO in die Gestaltung des Gesundheitssystems mit einbezogen werden?
- Wie müssen SHG sich selber entwickeln, um weitere Aufgaben wahrnehmen zu können?
- Was muss auf Seiten der Sozialversicherung für diese Entwicklung getan werden?
- Wie können Selbsthilfegruppen finanziert werden?
- Welche Bedingungen sollen an die Vergabe von öffentlichen Geldern geknüpft werden?