universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Bedingungen für Selbsthilfe zwischen den österreichischen Bundesländern“

Verfasser

Andreas Michael Grimm

angestrebter akademischer Grad

Magister der Soziologie (Mag.rer.soc.oec.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 121
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Diplomstudium Soziologie (sozial-/wirtschaftsw.Stud.)
Betreuer:	Ao. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Forster

Danksagung

Mein herzlichster Dank gilt meinen Eltern, die mir mit Gefühl und Verstand auf einem langen Bildungsweg stets unterstützend zur Seite standen.

Besonderer Dank an meine Lebensgefährtin für ihre Geduld und Güte.

Weiterer Dank an alle jene freundlichen Geister, die nicht müde wurden mir zuzuhören und Kraft zu spenden.

Danke auch an Maria für hilfreiche Gedanken und überlassenes Material.

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG 8

2 GESUNDHEITSBEZOGENE SELBSTHILFE 10
2.1 Entwicklung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe 10
Gründe für die Entstehung der neuen Selbsthilfebewegung 11
2.2 Begriffsdefinitionen 12
Selbsthilfe 12
Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen 13
2.3 Funktionen von Selbsthilfe 15
2.4 Wirkung von Selbsthilfe 16
2.5 Selbsthilfe und ihre Bedeutung für das Versorgungssystem 17
2.6 Umwelten und Beziehungen der Selbsthilfe 17
2.7 Unterstützung der Selbsthilfe 18
Selbsthilfeunterstützung und Selbsthilfeunterstützungsstellen 18
Unterstützung durch das professionelle System 19
Unterstützung durch Pharmaunternehmen 19
2.8 Ressourcen der Selbsthilfe 20

3 SELBSTHILFE IN ÖSTERREICH 21
3.1 Selbstbeschreibung der SHG und SHO 21
Verbreitung und Gründung 21
Problembereiche 21
Organisationsgrad, Rechtsstatus und Reichweite 22
Aktivitäten 23
Wirksamkeit 23
Ressourcen 24
3.2 Die „Selbsthilfelandschaft“ in Österreich 25
Beziehungen zum Gesundheitswesen 26
Beziehungen zu Politik und Verwaltung 27
Beziehungen zur Sozialversicherung 27
Beziehungen zur Pharmaindustrie 28
Umwelten und Unterstützung 28
Die Bedeutung der Ebene Bundesländer 31

4 FRAGESTELLUNGEN UND VORGEHENSWEISE 35
4.1 Fragestellungen 35
4.2 Vorgehensweise 37

5 RAHMEN UND METHODE DER QUANTITATIVEN SEKUNDÄRANALYSE .. 38
5.1 Der Untersuchungsrahmen 38
Das Bundesland 39
Die SHG/SHO 39
Die Umwelten 39
Die Beziehungen 39
Die Ressourcen 40
5.2 Untersuchungselemente 40
Umwelten und Beziehungen 40
Ressourcen 42
5.3 Beschreibung der Daten 42
5.4 Methode 43

6 QUANTITATIVE SEKUNDÄRANALYSE 47
6.1 Umweltbeziehungen 47
Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen 47
Politik und Verwaltung 63
Ärzte/Ärztinnen 68
Krankenhäuser 72
Zusammenhang der Umwelten Krankenhäuser und Ärzte/Ärztinnen 77
Die Sozialversicherung 78
Zusammenschau der Umweltbeziehungen 83
6.2 Ressourcen 86
Indikatoren 87
Zusammenhänge zwischen den verwendeten Indikatoren 89
Ähnlichkeitsanalyse der Zufriedenheit mit den zur Verfügung gestellten Mitteln 90
6.3 Zusammenschau der Umweltbeziehungen und der Ressourcen 92

7 ZUSAMMENFASSUNG 96

8 ANHANG 101
8.1 Literaturverzeichnis 101
8.2 Abbildungsverzeichnis 107
8.3 Tabellenverzeichnis 108
8.4 Tabellen 109
SHU 109
Inanspruchnahme von Leistungen der SHU 111
Politik und Verwaltung 114
Ärzte/Ärztinnen 115
Krankenhäuser 118
Sozialversicherung 119
Zusammenhang der Umwelten – Krankenhäuser und Ärzte/Ärztinnen 120
Ressourcen 121
Zusammenschau der Umweltbeziehungen und der Ressourcen 123
Streuungsmaße der für die Clusteranalysen berücksichtigten und ausgeschlossenen Indikatoren 125
8.5 Kurzzusammenfassung 127
8.6 Lebenslauf 128

1 Einleitung

In den vergangenen Jahrzehnten konnte ein starker Anstieg gesundheitsbezogener Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen beobachtet werden (vgl. Bagott et al. 2005; Koch/ Trojan 2009; Borgetto 2009). Gegenüber den Leistungen des professionellen Versorgungssystems erfüllen sie Funktionen, die von versorgungs- und gesundheitspolitischer Bedeutung sind. Forschungen zu dieser Entwicklung wurden schon seit längerem in Deutschland, den USA und England, aber auch in der deutschsprachigen Schweiz angestrengt. In Österreich wurden in den letzten Jahren nur wenige Untersuchungen angestellt, von denen sich jedoch keine der gesamten Situation in Österreich annahm[1]. Das Forschungsprojekt „PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich“[2], das 2009 beendet wurde, widmete sich dieser Thematik und stellte damit die erste umfassende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Feld dar. Als Forschungsziele verfolgte das Projekt die Beschreibung und Analyse der Aktivitäten und Strukturen der Gruppen, ihrer Beziehungen zu relevanten Umwelten (unter Berücksichtigung der Vernetzung zu anderen Gruppen und Organisationen, sowie öffentlichen und privaten Unterstützungseinrichtungen) und des aktuellen Entwicklungsstandes (gegebene Rahmenbedingungen, weitere Entwicklungsperspektiven) aus der Sicht der Gruppen und anderer relevanter Stakeholder. Dabei kamen sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsmethoden zum Einsatz (schriftliche Befragung, Einzel- und Fokusgruppeninterviews). Es entstanden neben einer Analyse der gesamt-österreichischen Situation auch Fallstudien dreier Bundesländer.

[1] So befassen sich folgende Arbeiten mit der Wirkung von Selbsthilfe (Janig 1999; Kircher 2007) oder mit der Situation der Selbsthilfeunterstützung in ausgewählten Bundesländern (Schaurhofer 2000; Platzer 2005).

[2] Das Projekt wurde vom Institut für Soziologie an der Universität Wien und dem Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research Wien durchgeführt (www.univie.ac.at/pao/). In weiterer Folge wird auf das Projekt als „PAO-Projekt“ verwiesen.

Die Ergebnisse des Projekts[3] können nun als Grundlage für einen weiterführenden Vergleich auf Ebene der Bundesländer genutzt werden.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen Vergleich der Bundesländer nach Rahmenbedingungen (insbesondere relevante Umwelten und materielle und immaterielle Ressourcen) der PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich anzustellen. Das Wissen über Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen den Bundesländern soll eine auf empirischen Erkenntnissen beruhende Diskussion über Voraussetzungen und Bedingungen für die Aktivitäten von PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in den Bundesländern unterstützen.

[3] Braunegger-Kallinger, Gudrun; Forster, Rudolf; Krajic, Karl; Nowak, Peter; Österreicher, Sonja; Barcza, Astrid (2009b): PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich - Endbericht. Wien: Institut für Soziologie. Abrufbar unter http://www.univie.ac.at/pao/Berichte/PAO_Endbericht_final.pdf (02.02.2012).

2 Gesundheitsbezogene Selbsthilfe

In diesem Kapitel wird der theoretische Bezugsrahmen dieser Arbeit offen gelegt und die Begriffe, die in ihrer Bedeutung klärungsbedürftig sind, diskutiert und mit Hilfe der gängigen Konzepte aus der Literatur geklärt. Weiters soll das Feld der Selbsthilfe abgegrenzt und der Anschluss an den österreichischen Stand der Forschung dargestellt werden.

Der Großteil der Literatur, die für diese Arbeit herangezogen wurde, bezieht sich, neben Österreich und der Schweiz, auf Deutschland. Dies kann damit erklärt werden, dass der Forschungstand in Deutschland weiter fortgeschritten ist als jener in Österreich. Die Ähnlichkeit zwischen den Versorgungssystemen der Länder lässt die Verwendung allerdings sinnvoll und notwendig erscheinen.

2.1 Entwicklung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe

Die Selbstorganisation von PatientInnen und Angehörigen in Gruppen und Organisationen hat in den letzten Jahrzehnten in vielen Ländern stark zugenommen[4]. Sie reicht zum Teil aber schon bis ins 19. Jahrhundert zurück. Die Zunahme von Selbsthilfe in den letzten Jahrzehnten kann somit als Wiederentdeckung bezeichnet werden, da im Zuge der Industrialisierung und der nachfolgenden Entwicklung des Wohlfahrtstaates die Dominanz von staatlichem und privatwirtschaftlichem Sektor die Selbsthilfe in den Hintergrund treten ließ (Grunow 2006: 1054). Im Folgenden wird die Entwicklung in Deutschland dargestellt. Der Anfang dieser neuen Entwicklung wird Mitte des letzten Jahrhunderts gesehen. Zunächst entstehen reformorientierte Gruppen von Personen, die Kritik an den Mängeln im Gesundheits- und Sozialwesen artikulieren. So waren es zuerst Gruppen und Organisationen von Alkohol- und Suchtkranken, die für die Beachtung ihrer Probleme durch das Versorgungssystem und dessen Öffnung eintraten. In den folgenden Jahren organisierten sich dann zunehmend Menschen mit körperlicher Behinderung bzw.

[4] Verbreitung von und Beteiligung an Selbsthilfegruppen im internationalen Vergleich (Borgetto 2004: 165)

chronischen Erkrankungen. Ab den 1970ern kamen dann Gruppen und Organisationen für eine Vielzahl von weiteren, gesundheitlichen Fragestellungen und Krankheiten hinzu. Ein weiteres Merkmal dieser Phase ist das Entstehen von regional übergreifenden Verbänden, eine selbsthilfeförderliche Unterstützungskultur und der Wunsch nach partnerschaftlicher Kooperation mit dem Versorgungssystem (Geene et al. 2009). Im Laufe der Jahrzehnte hat sich die „neue Selbsthilfebewegung“ zu einem akzeptierten und anerkannten Akteur im Versorgungssystem gewandelt (Borgetto 2004).

Gründe für die Entstehung der neuen Selbsthilfebewegung

Vielfältige Gründe werden in der Literatur für die Entstehung neuer Selbsthilfebewegungen angeführt. Sie werden in veränderten Gesundheitsproblemen und -risiken, der wachsenden Komplexität und in Leistungsmängeln der Versorgungssysteme und gesellschaftlichen Entwicklungen (bspw. veränderte Familienstrukturen, steigendes Bildungsniveau, demographischer Wandel) verortet.

Zu den veränderten Gesundheitsproblemen und -risiken müssen vor allem zwei Punkte genannt werden:

- Einerseits die Zunahme von chronischen und psychischen Erkrankungen (Grunow 2006; Kelleher 2006; Trojan 2003); diese erfordern eine alltägliche Auseinandersetzung mit der Krankheit und den damit verbundenen psychologischen und sozialen Problemen – das Erfahrungswissen um ein „Leben mit der Krankheit“ anderer Betroffener oder Angehöriger wird in diesem Zusammenhang zu einer wertvollen Ressource.
- Andererseits bildeten sich in den letzten zwanzig Jahren verstärkt Gruppen und Organisationen von Menschen, die von seltenen Erkrankungen betroffen sind. Dies ist auf die verbesserte Diagnosefähigkeit des Gesundheitssystems zurückzuführen, erfordert jedoch für die Entwicklung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen im Besonderen die Selbstorganisation der PatientInnen (Danner et al. 2009).

Ein weiterer Ursachenkomplex wird in Mängeln der Versorgungsstrukturen und deren Wandel gesehen. Die wachsende Komplexität der Versorgungsstrukturen und damit einhergehend die fortschreitende Technisierung und Spezialisierung

von Arbeits-vorgängen erzeugt neben den Erfolgen in der Behandlung negative Wirkung im Hinblick auf die Berücksichtigung der psychischen und sozialen Bedürfnisse der PatientInnen. Mängel in der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und PatientInnen werden in der sozialwissenschaftlichen und psychologischen Forschung dokumentiert (Kelleher 2006, zit. nach Forster 2007: 469). Damit stehen veränderte Wünsche, Werteinstellungen und Beteiligungserwartungen der PatientInnen im Zusammenhang (Trojan 2003).

Der gesellschaftliche Wandel kann ebenfalls als Grund ins Treffen geführt werden; so nimmt im Zuge der Individualisierung die Leistungsfähigkeit primär-sozialer Netze (Familie, Freunde, Nachbarschaft) ab (Borgetto 2004: 22). Primär-sozialen Netzen kommt aber in der Lösung alltäglicher gesundheitlicher Probleme große Bedeutung zu. Der Anstieg der Einpersonenhaushalte lässt in diesem Zusammenhang klar den Bedarf an entsprechenden Ersatzstrukturen erkennen (Grunow 2006: 1061).

2.2 Begriffsdefinitionen

Die Bestimmung des Begriffs der Selbsthilfe ist aufgrund der Mehrdeutigkeit im umgangssprachlichen Gebrauch mit Problemen verbunden. Dies verdeutlicht sich an der Vielzahl an Akteuren und Handlungsformen, die unter dem Begriff verstanden werden können. Der Begriff der Selbsthilfe wird vielfach mit dem Begriff der Selbsthilfegruppen gleichgesetzt und wird vom Bereich selbst akzeptiert (Danner et al. 2009). Er wird aber auch synonym mit dem der „Selbsthilfebewegung“ verwendet. Dies macht eine genaue Bestimmung für das Verständnis dieser Arbeit notwendig.

Selbsthilfe

Die unterschiedlichen Konzeptionen[5] des Begriffs sind vielfältig und nicht ohne weiteres in Übereinstimmung zu bringen (Borgetto 2004). Eng definiert stellt „Selbsthilfe“ Handlungsformen eines Individuums oder eines sozialen Gebildes dar, die dem Zweck dienen, selbst für die Beseitigung einer Mangelerscheinung zu sorgen (Grunow 2006: 1054); in dieser Arbeit ist jedoch ausschließlich von „gesundheitsbezogener Selbsthilfe“ die Rede. Diese bezieht sich auf

[5] Für die Entwicklungsgeschichte der verschiedenen Konzepte des Begriffs siehe Borgetto 2004.

Handlungsformen, die sich auf die Bewältigung gesundheitlicher Probleme und deren Folgen sowie sozialer Probleme beziehen (Borgetto 2004: 14). Der Begriff kann wiederum spezifiziert werden, wenn der soziale Kontext in die Betrachtung miteinbezogen wird. Handlungsformen können demnach in natürlichen sozialen Gebilden (Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis) wie auch in anderen, zum Zweck der Selbsthilfe geschaffenen, Gebilden (Selbsthilfegruppen) stattfinden. Dementsprechend kann Selbsthilfe in „individuelle Selbsthilfe“ und „gemeinschaftliche Selbsthilfe“ unterschieden werden[6]. In Abgrenzung zur Selbsthilfe wird oftmals der Begriff der Fremdhilfe verwendet, um zwischen verschiedenen Akteuren zu unterscheiden und die bezahlte bzw. nicht bezahlte Hilfe von nicht betroffenen Laien[7] oder Fachleuten und Experten zu beschreiben (Borgetto 2004).

In dieser Arbeit wird die Perspektive auf die „gemeinschaftliche gesundheitsbezogene Selbsthilfe“ gerichtet[8].

Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen können durch Merkmale charakterisiert werden, die sich auf formale Aspekte, Aktivitäten und Ziele beziehen.

Formale Aspekte der Selbsthilfegruppen sind Freiwilligkeit des Engagements, die gemeinsame Bewältigung von Krankheit, psychischen oder sozialen Problemen als Betroffene/r oder Angehörige/r, informeller Charakter und die Betroffenheit der Leiter/Leiterinnen.

Ihre Aktivitäten sind in persönlicher Kommunikation (Erfahrungsaustausch, emotionale Unterstützung, Wissenserwerb) und Interessenvertretung zu sehen. Je nach Schwerpunktsetzung kann von einer stärkeren Innen- oder

[6] Diese Einteilung ähnelt denen von Grunow und Trojan. Sie sind jedoch nicht deckungsgleich. (vgl. Grunow 2006: 1053; vgl. Trojan 2003: 324).

[7] Eine Darstellung von Laien, ihrem Potenzial für die Gesundheitsversorgung und ihren Kompetenzen findet sich bspw. bei von dem Knesebeck/Trojan 2007.

[8] In weiterer Folge wird daher unter Selbsthilfe der Bereich der „gemeinschaftlichen gesundheitsbezogenen Selbsthilfe“ verstanden.

Außenorientierung der Gruppe gesprochen werden (Borgetto/von dem Knesebeck 2009: 22).

Die Ziele der Gruppen können nach Reichweite unterschieden werden. Geringe Reichweiten haben bspw. das Ziel der Unterstützung anderer Mitglieder, der Informationsaneignung, des selbstständigen Umgangs mit der Krankheit oder der gemeinsamen Freizeitgestaltung. Gruppen mittlerer Reichweite weisen die Ziele der Einstellungsänderungen bei Betroffenen und im sozialen Umfeld, sowie der Interessenvertretung auf. Ziele großer Reichweite sind die Veränderung von Institutionen und Einstellungsänderungen bei Professionellen. Es kann davon ausgegangen werden, dass Gruppen die Ziele geringer und mittlerer Reichweite in einem höheren Ausmaß erreichen (Borgetto/von dem Knesebeck 2009: 22).

Selbsthilfeorganisationen

Selbsthilfeorganisationen können in Abgrenzung zu Selbsthilfegruppen durch über-regionale Interessenvertretungen, größere Mitgliederzahlen, formalisierte Arbeits- und Verwaltungsabläufe, formelle Strukturen und ausgeprägte Kontakte zum professionellen Versorgungssystem gekennzeichnet werden (Borgetto/von dem Knesebeck 2009: 22). Sie können aus Selbsthilfegruppen hervorgegangen sein – und umgekehrt die Gründung von Selbsthilfegruppen unterstützen (Grunow 2006: 1065). Der Begriff der Selbsthilfezusammenschlüsse wird als Oberbegriff für Selbsthilfe-gruppen und -organisationen verwendet (Grunow 2006).

Im Rahmen dieser Arbeit sollen im Einklang mit dem Großteil der Forschung im deutschsprachigen Raum diese Begriffe zur Anwendung kommen. [9]

Die organisatorische Vielfalt des Bereichs ist durch einen stetigen Wandel zu erklären, der die Reaktionen wichtiger Umwelten, Verarbeitung von Problemlagen und die Verarbeitung von Erfahrungen widerspiegelt. In der Forschung ist die Typisierung von Formen der Selbsthilfe daher zum Teil willkürlich und hängt stark von dem Erkenntnisinteresse der jeweiligen Untersuchung ab (Grunow 2006:

[9] Die begrifflichen Probleme sind jedoch auch mit dieser Bezeichnung nicht gelöst (Forster et al. 2009a). In weitere Folge werden Selbsthilfegruppen als SHG, Selbsthilfeorganisationen als SHO, Selbsthilfezusammenschlüsse als SHZ bezeichnet.

Im Titel der Arbeit wurde der Begriff der PatientInnen- und Angehörigenorganisationen gewählt, um den Anschluss an die österreichische Forschung (insbesondere das PAO-Projekt) sicherzustellen.

1057). Die wachsende Beschäftigung der Wissenschaft mit diesem Feld hat in Kombination mit dessen Heterogenität zu einer Vielfalt an Methoden und Typologien geführt, die ebenfalls Gegenstand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung sind[10]. Borgetto/von dem Knesebeck kritisieren, dass sich die deutsche Forschungslandschaft durch eine starke Fragmentierung auszeichnet (2009: 21).

2.3 Funktionen von Selbsthilfe

Eine wesentliche Unterscheidung kann anhand der Funktionen der Selbsthilfe vorgenommen werden. So kann zwischen Innenorientierung und Außenorientierung und den damit verbundenen Funktionen unterschieden werden. Innenorientierung zeichnet sich durch wechselseitigen Erfahrungsaustausch (Unterstützung innerhalb der Gruppe) aus; Außenorientierung wiederum ist der „Versuch wichtige Umwelten auf Basis kollektiver Erfahrungen und gemeinsamen Handelns zu beeinflussen“ (Forster et al. 2009a: 469). Diese beiden Orientierungen schließen sich jedoch nicht aus (Kelleher 2006). Eine weitere Funktion, die ein wenig von dem Prinzip der Wechselseitigkeit abweicht, ist die der „Beratung Betroffener durch Betroffene“ (individuelle Unterstützung) (siehe bspw. Danner et al. 2009: 7). Dies stellt eine Erweiterung von Leistungen, über den unmittelbaren Mitgliederkreis hinaus, dar (Forster et al. 2009a).

Diese funktionale Dreiteilung ließ sich für Österreich und die Grundgesamtheit, die im Zuge des PAO-Projekts erreicht wurde, empirisch „erstaunlich trennscharf vornehmen und mit plausiblen Unterschieden in den Merkmalsbereichen belegen“ (2009a: 488). Demzufolge werden die drei Funktionen von Selbsthilfe als „wechselseitige Unterstützung“, „komplementäre Dienstleistung durch individuelle Unterstützung“[11] und „kollektive Interessenvertretung“ beschrieben. Ein wichtiges Ergebnis dieser Analyse ist, dass die drei Funktionen nicht exklusiv, sondern aufeinander aufbauend erfüllt werden. Das heißt, dass Gruppen, die „individuelle Unterstützung“ bieten, immer auch „wechselseitige Unterstützung“ durchführen und Gruppen, die Interessenvertretung betreiben, immer auch die anderen zwei Funktionen erfüllen (Forster et al. 2009a). Unterstützung dieses Ergebnis lässt

[10] Siehe Bagott et al. 2005, Epstein 2008

[11] Im Weiteren als „individuelle Unterstützung“ bezeichnet.

sich durch die Darstellung des „Zusammenhangs zwischen Selbsthilfe und Selbsthilfeorganisation“ bei Danner et al. finden (2009: 7).

2.4 Wirkung von Selbsthilfe

Kritisch angemerkt werden muss, dass die „Evidenzbasis“ der Selbsthilfeforschung noch schmal ist (Borgetto 2007). Die Wirkung von Selbsthilfe auf persönlicher Ebene wurde jedoch bereits vielfach Gegenstand der wissenschaftlichen Analyse[12]. Ein Modell gibt folgende primäre Effekte der Teilnahme an SHG an: Verhaltensänderungen, die individuelle persönliche Entwicklung und die Entlastung bzw. Stärkung sozialer Netzwerke (Borgetto 2007: 2).

Von Verhaltensänderungen sind – abhängig von dem spezifischen Problem – direkte Effekte auf die Gesundheit zu erwarten; eine rationalere Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und eine Erhöhung der „Compliance“ kann angenommen werden. In diesem Zusammenhang sind Effizienz- und Effektivitätszunahme der Gesundheitsversorgung zu erwarten. Auf der Ebene der persönlichen Entwicklung gibt es Belege dafür, dass Effekte von Gesprächen in der SHG vergleichbar sind mit jenen der Gruppentherapie. Dementsprechend kann angenommen werden, dass sich psychische Störungen verringern und sich eine subjektive Zunahme von Gesundheit und Lebensqualität einstellt. Die Effekte auf das soziale Netzwerk drücken sich in Stärkung und Entlastung von Partnerbeziehungen, Verbesserung der Beziehungen zu Familienmitgliedern und Freunden und sozialer Aktivierung und Erweiterung des Netzwerks aus (Borgetto 2007).

Die Effekte der nach außen orientierten Funktion (Interessenvertretung) der gemeinschaftlichen Selbsthilfe sind in Beziehung zu ihren Umwelten zu sehen. So können „Probleme, fehlende Kapazitäten oder Qualitätsmängel des professionellen Systems aufgezeigt (…), Forderungen nach mehr oder anderen Behandlungseinrichtungen und -formen und nach vermehrter oder alternativer Forschung erhoben (…) und gegen gesellschaftliche Diskriminierungen durch gezielte öffentliche Meinungsbildung gekämpft“ werden (Forster 2007: 470).

[12] Einen Überblick zum Stand der Forschung geben Borgetto/ von dem Knesebeck 2009

Weiters ist der partizipatorische Aspekt von Interessenvertretung in Form von institutionalisierten Mitsprache- oder Mitentscheidungsmöglichkeiten zu nennen. Diese Entwicklung steckt in den Anfängen (Forster 2007). In diesem Bereich sind vermehrt politische Strategien zu beobachten, die eine verstärkte Beteiligung von Nutzer/Nutzerinnen des professionellen Systems zum Inhalt haben. Diese Strategie der stärkeren Ausrichtung an PatientInnenbedürfnissen soll den vielfältigen Legitimations-, Steuerungs- und Qualitätsproblemen im Gesundheitssystem begegnen. Angemerkt soll an dieser Stelle werden, dass diese Einbindung mit dem Risiko der Überforderung und Instrumentalisierung verbunden sein kann (Forster et al. 2009a: 475).

2.5 Selbsthilfe und ihre Bedeutung für das Versorgungssystem

Die Bedeutung der Selbsthilfe wird je nach Breite des verwendeten Begriffs unterschiedlich eingeschätzt. Die individuelle Selbsthilfe ist die dominierende Selbsthilfeform in der Gesellschaft und ist entsprechend ihrem Umfang und ihrer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung durchaus als vierte[13] Säule der Gesundheitsversorgung zu bezeichnen. Auf die hier näher betrachteten Formen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe trifft dies nicht zu (Grunow 2006: 1074). Die Bezeichnung ist jedoch insofern als akzeptabel zu betrachten, als damit die „seit kurzem wachsende und zukünftig sicher noch größere Bedeutung der Selbsthilfe als neuem Partner in der Entwicklung des Gesundheitswesen angesprochen werden soll“ (Trojan 2006: 101). Ein Konsens darüber, dass gemeinschaftliche Selbsthilfe einen volkswirtschaftlichen Nutzen hat, scheint gegeben. Versuche, die Leistungen von Selbsthilfe ökonomisch zu messen und zu bewerten, existieren, sie werden jedoch zurückhaltend beurteilt[14]. Die Selbsteinschätzung der SHG in Bezug auf die Entlastung der relevanten Umwelten ist positiv (Trojan 2006).

2.6 Umwelten und Beziehungen der Selbsthilfe

Unter Umwelten sind Kooperationspartner des Feldes wie das professionelle System, die Politik und Verwaltung, Wirtschaftsunternehmen (vor allem aus der

[13] Neben der ambulanten sowie der stationären Versorgung und dem öffentlichen Gesundheitsdienst (Grunow 2006).

[14] Einen Überblick geben Engelhart/ Trojan/ Nickel 2009.

Pharmaziebranche) und die Medien zu verstehen. Nicht alle SHG suchen Kontakte. Viele Kontakte bestehen aber deshalb, weil patientenorientierte und effektive Gesundheitsdienste eine Erhöhung der Lebensqualität ihrer Mitglieder bedeuten oder weil sie sich davon positiven Einfluss auf andere Faktoren der Lebensqualität und Unterstützung erhoffen (Forster 2007).

2.7 Unterstützung der Selbsthilfe

Selbsthilfeunterstützung und Selbsthilfeunterstützungsstellen

An dieser Stelle soll der Begriff der Selbsthilfeunterstützung[15] geklärt werden. Diese umfasst die Arbeit unterschiedlicher Einrichtungen und hat einerseits die Beratung und Vermittlung von interessierten Personen (Teilnahme an bzw. Gründung von SHG), andererseits die Beratung und Unterstützung von SHG (bei Öffentlichkeitsarbeit, Lobbying, Durchführung von Veranstaltungen, Vernetzung, Bereitstellung von Mitteln) zum Ziel. (Borgetto 2004: 148). Selbsthilfeunterstützung wird typischerweise von Selbsthilfekontaktstellen oder SHO durchgeführt, kann aber auch als Nebenaufgabe von Stellen wahrgenommen werden, die sich eigentlich anderen Aufgaben widmen. Darunter fallen bspw. Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, kommunale Behörden, Volkshochschulen, Universitäten und andere Versorgungseinrichtungen[16]. (Borgetto 2004: 87ff). In Deutschland existiert seit 1984 eine bundesweite Kontaktstelle[17] zur Anregung und Unterstützung von SHG[18].

Von der Selbsthilfeunterstützung zu unterscheiden sind Unterstützungsleistungen durch andere relevante Umwelten. So fallen bspw. Spenden durch Unternehmen der Wirtschaft, der Vortrag durch einen Arzt/eine Ärztin oder das Überlassen von

[15] Die ARGE Selbsthilfe Österreich (Zusammenschluss österreichischer Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen) gibt ein Handbuch „Fachstandards für die Unterstützung von Selbsthilfegruppen“ für Österreich heraus (http://www.selbsthilfe-oesterreich.at/).

[16] Einrichtungen, die Selbsthilfeunterstützung betreiben, werden in weiterer Folge als SHU bezeichnet.

[17] Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, NAKOS (http://www.nakos.de/).

[18] Zu Entwicklung, Situation und Perspektiven der SHU in Deutschland siehe Geene et al. 2009.

Räumlichkeiten für Treffen nicht unter den Begriff der Selbsthilfeunterstützung, können jedoch trotzdem als Unterstützung bezeichnet werden. Diese Formen der Unterstützung von SHG/SHO sind vielfältig und je nach Unterstützungserbringer verschieden.

Unterstützung durch das professionelle System

Die Ergebnisse einer unter SHG in Hamburg durchgeführten Studie von Trojan zeigen, dass die Unterstützung durch Professionelle positiv gesehen wird. So kommt es häufig zu wechselseitigen Empfehlungen zwischen SHG und Professionellen. Der Bedarf an professionellen Unterstützungsleistungen wird von Trojan jedoch als ungedeckt bezeichnet (2006:98).

Unterstützung durch Pharmaunternehmen

Pharmaunternehmen treten häufig als Unterstützer von SHG/SHO auf. So zeigte sich bei einer Befragung in Irland, dass 47% der befragten SHG/SHO Unterstützung durch Pharmaunternehmen erhielten, wobei die Autorin anmerkt, dass wenig bis keine detaillierten Informationen darüber auf den Websites oder in Publikationen der SHG/SHO zu finden waren (O'Donovan 2007: 717). Das Engagement der Pharmaunternehmen, die dahinterliegenden Interessen und mögliche Konflikte sind Gegenstand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung[19]. Die Motivation der Pharmaunternehmen wird dabei kritisch diskutiert. Herxheimer sieht hier auf der Seite der Pharmaunternehmen folgende Aspekte als wesentlich (2003: 1208):

- Den direkten Kontakt zu potenziellen Kunden.
- Die Verbesserung des eigenen Images als „sozial und verantwortungsvolles" Unternehmen.
- Die Möglichkeit Verbündete für eigene Interessen zu gewinnen und Druck durch Lobbying aufzubauen (bspw. für die Zulassung neuer Medikamente oder Behandlungsformen).

Auf Seiten der SHG/SHO beschreibt er das Interesse mit folgenden Punkten:

[19] Siehe Herxheimer 2003, Lenzer 2003, Medawar/Hardon 2004, Baggott et al. 2004, Ball et al. 2006, O'Donovan 2007 oder auch Jones 2008.

- Erwartung finanzieller Zuwendung von der Finanzierung einzelner Projekte bis zur Basisfinanzierung.
- Information der eigenen Mitglieder über neue Behandlungsformen.
- Einen Partner, um effektiv Lobbying betreiben zu können.

Die Zusammenarbeit kann somit beiden Kooperationspartnern zugutekommen. Ein mögliches Risiko für die SHG/SHO sieht Herxheimer jedoch in einer Vereinnahmung und dadurch einem möglichen Verlust der Glaubwürdigkeit. Er empfiehlt SHG und SHO unter anderem eine umfassende Offenlegung der Unterstützung, die sie durch Pharmaunternehmen erhalten (Herxheimer 2003: 1201). Ball et al. zeigen jedoch, dass es einen Mangel an Offenheit gibt. Als Ergebnis ihrer Untersuchung verschiedener SHG/SHO-Websites (USA, UK, Australien, Kanada und Südafrika), kommen sie zu dem Schluss, dass die untersuchten Websites nicht genügend Informationen für Besucher/Besucherinnen bereitstellen, um mögliche Interessenskonflikte beurteilen zu können (Ball et al. 2006).

2.8 Ressourcen der Selbsthilfe

SHG sind zur Durchführung ihrer Tätigkeit in einem hohen Maß von den Leistungen ihrer Mitglieder abhängig. Diese Leistungen bestehen neben finanziellen Mitteln, Sachleistungen und dem Einbringen eigener Kompetenzen vor allem in der unbezahlten Mitarbeit. Ergebnisse aus Hamburg zeigen, dass der persönliche Aufwand für die Gruppenarbeit beträchtlich ist. So werden durchschnittlich von einem Mitglied einer SHG 18 Stunden pro Monat der Gruppenarbeit gewidmet. In derselben Studie wird die durchschnittliche Ausstattung der SHG mit finanziellen Mitteln pro Jahr mit 2000 Euro angegeben, wobei der Median bei 550 Euro liegt (Trojan 2006).

3 Selbsthilfe in Österreich

Die Ergebnisse des PAO-Projekts[20] ermöglichen erstmals eine sehr umfassende Beschreibung und Analyse des Feldes der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in Österreich. In Vorbereitung des Bundesländervergleiches, der Gegenstand vorliegender Arbeit ist, scheint es notwendig, im nachfolgenden Kapitel 3.1 einen Überblick über einige wichtige Ergebnisse des Forschungsprojektes zu geben.

3.1 Selbstbeschreibung der SHG und SHO

Verbreitung und Gründung

Das PAO-Projekt konnte 1654 Gruppen (20 pro 100.000 Einwohner) identifizieren[21]. Die Hälfte aller SHG und SHO wurden in den letzten zehn Jahren gegründet; ein Viertel besteht bereits 10 bis 20 Jahre, das restliche Viertel mehr als 20 Jahre. In der Frage der Beteiligung von externen Personen oder Institutionen bei der Gründung kommt Fachpersonen – und in den letzten Jahren zunehmend SHU – eine bedeutende Rolle zu (Braunegger-Kallinger et al. 2009a: 18).

Problembereiche

Die SHG und SHO beschäftigen sich mit sehr unterschiedlichen Problemen, die im Zusammenhang mit Erkrankungen entstehen. Als eine geeignete Einteilung der SHG und SHO soll in dieser Arbeit die Kategorisierung von Stremlow et al. zum Einsatz kommen (2004 zit. nach Braunegger-Kallinger et al. 2009a: 10). Diese setzt sich aus den Kategorien „Somatische Krankheiten“, „Psychische Krankheiten“, „Psychosoziale Belastungen“, „Behinderung“, „Sucht“ und „mehrere Problembereiche“ zusammen.

[20] Die Terminologie, die vom Projekt gewählt wurde, unterscheidet in PAG bzw. PAO. Diese Begriffe können unter Akzeptanz einer gewissen Unschärfe als SHG bzw. SHO verstanden werden. In weiterer Folge wird deshalb die Bezeichnung SHG/SHO beibehalten.

[21] Im Vergleich ist die relative Anzahl deutlich geringer als die in Deutschland und ähnlich hoch wie die in der Schweiz.

Braunegger-Kallinger et al. weisen österreichweit folgende Anteile für diese Kategorien aus: 57% der SHG und SHO beschäftigen sich mit „somatischen Krankheiten“, 18% mit „psychischen Krankheiten“, 8% mit „mehreren Problembereichen“, 7% mit „psychosozialen Belastungen“, 5% mit „Behinderung“ und 4% mit „Sucht“ (2009a: 10).

Organisationsgrad, Rechtsstatus und Reichweite

Fasst man Gruppen, die keine Untergruppierungen haben, als SHG und Gruppen, die mehrere Untergruppierungen umfassen bzw. einen Zusammenschluss von Gruppen repräsentieren, als SHO auf, beträgt der Anteil der SHG an den Gruppen in Österreich 83%. Der Anteil der SHO ist dementsprechend 17%. Wird der Organisationsgrad nun mit der Reichweite und dem Rechtsstatus in Zusammenhang gebracht, ergeben sich folgende Verteilungen (siehe Tabelle 1).

Typisierung nach			
Organisationsgrad und Reichweite	%	Organisationsgrad und Rechtsstatus	%
SHG lokal/regional	54	Informelle SHG	42
SHG landesweit	15	Formelle SHG	41
SHG mehrere Länder/ bundesweit	15		
		(formelle) SHO	17
SHO landesweit	7		
SHO mehrere Länder/ bundesweit	10		
	100		100
N=	565		561
Quelle: Braunegger-Kallinger et al. (2009b:12), veränderte Darstellung			

Tabelle 1: Typisierung nach Organisationsgrad, Reichweite und Rechtsstatus

Der Großteil der SHG ist auf lokaler Ebene tätig, die SHO dagegen überregional. Im Gegensatz zu den SHO besitzen SHG häufig keinen Rechtsstatus (informell).
Interessant ist der Zusammenhang zwischen Reichweite und Rechtsstatus. Je höher die Reichweite, desto eher besteht auch ein Rechtsstatus und umgekehrt. Ein weiterer Zusammenhang besteht zwischen Organisationsgrad und Gründungsdatum (je älter, desto höher organisiert). Darin vermuten Braunegger-Kallinger et al. einen Entwicklungsprozess (von informell zu organisiert), und/oder dass Organisationen auf Dauer überlebensfähiger sind (daraus folgt, dass es

weniger bereits lang existierende informelle Gruppen gibt) (2009b:13). Ein weiterer Zusammenhang besteht zwischen dem Ziel der Interessenvertretung und dem Organisationsgrad (81% der SHO geben dieses Ziel an, wohingegen dies nur 50% der SHG mit Rechtsstatus tun) (Braunegger-Kallinger et al. 2009b:13).

Aktivitäten

Das Betätigungsfeld der SHG und SHO wurde anhand von 21 Aktivitäten im Rahmen des PAO-Projektes abgefragt. Diese Aktivitäten wurden dann einer kategorialen Hauptkomponentenanalyse unterzogen und in sechs Faktoren zusammengefasst (Braunegger-Kallinger et al. 2009a: 28).
Die sechs identifizierten Bereiche sind:

- „Wissensaufbau und -verbreitung“
- „individuelle Unterstützung“
- „wechselseitige Unterstützung und gemeinsame Aktivitäten“
- „Online-Aktivitäten“
- „Unterstützung von Gruppen/Organisationen“
- „kollektive Interessensvertretung“.

Für Gesamtösterreich zeigen Braunegger-Kallinger et al, dass den Aktivitätsbereichen „wechselseitige Unterstützung und gemeinsame Aktivitäten“ und „individuelle Unterstützung“, gefolgt von „Wissensaufbau und -verbreitung“, die größte Bedeutung zukommt (2009a: 28).

Wirksamkeit

Unter dem Begriff der Wirksamkeit wurden die befragten Gruppen und Organisationen aufgefordert zu beurteilen, wie wirksam sie die Ergebnisse ihrer Arbeit einschätzen. Die 17 abgefragten Aktivitäten wurden einer Faktorenanalyse unterzogen und vier zentrale Dimensionen der Wirksamkeit identifiziert:

- Verbesserung von „health literacy“ (Wissen über die Krankheit und deren Behandlung)
- Verbesserung der Alltags- und Krankheitsbewältigung
- Förderung autonomen Gesundheitsverhaltens und Verbesserung von Gesundheit

- Durchsetzung von kollektiven Interessen.

Um die Dimensionen vergleichen zu können, wurden für jede Dimension Skalenwerte berechnet. Die SHG/SHO sehen ihre Arbeit besonders in der „Verbesserung der Alltags- und Krankheitsbewältigung“ und „Verbesserung von „health literacy““ als wirksam an. Weniger wirksam wird die eigene Arbeit in der „Förderung autonomen Gesundheitsverhaltens und Verbesserung von Gesundheit“ und am wenigsten bezüglich der Dimension „Durchsetzung von kollektiven Interessen“ eingeschätzt. Braunegger-Kallinger et al. interpretieren dies als eine „überwiegende Innenorientierung“ der österreichischen SHG/SHO (2009a:34).

Ressourcen

Die SHG und SHO in Österreich können sich nur auf wenig finanzielle Mittel stützen. So weisen 81% aller SHG/SHO ein Jahresbudget von weniger als 5000 Euro auf. Das Budget von zwei Drittel aller SHG/SHO beträgt gar weniger als 2000 Euro pro Jahr. So ist verständlich, warum bei der Einschätzung der zur Verfügung gestellten Ressourcen am häufigsten die Ausstattung mit finanziellen Mitteln als nicht ausreichend bezeichnet wird. Die Tätigkeiten der SHG/SHO werden demnach vor allem durch Eigenleistungen ermöglicht. Die vier zentralen Ressourcen sind ehrenamtliche Mitarbeit, Einbringen von Wissen und von Kompetenzen sowie selbst aufgebrachte Sach- und Geldmittel. Die Einschätzung der Ausstattung mit diesen Ressourcen durch die SHG/SHO zeigt, dass diese selbst aufgebrachten Ressourcen viel eher als ausreichend beurteilt werden als externe Ressourcen. Neben der Ausstattung mit finanziellen Mitteln von außen, wird auch die Ausstattung mit Sachmitteln und organisatorischer Unterstützung von außen als nicht ausreichend beschrieben (Braunegger-Kallinger et al. 2009a:36)[22]. Dies gilt jedoch nicht für SHG und SHO im selben Ausmaß, so scheinen alle abgefragten internen wie auch externen Ressourcen für SHO wichtiger zu sein als für SHG. Dies wird mit dem „höheren Umfang und

[22] Eine detaillierte Darstellung der Ressourcen findet sich in Braunegger-Kallinger et al. 2009b: 15ff.

Komplexitätsgrad ihrer Aktivitäten“ begründet (Braunegger-Kallinger et al. 2009b: 16).

Dies lässt den Schluss zu, dass ein großer Anteil (fast drei Viertel) der SHG/SHO in Österreich aus ihrer Sicht keine ausreichende Unterstützung durch relevante Umwelten erfährt und wirft die Frage auf, ob dieser Mangel je nach Bundesland variiert.

3.2 Die „Selbsthilfelandschaft“ in Österreich

Die Beziehungen zwischen den SHG/SHO und den relevanten Umwelten stellen einen zentralen Teil dieser Arbeit dar und werden im folgenden Abschnitt behandelt.

Einem Überblick über die zentralen Strukturen des Feldes soll folgende Abbildung dienen.

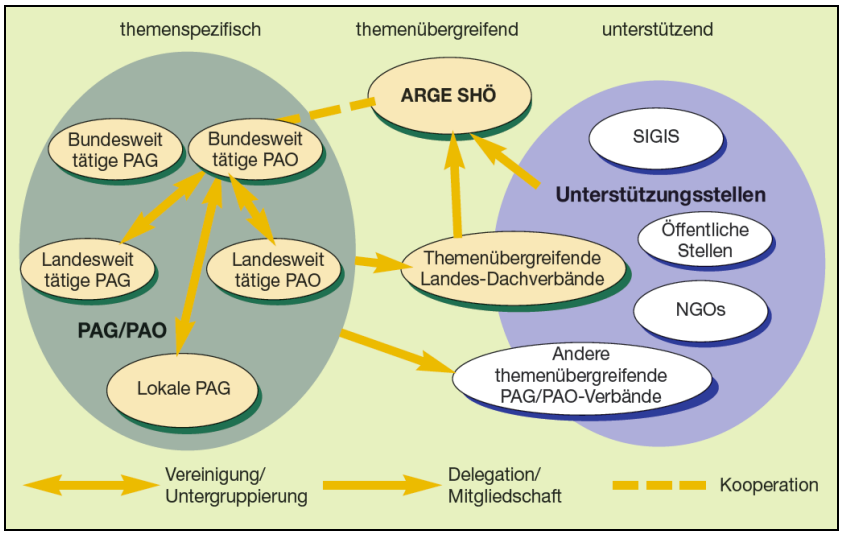

Abbildung 1: Das Feld der Selbsthilfe in Österreich (Quelle: Forster et al. 2009b: 615)[23]

Die Dimensionen der Darstellung beziehen sich einerseits auf die regionale Ebene (bundesweit, landesweit, lokal), auf den Fokus der Themensetzung (themenspezifisch, themenübergreifend[24]) und auf Institutionen, die sich in der

[23] Eine ähnliche Darstellung der Situation in Deutschland lässt sich bei Geene et al. finden (2009: 14).

[24] Themenübergreifend – in Abgrenzung zu themenspezifisch – heißt in diesem Zusammenhang, dass sich diese SHO nicht ausschließlich eines bestimmten Problems oder einer Krankheit annimmt, sondern gemeinsame Interessen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe vertritt.

Unterstützung engagieren oder sich als Interessenvertretung verstehen. Auf der linken Seite der Abbildung werden themenspezifische SHG und SHO auf den unterschiedlichen regionalen Ebenen dargestellt. Rechts werden die, hauptsächlich öffentlich geförderten unterstützenden Institutionen dargestellt. Die einzige Einrichtung, die diesem Kriterium auf Bundesebene entspricht, ist das Projekt „SIGIS“[25]. In der Mitte befinden sich themenübergreifende Institutionen. Auf Bundesebene nimmt die „Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Österreich“ Interessenvertretung wahr.[26] Bestimmend sind in diesem Bereich die Dachverbände auf Landesebene (Forster et al. 2009b).

Die SHG und SHO werden zudem von einer Reihe von Umwelten umgeben, von denen die wichtigsten beschrieben werden sollen. Diese wären das Gesundheitswesen (insbesondere Ärzte/Ärztinnen), Politik und Verwaltung, die Sozialversicherung und die Pharmaindustrie.

Beziehungen zum Gesundheitswesen

Die Bedeutung der Beziehungen zum Gesundheitswesen fällt besonders auf. Besonders zu Ärzten/Ärztinnen werden enge Beziehungen gepflegt. Wobei es sich hier „vor allem um einzelne ‘wohlgesinnte' Fachärzte handelt“ (Forster et al. 2009b: 619). Andere Ärzte/Ärztinnen reagieren aus der Sicht der Gruppen weniger offen und mit Vorbehalten. Ähnlich verhält es sich mit den Beziehungen zu Krankenhäusern. Hier sind es auch oft einzelne engagierte Ärzte/Ärztinnen in Fachabteilungen, zu denen enge Beziehungen bestehen. Die zentralen Inhalte dieser Beziehungen sind der Austausch von Wissen und Information, Qualitätsverbesserungen der professionellen Leistungen, gemeinsame Vertretung von Betroffeneninteressen, die Anerkennung für die Arbeit der Gruppen und Organisationen, sowie die wechselseitige Unterstützung in der jeweiligen Leistungserbringung (Forster et al. 2009b: 619).

Themenübergreifende SHO auf der Ebene der Bundesländer werden in weiterer Folge als Dachverbände bezeichnet.

[25] SIGIS steht für „Service und Information für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen“. Das Projekt wird vom „Fond Gesundes Österreich“ finanziert.
(http://www.fgoe.org/aktivitaeten/selbsthilfe)

[26] In weiterer Folge wird diese als ARGE SHÖ bezeichnet.

Beziehungen zu Politik und Verwaltung

Abhängig vom Organisationsgrad der Gruppen zeigen sich unterschiedliche Beziehungen zu dieser Umwelt. Engere Beziehungen pflegen vor allem jene SHO, die durch ihre Aktivitäten auf Interessenvertretung ausgerichtet sind. Insbesondere die Landesebene spielt hier eine Rolle.

Inhaltlich geht es bei den Beziehungen um Unterstützung (finanziell, infrastrukturell), Anerkennung der geleisteten Arbeit und die Interessenvertretung für einzelne oder alle Betroffene. Im Rahmen des PAO-Projektes wurden auch Interviews mit Vertreter/Vertreterinnen dieser Umwelt geführt und deren Erwartungen abgefragt. Diese sehen die Hauptfunktion der SHG und SHO vor allem in der wechselseitigen Unterstützung. Entwicklungsbedarf wird bezüglich des Engagements in der Gesundheitsförderung, der Entwicklung und Differenzierung neuer Beratungsangebote und teilweise der Professionalisierung von Gruppenvertretern/ Gruppenvertreterinnen gesehen. Für eine formelle Beteiligung der Gruppen an Planungs- und Begutachtungsprozessen wird bessere demokratische Legitimierung, bessere themenspezifische Vernetzung, transparente Abgrenzung zu anderen Stakeholdern (Pharmaindustrie, privaten Anbietern) und Abgrenzung zu Gruppen, die professionell geführt sind, gefordert (Forster et al. 2009b).

Beziehungen zur Sozialversicherung

Ein Drittel der SHG und SHO in Österreich sehen die Sozialversicherung als wichtigen Unterstützer, wobei nur wenige Gruppen enge Beziehungen zu dieser Umwelt pflegen. Die Gruppen nennen als Inhalte dieser Beziehungen Unterstützung (finanziell, infrastrukturell), Verbesserung der Leistungsangebote und Leistungsbewilligungen, wechselseitigen Wissensaustausch und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit. Als Erwartungen an die Sozialversicherung werden mehr Aufmerksamkeit für die Anliegen von Gruppen, die seltene Erkrankungen repräsentieren, systematische finanzielle Unterstützung von (bundesweiten) SHG und SHO, sowie die Mitbestimmung in den Gremien der Sozialversicherung genannt. Von Seiten der Sozialversicherung werden die Funktionen der SHG und SHO – ähnlich wie von Politik und Verwaltung – in der wechselseitigen Unterstützung, aber auch im Austausch von Erfahrungswissen gesehen. Mehr

Engagement erwartet sie sich von den SHG und SHO als Korrektiv der Interessen der Professionellen und der Industrie sowie in der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Aus ihrer Sicht sollten die Gruppen weniger auf Partikularinteressen fokussieren, die Gruppenvertreter/ Gruppenvertreterinnen (die ihre Ansprechpersonen sind) besser qualifizieren und demokratisch legitimieren und eine klare Abgrenzung zu Interessen Dritter (insbesondere der Pharmaindustrie) vornehmen (Forster et al. 2009b).

Beziehungen zur Pharmaindustrie

Wie in den vorangegangenen Teilen beschrieben, sehen andere Stakeholder diese Beziehungen kritisch. Andererseits betonen sowohl Pharma-vertreter/Pharmavertreterinnen als auch manche SHG und SHO den Nutzen und die Legitimität ihrer Kooperationen (z.B. Entwicklung von Behandlungsverfahren). Besonders viele Kooperationen dieser Art sind jedoch nicht zu beobachten und auch hier zeigt sich ein Zusammenhang mit dem Organisationsgrad der SHG und SHO. So pflegen höher organisierte bzw. bundesweit agierende SHG und SHO engere Beziehungen zu dieser Umwelt und sehen sie als Unterstützer an. Ihre Erwartungen an die Pharmaindustrie sind damit einhergehend auf finanzielle Unterstützung gerichtet (wobei hier durchaus ein kritischer Blick in Bezug auf die erwarteten Gegenleistungen existiert). Die Perspektive der Vertreter/ Vertreterinnen der Pharmaindustrie ist wiederum geprägt von der Anerkennung der Leistungen der Gruppen (wechselseitig Unterstützung, Weitergabe von Erfahrungswissen und Entwicklung öffentlichen Verständnisses für seltene Erkrankungen). Forderungen nach Weiterentwicklung der Qualifikation der Vertreter/Vertreterinnen und deren demokratischen Legitimation und in diesem Fall Unabhängigkeit der SHG und SHO von Politik und Sozialversicherung werden ebenfalls artikuliert.

Umwelten und Unterstützung

Von zentralem Interesse ist für die vorliegende Arbeit vor allem die Frage, inwieweit die SHG/SHO Unterstützung durch relevante Umwelten erfahren.

Die Förderlandschaft in Österreich ist insgesamt wenig einheitlich. Es gibt mehrere Förderinstitutionen, die unterschiedliche Förderpolitiken verfolgen. Es sind vor

allem Länder, dann Krankenversicherungsträger und Gemeinden, die diese Funktion erfüllen. Eine nationale Unterstützungsstelle auf Bundesebene ähnlich dem Modell in Deutschland oder eine Form von institutionalisierter finanzieller Unterstützung existieren nicht.

Die öffentliche Unterstützung konzentriert sich hauptsächlich auf die Ebene der Bundesländer in Form von Unterstützungsstellen, welche die Aufgabe der Selbsthilfeunterstützung wahrnehmen. In Österreich wird Selbsthilfeunterstützung daher hauptsächlich auf Landesebene betrieben. In den meisten Bundesländern sind es themenübergreifende Dachverbände, die diese Aufgabe wahrnehmen. Diese Dachverbände sind als gemeinnützige Vereine konstituiert. Die anderen Typen der Selbsthilfeunterstützung in Österreich, die diese Funktion erfüllen, sind entweder weniger umfassende Vereinigungen, andere gemeinnützige Vereine, die Selbsthilfeunterstützung zusätzlich zu anderen Leistungen anbieten oder Selbsthilfekontaktstellen der öffentlichen Hand (öffentliche Verwaltungseinrichtungen). Die Angebote, die am häufigsten genutzt werden, sind Vorträge und Fortbildungen, direkte Unterstützung der laufenden Gruppenarbeit (organisatorisch, rechtlich, inhaltlich), Bereitstellung von Infrastruktur oder die Vernetzung von Gruppen, Betroffenen und anderen Akteuren. Diese Sach- und Dienstleistungen werden in einzelnen Bundesländern durch Vergabe von finanziellen Mitteln an einzelne Gruppen ergänzt (Forster et al 2009b). Die Dauer des Bestehens dieser Unterstützungseinrichtungen ist sehr unterschiedlich. Die nachfolgende Tabelle 2 soll diesen Umstand verdeutlichen.

Wichtige Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen in Österreich und das Jahr ihrer Gründung	
Name der Einrichtung	Jahr der Gründung
Service- und Kontaktstelle der Selbsthilfe Vorarlberg	1980
Medizinisches Selbsthilfezentrum Wien Martha Frühwirt	1987
Selbsthilfe Oberösterreich - Dachverband der Selbsthilfegruppen	1990
Selbsthilfe Kärnten - Dachverband für Selbsthilfeorganisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich, Behindertenverbände bzw. -organisationen	1990
Selbsthilfe Salzburg - Dachverband der Salzburger Selbsthilfegruppen	1992
Selbsthilfe Tirol – Dachverband der Tiroler Selbsthilfevereine und -gruppen im Gesundheitsbereich Tirol	1993
Selbsthilfegruppen-Kontaktstelle der Stadt Wels	1994
Selbsthilfekontaktstelle Steiermark (Trägerverein Sozial- und Begegnungszentren)	1997
Selbsthilfe Niederösterreich - Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen	1997
Selbsthilfe Burgenland - Dachverband für Selbsthilfeorganisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich, Behindertenverbände bzw. –organisationen	2004
SUS Wien - Selbsthilfe-Unterstützungsstelle der Stadt Wien	2005
Quelle: Zentrales Vereinsregister des Bundesministeriums für Inneres, Stadt Wien, unveröffentlichte Zusammenstellung der ARGE SHÖ	

Tabelle 2: Auf Landesebene eingerichtete, umfassende SHU und das Jahr ihrer Gründung[27]

Andere bezüglich der Unterstützung der SHG/SHO bedeutsame Umwelten sind vor allem im Gesundheitswesen (Ärzte/Ärztinnen, Sozialversicherungen, Krankenanstalten), sowie mittels direkter, außerhalb der im Rahmen der Selbsthilfeunterstützung stattfindenden, Zuwendungen der Politik oder der öffentlichen

[27] Nicht berücksichtigt sind kommunale bzw. regionale Angebote. In Wien besteht bereits seit 1987 das Martha-Frühwirt-Zentrum, das auch nach Einrichtung der SUS Wien weiterbesteht und für eine begrenzte Anzahl von Gruppen Räumlichkeiten und Unterstützung anbieten kann.

Verwaltung zu sehen. Braunegger-Kallinger et al. kommen zu dem Ergebnis, dass externe Unterstützung in Österreich im Wesentlichen in drei Formen erfolgt: „(…) durch die öffentliche Hand (und Sozialversicherungsträger) bereit gestellte Unterstützungen in Form von Sach- und Geldleistungen, durch diverse Formen der fachlichen, organisatorischen Unterstützung durch Berufsgruppen (v.a. Ärzte/ Ärztinnen) und Organisationen des Gesundheitssystems, sowie durch Geld- und Sachleistungen von Wirtschaftsunternehmen (v.a. pharmazeutische Industrie)." (2009a:37)

Die Bedeutung der Ebene Bundesländer

Unternimmt man einen Vergleich der Bedingungen für Selbsthilfe zwischen den Bundesländern, bedeutet dies, das Feld unter einem bestimmten Blickwinkel zu betrachten. Die Wahl dieses Blickwinkels soll an dieser Stelle begründet werden.

Für die „Selbsthilfelandschaft" in Österreich ist die Ebene der Bundesländer von besonderer Relevanz. In diesem Teil der Arbeit wird gezeigt, dass Beziehungen zu Umwelten und Beziehungen innerhalb des Feldes vor allem auf Länderebene organisiert sind und damit auch die wesentlichen Unterstützungsstrukturen. Weiters wird argumentiert, dass dieser Umstand mit der Bedeutung der Bundesländerebene für das Gesundheits- und Sozialwesen zu tun hat.

Die Beziehungen zu den relevanten Umwelten sind fast ausschließlich auf der Länderebene zu finden. Diese umfassen die Politik und Verwaltung, die Sozialversicherung, sowie die Ärzte/Ärztinnen und Krankenhäuser. Für alle diese Umwelten „ … spielt durchgängig die Differenz zwischen Bundes- und Landesebene eine große Rolle." (Braunegger-Kallinger et al. 2009b: 9). Zu Politik und Verwaltung bestehen so beispielsweise im Falle der SHG nennenswerte Beziehungen nur auf der lokalen Ebene, während SHO darüber hinaus auf der Landesebene engere Beziehungen und nur in geringem Ausmaß auf der Bundesebene unterhalten (Braunegger-Kallinger et al. 2009b: 30). So stellt die Ebene der Bundesländer für die Beziehungen zu den relevantesten Umwelten der SHG/SHO den wesentlichen Rahmen dar.

Dies kann auch für die Organisation der SHG/SHO selbst angeführt werden. So lässt sich die Organisation auf der Bundesländerebene auch für „themenspezifische“ SHG/SHO beobachten[28]. Die „themenspezifische“ Vernetzung von SHG/SHO ist in Österreich sehr gut: „Die intensive Vernetzung zeigt sich auch darin, dass etwa zwei Drittel Teil eines Zusammenschlusses auf Länderebene und knapp die Hälfte Teil eines Zusammenschlusses auf Bundesebene sind.“ (Braunegger-Kallinger et al. 2010: 177ff.). Daran ist zu erkennen, dass die Länderebene als wesentliche Strukturierungsgröße für die Organisation innerhalb des Feldes in Erscheinung tritt. Auch die „themenübergreifenden“ Dachverbände in Österreich sind auf der Ebene der Bundesländer organisiert. Dies wiederum wirkt sich auf die Selbsthilfeunterstützung aus.

Die Beschaffenheit der Förderstrukturen ist sowohl abhängig von den Umweltbeziehungen (bspw. Politik und Verwaltung, Sozialversicherung) als auch von den Beziehungen innerhalb des Feldes (bspw. „themenübergreifende“ und „themenspezifische“ Dachverbände). Wie bereits dargestellt sind in Österreich im Wesentlichen drei verschiedene Modelle der Selbsthilfeunterstützung gängig (siehe Seite 28) und für alle gilt, dass sie auf der Ebene der Bundesländer zu finden sind. Im Gegensatz dazu sind auf der Ebene des Bundes zurzeit keine und auf kommunaler Ebene nur wenige nennenswerte Einrichtungen vorhanden, die Selbsthilfeunterstützung betreiben: „Während PAG/PAO auf lokaler und Landesebene sowohl durch länderfinanzierte eigene Stellen als auch direkt finanziell durch die Länder unterstützt werden, fehlen auf der Bundesebene vergleichbare Einrichtung(en) und Finanzmittel.“ (Braunegger-Kallinger et al. 2009b: 20ff).

Diese „Bundesländerlastigkeit“ der Förderstrukturen stellt einige SHG/SHO vor Probleme. SHG/SHO, die den Rahmen ihrer Aktivitäten bundesländerübergreifend anlegen, müssen „ … ihre (finanziellen) Mittel aus unterschiedlichen Quellen organisieren und daher nach eigenen Angaben sehr viel Zeit für Fundraising-Aktivitäten aufbringen.“ (Braunegger-Kallinger et al. 2009b: 21).

[28]Das Feld der SHG/SHO kann, wie in Abbildung 1 (Seite 22), in die Bereiche „themenspezifisch“, „themenübergreifend“ und „unterstützend“ gegliedert werden.

Dieser Umstand verdeutlicht, dass die österreichweite Ausrichtung der Aktivitäten von SHG/SHO einerseits mit einem Mehraufwand in der Ressourcen-Beschaffung, andererseits mit relativ geringerer öffentlicher Unterstützung einhergeht. Zieht man in diesem Zusammenhang die Tabelle 1 (Seite 22) weiter oben heran, fallen die niedrigen Anteile der SHG/SHO auf, die ihre Aktivitäten in mehreren Bundesländern oder bundesweit ausrichten.[29]
Diese, auf die Bundesländerebene fokussierte, Förderstruktur scheint daher einen Einfluss auf die Ausrichtung der Reichweite der Aktivitäten der SHG/SHO zu haben.

Wie nun dargelegt, hat die Länderebene für das Feld eine hohe Relevanz; sowohl die Interaktion mit Umwelten außerhalb des Feldes als auch die „themen-übergreifende“ und „themenspezifische“ Vernetzung innerhalb spielen sich intensiv auf dieser Ebene ab. Weiters scheint davon auch die Beschaffenheit der Unterstützungsstrukturen beeinflusst zu sein und führt nur in Ausnahmen zu einer bundesländerübergreifenden Ausrichtung der Aktivitäten von SHG/SHO.

Die Bundesländer als wesentliche Ebene für das Gesundheits- und Sozialwesen

Angesichts der politischen Verfasstheit Österreichs ist dies jedoch kein überraschender Befund. Für Forster et al. ist das starke Hervortreten der Landesebene in den Umweltbeziehungen der SHG/SHO „…zumindest teilweise auf die föderale Struktur der Gesundheitspolitik, des Krankenbehandlungssystems und auch der Selbsthilfeunterstützung in Österreich…“ zurückzuführen (2009b: 619). Schließlich sind die österreichischen Bundesländer eine wesentliche Ebene für das Gesundheits- und Sozialwesen und die Steuerungsorgane der Politik. Hofmarcher/Rack beschreiben das österreichische Gesundheitssystem als „… geprägt durch die föderalistische politische Struktur des Landes, die Delegation von Kompetenzen an die selbstverwalteten Akteure des Sozialversicherungssystems sowie durch akteur-übergreifende Strukturen auf Bundes- und Landesebene, die über Kompetenzen zur kooperativen Planung,

[29] Der Anteil der „SHG mehrere Länder/bundesweit“ beträgt 15%; der Anteil der „SHO mehrere Länder/bundesweit“ beträgt 7% an allen SHG/SHO.

Koordinierung und Finanzierung verfügen.“ (2009:xiii)[30]. Diese „föderalistische politische Struktur“ schlägt sich auch in den Vertragsbeziehungen mit allen Leistungserbringern (bspw. Ärzte/Ärztinnen, Krankenanstalten) nieder, die hauptsächlich dezentral organisiert werden.

Neben den Krankenanstalten liegt auch der Öffentliche Gesundheitsdienst „… in der Kompetenz der Bundesländer, die die meisten Aufgaben an Bezirksverwaltungsbehörden dekonzentrieren oder an Kommunen devolvieren.“ (Hofmarcher/ Rack 2006:xv). Hofmarcher/Rack kommen in ihrer Analyse zu dem Schluss, dass „… die Angebotsstruktur [des Versorgungssystems, d.Verf] durch Ungleichheiten zwischen Bundesländern und städtischen bzw. ländlichen Regionen gekennzeichnet …“ ist (2006:xv).

Es liegt daher nahe, aufgrund der unterschiedlichen historischen Entwicklung der Selbsthilfe in den österreichischen Bundesländern und der föderalen Ausgestaltung des Gesundheits- und Sozialwesens davon auszugehen, dass bundesländer-spezifische Unterschiede in den Bedingungen für die Tätigkeit der Selbsthilfe bestehen.

Im Rahmen des PAO-Projektes konnte jedoch keine intensive Auseinandersetzung mit der Unterschiedlichkeit der Bundesländer stattfinden. Unterschiede nach Bundesländern wurden vor allem in Zusammenhang mit exemplarischen Länderanalysen betrachtet. Ein systematischer Vergleich, insbesondere der quantitativen Daten unter diesem Blickwinkel, stand bisher aus. Diese Arbeit soll hier einen Anfang schaffen und einen Teil dieser Lücke schließen.

[30]Für eine detaillierte Darstellung der Struktur des österreichischen Gesundheits-systems siehe Hofmarcher/Rack 2006: 34.

4 Fragestellungen und Vorgehensweise

4.1 Fragestellungen

An diesem Punkt soll die leitende Forschungsfrage dieser Arbeit formuliert werden:

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den österreichischen Bundesländern sind in Bezug auf die Bedingungen für SHG und SHO festzustellen?

Das Ziel besteht darin, die unterschiedlichen Bedingungen für die Tätigkeit der Selbsthilfe in den Bundesländern zu beschreiben. Dies soll dem Verständnis der Lage der SHG und SHO in Österreich dienen.

Für dieses Ziel sind weitere, spezifische Fragen zu stellen:

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sind zwischen den österreichischen Bundesländern, bezogen auf die Beziehungen zu den unterschiedlichen Umwelten von SHG und SHO, feststellbar?

Diese Frage soll für die folgenden Umwelten beantwortet werden:

- Sozialversicherung
- Krankenhäuser
- Politik und Verwaltung
- Ärzte und Ärztinnen
- Selbsthilfeunterstützung

Die Beantwortung dieser Frage soll eine Beschreibung dessen ermöglichen, in welchen Bundesländern günstige bzw. weniger günstige Beziehungen zu den angeführten Umwelten bestehen, wie sehr sich die Bundesländer in

ihren Beziehungen ähneln bzw. unterscheiden und zu welchen Umwelten die Beziehungen besonders stark zwischen den Bundesländern variieren.

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sind zwischen den österreichischen Bundesländern, bezogen auf die Ressourcen von SHG und SHO, feststellbar?

Diese Frage soll vor allem in Hinblick auf folgende Ressourcen angewandt werden:

Von außen zu Verfügung gestellte Mittel:

- Finanzielle Mittel
- Sachmittel
- Information und Beratung
- Organisatorische Unterstützung

Die Beantwortung dieser Frage soll Angaben dazu ermöglichen, in welchen Bundesländern günstige bzw. weniger günstige Ressourcenlagen bestehen, wie sehr sich die Bundesländer in ihren Ressourcen ähneln bzw. unterscheiden und welche Ressourcen besonders stark zwischen den Bundesländern variieren.

So kann nun folgender Überblick über die zentrale Fragestellung dieser Diplomarbeit gegeben werden:

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den österreichischen Bundesländern sind in Bezug auf die Bedingungen für SHG und SHO festzustellen?

- Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sind zwischen den österreichischen Bundesländern, bezogen auf die Beziehungen zu den Umwelten der SHG und SHO, feststellbar?
- Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sind zwischen den österreichischen Bundesländern, bezogen auf die Ressourcen von SHG und SHO, feststellbar?

4.2 Vorgehensweise

Zur Beantwortung der oben formulierten Fragen wird folgende Vorgehensweise gewählt. Der Datensatz[31] des PAO-Projekts wird einer explorativen, deskriptiven Sekundäranalyse unterzogen. Dafür wird ein untersuchungsleitender Rahmen erstellt, um die Situation der SHG und SHO in den Bundesländern darstellen zu können. Nachfolgend werden die, zur Beantwortung der Fragestellungen benötigten, zentralen Bereiche untersucht.

[31] Die genaue Beschreibung des Datensatzes erfolgt in Abschnitt 5.3.

5 Rahmen und Methode der quantitativen Sekundäranalyse

5.1 Der Untersuchungsrahmen

Dieser dient dazu, einen ordnenden Rahmen zu schaffen, innerhalb dessen die oben formulierten Forschungsfragen untersucht und beantwortet werden können. Insbesondere die Aufzählung der Elemente der Untersuchung und deren Verhältnis zueinander bedürfen einer expliziten Klärung.

Der Rahmen konzentriert sich einerseits auf die unterschiedlichen Umwelten und die Beziehungen zwischen diesen und den SHG/SHO, andererseits auf die Ressourcen der SHG/SHO.

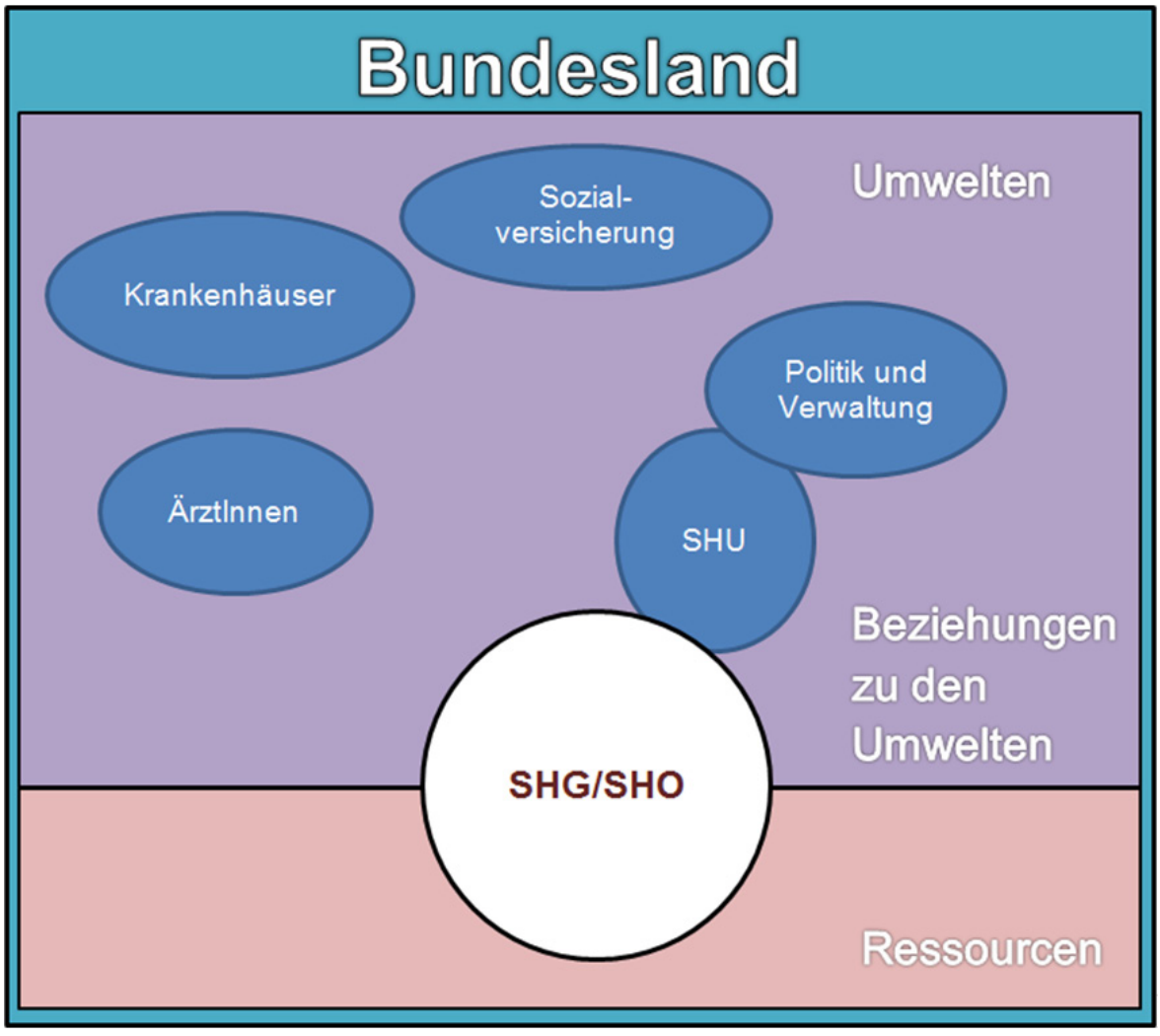

Abbildung 2: Untersuchungsrahmen

Das Bundesland

Das Bundesland, in Abbildung 2 als blaues Rechteck dargestellt, umfasst sowohl die Umwelten, sowie die SHG/SHO und deren Beziehungen zueinander. Eine zu Grunde liegende Annahme ist, dass das Bundesland im Rahmen dieser Untersuchung den SHG und SHO in Form dieser Umwelten, die auf der Ebene des Bundeslandes organisiert sind, gegenübertritt und Einfluss auf die Ressourcen der SHG/SHO hat.

Die SHG/SHO

In Abbildung 2 sind alle SHG/SHO eines Bundeslandes durch einen weißen Kreis repräsentiert. In der Untersuchung wird nicht auf die Lage einzelner Gruppen oder Organisationen, sondern immer auf die durchschnittliche Lage aller SHG/SHO in einem Bundesland eingegangen. Dies ist nötig, um Aussagen über das jeweilige Bundesland machen zu können. Im Untersuchungsrahmen werden sie durch ihre Beziehungen und ihre Ressourcen beschrieben.

Die Umwelten

Diese sind in der Abbildung als blaue Ellipsen repräsentiert. Die Überlappung der Ellipsen der Politik und Verwaltung, der SHG/SHO, sowie der SHU ist beabsichtigt. Sie soll verdeutlichen, dass SHU ihre Arbeit überwiegend mit Landesmitteln finanzieren. Selbsthilfeunterstützung kann aber auch vom Feld selbst betrieben werden (siehe Abschnitt 2.6). Bedenkt man zudem, dass die Kernaufgabe der SHU die Unterstützung der SHG/SHO ist, entsteht hier der unmittelbarste Bezug zwischen Bundesländern und Selbsthilfe.

Die Beziehungen

Die Beziehungen der SHG/SHO zu den Umwelten werden in Abbildung 2 durch den lilafarbenen Bereich repräsentiert. Sie stellen die Verbindung zwischen den SHG/SHO und den Umwelten dar (dieser Bereich grenzt daher sowohl an die Umwelten als auch an die SHG/SHO an). Den Beziehungen liegt die Sicht der SHG/SHO auf die Umwelten zu Grunde. Ihnen kommt innerhalb der Untersuchung

zentrale Bedeutung zu, da die Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen den Bundesländern in der Anzahl, Art und Enge der Beziehungen zu diesen Umwelten ausgedrückt wird[32]. Ebenfalls auf dieser Ebene soll untersucht werden, ob Zusammenhänge zwischen den Beziehungen zu den verschiedenen Umwelten feststellbar sind.

Die Ressourcen

Die Untersuchung der Ressourcen der SHG/SHO soll Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Ausstattung und Zufriedenheit mit den zu Verfügung gestellten Mitteln zwischen den Bundesländern zugänglich machen. Daher wird untersucht, ob mit der Nähe zu und Unterstützung durch einzelne Umwelten Zusammenhänge mit den Ressourcen aller SHG/SHO eines Bundeslandes zustande kommen.

5.2 Untersuchungselemente

Umwelten und Beziehungen

Die Umwelten, die untersucht werden, sind die Politik und Verwaltung, Ärzte/Ärztinnen, Krankenhäuser, die Sozialversicherung und die Selbsthilfeunterstützung (siehe auch Abbildung 2).
Untersucht werden sollen diese Umwelten nach folgenden Kriterien:

- Die Anzahl, Enge und Art der Beziehungen, ebenso die Art und Inhalte der Kontakte.
- Die Unterstützung, die den SHG/SHO durch diese Umwelten zuteil wird. Im Falle der SHU ist aufgrund der Erhebung der Leistungen, die durch die SHU bereitgestellt werden, und deren Inanspruchnahme eine Detailauswertung möglich.
- Die Beteiligung an der Gründung der SHG/SHO.
- Der Einfluss von Akteuren dieser Umwelten auf Entscheidungen der SHG/SHO.

[32] Die Darstellung der Umwelten und damit der Bundesländer erfolgt auf Basis der Wahrnehmungen der befragten SHG/SHO.

- Wirksamkeit der Bemühungen, Verbesserungen in Bezug auf die Umwelten zu erreichen.

Liste der verwendeten Umwelt-Indikatoren		
Umwelt:	Kriterium:	Indikator[33]:
Sozialversicherung	Unterstützung	F30f
	Beziehung	F42d
Krankenhäuser	Unterstützung	F30i
	Beziehung	F42b
	Einfluss	F27e
Ärzte/Ärztinnen	Unterstützung	F30h
	Beziehung	F42a
	Einfluss	F27b
	Zugehörigkeit	F22c
	Gründungsbeteiligung	F17a
Politik und Verwaltung	Unterstützung	F30d
	Beziehung	F45b,g
	Einfluss	F27d
SHU	Unterstützung	F30c
	Beziehung	F38c
	Interessensvertretung	F41a
	Gründungsbeteiligung	F17c
	Inanspruchnahme von Leistungen	F57
	Inanspruchnahme bestimmter Leistungen	F59a,b,c,d,e,f,g,h,i
Allgemein	Wirksamkeit	F14g,l,m,o,q

Tabelle 3: Liste der verwendeten Umwelt-Indikatoren

Wie in der Tabelle dargestellt, können nicht alle Kriterien auf alle Umwelten angewandt werden. Welche dieser Kriterien in die Analyse der jeweiligen Umwelt einbezogen werden konnten, wird am Anfang jeder Analyse deutlich gemacht.

[33] Die Bezeichnungen der Indikatoren entsprechen dem Namen im Datensatz und geben Auskunft über die Nummer des Items im Erhebungsfragebogen (Bsp.: F30f entspricht Frage 30 f des Fragebogens).

Ressourcen

Neben den Umwelten soll ebenfalls Augenmerk auf die Ressourcen der SHG/SHO gelegt werden. Dabei sollen die Unterschiede und Ähnlichkeiten in Bezug auf die Art, das Ausmaß und die Zufriedenheit mit den zur Verfügung gestellten und stehenden Mitteln untersucht werden:

Liste der verwendeten Ressourcen	
Kriterium:	Indikator[34]:
Beurteilung der Ausstattung mit von anderen zur Verfügung gestellten Mitteln und Leistungen	F29c,e,g,i

Tabelle 4: Liste der verwendeten Ressourcen-Indikatoren

5.3 Beschreibung der Daten

Die Daten, die die Grundlage für die Analyse darstellen, entstammen dem Projekt „PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich – Selbsthilfe und Interessenvertretung, Unterstützung und Beteiligungsmöglichkeiten“, das von 01.08.2007 bis 31.05.2009 am Institut für Soziologie der Universität Wien durchgeführt wurde. Sie sind das Ergebnis einer quantitativen Fragebogenerhebung, deren Grundgesamtheit 1550 Gruppen und Organisationen umfasste und zum ersten Mal in Österreich durchgeführt wurde. Die Rücklaufquote betrug 40% (625 Gruppen und Organisationen). Braunegger-Kallinger et al. bewerten diese Rücklaufquote für den Umfang und die Art dieser Erhebung als sehr gut (2009a:7). Eine detaillierte Darstellung der Bundesländer ist in Tabelle 5 zu finden.

[34] Die Bezeichnungen der Indikatoren entsprechen dem Namen im Datensatz und geben Auskunft über die Nummer des Items im Erhebungsfragebogen (Bsp.: F30f entspricht Frage 30 f des Fragebogens).

Beschreibung des Datensatz unter Berücksichtigung der Bundesländer				
	Grundgesamtheit	Gruppen und Organisationen pro 100.000 EinwohnerInnen	Rücklaufquote	Anzahl der Gruppen im Datensatz
Vorarlberg	107	29	23,1%	24
Tirol	124	18	54,8%	68
Kärnten	134	24	42,5%	54
Salzburg	151	29	39,3%	55
OÖ	295	21	43,3%	123
Steiermark	240	20	33,7%	67
NÖ	296	19	43,8%	121
Wien	259	16	36,8%	92
Burgenland	48	17	45,7%	21
Österreich gesamt	1654	20	40,3%	625
Quelle: Braunegger-Kallinger et al. (2009a:7)				

Tabelle 5: Beschreibung des Datensatzes unter Berücksichtigung der Bundesländer

5.4 Methode

Folgend wird die Methode der quantitativen Auswertung beschrieben.

1. Auswahl der Indikatoren:

   Abhängig vom untersuchten Bereich standen verschiedene Indikatoren zur Verfügung. Die Entscheidung, welche der Indikatoren geeignet waren und daher Verwendung fanden, richtete sich nach folgenden Kriterien.

   a. Streuung, Werte der zentralen Tendenz

   In einem ersten Schritt wurden diese Indikatoren univariat ausgewertet und je nach Skalenniveau die entsprechenden Maße für Dispersion und Zentralität untersucht. Da die verwendeten Indikatoren höchstens auf kategorialem Niveau skaliert sind, wurden zur Darstellung der Dispersion der Index qualitativer Variation (IQV)[35] und die Variationsratio (VR)[36] verwendet.[37]

[35] Dieser gibt den Anteil der beobachteten Variation an der möglichen Variation an.

[36] Diese gibt das Ausmaß an, in dem sich die Fälle auf den Modus konzentrieren.

[37] Der maximal erreichbare Wert dieser Maßzahlen ist abhängig von der Anzahl der Kategorien des untersuchten Indikators.

b. Kreuztabellen und Zusammenhangsmaße

Alle Indikatoren wurden in Kreuztabellen dargestellt, um einen Überblick über ihre Verteilung nach Bundesländern zu erlangen. Um festzustellen, ob die zur Auswahl stehenden Indikatoren gleiche Dimensionen messen, wurden die Indikatoren (immer jeweils nach untersuchtem Bereich) auf Zusammenhänge geprüft. Dies geschah je nach Skalenniveau mit den entsprechenden Zusammenhangsmaßen. Für Zusammenhänge zwischen nominalskalierten Indikatoren wurden die Kontingenzkoeffizienten Phi (bei dichotomen Indikatoren) und Cramer's V (bei polytomen Indikatoren) verwendet. Für ordinalskalierte Indikatoren kamen die Rangkorrelations-koeffizienten Kendall's tau-b und tau-c, sowie Gamma zum Einsatz. Für Zusammenhänge zwischen nominal- und ordinalskalierten Indikatoren wurde Eta verwendet. Bis auf dieses Maß gehören alle anderen angeführten Maße zur Gruppe der standardisierten Zusammenhangsmaße. Daher sind ihre Ergebnisse untereinander vergleichbar.

Es wurden dann die Indikatoren mit hoher Streuung ausgewählt. Das Ziel war es, möglichst viele der zur Verfügung stehenden Indikatoren in die Analyse einzubeziehen (und damit möglichst viel der zur Verfügung stehenden Streuung). Indikatoren wurden nur dann ausgelassen, wenn sich aufgrund von niedriger Streuung nur kleinste Unterschiede zwischen den Bundesländern zeigten oder sie durch einen besseren Indikator ersetzt werden konnten. Gleichzeitig sollte jedoch auch auf die gleiche Gewichtung der eingehenden Dimensionen gewahrt werden. So wurde darauf geachtet, dass gleich viele Indikatoren der gemessenen Dimensionen in die Analysen einfließen. Dies führte dazu, dass in manchen Bereichen Indikatoren trotz relativ hoher Streuung nicht aufgenommen wurden (um Überrepräsentanz einer Dimension zu vermeiden), während andere Indikatoren mit relativ niedriger Streuung in die Analyse Eingang fanden (weil kein besserer Indikator aus dieser Dimension zu Verfügung stand).

2. Ähnlichkeitsanalyse

a. Bundesländer als Merkmalsträger

Für den Vergleich der Bundesländer war es notwendig Maßzahlen zu finden, die die Bundesländer beschreiben und anhand derer man sie untereinander vergleichen konnte. Da die verwendeten Daten ausschließlich in Form nicht-metrischer Variablen vorlagen, wurde folgende Vorgehensweise gewählt.

Für jede Indikatorkategorie der verwendeten Indikatoren wurde die relative Häufigkeit ermittelt. Diese relativen Häufigkeiten geben den Anteil an SHG/SHO in einem Bundesland an, die in jede der Indikatorkategorien eines Indikators fallen. Anhand dieser Anteile konnten die Bundesländer je nach Kategorie eines Indikators miteinander verglichen werden.

Dieses Vorgehen hat jedoch den Nachteil, dass diese Anteile aufgrund von unterschiedlichen Fallzahlen der SHG/SHO in den Bundesländern unterschiedlich variieren. So sind bei kleinen Fallzahlen (Vorarlberg, Burgenland) öfter extreme Werte zu beobachten (siehe unten).

b. Bundesländervergleich anhand von „Ähnlichkeitsanalysen“

Um dem Anspruch eines Vergleichs aller Bundesländer gerecht zu werden, wurde ein Verfahren gewählt, das eine quantifizierbare Aussage über die Ähnlichkeit von Bundesländern zulässt. Diesem Zweck entsprechend bot sich die Verwendung von Ähnlichkeitsmaßen (es wurde die euklidische Distanz verwendet) an. Diese berechnen für eine festgelegte Anzahl von Indikatoren zwischen allen Bundesländern einen Wert, der ausdrückt, wie ähnlich sich die Bundesländer in Hinblick auf die verwendeten Indikatoren sind. Das Ergebnis wird in Form einer Ähnlichkeitsmatrix dargestellt (eine Tabelle, in der jedes Bundesland sowohl in einer Zeile sowie einer Spalte repräsentiert wird) und einen Ähnlichkeitswert für jedes Bundesländerpaar enthält.

Hier wirkt sich der oben schon angesprochene Nachteil für Bundesländer mit geringen Fallzahlen aus. Da die Anteile der Indikatorkategorien zur Berechnung von Ähnlichkeitsmaßen herangezogen wurden und diese bei

geringen Fallzahlen im Vergleich weniger variieren können (und dadurch öfters im Vergleich mit den anderen Bundesländer extreme Werte annehmen), führte dies dazu, dass für diese Bundesländer oft über- bzw. unterschätzte Ähnlichkeitswerte errechnet wurden.
Bei der Berechnung dieser Maße musste weiter darauf geachtet werden, dass es möglichst nicht zur Übergewichtung von bestimmten Indikatoren (und damit Dimensionen) kommt. Daher wurden immer gleich viele Kategorien jedes Indikators verwendet und zuvor die Anzahl der Kategorien der Indikatoren durch Rekodierung vereinheitlicht.
Die Ähnlichkeitsmatrix wurde dann für ein weiteres Verfahren eingesetzt. So wurde eine hierarchische Clusteranalyse durchgeführt. Im Rahmen dieser Arbeit wird die Durchführung dieses Schrittes als „Ähnlichkeitsanalyse“ bezeichnet.

i. Identifizierung von Gruppen anhand hierarchischer Clusteranalyse

Die Ähnlichkeitsmatrix kann für eine hierarchische Clusteranalyse verwendet werden. Diese erlaubte– abhängig von der Methode der Ähnlichkeitsermittlung und des Fusionierungsalgorithmus – eine Einteilung der Bundesländer in Gruppen (Cluster) und ermöglichte eine Identifizierung von Ausreißern. Für die Ermittlung von Ausreißern wurde das „single-linkage“-Verfahren eingesetzt. Für die Einteilung der Bundesländer in möglichst homogene Gruppen kam das „Ward“-Verfahren zum Einsatz.
Da die Fallzahlen je nach Indikator im Burgenland und Vorarlberg besonders klein sind und den oben beschriebenen Nachteil in Bezug auf die Berechnung von Ähnlichkeiten in sich birgt, wurden diese zwei Bundesländer öfter als Ausreißer identifiziert.

6 Quantitative Sekundäranalyse

Aufbau der Sekundäranalysen

Der Aufbau der folgenden Analysen soll zum besseren Verständnis erläutert werden.

An den Anfang der Analysen der „Umwelten“ wurden die Indikatoren „Beziehung“ und „Unterstützung“ gestellt, um die österreichweite „Nähe“ der Umwelt zu den SHG/SHO zu beschreiben und damit den Hintergrund, auf Basis dessen die Bundesländer auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht werden.

In Bezug auf die Analyse der „Ressourcen“ wurden die vier Ressourcen-indikatoren verwendet, um diesen Zweck zu erfüllen.

Darauf folgen Streuung sowie Mittelwerte der Indikatoren. Die Streuung kann darüber Auskunft geben, wie bedeutend die Indikatoren für die Identifizierung von Ähnlichkeiten sind. Die Mittelwerte zeigen, auf welchem „Niveau“ diese Ähnlich-keiten untersucht werden.

Der nächste Teil der Analysen stellt die Zusammenhänge der verwendeten Indikatoren dar, um die Dimensionsstruktur des Indikatorensets nachvollziehbar zu machen.

Im Anschluss daran ist die Ähnlichkeitsanalyse zu finden. Diese umfasst eine Darstellung der Anzahl der Cluster und deren Mittelwerte (bzw. zusätzlich den Median) bezüglich aller verwendeten Indikatoren, sowie eine Beschreibung der einzelnen Cluster und etwaiger Ausreißer.

6.1 Umweltbeziehungen

Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen

Die SHU ist in den Bundesländern verschieden organisiert. Drei verschiedene Modelle haben sich herausgebildet. Das gängigste Modell ist jenes, die SHU im Rahmen eines themenübergreifenden Dachverbandes zu organisieren; dieses Modell ist im Burgenland, Kärnten, NÖ, OÖ, Salzburg und Tirol verwirklicht. In der Steiermark und in Vorarlberg existiert ein anderes Modell: hier ist die SHU in gemeinnützigen Vereinen angesiedelt, die zusätzlich zu anderen Leistungen

Selbsthilfeunterstützung anbieten. Das dritte Modell, das sich in Wien entwickelt hat, unterscheidet sich dadurch, dass die SHU von einer öffentlichen Verwaltungseinrichtung finanziert und betrieben wird (siehe auch Seite 28).

Zur Darstellung der bundesländerübergreifenden Relevanz dieser Umwelt werden eingangs die zwei Indikatoren der „Beziehung“ und der „Unterstützung“ dargestellt, um die „Nähe“ des Feldes zu dieser Umwelt zu zeigen und über den gemeinsamen Hintergrund zu informieren, auf Basis dessen Unterschiede zwischen den Bundesländern verglichen werden.

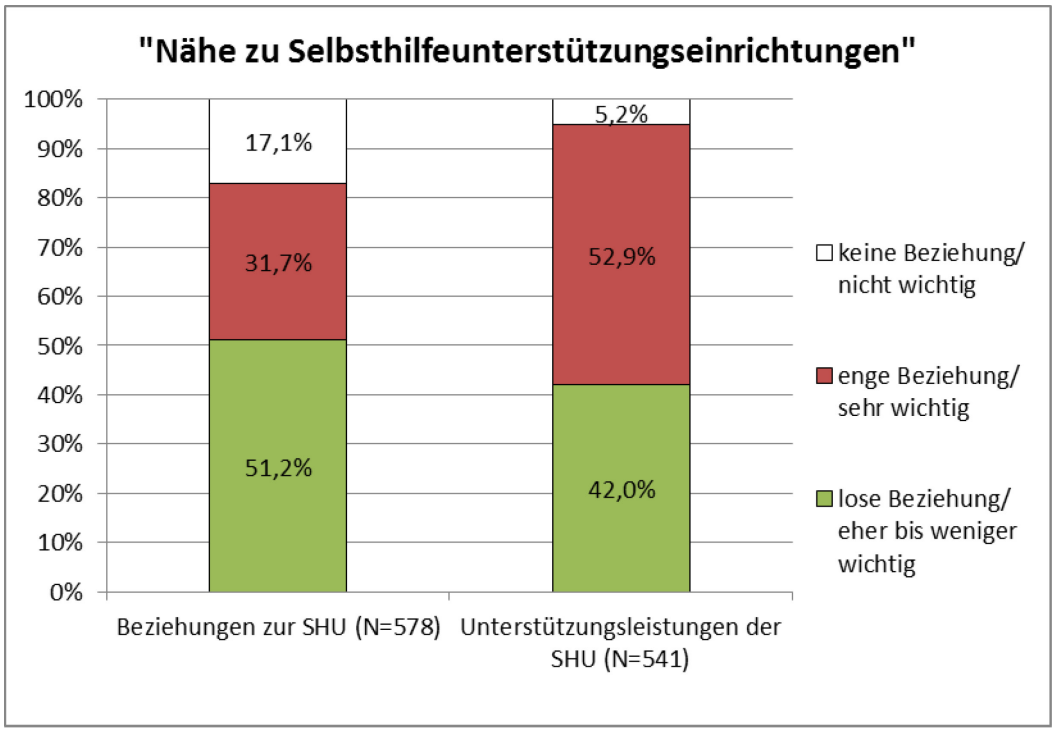

Abbildung 3: "Nähe zu Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen"

Wie der Abbildung zu entnehmen ist, pflegen 83% aller SHG/SHO in Österreich Beziehungen zu einer SHU (nur in Bezug auf die Umwelt „Ärzte/Ärztinnen“ ist dieser Anteil noch größer) und nur 17% geben an „keine Beziehungen“ zu haben (dieser Anteil erreicht nur in Bezug auf die „Ärzte/Ärztinnen“ einen niedrigeren Wert).

Zudem bewerten 53% der SHG/SHO die Unterstützungsleistungen der SHU als „sehr wichtig“. Damit ist dieser Anteil so hoch wie der keiner anderen Umwelt.

Weiters geben überhaupt nur 5% an, diese als „nicht wichtig“ wahrzunehmen (der niedrigste Wert unter den untersuchten Umwelten).
Dies zeigt die große „Nähe“ der SHU zu den SHG/SHO vor allem in ihrer Rolle als unterstützende Umwelt.

Indikatoren[38]

Der Indikator der „Unterstützung“ wurde, nach der Rekodierung aufgrund von geringer Streuung aus der Analyse ausgeschlossen.[39] Die Wahrnehmung der SHU durch die SHG/SHO konnte aber dennoch, aufgrund der Anzahl verfügbarer Indikatoren hinsichtlich dieser Umwelt, mit vier Indikatoren untersucht werden.

1. Zum einen wurde betrachtet, ob Beziehungen zur SHU bestehen,
2. weiters wurde untersucht, wie die SHG/SHO die Interessenvertretung durch die SHU beurteilen, und
3. ob die SHG/SHO Leistungen der SHU in Anspruch nehmen, sowie
4. die Gründungsbeteiligung.

Indikator	Kategorien	Variabilitätsmaße		Mittelwert		N
		IQV	VR			
Gründungsbeteiligung	„trifft zu“, „trifft nicht zu“	17,85	0,34	„trifft zu“	„trifft nicht zu“	608
				33,6%	66,4%	
Inanspruchnahme	„ja“, „nein“	17,80	0,33	„ja“	„nein“	581
				66,6%	33,4%	
Beziehung	„lose bis enge Beziehung“, „keine Beziehung“	13,86	0,22	„lose bis enge Beziehung“	„keine Beziehung“	578
				82,9%	17,1%	
Vertretung	„eher gut bis sehr gut“, „schlecht“	11,34	0,17	„eher gut bis sehr gut“	„schlecht“	318
				77,7%	22,3%	

Tabelle 6: SHU, Indikatoren

[38] Die Tabellen dieses Abschnittes befinden sich auf Seite 109.

[39] Eine Tabelle, welcher die Streuung der ausgeschlossenen Indikatoren zu entnehmen ist, befindet sich im Anhang (siehe Seite 125).

Die Indikatoren streuen weniger stark als Indikatoren anderer Umwelten. Die „Beteiligung von SHU an der Gründung“ von SHG/SHO zeigt, gemeinsam mit der „Inanspruchnahme von Leistungen“, die höchste Streuung. In diesem Zusammenhang muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede bezüglich der Dauer des Bestandes der SHU bestehen (siehe Seite 28). In Bundesländern, in denen diese später gegründet wurden, existieren verständlicherweise mehr SHG/SHO, die ohne Unterstützung der SHU gegründet wurden, als in Bundesländern, in denen die SHU eine längere Bestandsdauer aufweist. Die Indikatoren „Beziehungen“ und „Wahrnehmung der Interessenvertretung durch die SHU“ variieren schwächer als die anderen beiden Indikatoren.

Zusammenhänge zwischen den verwendeten Indikatoren

Zusammenhang zwischen	
Inanspruchnahme von Leistungen der SHU und Beziehungen zur SHU	
Eta	0,442
Gründungsbeteiligung der SHU und Beziehungen zu SHU	
Eta	0,306
Beziehungen zur SHU und Vertretung durch themenübergreifende Dachverbände	
Kendall's tau-b	0,371
Kendall's tau-c	0,330
Gamma	0,583

Tabelle 7: SHU, Zusammenhänge

Zwischen den Indikatoren bestehen erwähnenswerte Zusammenhänge. So besteht ein Zusammenhang zwischen den Indikatoren „Gründungsbeteiligung“ und „Beziehungen“ zur SHU. Es kann also davon ausgegangen werden, dass mit der „Gründungbeteiligung“ ein gewisses Naheverhältnis zwischen SHG/SHO und SHU einhergeht. Ebenso zeigt sich, dass die „Inanspruchnahme von Leistungen“ und die „Beziehung“ in einem Zusammenhang stehen. Zusätzlich drückt sich die Enge der „Beziehung“ zu SHU in einer besseren Beurteilung der „Interessenvertretung durch die SHU“ aus und umgekehrt.

Indikator	Kategorien	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3	Ausreißer 1
		Mittelwert (%)	Median (%)	Mittelwert (%)	Median (%)	Mittelwert und Median(%)	Anteil (%)
Gründungsbeteiligung	„trifft zu“	48,19	48,08	33,14	30,77	24,58	11,11
	„trifft nicht zu“	51,81	51,92	66,86	69,23	75,42	88,89
Inanspruchnahme	„ja“	81,84	82,81	59,96	59,46	34,59	72,50
	„nein“	18,16	17,19	40,04	40,54	65,41	27,50
Beziehung	„lose bis enge Beziehung“	89,96	89,80	81,27	80,00	62,88	80,00
	„keine Beziehung“	10,04	10,20	18,73	20,00	37,12	20,00
Vertretung	„eher gut bis sehr gut“	85,05	83,78	75,69	77,36	84,66	60,98
	„schlecht“	14,95	16,22	24,31	22,64	15,34	39,02

Einige Werte dieser Tabelle sind Mittelwerte und Mediane. Aufgrund dieses Umstandes und Rundungsfehlern können die Gesamtsummen der Anteile von 100 Prozentpunkten abweichen.

Tabelle 8: Überblick über die Clusterlösung der SHU

Cluster 1: Tirol, Kärnten, Salzburg – „hoher Anteil an Beziehungen, Gründungsbeteiligung und Inanspruchnahme von Leistungen, sehr positive Beurteilung der Interessenvertretung“

Die „Gründungsbeteiligung“ der SHU in diesen drei Bundesländern ist besonders hoch (Mw. und Median: 48%). Dies drückt sich auch in einer großen Anzahl an „Beziehungen“ zur SHU aus (Mw.: 85%, Median: 84%). Ebenfalls ausgeprägt ist die „Inanspruchnahme von Leistungen“. 82% der SHG/SHO (Median: 83%) der Bundesländer dieses Clusters nehmen Leistungen in Anspruch. Weiters beurteilen sie häufig die „Vertretung ihrer Interessen durch die SHU“ als „eher gut bis sehr gut“ (Mw.: 85%, Median: 84%).

Cluster 2: OÖ, NÖ, Steiermark – „mittlerer Anteil an Beziehungen, Gründungsbeteiligung und Inanspruchnahme von Leistungen, mittlere Beurteilung der Interessenvertretung“

Durchschnittlich war bei einem Drittel der SHG/SHO der Bundesländer dieses Clusters eine SHU an der Gründung beteiligt (Mw.: 33%, Median: 31%). Der Anteil an SHG/SHO dieses Clusters, die „Beziehungen“ zur SHU pflegen, ist durchschnittlich (Mw.: 81%, Median: 80%). Die „Inanspruchnahme von Leistungen“ ist weniger häufig als im Mittel (Mw. und Median: 60%). Im Durchschnitt beurteilen die SHG/SHO dieses Clusters die „Interessenvertretung“ häufig als „eher gut bis sehr gut“ (Mw.: 76%, Median: 77%).

Cluster 3: Burgenland, Vorarlberg – „geringer Anteil an Beziehungen, Gründungsbeteiligung und Inanspruchnahme, sehr positive Beurteilung der Interessenvertretung“

Die „Gründungsbeteiligung“ in diesem Cluster ist vergleichsweise niedrig (Mw. und Median: 25%). „Beziehungen“ zur SHU sind ebenfalls weniger häufig (Mw. und Median: 63%). Weiters ist die „Inanspruchnahme von Leistungen“ weniger ausgeprägt (Mw. und Median: 35%). Immerhin beurteilen 85% (Mw. und Median) der SHG/SHO in beiden Bundesländern ihre Interessenvertretung durch die SHU als „eher gut bis sehr gut“.

Ausreißer 1: Wien – „mittlerer Anteil an Beziehungen, sehr geringe Gründungsbeteiligung, hoher Anteil an Inanspruchnahme von Leistungen, weniger positive Beurteilung der Interessenvertretung“

Es ist eine sehr niedrige „Gründungsbeteiligung“ zu konstatieren; diese liegt weit unter den Anteilen der anderen 3 Cluster (11%) und hat, wie oben bereits erwähnt, mit der kürzeren Bestandsdauer der SHU zu tun. Trotzdem besteht eine große Anzahl an „Beziehungen“ zu den SHU (80%) und die „Inanspruchnahme von Leistungen“ ist überdurchschnittlich ausgeprägt (73%). Die SHG/SHO beurteilen die „Interessenvertretung“ jedoch vergleichsweise weniger häufig als „eher gut bis sehr gut“ als in den restlichen Bundesländern (61%). Eine Erklärung könnte im Selbsthilfeunterstützungsmodell Wiens liegen, in dem die SHU von einer öffentlichen Verwaltungseinrichtung betrieben wird.

Zusammenfassung:

Die SHU sind neben den „Ärzten/Ärztinnen“ die relevanteste Umwelt für die SHG/SHO in Österreich. Diese Relevanz ist jedoch bei Betrachtung nach Bundesländern nicht überall gleich groß. Von sehr großer Bedeutung sind die SHU ohne Zweifel in den Ländern des Cluster 1; hier scheinen die SHU sowohl bei der Gründung von Gruppen, als auch in der Bereitstellung von Leistungen sehr aktiv zu sein. Eine geringere Rolle scheint die SHU in den Clustern 2 und 3 zu spielen. In Wien hat die SHU vor allem als Erbringerin von Leistungen, jedoch nicht in der Interessenvertretung eine gewisse Bedeutung.

Inanspruchnahme von Leistungen der Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen

Selbsthilfeunterstützung kann eine Vielzahl von Leistungen umfassen. Diese reichen von der Unterstützung von Gruppen bei der Gründung, über finanzielle Zuwendungen und Unterstützung in der täglichen Arbeit bis hin zur Vermittlung und Herstellung von Kontakten. Der Datensatz erlaubt in diesem Bereich eine vertiefende Auswertung dieser Leistungen. In weiterer Folge werden die in dieser Arbeit untersuchten Leistungen der SHU aufgezählt und das Ausmaß ihrer Inanspruchnahme durch die SHG/SHO zwischen den Bundesländern verglichen. Das Ergebnis soll Schlüsse darüber zulassen, wie einheitlich bzw. unterschiedlich die Versorgung mit bestimmten Selbsthilfeunterstützungsleistungen zwischen den Bundesländern ausgestaltet ist. Dabei werden nur diejenigen SHG/SHO berücksichtigt, die zumindest auf die einleitende Frage des betreffenden Abschnittes im Fragebogen antworteten. Eingangs soll daher zum besseren Verständnis der allgemeinen Inanspruchnahme von Leistungen der SHU in den Bundesländern dieser Indikator dargestellt werden (siehe Abbildung 4).

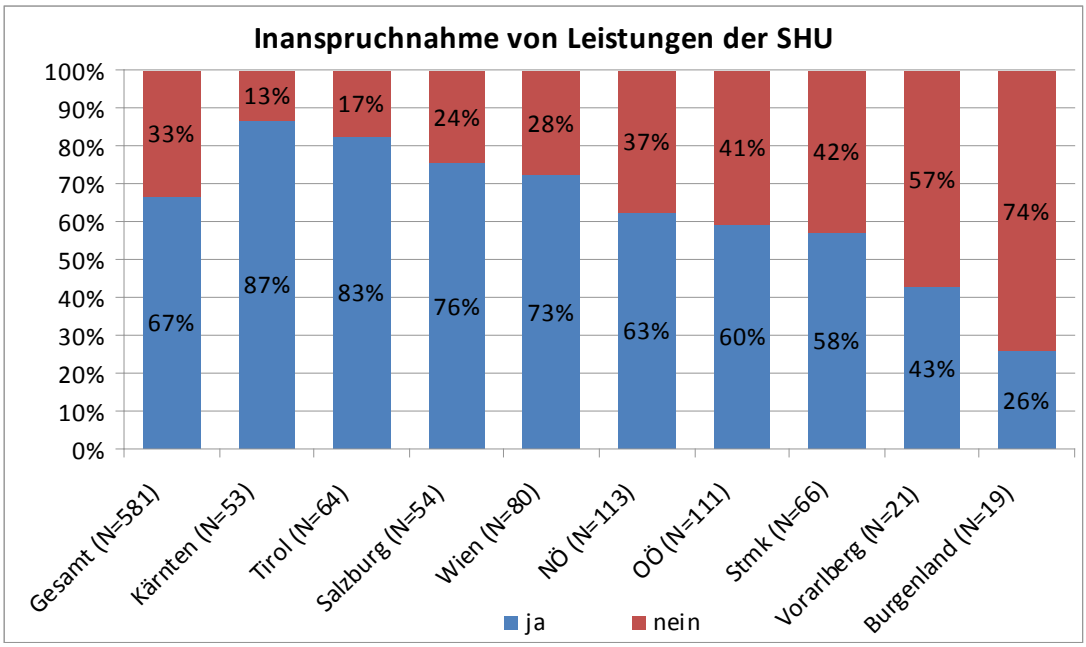

Abbildung 4: „Inanspruchnahme von Leistungen der SHU“

Wie zu sehen ist, gaben 581 SHG/SHO auf diese Frage eine Antwort. Diese 581 Gruppen gehen in die Detailanalyse der SHU-Leistungen ein. Das Niveau der Inanspruchnahme variiert deutlich zwischen den Bundesländern. So scheint dieses vor allem in Kärnten, Tirol, Salzburg und Wien höher zu sein, während es im Burgenland und Vorarlberg im Vergleich sehr niedrig ist. In den restlichen Bundesländern antwortete immerhin noch jede zweite SHG/SHO positiv auf diese Frage, das gemeinsame Durchschnittsniveau erreichen diese Bundesländer jedoch nicht. Auf Basis dieses Hintergrundes findet der Vergleich der Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen statt.

Indikatoren[40]

Folgende Leistungen der SHU konnten für die Analyse der Inanspruchnahme herangezogen werden (und damit alle verfügbaren Indikatoren):

1. Vernetzung (mit anderen SHG/SHO, Fachpersonen, Institutionen)
2. Vermittlung neuer Interessenten/Interessentinnen
3. Unterstützung bei der Gruppengründung (und laufender Gruppenarbeit)
4. Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen
5. Vorträge oder Fortbildungsveranstaltungen

[40] Die Tabellen dieses Abschnittes befinden sich auf Seite 111.

6. Raumnutzung oder -vermittlung (sowie Computer- und Internetnutzung)
7. Finanzielle Unterstützung
8. Unterstützung bei Öffentlichkeitsarbeit (Herstellung von Info-Material und Abhaltung von Veranstaltungen)
9. Interessenvertretung

Indikator	Kategorien	Variabilitätsmaße		Mittelwerte		N
		IQV	VR	„ja“	„nein“	
Vorträge oder Fortbildungsveranstaltungen	„ja“, „nein“	20,00	0,50	49,6%	50,4%	581
Vernetzung	„ja“, „nein“	19,49	0,42	42,0%	58,0%	581
Unterstützung bei Öffentlichkeitsarbeit	„ja“, „nein“	19,19	0,40	39,9%	60,1%	581
Unterstützung bei der Gruppengründung	„ja“, „nein“	19,16	0,40	39,8%	60,2%	581
Vermittlung neuer Interessenten/ Interessentinnen	„ja“, „nein“	18,39	0,36	35,8%	64,2%	581
Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen	„ja“, „nein“	17,97	0,34	34,1%	65,9%	581
Raumnutzung oder -vermittlung	„ja“, „nein“	17,00	0,31	30,6%	69,4%	581
Interessenvertretung	„ja“, „nein“	16,21	0,28	28,2%	71,8%	581
Finanzielle Unterstützung	„ja“, „nein“	14,70	0,24	24,3%	75,7%	581

Tabelle 9: Inanspruchnahme von Leistungen der SHU, Indikatoren

Die höchste durchschnittliche Inanspruchnahme ist in den Indikatoren der „Vorträge oder Fortbildungsveranstaltungen“, „Vernetzung“, „Unterstützung bei Öffentlichkeitsarbeit“, und der „Unterstützung bei der Gruppengründung“ zu beobachten. Es sind auch diese Indikatoren, die die höchste Streuung aufweisen. Es ist daher davon auszugehen, dass diese Leistungen zwar auf einem relativ hohen „Niveau“, aber im Vergleich der Bundesländer unterschiedlich, in Anspruch genommen werden.

Auf einem etwas niedrigerem „Niveau“ der Inanspruchnahme bewegen sich die Indikatoren der „Vermittlung neuer Interessenten/Interessentinnen“, der

„Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen“, der „Raumnutzung oder -vermittlung“ sowie der „Interessenvertretung“. Diese weisen im Vergleich eine geringere Streuung auf. Die niedrigste durchschnittliche Inanspruchnahme und geringere Streuung weist der Indikator der „finanziellen Unterstützung“ auf.

Zusammenhänge zwischen den verwendeten Indikatoren

Zusammenhang zwischen	
Unterstützung bei der Gruppengründung und der Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen	
Phi	0,494
Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen und Interessenvertretung	
Phi	0,397
Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen und Vorträgen oder Fortbildungsveranstaltungen	
Phi	0,356

Tabelle 10: Inanspruchnahme von Leistungen der SHU, Zusammenhänge

Bemerkenswerte Zusammenhänge sind zwischen einigen der Indikatoren gegeben; der stärkste ist zwischen der „Unterstützung bei der Gruppengründung“ und der „Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen“ zu beobachten. Dies ist vermutlich auch auf die ähnliche inhaltliche Formulierung dieser Indikatoren zurückzuführen, kann jedoch auch ein Indiz dafür sein, dass SHG/SHO, die schon bei ihrer Gründung auf die Unterstützung durch SHU zurückgreifen konnten, diese in anderen Fragen ebenfalls in Anspruch nehmen.

Weitere Zusammenhänge bestehen auch zwischen der „Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen“ und der „Interessenvertretung“, sowie „Vorträgen oder Fortbildungsveranstaltungen“. So nehmen SHG/SHO, welche die erste der genannten Leistungen in Anspruch nehmen, oftmals auch die anderen zwei Leistungen in Anspruch. Gerade der erste Zusammenhang deutet hier ebenfalls wieder auf den Umstand hin, dass

„Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen“ eine zentrale Leistung ist.

Ähnlichkeitsanalyse der Inanspruchnahme der SHU-Leistungen

Tabelle 11: Überblick über die Clusterlösung der SHU-Leistungen

Indikator	Kategorien	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3	Ausreißer 1
		Mittelwert (%)	Median (%)	Mittelwert (%)	Median (%)	Mittelwert und Median (%)	Anteil (%)
Vorträge oder Fortbildungs-veranstaltungen	„ja“	69,1	68,5	43,8	43,9	17,4	43,8
	„nein“	30,9	31,5	56,2	56,1	82,6	56,3
Vernetzung	„ja“	52,8	51,9	39,3	43,9	24,8	38,8
	„nein“	47,2	48,1	60,7	56,1	75,2	61,3
Unterstützung bei Öffentlichkeitsarbeit	„ja“	60,8	60,4	36,7	34,8	22,2	16,3
	„nein“	39,2	39,6	63,3	65,2	77,8	83,8
Unterstützung bei der Gruppengründung	„ja“	62,2	60,4	31,2	33,3	22,4	27,5
	„nein“	37,8	39,6	68,8	66,7	77,6	72,5
Vermittlung neuer Interessenten/ Interessentinnen	„ja“	49,2	45,3	31,5	26,5	29,8	21,3
	„nein“	50,8	54,7	68,5	73,5	70,2	78,8
Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen	„ja“	57,5	56,6	27,4	27,0	14,8	20,0
	„nein“	42,5	43,4	72,6	73,0	85,2	80,0
Raumnutzung oder -vermittlung	„ja“	49,4	50,0	23,4	24,3	26,9	18,8
	„nein“	50,6	50,0	76,6	75,7	73,1	81,3
Interessenvertretung	„ja“	46,5	50,0	22,7	23,9	15,0	16,3
	„nein“	53,5	50,0	77,3	76,1	85,0	83,8
Finanzielle Unterstützung	„ja“	42,7	50,9	8,7	9,0	7,6	53,8
	„nein“	57,3	49,1	91,3	91,0	92,4	46,3

Einige Werte dieser Tabelle sind Mittelwerte und Mediane. Aufgrund dieses Umstandes und Rundungsfehlern können die Gesamtsummen der Anteile von 100 Prozentpunkten abweichen.

Cluster 1: Salzburg, Kärnten, Tirol – „überdurchschnittliche Inanspruchnahme aller Leistungen“

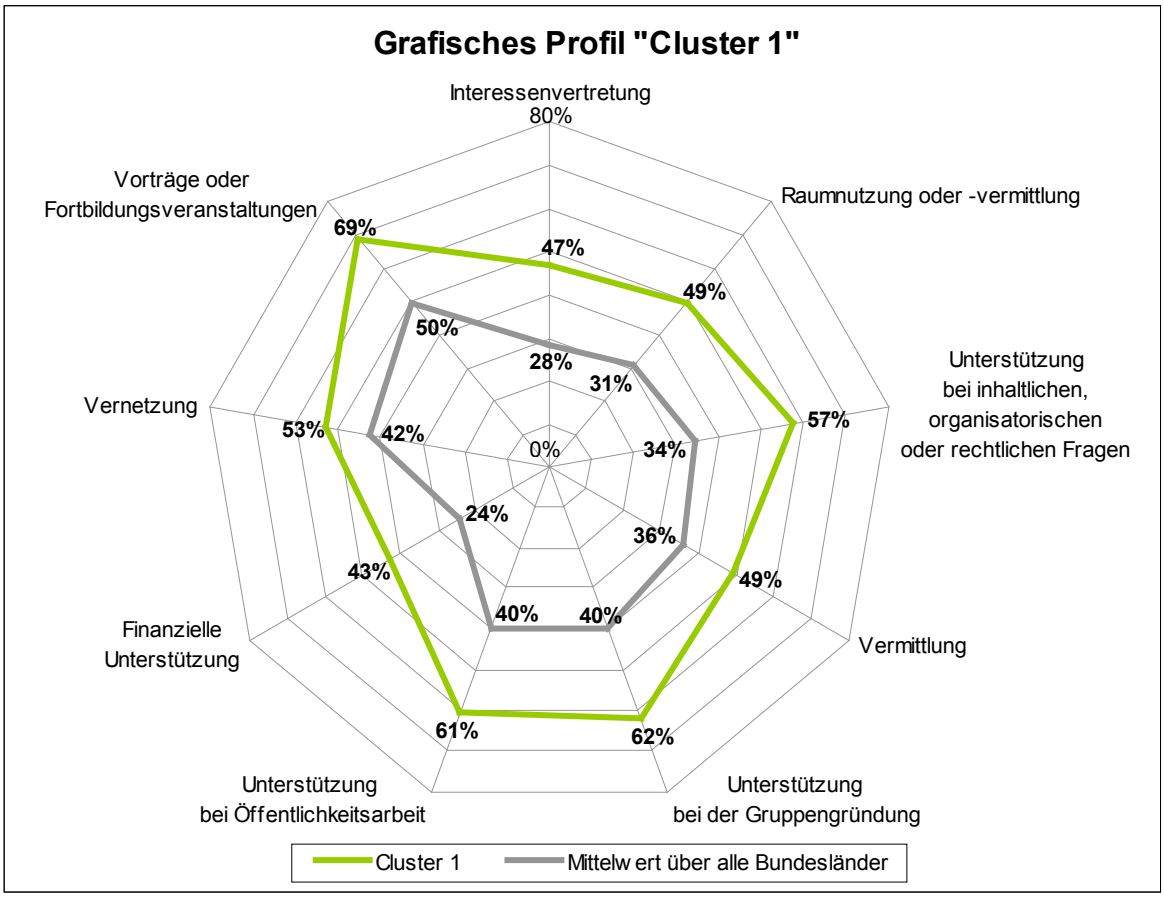

Abbildung 5: "Grafisches Profil: Cluster 1"

Im Vergleich zu den anderen Clustern zeichnet sich dieser durch überdurchschnittliche Inanspruchnahme aller SHU-Leistungen aus. Die größten Unterschiede zu den anderen Clustern (und dem Ausreißer) sind in der „finanziellen Unterstützung“ (Mw.: 43% Median: 51%), der „Unterstützung bei der Gruppengründung“ (Mw.: 62%, Median: 60%), der „Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen“ (Mw.: 58%, Median: 57%), der „Raumnutzung oder -vermittlung“ (Mw.: 49%, Median: 50%) und in „Vorträgen oder Fortbildungsveranstaltungen“ (Mw.: 69%, Median: 69%) zu sehen. Ähnlichkeiten zu den anderen Clustern (sowie dem Ausreißer) sind am ehesten in der Inanspruchnahme der „Vernetzung“ (Mw.: 53%, Median: 69%) und der „Vermittlung neuer Interessenten/Interessentinnen“ (Mw.: 49%, Median: 45%) auszumachen.

Cluster 3: OÖ, NÖ und Steiermark – „leicht unterdurchschnittliche Inanspruchnahme in fast allen Bereichen“

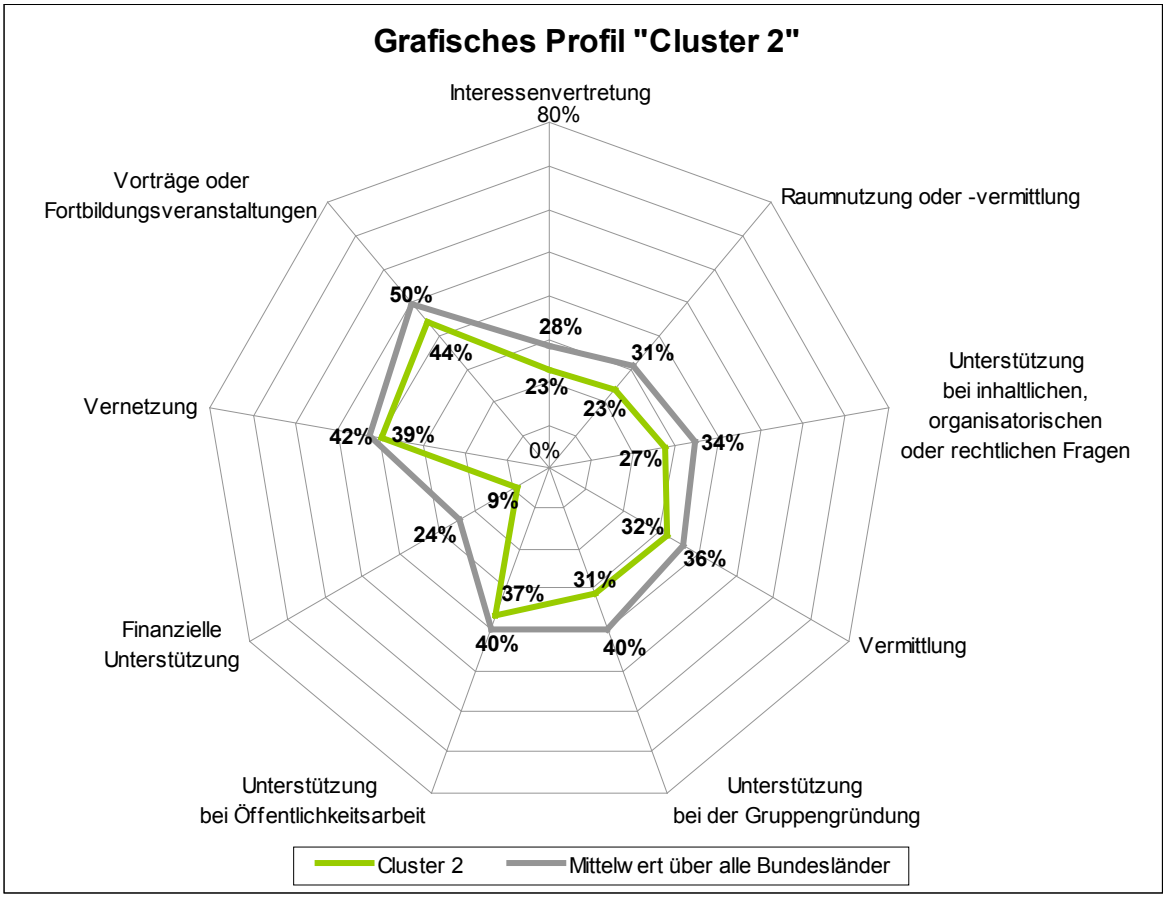

Abbildung 6: "Grafisches Profil: Cluster 2"

NÖ, OÖ und der Steiermark zeichnen sich durch eine leicht unterdurchschnittliche Inanspruchnahme fast aller Leistungen aus. So im Vergleich mit den anderen Clustern in der „Unterstützung bei der Gruppengründung“ (Mw.: 31%, Median: 33%), der „Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen“ (Mw.: 27%, Median: 27%) und der „Raumnutzung oder -vermittlung“ (Mw.: 23%, Median: 24%). Deutlich unterdurchschnittlich hingegen ist die Inanspruchnahme der „finanziellen Unterstützung“ (Mw.: 9%, Median: 9%).

Cluster 3: Vorarlberg, Burgenland – „unterdurchschnittliche Inanspruchnahme aller SHU-Leistungen“

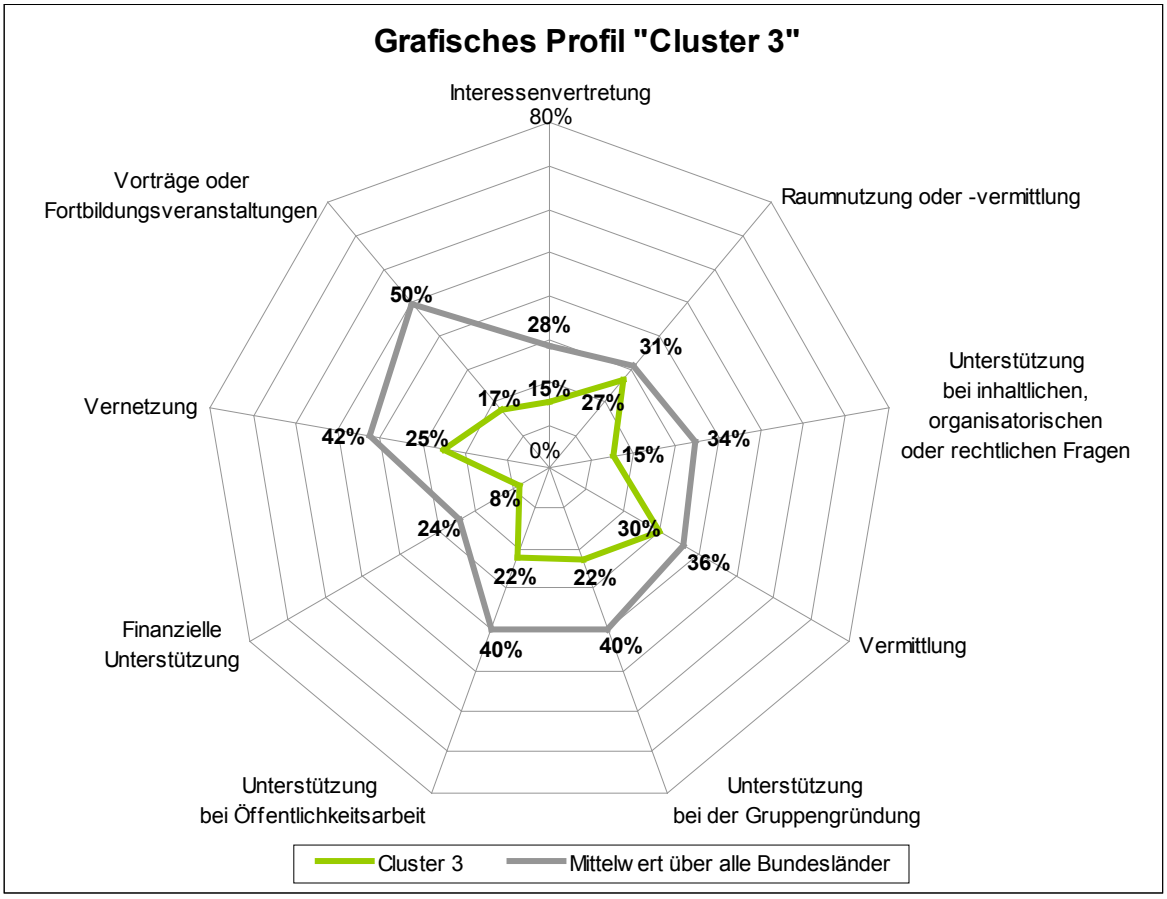

Abbildung 7: "Grafisches Profil: Cluster 3"

Charakteristisch für diesen Cluster ist die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme der Leistungen der „Vorträge oder Fortbildungsveranstaltungen“ (Mw. und Median: 17%), der „Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen“ (Mw. und Median: 15%), der „Unterstützung bei der Gruppengründung“ (Mw. und Median: 22%) und der „Unterstützung bei Öffentlichkeitsarbeit“ (Mw. und Median: 22%). Die geringsten Unterschiede zum Durchschnitt sind am ehesten in der „Raumnutzung oder -vermittlung“ (Mw. und Median: 27%) sowie der „Vermittlung neuer Interessenten/Interessentinnen“ (Mw. und Median: 30%) zu erkennen.

Ausreißer 1: Wien – „unterdurchschnittliche Inanspruchnahme bis auf finanzielle Unterstützung“

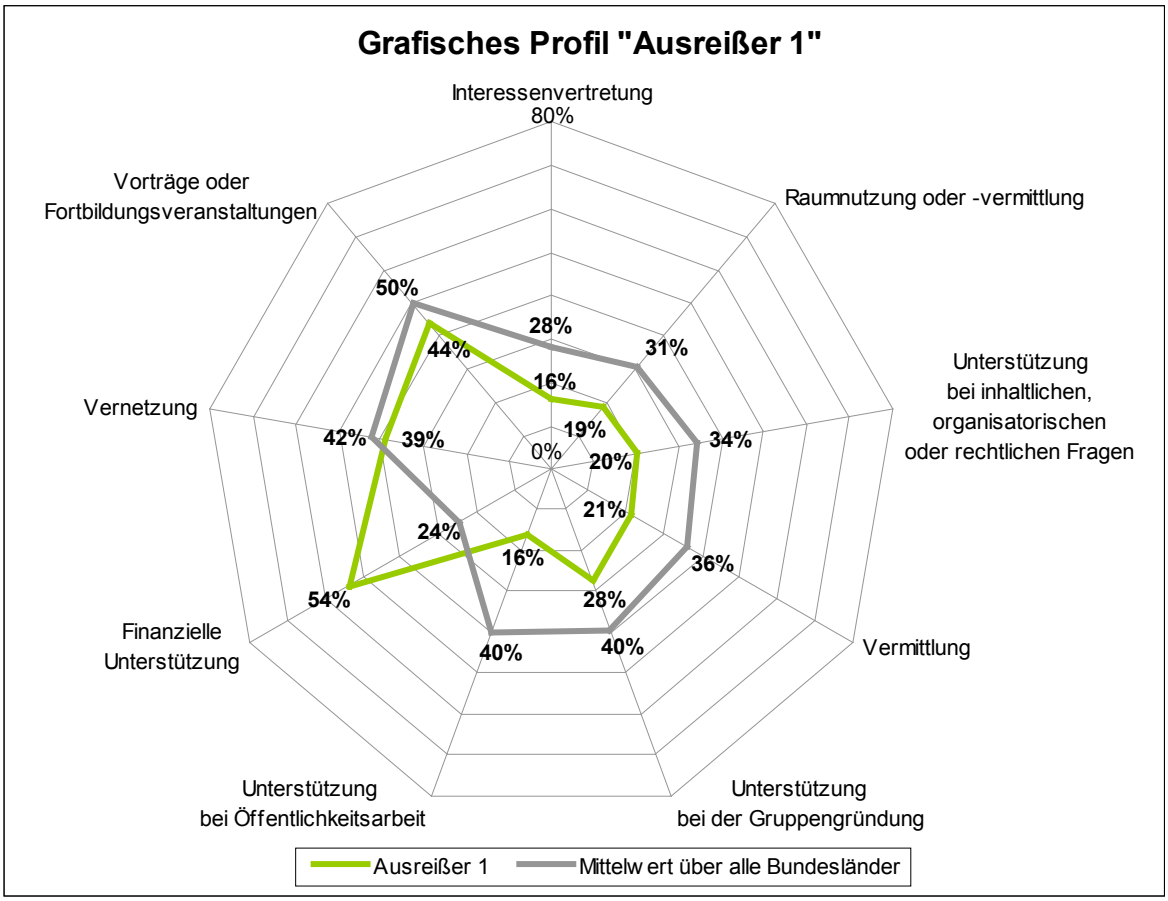

Abbildung 8: "Grafisches Profil: Ausreißer 1"

Die Randposition von Wien kann durch ein sehr spezielles Profil erklärt werden (siehe Abbildung 8). Überdurchschnittlich ist die Inanspruchnahme „finanzieller Unterstützung“ (54%, nur Salzburg erzielt hier einen höheren Anteil von 63%). Ungewöhnlich im Vergleich mit den 3 Clustern ist das niedrige Niveau der „Unterstützung bei Öffentlichkeitsarbeit“ (16%) und der „Vermittlung neuer Interessenten/Interessentinnen“ (21%). Damit weist Wien ein sehr markantes Profil im Vergleich mit den anderen Bundesländern auf.

Zusammenfassung:

Die Analyse der Inanspruchnahme der SHU-Leistungen bekräftigt die Ergebnisse der vorangegangenen Umwelt-Analyse der SHU. Auffallend ist die ausgeprägte Heterogenität in der Inanspruchnahme der einzelnen Leistungen zwischen den Bundesländern. Die SHU in Cluster 1 zeichnen sich durch durchgehend hohe Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen aus. Dies kann auf deutlich niedrigerem Niveau auch über die Inanspruchnahme der SHU-Leistungen in Cluster 2 gesagt werden – durchgehende, leicht unterdurchschnittliche Inanspruchnahme charakterisiert diesen Cluster. Weit unter dem Durchschnitt bewegt sich die Inanspruchnahme auch in Cluster 3. Klare Schwerpunkte in der Inanspruchnahme von Leistungen sind nur schwer auszumachen – diese sind nur in der Einzelbetrachtung („Vermittlung neuer Interessenten/Interessentinnen", „Raumvermittlung"), und dann wenig ausgeprägt, vorhanden. In Wien ist die Inanspruchnahme ebenfalls unterdurchschnittlich, das Leistungsangebot in der „finanziellen Unterstützung" bildet jedoch einen deutlichen Schwerpunkt und ist überdurchschnittlich ausgeprägt.

Zusammenschau der Analysen zu Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen und Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch die Selbsthilfegruppen und -organisationen

Sehr große Bedeutung haben die SHU ohne Zweifel in **Salzburg, Kärnten und Tirol**. Eine große Anzahl an „engen Beziehungen", häufige „Beteiligung bei der Gründung von Gruppen", als auch die „Inanspruchnahme von SHU-Leistungen" sind in diesen Bundesländern vergleichsweise stark ausgeprägt. Obwohl jedes der 3 Bundesländer ein eigenständiges Profil hat und die Inanspruchnahme aller Leistungen tendenziell überdurchschnittlich ausgeprägt ist, können gemeinsame Schwerpunkte in der Inanspruchnahme erkannt werden, die gleichzeitig Unterschiede zu den anderen Bundesländern betonen. Neben der hohen Inanspruchnahme der „Unterstützung bei Gruppengründungen", ist dies auch die „Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen".

Die SHU in **OÖ, NÖ und der Steiermark** scheinen im Vergleich ein geringere Bedeutung in ihren Bundesländern zu haben. Die hohe relative Häufigkeit von

„Beziehungen“ deutet zwar durchaus auf eine gewisse Bekanntheit unter den SHG/SHO hin, relativ niedrige „Gründungsbeteiligung“ und „Inanspruchnahme von Leistungen“, lassen jedoch niedrige Kapazitäten für ein Agieren als unterstützende Umwelt vermuten. Nur die Leistungen der „Vernetzung“ und die „Unterstützung bei Vorträgen und Fortbildungsveranstaltungen“, sowie die „Unterstützung bei Öffentlichkeitsarbeit“ erreichen dabei den gesamtösterreichischen Durchschnitt.
Eine überdurchschnittliche relative Häufigkeit von „Beziehungen“ und „Inanspruchnahme von Leistungen“ lässt eine gewisse Bedeutung der SHU in **Wien** vermuten, die jedoch nicht für die „Interessenvertretung“ gilt. Die niedrige „Beteiligung an Gruppengründungen“ ist durch die vergleichsweise geringe Bestandsdauer der SHU erklärbar. Die Inanspruchnahme von Leistungen kann vor allem durch einen Schwerpunkt auf die „finanzielle Unterstützung“ charakterisiert werden. Abgesehen davon wird nur in den Leistungen der „Unterstützung bei Vorträgen und Fortbildungsveranstaltungen“ und der „Vernetzung“ eine ausgeprägtere Inanspruchnahme erreicht.
Die Rolle der SHU als unterstützende Umwelt scheint im **Burgenland und Vorarlberg** insgesamt vergleichsweise weniger bedeutend. „Beziehungen“ zu den SHU sind weniger häufig, die „Gründungsbeteiligung“ ist wie die „Inanspruchnahme von Leistungen“ relativ gering. Kombiniert mit der sehr positiven Beurteilung der „Interessenvertretung“ durch die SHU ergibt sich kein eindeutiges Bild. Schwerpunkte der Inanspruchnahme sind in beiden Ländern auszumachen, stellen jedoch keine Gemeinsamkeit dar.

Politik und Verwaltung

Die Analyse dieser Umwelt bildet die Wahrnehmung der SHG/SHO in Bezug auf die Politik und Verwaltung auf Landesebene ab. Eingangs wird die bundesländerübergreifende Relevanz dieser Umwelt mittels der beiden Indikatoren „Beziehung“ und „Unterstützung“ dargestellt, um die „Nähe“ des Feldes zu dieser Umwelt zu zeigen und um über den gemeinsamen Hintergrund zu informieren, auf Basis dessen Unterschiede zwischen den Bundesländern verglichen werden.

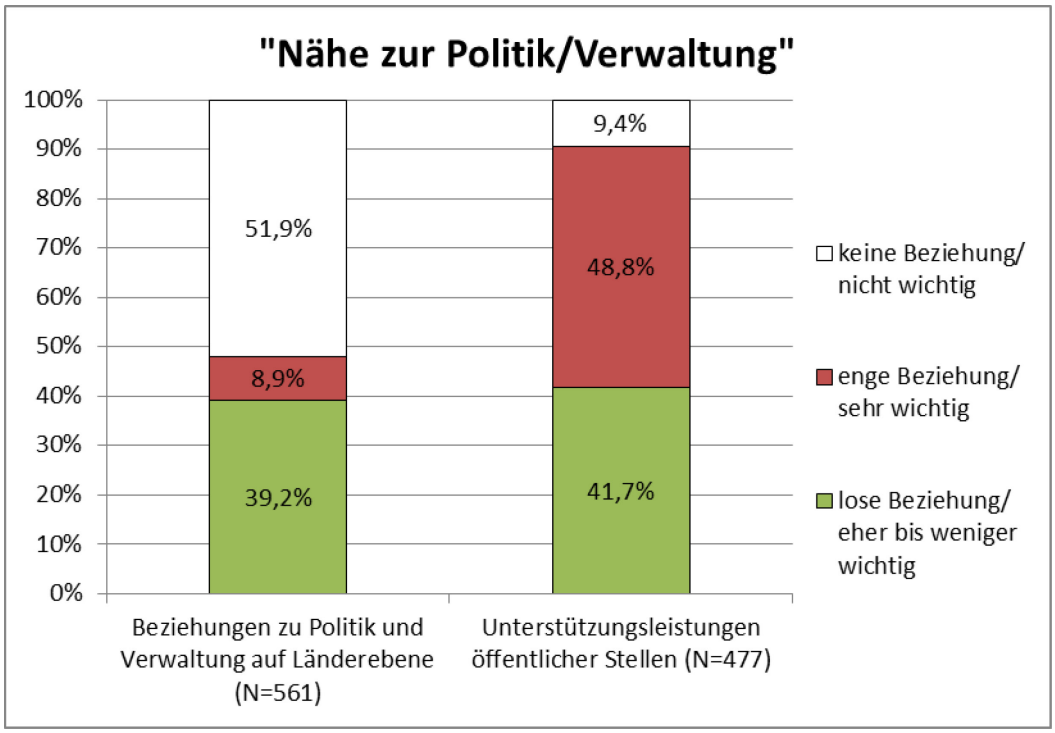

Abbildung 9: "Nähe zur Politik/Verwaltung"

Der Anteil an SHG/SHO, die „Beziehungen“ („enge“ und „lose“) zur Politik und Verwaltung auf Länderebene haben, beträgt in Gesamtösterreich 48%. Im Vergleich der untersuchten Umwelten ist dieser Anteil der zweitniedrigste – nur auf die „Sozialversicherung“ bezogen ist er noch niedriger. 52% der österreichischen SHG/SHO geben an, „keine Beziehungen“ zu pflegen – nach der „Sozialversicherung“ der höchste Anteil im Vergleich der Umwelten.

Die Wahrnehmung der „Unterstützungsleistungen“ ist hingegen positiver. So geben immerhin 49% der SHG/SHO an, diese als „sehr wichtig“ einzuschätzen (zweithöchster Anteil im Vergleich der Umwelten) und nur 9% sehen diese als „nicht wichtig“ an (dritthöchste Anteil im Vergleich der Umwelten).

Im Vergleich der untersuchten Umwelten scheint die „Nähe“ dieser Umwelt zu den SHG/SHO jedoch geringer zu sein als die der „SHU“ oder der „Ärzte/Ärztinnen“.

Indikatoren[41]

Die Wahrnehmung dieser Umwelt konnte anhand von zwei Indikatoren untersucht werden. Auf den Indikator “Einfluss auf gruppeninterne Entscheidungen” wurde in dieser Analyse verzichtet, da dieser nur eine geringe Streuung aufwies und daher

[41] Die Tabellen dieses Abschnittes befinden sich auf Seite 114.

die Aufnahme in die Analyse keine besseren Ergebnisse erwarten ließ.[42] Nichtsdestotrotz stellt dies eine berichtenswerte Gemeinsamkeit dar: österreichweit scheint der Einfluss dieser Umwelt gering zu sein und zeigt nur geringe bundesländerspezifische Unterschiede. Dabei geben 3% aller SHG/SHO an „eher großen Einfluss" von Personen dieser Umwelt auf gruppeninterne Entscheidungen wahrzunehmen, bei weiteren 16% der Gruppen wird dieser als „eher gering" empfunden und 80% der SHG/SHO nehmen „keinen Einfluss" wahr.

Die Gruppen wurden gefragt,

1. ob sie Beziehungen zu der Politik und Verwaltung auf Landesebene pflegen und
2. ob diese als Unterstützer ihrer Aktivitäten auftreten.

Indikator	Kategorien	Variabilitätsmaße		Mittelwert			N
		IQV	VR				
Unterstützung	„sehr wichtig", „eher bis weniger wichtig", „nicht wichtig"	34,75	0,51	„sehr wichtig"	„eher bis weniger wichtig"	„nicht wichtig"	477
				48,8%	41,7%	9,4%	
Beziehung	„enge Beziehung", „lose Beziehung", „keine Beziehung"	34,14	0,48	„enge Beziehung"	„lose Beziehung"	„keine Beziehung"	561
				8,9%	39,2%	51,9%	

Tabelle 12: Politik und Verwaltung, Indikatoren

Die Variation hinsichtlich Anzahl und Enge der Beziehungen zur Politik und Verwaltung in der Wahrnehmung der SHG/SHO ist recht groß, ebenso hinsichtlich der Wahrnehmung von Politik und Verwaltung als unterstützender Umwelt.

[42] Eine Tabelle, der die Streuung der ausgeschlossenen Indikatoren zu entnehmen ist, befindet sich im Anhang (auf Seite 125).

Zusammenhänge zwischen den verwendeten Indikatoren

Zusammenhang zwischen	
Beziehungen zu Politik und Verwaltung auf Landesebene und der Wichtigkeit von Unterstützungsleistungen	
Kendall's tau-b	0,273
Kendall's tau-c	0,255
Gamma	0,438

Tabelle 13: Politik und Verwaltung, Zusammenhänge

Bei der Betrachtung der Zusammenhänge der beiden Indikatoren fällt auf, dass die Beziehungen zu Politik und Verwaltung auf Länderebene mit ihrer Wahrnehmung als Unterstützung zusammenhängt. Dementsprechend nehmen jene SHG/SHO, die Beziehungen zu Politik/Verwaltung pflegen, diese Umwelt auch als größere Unterstützung wahr und umgekehrt.

Ähnlichkeitsanalyse der Politik und Verwaltung

Indikator	Kategorien	Cluster 1		Cluster 2		Ausreißer 1	Ausreißer 2
		Mittelwert (%)	Median (%)	Mittelwert (%)	Median (%)	Anteil (%)	Anteil (%)
Beziehung	„enge Beziehung“	13,90	14,00	5,13	5,40	9,10	20,00
	„lose Beziehung“	43,13	42,60	37,20	35,55	59,10	35,00
	„keine Beziehung“	42,97	42,60	57,68	57,30	31,80	45,00
Unterstützung	„sehr wichtig“	53,30	52,90	45,58	47,60	72,20	47,10
	„eher bis weniger wichtig“	37,13	39,70	45,03	43,90	11,10	53,00
	„nicht wichtig“	9,63	10,90	9,38	10,30	16,70	0,00

Einige Werte dieser Tabelle sind Mittelwerte und Mediane. Aufgrund dieses Umstandes und Rundungsfehlern können die Gesamtsummen der Anteile von 100 Prozentpunkten abweichen.

Tabelle 14: Überblick über die Clusterlösung der Politik und Verwaltung

Cluster 1: Kärnten, Tirol, Steiermark – „Hoher Anteil an Beziehungen, große Bedeutung der Unterstützung“

Die drei Bundesländer dieses Clusters zeigen einen relativ großen Anteil an SHG/SHO, die „Beziehungen“ auf den untersuchten Ebenen pflegen. Durchschnittlich 57% (Mw. und Median) der SHG/SHO gaben an, „Beziehungen“ auf Landesebene zu pflegen; im Mittel zeigt sich in diesem Cluster ein vergleichsweise großer Anteil an SHG/SHO (Mw. und Median: 14%), die „enge Beziehungen“ zur Politik/Verwaltung pflegen. Die Mehrheit der SHG/SHO in diesem Cluster nimmt die Politik/Verwaltung als „sehr wichtige Unterstützung“ wahr (Mw. und Median: 53%).

Cluster 2: OÖ, NÖ, Salzburg, Wien – „geringer Anteil an Beziehungen, durchschnittliche Bedeutung der Unterstützung“

Die SHG/SHO dieses Clusters pflegen weniger häufig „Beziehungen“ zur Politik/Verwaltung. So geben 42% (Median: 43%) der SHG/SHO an, auf Landesebene Kontakte zu haben. Nur 5% (Mw. und Median) sind „eng“. In der Frage der „Unterstützung“ wird die Politik/Verwaltung im Vergleich zu Cluster 1 ebenfalls weniger wichtig gesehen. Trotzdem sehen immerhin knapp die Hälfte (Mw.: 46%, Median: 48%) der SHG/SHO dieses Clusters diese Umwelt als „sehr wichtige Unterstützung“ an.

Ausreißer 1: Vorarlberg

Es bestehen viele „Beziehungen“ zu Politik/Verwaltung: 68% der SHG/SHO geben an, „Beziehungen“ zu pflegen (10% eng). In der Frage der „Unterstützung“ wird die Politik/Verwaltung positiv betrachtet: 72% der SHG/SHO sehen diese als „sehr wichtig“ an.

Ausreißer 2: Burgenland

Die „Beziehungen“ zur Politik/Verwaltung scheinen „eng“ zu sein: 20% der SHG/SHO geben an, „enge Beziehungen“ zu pflegen. Insgesamt haben 55% der SHG/SHO im Burgenland Kontakt zu dieser Umwelt. Dies geht mit einer sehr positiven Sicht der „Unterstützung“ einher: alle befragten Gruppen (100%) nehmen die Politik/Verwaltung als „weniger bis sehr wichtige Unterstützung“ wahr.

Zusammenfassung:

Zusammenfassend kann gesagt werden: In Cluster 1 bestehen relativ häufig Beziehungen und die Bedeutung als unterstützende Umwelt ist höher. Weniger Bedeutung kommt dieser Umwelt in den Bundesländern des Clusters 2 zu. Die SHG/SHO in Vorarlberg haben eine besonders positive Wahrnehmung von Politik und Verwaltung als unterstützende Umwelt. Ähnlich, bei unterschiedlicher Gewichtung, ist die Situation der SHG/SHO im Burgenland – sowohl die engen Beziehungen betreffend als auch in Hinblick auf die Unterstützung. Der Einfluss dieser Umwelt auf gruppeninterne Entscheidungen ist österreichweit gering; er zeigte nur kleine bundesländerspezifische Unterschiede und wurde deshalb nicht in die Ähnlichkeitsanalyse miteinbezogen.

Ärzte/Ärztinnen

Zur Darstellung der bundesländerübergreifenden Relevanz dieser Umwelt werden eingangs die zwei Indikatoren der „Beziehung“ und der „Unterstützung“ dargestellt, um die „Nähe“ des Feldes zu dieser Umwelt zu zeigen und über den gemeinsamen Hintergrund zu informieren, auf Basis dessen Unterschiede zwischen den Bundesländern verglichen werden.

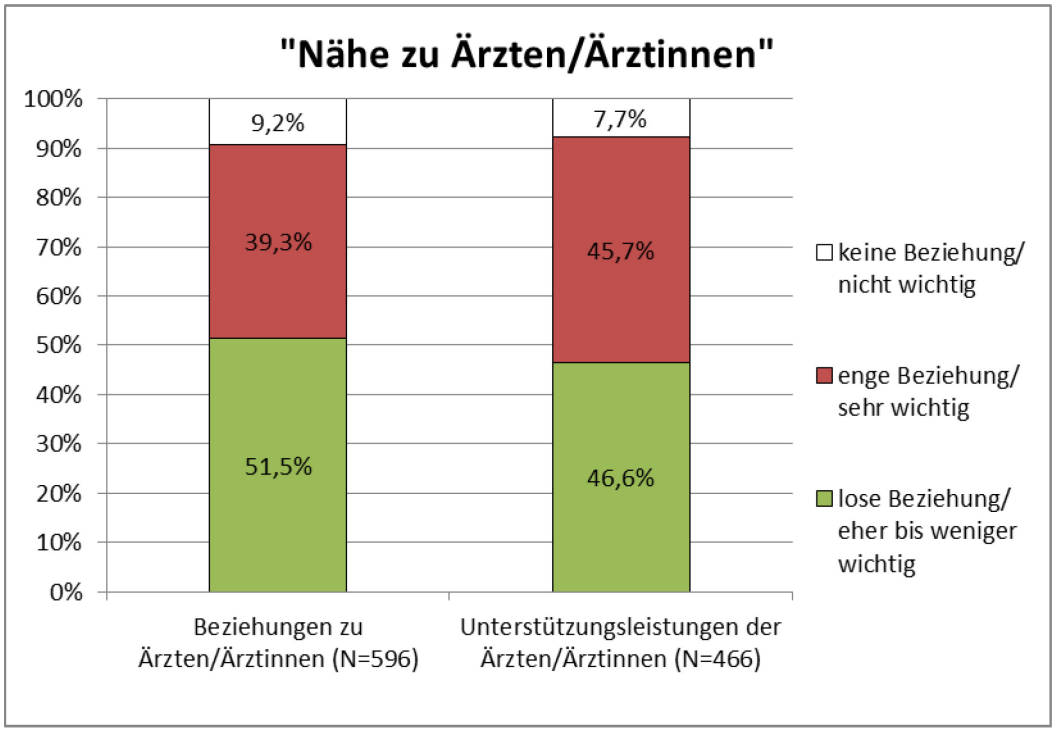

Abbildung 10: "Nähe zu Ärzten/Ärztinnen"

91% aller österreichischen SHG/SHO geben an, zumindest Beziehungen („enge“ oder „lose“) zu dieser Umwelt zu pflegen (der höchste Anteil im Vergleich der Umwelten) und nur 9% verfügen über „keine Beziehungen“ (der niedrigste Anteil im Vergleich).

In der Rolle als Erbringer von Unterstützungsleistungen scheinen die Ärzte/Ärztinnen hohe Relevanz zu besitzen. Als „sehr wichtig“ werden diese Leistungen von 46% der SHG/SHO wahrgenommen (dritthöchster Anteil im Vergleich der Umwelten) und lediglich 8% nehmen diese als „nicht wichtig“ wahr (zweitniedrigster Anteil im Vergleich der Umwelten).

Im Vergleich mit den anderen Umwelten werden zu Ärzten/Ärztinnen österreichweit die meisten Beziehungen gepflegt und sie werden überwiegend als unterstützende Umwelt wahrgenommen. Die „Nähe“ dieser Umwelt zu den SHG/SHO scheint daher, gemeinsam mit den SHU, am größten.

Indikatoren[43]

Die Indikatoren „Beziehung“ und „Unterstützung“ wurden von der Analyse ausgeschlossen. Diese zwei Indikatoren zeigten, bei sehr großer Zustimmung in allen Bundesländern, nach der Rekodierung nur eine sehr geringe Variabilität zwischen den österreichischen Bundesländern.[44]

Die Untersuchung dieser Umwelt stützte sich trotzdem auf drei Indikatoren, da, auf diese Umwelt bezogen, die Auswahl an Indikatoren größer war und inhaltlich tiefer ging als andere Umwelten betreffend. Die ausgewählten Indikatoren sind die „Gründungsbeteiligung“, die „Zugehörigkeit zu SHG/SHO“ und der „Einfluss von Ärzten/Ärztinnen auf Entscheidungen der Gruppen“.

1. Beteiligung von Ärzten/Ärztinnen an der Gründung der SHG/SHO
2. Zugehörigkeit von Ärzten/Ärztinnen zu SHG/SHO
3. Einfluss von Ärzten/Ärztinnen auf Entscheidungen der Gruppen.

[43] Die Tabellen dieses Abschnittes befinden sich auf Seite 115.

[44] Eine Tabelle, der die Streuung der ausgeschlossenen Indikatoren zu entnehmen ist, befindet sich auf Seite 125.

Indikator	Kategorien	Variabilitätsmaße		Mittelwert		N
		IQV	VR			
Gründungs-beteiligung	„trifft zu“, „trifft nicht zu“	19,99	0,49	„trifft zu“	„trifft nicht zu“	608
				48,8%	51,2%	
Zugehörigkeit	„gehören dazu“, „gehören nicht dazu“	19,85	0,46	„gehören dazu“	„gehören nicht dazu“	542
				45,6%	54,4%	
Einfluss	„eher gering bis eher groß“, „kein Einfluss“	19,71	0,44	„eher gering bis eher groß“	„kein Einfluss“	591
				56,0%	44,0%	

Tabelle 15: Ärzte/Ärztinnen, Indikatoren

Die drei Indikatoren variieren annähernd gleich stark und ihre Streuung ist im Vergleich mit den Indikatoren aus den anderen untersuchten Bereichen hoch.

Zusammenhänge zwischen den verwendeten Indikatoren

Zusammenhang zwischen	
Zugehörigkeit von Ärzten/Ärztinnen und Einfluss von Ärzten/Ärztinnen	
Eta	0,57
Gründungsbeteiligung von Ärzten/Ärztinnen und Zugehörigkeit von Ärzten/Ärztinnen	
Phi	0,34
Gründungsbeteiligung von Ärzten/Ärztinnen und Einfluss von Ärzten/Ärztinnen	
Eta	0,29

Tabelle 16: Ärzte/Ärztinnen, Zusammenhänge

Im Falle der „Zugehörigkeit“ von Ärzten/Ärztinnen zu SHG und SHO zeigt die Analyse der Zusammenhänge zwischen den Indikatoren deutlich, dass Ärzte/Ärztinnen als Mitglieder von SHG und SHO auch „Einfluss auf die gruppen-internen Entscheidungen“ haben. Weiters zeigt sich, dass zwischen dem „Einfluss“, den Ärzte/Ärztinnen auf Entscheidungen haben, und der „Beteiligung an der Gruppengründung“ ebenfalls ein Zusammenhang besteht. Zuletzt besteht auch ein Zusammenhang zwischen der „Gründungsbeteiligung“ und der „Zugehörigkeit“. So gehören SHG/SHO, an deren Gründung Ärzte/Ärztinnen

beteiligt waren, auch öfters Ärzte/Ärztinnen an. Dies lässt auf ein besonderes Naheverhältnis zwischen Gruppen, an deren Gründung Ärzte/Ärztinnen beteiligt waren, und Ärzten/Ärztinnen schließen.

Ähnlichkeitsanalyse der Ärzte/Ärztinnen

Indikator	Kategorien	Cluster 1		Cluster 2		Ausreißer 1
		Mittelwert (%)	Median (%)	Mittelwert (%)	Median (%)	Anteil (%)
Gründungsbeteiligung	„trifft zu“	53,00	52,65	43,98	44,20	54,20
	„trifft nicht zu“	47,00	47,35	56,03	55,80	45,80
Zugehörigkeit	„gehören dazu“	51,10	50,25	36,80	36,30	28,60
	„gehören nicht dazu“	48,90	49,75	63,20	63,70	71,40
Einfluss	„eher gering bis eher groß“	61,18	61,35	49,25	48,80	54,50
	„kein Einfluss“	38,83	38,65	50,75	51,20	45,50

Einige Werte dieser Tabelle sind Mittelwerte und Mediane. Aufgrund dieses Umstandes und Rundungsfehlern können die Gesamtsummen der Anteile von 100 Prozentpunkten abweichen.

Tabelle 17: Überblick über die Clusterlösung der Ärzte/Ärztinnen

Cluster 1: Tirol, Kärnten, NÖ, Wien – „hoher Anteil an Zugehörigkeit, Gründungsbeteiligung und Einfluss“

Dieser Cluster zeichnet sich durch eine relativ große Nähe zur untersuchten Umwelt aus. Im Schnitt gibt die Hälfte der SHG/SHO in diesen Bundesländern an, dass ein Arzt oder eine Ärztin der Gruppe angehören (Mw.: 50%, Median: 51%). Zudem ist in diesen Bundesländern der durchschnittliche Anteil an SHG/SHO, an deren Gründung Ärzte/Ärztinnen beteiligt waren (Mw. und Median: 53%), noch ein wenig höher. Ebenfalls hoch ist im Mittel der Anteil der SHG/SHO, die „Einfluss“ durch diese Umwelt auf gruppeninterne Entscheidungen wahrnehmen (Mw. und Median: 61%).

Cluster 2: Salzburg, OÖ, Steiermark, Burgenland – „niedriger Anteil an Zugehörigkeit, Gründungsbeteiligung und Einfluss“

Dieser Cluster zeigt im Vergleich zum Cluster 1 weniger Nähe zu Ärzten/Ärztinnen: in diesen Bundesländern gehören durchschnittlich 36% der SHG/SHO Ärzte/Ärztinnen an (Median 37%). Die „Gründungsbeteiligung“ von

Ärzten/Ärztinnen ist in diesen Bundesländern ebenfalls weniger stark ausgeprägt; so waren Ärzte/Ärztinnen im Schnitt bei 44% der SHG/SHO an der Gründung beteiligt (Median: 44%). Dementsprechend geringer ist der „Einfluss auf gruppeninterne Entscheidungen“. Im Mittel nehmen 49% der SHG/SHO in diesen Bundesländern „Einfluss“ durch diese Umwelt wahr (Median:49%).

Ausreißer 1: Vorarlberg – „niedriger Anteil an Zugehörigkeit, trotz hohem Anteil an Gründungsbeteiligung und Einfluss“

Vorarlberg zeichnet sich durch einen geringen Anteil an SHG/SHO aus, die Ärzte/Ärztinnen als „zugehörig“ sehen (29%). Der Anteil an SHG/SHO, bei deren Gründung Ärzte/Ärztinnen beteiligt waren, ist im Vergleich mit den Werten der zwei Cluster überdurchschnittlich (54%). „Einfluss auf gruppeninterne Entscheidungen“ wird von mehr als der Hälfte (55%) aller SHG/SHO in Vorarlberg wahrgenommen.

Zusammenfassung:

Zusammenfassend betrachtet hat diese Umwelt in allen Bundesländern eine hohe Relevanz (siehe Darstellung der Indikatoren der „Beziehung“ und „Unterstützung“ am Anfang des Abschnittes). Die vertiefende Betrachtung anhand der untersuchten Indikatoren zeigt jedoch eine noch höhere Bedeutung in den Bundesländern des Cluster 1: hier sind hohe Anteile an Zugehörigkeit, Gründungsbeteiligung und Einfluss auszumachen. Vergleichsweise weniger bedeutend ist diese Umwelt für die SHG/SHO in den Bundesländern des Cluster 2. Vorarlberg nimmt im Vergleich zu den zwei Clustern eine mittlere Position ein.

Krankenhäuser

Wie in Teil 0 bereits angesprochen, obliegt die Organisation der Krankenanstalten hauptsächlich den Bundesländern. Demnach kann die Analyse der Wahrnehmung dieser Umwelt durch die SHG/SHO auch strukturelle Unterschiede zwischen den Bundesländern sichtbar machen.

Wie über die Umwelt der Ärzte/Ärztinnen kann auch über die Umwelt der Krankenhäuser gesagt werden, dass es oftmals Einzelpersonen sind, die den SHG/SHO gegenüber offen und kooperativ eingestellt sind. Zwischen diesen

beiden Umwelten besteht über Fachärzte/-ärztinnen oftmals ein Zusammenhang, auf den ab Seite 77 eingegangen wird.

Zur Darstellung der bundesländerübergreifenden Relevanz dieser Umwelt werden eingangs die zwei Indikatoren der „Beziehung“ und der „Unterstützung“ dargestellt, um die „Nähe“ des Feldes zu dieser Umwelt zu zeigen und über den gemeinsamen Hintergrund zu informieren, auf Basis dessen Unterschiede zwischen den Bundesländern verglichen werden.

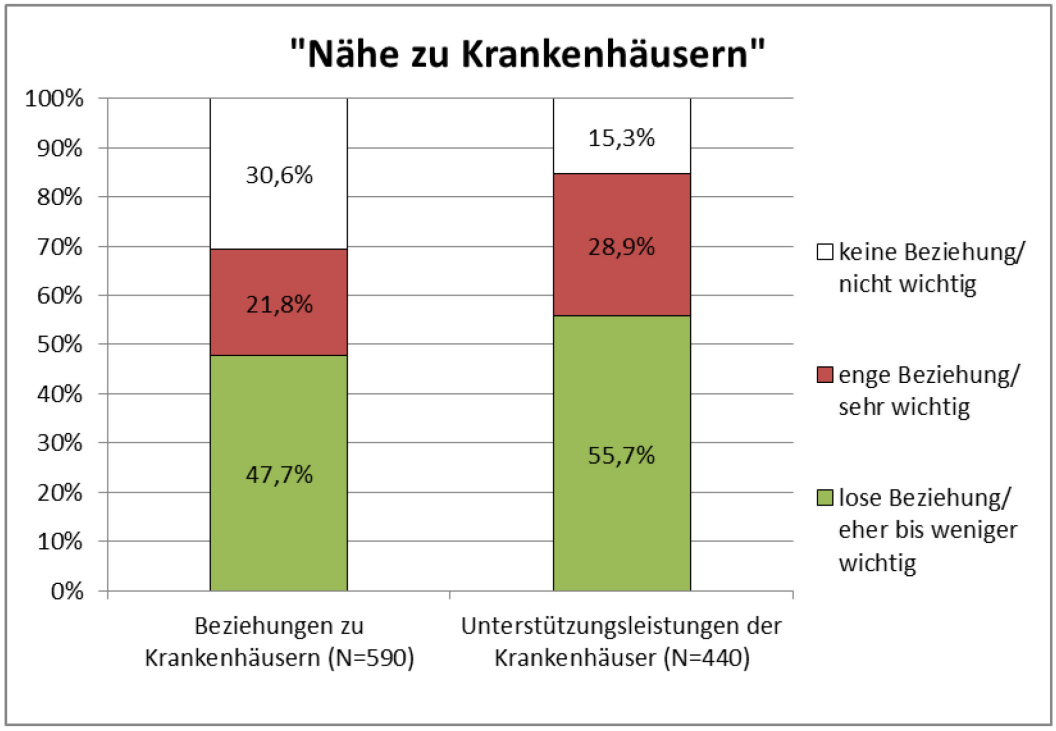

Abbildung 11: "Nähe zu Krankenhäusern"

Beziehungen („enge“ oder „lose“) zu dieser Umwelt werden von 70% aller österreichischen SHG/SHO gepflegt (der dritthöchste Anteil im Vergleich der Umwelten). 31% verfügen jedoch über „keine Beziehungen“ (der drittniedrigste Anteil im Vergleich).

In der Rolle als Erbringer von Unterstützungsleistungen scheinen die Krankenhäuser etwas weniger Relevanz zu besitzen. Als „sehr wichtig“ werden diese Leistungen von 29% der SHG/SHO wahrgenommen (geringster Anteil im Vergleich der Umwelten) und 15% nehmen diese als „nicht wichtig“ wahr (zweithöchster Anteil im Vergleich der Umwelten).

Im Vergleich mit den anderen Umwelten werden zu Krankenhäusern durchaus verbreitet Beziehungen gepflegt und sie werden überwiegend als unterstützende Umwelt wahrgenommen, jedoch nicht so ausgeprägt wie bspw. in Bezug auf die SHU oder die Ärzte/Ärztinnen.

Indikatoren[45]

Diese Umwelt wurde anhand aller zur Verfügung stehenden Indikatoren untersucht. Die Gruppen wurden gefragt,

1. ob sie Beziehungen pflegen,
2. ob die Krankenhäuser als Unterstützer ihrer Aktivitäten auftreten und
3. wie groß der Einfluss von Personen aus diesem Bereich auf interne Entscheidungen der SHG/SHO ist.

Indikator	Kategorien	Variabilitätsmaße		Mittelwert			N
		IQV	VR				
Beziehung	„enge Beziehung“, „lose Beziehung“, „keine Beziehung“	37,91	0,52	„enge Beziehung“	„lose Beziehung“	„keine Beziehung“	590
				21,8%	47,7%	30,6%	
Unterstützung	„sehr wichtig“, „eher bis weniger wichtig“, „nicht wichtig“	34,93	0,44	„sehr wichtig“	„eher bis weniger wichtig“	„nicht wichtig“	440
				28,9%	55,7%	15,3%	
Einfluss	„eher groß“, „eher gering“, „kein Einfluss“	23,63	0,24	„eher groß“	„eher gering“	„kein Einfluss“	580
				5,9%	18,7%	75,3%	

Tabelle 18: Krankenhäuser, Indikatoren

Die geringste Variation zeigt sich im „Einfluss auf gruppeninterne Entscheidungen“. Die „Anzahl der Beziehungen“ variiert dagegen deutlich stärker. Die größte Variation zwischen den Bundesländern ist bei der Einschätzung der Krankenhäuser als unterstützende Umwelt festzustellen.

[45] Die Tabellen dieses Abschnittes befinden sich auf Seite 118.

Zusammenhänge zwischen den verwendeten Indikatoren

Zusammenhang zwischen Unterstützungsleistungen und Beziehungen zu Krankenhäusern	
Kendall's tau-b	0,321
Kendall's tau-c	0,323
Gamma	0,468

Tabelle 19: Krankenhäuser, Zusammenhänge

Zwischen der „Enge der Beziehung“ und der Rolle als „Unterstützer“ lässt sich ein Zusammenhang feststellen. SHG/SHO, die eine engere „Beziehung“ zu Krankenhäusern pflegen, nehmen diese auch tendenziell als wichtigere „Unterstützung“ wahr und umgekehrt. Andere bedeutende Zusammenhänge zwischen den drei Indikatoren existieren nicht.

Ähnlichkeitsanalyse der Krankenhäuser

Indikator	Kategorien	Cluster 1		Cluster 2	Cluster 3	Ausreißer 1	Ausreißer 2
		Mittelwert (%)	Median (%)	Mittelwert und Median (%)	Mittelwert und Median (%)	Anteil (%)	Anteil (%)
Unterstützung	„sehr wichtig“	37,67	37,70	36,60	24,60	12,50	12,50
	„eher bis weniger wichtig“	50,40	51,70	46,40	57,60	67,50	75,00
	„nicht wichtig“	11,93	9,80	17,05	17,80	20,00	12,50
Beziehung	„enge Beziehung“	28,90	29,90	18,50	15,00	23,10	19,00
	„lose Beziehung“	47,67	46,20	50,25	46,00	46,20	47,60
	„keine Beziehung“	23,47	23,90	31,25	39,10	30,80	33,30
Einfluss	„eher groß	6,30	7,10	2,95	6,25	1,60	14,30
	„eher gering“	22,67	24,60	15,55	20,55	9,50	19,00
	„kein Einfluss“	71,07	67,90	81,45	73,20	88,90	66,70

Einige Werte dieser Tabelle sind Mittelwerte und Mediane. Aufgrund dieses Umstandes und Rundungsfehlern können die Gesamtsummen der Anteile von 100 Prozentpunkten abweichen.

Tabelle 20: Überblick über die Clusterlösung der Krankenhäuser

Cluster 1: Tirol, NÖ, Kärnten – „hoher Anteil an Beziehungen und Einfluss, große Bedeutung der Unterstützung“

Der Anteil der SHG/SHO, der „Beziehungen“ zu Krankenhäusern hat, ist in diesen Bundesländern durchschnittlich am größten (Mw. und Median: 76%). Von diesen „Beziehungen“ sind durchschnittlich 29% (Median: 30%) „eng“. Die Rolle von Krankenhäusern als „Unterstützer“ wird in diesem Cluster im Mittel sehr positiv gesehen. Der Anteil an SHG/SHO, die Krankenhäuser in dieser Frage als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ einstufen, ist groß (Mw.: 88%, Median: 90%). Ebenfalls durchschnittlich größer ist der Anteil an SHG/SHO dieses Clusters, der „Einfluss auf gruppeninterne Entscheidungen“ durch diese Umwelt wahrnimmt (Mw.: 29%, Median: 32%).

Cluster 2: OÖ, Wien – „mittlerer Anteil an Beziehungen, mittlere Bedeutung der Unterstützung, geringer Anteil an Einfluss“

Im Gegensatz zum Cluster 1 werden in diesen Bundesländern weniger „Beziehungen“ zu den Krankenhäusern gepflegt. Der Anteil der SHG/SHO, der „Beziehungen“ hat, ist geringer (Mw. und Median: 69%) und es bestehen weniger „enge Beziehungen“ (Mw. und Median: 19%). Auch in diesem Cluster wird die Rolle der Krankenhäuser als „Unterstützer“ von einem großen Anteil der SHG/SHO als „sehr wichtig“ oder „eher wichtig“ wahrgenommen (Mw. und Median: 83%). Relativ klein ist in diesem Cluster der Anteil der SHG/SHO, die „Einfluss“ auf gruppeninterne Entscheidungen sehen (Mw. und Median: 18%).

Cluster 3: Salzburg, Vorarlberg – „geringer Anteil an Beziehungen, geringe Bedeutung der Unterstützung, hoher Anteil an Einfluss“

Der Anteil an SHG/SHO die „Beziehungen“ zu dieser Umwelt pflegen ist diesem Cluster am geringsten (Mw. und Median: 61%). Insbesondere der Anteil an „engen Beziehungen“ ist niedrig (Mw. und Median: 15%). In der Frage der „Unterstützung“ zeigt sich, dass im Vergleich mit Cluster 1 und 2 durchschnittlich weniger SHG/SHO diese als „sehr wichtig“ wahrnehmen (Mw. und Median: 25%). Insgesamt sehen aber immerhin 82% (Mw. und Median) diese Umwelt als „sehr wichtige“ oder „eher wichtige Unterstützung“. Der „Einfluss auf gruppeninterne Entscheidungen“ ist vergleichbar mit den Ergebnissen des Clusters 1: der Anteil

der SHG/SHO, die „Einfluss“ wahrnehmen, beträgt in diesem Cluster 27% (Mw. und Median).

Ausreißer 1: Steiermark – „geringer Anteil an Beziehungen und Einfluss, geringe Bedeutung der Unterstützung“

In der Steiermark geben 69% der SHG/SHO an, „Beziehungen“ zu pflegen. Die Rolle als „Unterstützer“ scheint weniger ausgeprägt als in den anderen Bundesländern zu sein: nur 80% aller SHG/SHO nehmen hier die Krankenhäuser als „Unterstützung“ und nur 13% als „sehr wichtige Unterstützung“ wahr. Klein ist der Anteil an den SHG/SHO, die „Einfluss auf gruppeninterne Entscheidungen“ wahrnehmen (11%).

Ausreißer 2: Burgenland – „mittlerer Anteil an Beziehungen, große Bedeutung der Unterstützung, hoher Anteil an Einfluss“

Das Burgenland zeigt einen, im Vergleich, durchschnittlichen Anteil an „Beziehungen“ zu dieser Umwelt (67%). Der Anteil an SHG/SHO, die diese Umwelt als „weniger bis sehr wichtige Unterstützung“ wahrnehmen, ist mit 87% vergleichsweise groß. Bemerkenswert ist der Anteil der SHG/SHO, die „Einfluss auf gruppeninterne Entscheidungen“ wahrnehmen (33%).

Zusammenfassung:

Vergleichsweise höhere Relevanz – und daher größere Bedeutung für einen wesentlichen Teil der Gruppen – scheint diese Umwelt in den Bundesländern des Cluster 1 zu haben. Für die Bundesländer des Cluster 2 und Clusters 3 sowie das Burgenland kann dies für einen größeren Teil der Gruppen ebenfalls vermutet werden. Geringer scheint ihre Bedeutung jedoch in der Steiermark zu sein.

Zusammenhang der Umwelten Krankenhäuser und Ärzte/Ärztinnen

Braunegger-Kallinger et al. kommen zu dem Schluss: „... für PAG/PAO ist es meist der engagierte leitende Arzt der Fachabteilung und nicht das Krankenhaus selbst, der die Beziehungen hat.“ (2009b:28). So gesehen ist die modellhaft vorgenommene Trennung der Umwelten Krankenhaus und Ärzte/Ärztinnen in

dieser Analyse erklärungsbedürftig. Die Zusammenhangsanalysen[46] zwischen diesen Umwelten deuten ebenfalls daraufhin, dass es unter Umständen mehr die Einstellung eines einzelnen Arztes oder einer einzelnen Ärztin ist, welche die Kooperation zwischen einem Krankenhaus und einer SHG/SHO ermöglicht.

So besteht ein Zusammenhang zwischen der „Zugehörigkeit" von Ärzten/Ärztinnen zu den SHG/SHO und der „Enge der Beziehung" zu den Krankenhäusern. Dies bedeutet, dass SHG/SHO, unter deren Mitgliedern Ärzte/Ärztinnen sind, engere „Beziehungen" zu Krankenhäusern unterhalten. Ein weiterer Zusammenhang ist zwischen der „Enge der Beziehung" zu Krankenhäusern und dem „Einfluss" von Ärzten/Ärztinnen auf Entscheidungen innerhalb der Gruppen zu beobachten. Der „Einfluss" von Ärzten/Ärztinnen auf die Entscheidungen der Gruppen ist wiederum größer, wenn der „Einfluss" von krankenhausnahen Personen größer ist. Weiters besteht ein Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung von „Unterstützungsleistungen" von Ärzten/Ärztinnen und Krankenhäusern. So nehmen Gruppen Leistungen von Krankenhäusern dann als wichtigere „Unterstützung" wahr, wenn sie dies auch für die Leistungen von Ärzten/Ärztinnen tun.

Diese Zusammenhänge lassen den Schluss zu, dass es sich hier um Überschneidungen handelt. Dementsprechend ergibt sich die Frage der Zugangsmöglichkeiten zu Kooperationen mit Krankenhäusern für SHG/SHO, die keine entsprechende Beziehung zu einem Arzt oder einer Ärztin verfügen.[47]

Die Sozialversicherung

Zur Darstellung der bundesländerübergreifenden Relevanz dieser Umwelt werden zunächst die zwei Indikatoren der „Beziehung" und der „Unterstützung" dargestellt, um die „Nähe" des Feldes zu dieser Umwelt zu zeigen und über den gemeinsamen Hintergrund zu informieren, auf Basis dessen Unterschiede zwischen den Bundesländern verglichen werden.

[46] Für Zusammenhangsmaße siehe Seite 120.

[47] Zur Kooperation von SHG/SHO und der Umwelt Krankenhaus siehe El-Najjar 2010.

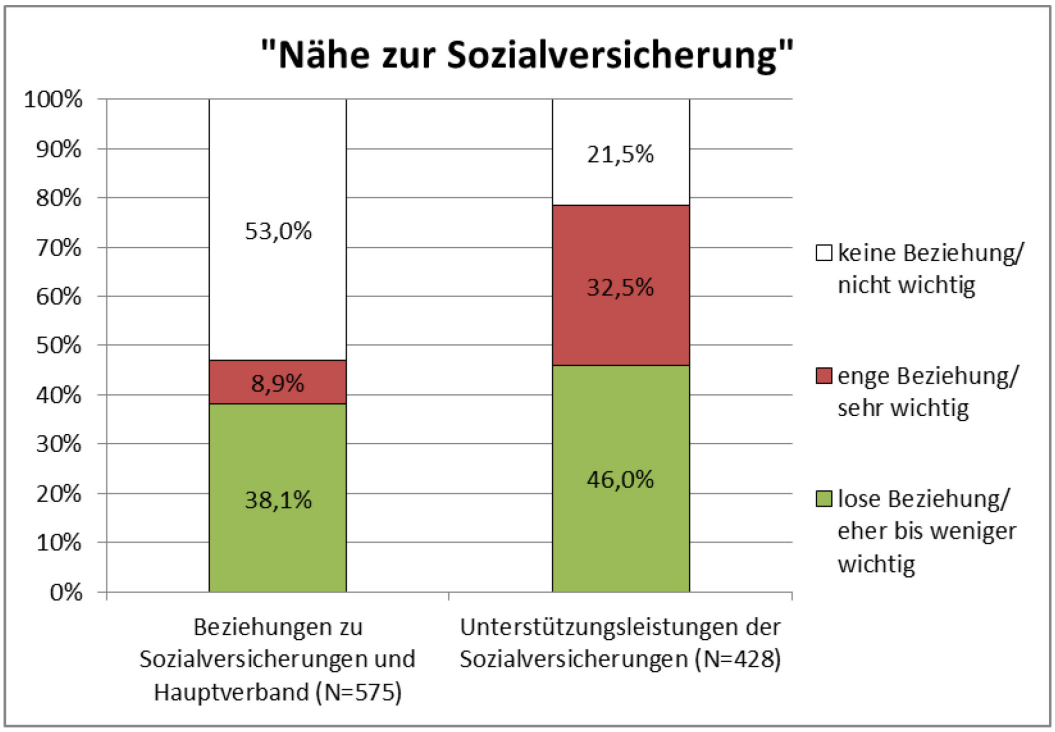

Abbildung 12: "Nähe zur Sozialversicherung"

Wie der Abbildung zu entnehmen ist, pflegen nur 47% aller SHG/SHO in Österreich „Beziehungen" zu der Sozialversicherung (geringster Anteil unter den untersuchten Umwelten) und 53% geben an, „keine Beziehungen" zu haben (der höchste Anteil im Vergleich mit den anderen Umwelten).

33% der SHG/SHO bewerten die Unterstützungsleistungen der Sozialversicherung als „sehr wichtig" (zweitniedrigster Wert im Vergleich). Weiters geben 22% an, diese als „nicht wichtig" wahrzunehmen (der höchste Wert unter den untersuchten Umwelten).

Im Vergleich mit den anderen untersuchten Umwelten ist die „Nähe" der Sozialversicherung zu den SHG/SHO zwar geringer, trotzdem besitzt sie eine gewisse Relevanz zumindest für einige der österreichischen SHG/SHO.

Indikatoren[48]

Für diese Analyse wurden alle zu Verfügung stehenden Indikatoren verwendet. Die Wahrnehmung der Sozialversicherung durch die SHG/SHO wurde daher anhand zweier Indikatoren untersucht. Die Gruppen wurden gefragt,

1. ob sie Beziehungen zu der Sozialversicherung pflegen und

[48] Die Tabellen dieses Abschnittes befinden sich auf Seite 119.

2. ob diese als Unterstützerin ihrer Aktivitäten auftritt.

Indikator	Kategorien	Variabilitätsmaße		Mittelwert			N
		IQV	VR				
Unterstützung	„sehr wichtig“, „eher bis weniger wichtig“, „nicht wichtig“	38,18	0,54	„sehr wichtig“	„eher bis weniger wichtig“	„nicht wichtig“	428
				32,5%	46,0%	21,5%	
Beziehung	„enge Beziehung“, „lose Beziehung“, „keine Beziehung“	33,94	0,47	„enge Beziehung“	„lose Beziehung“	„keine Beziehung“	575
				8,9%	38,1%	53,0%	

Tabelle 21: Sozialversicherung, Indikatoren

Während die Streuung in den „Beziehungen“ der SHG/SHO zur Sozialversicherung ein wenig geringer ist, wird vor allem die Rolle als „Unterstützerin“ in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich bewertet.

Zusammenhänge zwischen den verwendeten Indikatoren

Zusammenhang zwischen	
Unterstützungsleistungen und Beziehungen zu Sozialversicherung	
Kendall's tau-b	0,349
Kendall's tau-c	0,323
Gamma	0,542

Tabelle 22: Sozialversicherung, Zusammenhänge

Zwischen der „Enge der Beziehung“ und der Rolle als „Unterstützerin“ lässt sich ein Zusammenhang feststellen; das heißt, dass jene Gruppen, die eine „engere Beziehung“ zur Sozialversicherung pflegen, diese auch tendenziell als „wichtigere Unterstützerin“ wahrnehmen und umgekehrt.

Ähnlichkeitsanalyse der Sozialversicherung

Indikator	Kategorien	Cluster 1		Cluster 2		Ausreißer 1	Ausreißer 2
		Mittelwert (%)	Median (%)	Mittelwert (%)	Median (%)	Anteil (%)	Anteil (%)
Unterstützung	„sehr wichtig“	36,63	35,95	17,73	18,40	52,20	12,50
	„eher bis weniger wichtig“	44,35	43,45	52,77	52,00	22,50	68,70
	„nicht wichtig“	19,08	21,90	29,53	31,60	25,00	18,80
Beziehung	„enge Beziehung“	6,83	6,65	5,93	8,10	21,20	15,00
	„lose Beziehung“	42,50	41,80	35,17	32,30	28,80	20,00
	„keine Beziehung“	50,70	51,75	58,97	59,10	50,00	65,00

Einige Werte dieser Tabelle sind Mittelwerte und Mediane. Aufgrund dieses Umstandes und Rundungsfehlern können die Gesamtsummen der Anteile von 100 Prozentpunkten abweichen.

Tabelle 23: Überblick über die Clusterlösung der Sozialversicherung

Cluster 1: Wien, Kärnten, OÖ, NÖ – „hoher Anteil an Beziehungen, große Bedeutung der Unterstützung“

Der Anteil der SHG/SHO, die „Beziehungen“ zur SV pflegen ist hier – im Vergleich zu Cluster 2– ein wenig größer (Mittelwert: 49%, Median: 48%) und es werden durchschnittlich vor allem „lose Beziehungen“ (Mw.: 43%, Median: 42%) zur SV gepflegt. Die Unterstützung der SV wird hier in einem relativ hohen Maß als „sehr wichtig“ (Mw.: 37%, Median: 36%) oder „eher bis weniger wichtig“ (Mw.: 44%, Median: 43%) eingestuft.

Cluster 2: Tirol, Steiermark, Vorarlberg – „geringer Anteil an Beziehungen, geringe Bedeutung der Unterstützung“

Der Anteil der SHG/SHO, die „Beziehungen“ zur SV pflegen, ist in diesen Bundesländern im Vergleich zum Cluster 1 niedriger (Mittelwert: 41%, Median: 40%). Durchschnittlich sind in diesen Bundesländern „lose Beziehungen“ zu beobachten (Mittelwert: 35%, Median: 32%). Dies passt mit einem niedrigen Anteil an SHG/SHO zusammen, die die SV als „sehr wichtige“ unterstützende Umwelt

(Mittelwert: 18%, Median: 18%) wahrnehmen. Der Anteil derer, die diese Umwelt nicht als unterstützende Umwelt sehen, ist in diesem Cluster vergleichsweise groß (Mittelwert: 30%, Median: 32%).

Ausreißer 1: Salzburg – „besonders hoher Anteil an Beziehungen und besonders große Bedeutung der Unterstützung“

Die Position Salzburgs kann durch besonders viele „enge Beziehungen“ zu der SV und eine überaus positive Einschätzung ihrer Unterstützungsleistungen erklärt werden. So geben 21% der SHG/SHO an, „enge Beziehungen“, und 29%, „lose Beziehungen“ zu pflegen. Eine Mehrheit der SHG/SHO sieht die Unterstützungsleistungen als „sehr wichtig“ (53%) und immerhin 23% als „eher bis weniger wichtig“ an.

Ausreißer 2: Burgenland – „geringer Anteil an Beziehungen, mittlere Bedeutung der Unterstützung“

Die extreme Position des Burgenlandes kann durch eine eher positive Wahrnehmung der SV und ihrer Unterstützungsleistungen, bei einer gleichzeitig sehr geringen Anzahl an „Beziehungen“ zu ihr erklärt werden. So beträgt der Anteil an SHG/SHO, die „Beziehungen“ zu SV pflegen, 35%. 15% der SHG/SHO geben an, „enge Beziehungen“ zu pflegen. 13% schätzen die „Unterstützungsleistungen“ als „sehr wichtig“ und weitere 69% als zumindest „eher bis weniger wichtig“ ein.

Zusammenfassung:

Es wird deutlich, dass diese Umwelt von den SHG/SHO in den Bundesländern sehr unterschiedlich wahrgenommen wird. Besondere Relevanz scheint sie vor allem in Salzburg, aber auch in den Bundesländern des Cluster 1 zu haben. Geringere Bedeutung kommt ihr in den Bundesländern des Cluster 2 und im Burgenland zu.

Zusammenschau der Umweltbeziehungen

Die Ergebnisse der Beziehungen nach einzelnen Umwelten erlauben an dieser Stelle einen Überblick. In Tabelle 24 sind die Bundesländer nach ihrer „relativen Nähe[49]“ zu den jeweiligen Umwelten vor dem Hintergrund einer insgesamt unterschiedlichen Bedeutung der einzelnen Umwelten eingetragen.

Die Umwelt der Ärzte/Ärztinnen ging nicht in diese Zusammenschau ein. Die ausgeprägte Nähe dieser Umwelt zu den SHG/SHO über alle Bundesländer hinweg, zeigt zwar die hohe allgemeine Relevanz dieser Umwelt, mindert jedoch aufgrund dieser Gemeinsamkeit die Möglichkeit in einem Vergleich bedeutende Unterschiede zwischen den Bundesländern aufzeigen zu können. Aufgrund der oben dargestellten Zusammenhänge (siehe Seite 77) zwischen den Ärzten/Ärztinnen und den Krankenhäusern und der Ähnlichkeit dieser Umwelten, schien die Verwendung der Krankenhäuser und die Nichtberücksichtigung der Ärzte/ Ärztinnen eher geeignet, Unterschiede zwischen den Bundesländern beschreiben zu können.

Die Analyse der Inanspruchnahme von Leistungen der SHU wurde in dieser Zusammenschau ebenfalls nicht berücksichtigt, da sie, durch die zur Verfügung stehenden Daten, erheblich feiner durchgeführt werden konnte als die Analyse der anderen Umwelten.

Weiters wurde auf die Aufnahme des Burgenlandes und Vorarlbergs in die Zusammenschau verzichtet. Die Ergebnisse der Ähnlichkeitsanalysen dieser zwei Bundesländer lassen aufgrund ihrer geringen Fallzahlen die nötige Genauigkeit vermissen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass es sich bei den Ergebnissen dieser beiden Bundesländer nicht um Artefakte handelt. Ihre gehäufte Positionierung als „Ausreißer“ legt diese Vermutung nahe. Es erschien daher sinnvoll, diese nicht weiter für den Vergleich zu nutzen.

Die Tabelle 24 macht deutlich, dass in den bundesländerspezifischen Ausprägungen von Beziehungen zu den untersuchten Umwelten Unterschiede bestehen.

[49] Relativ bedeutet, dass je nach Umwelt von unterschiedlicher allgemeiner Nähe auszugehen ist. Auf Basis dieser können manche Bundesländer einer Umwelt relativ zur Position der anderen Bundesländer „näher“ bzw. „weniger nah“ sein.

Die größten Gemeinsamkeiten zeigen dabei die SHG/SHO in **Kärnten und Tirol**. Diese scheinen im Vergleich in größerer relativer Nähe zu fast allen untersuchten Umwelten zu sein. Nur die Beziehung zur Sozialversicherung scheint in Tirol distanzierter zu sein als in Kärnten.

Ebenfalls größere Gemeinsamkeiten zeigen die Ergebnisse von **NÖ, OÖ und Wien.** Diese weisen vergleichsweise größere Distanz zu den Umwelten der SHU und der Politik/Verwaltung auf, während ihnen gemeinsam die relative Nähe zur Sozialversicherung ist. In Bezug auf die Umwelt der Krankenhäuser zeigt NÖ relative Nähe zu dieser Umwelt, während OÖ und Wien in einem Cluster der relativen Distanz zu finden sind.

Relative Nähe zur Umwelt	SHU	Politik/ Verwaltung	Kranken-häuser	Sozial-versicherung
Ausreißer besonderer Nähe				Salzburg
Cluster relative Nähe	Tirol, Kärnten, Salzburg	Kärnten, Tirol, Steiermark	Tirol, NÖ, Kärnten,	Wien, Kärnten, OÖ, NÖ
Cluster relative Distanz	OÖ, NÖ, Steiermark	OÖ, NÖ, Salzburg, Wien	OÖ, Wien, Salzburg	Tirol, Steiermark,
Ausreißer besonderer Distanz			Steiermark	
Cluster uneindeutig				
Ausreißer uneindeutig	Wien			

Tabelle 24: Überblick über die Ergebnisse der Analyse der Umwelt-beziehungen

Die **Steiermark** zeigt ein vergleichsweise spezifisches Profil. Sie steht in relativer Nähe zur Politik/Verwaltung, während relative Distanz zur Sozialversicherung und SHU bestehen. Zu den Krankenhäusern ist diese sogar besonders groß.

Die Bewertung der Ergebnisse von **Salzburg** ist ebenfalls von einem spezifischen Profil geprägt. Relative Distanz ist zur Politik/Verwaltung und den Krankenhäusern gegeben. Besondere Nähe hingegen besteht zur Sozialversicherung und ebenfalls hoch ist die Bedeutung der SHU.

Es kann festgehalten werden, dass sich vor allem in **Tirol und Kärnten** größere Nähe zu gleich mehreren Umwelten entwickelt hat.

Weiters soll betont werden, dass in allen Bundesländern allgemein große Nähe zu der Umwelt der Ärzte/Ärztinnen besteht und diese eine bundesländerüber-greifende Gemeinsamkeit darstellt. Davon abgesehen lassen keine weiteren

österreichweit gemeinsamen Muster relativer Nähe zu einzelnen Umwelten erkennen. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass die Ausgestaltung der Umweltbeziehungen bundesländerspezifisch ist.

6.2 Ressourcen

Im Mittelpunkt der Betrachtung standen die Ressourcen, die die SHG/SHO von außen zur Verfügung gestellt bekommen. Im Zusammenhang mit der Analyse der verschiedenen Umwelten interessiert vor allem, ob Unterschiede zwischen den Bundesländern in Bezug auf die Zufriedenheit[50] der SHG/SHO mit den von außen zur Verfügung gestellten Mitteln existieren.
Es muss dabei von einem geringen Niveau der Zufriedenheit mit den extern aufgebrachten Mitteln im Verhältnis zu den selbst aufgebrachten Mitteln ausgegangen werden (siehe auch Seite 24). Dies gilt im Speziellen für die finanziellen Mittel.

Zur Darstellung der bundesländerübergreifenden Zufriedenheit mit den von außen zur Verfügung gestellten Mitteln werden eingangs die vier Indikatoren dargestellt, um über den gemeinsamen Hintergrund zu informieren, auf Basis dessen Unterschiede zwischen den Bundesländern verglichen werden.

[50] Die Formulierung des Items lautete: „Beurteilen Sie bitte die Ausstattung mit Leistungen und Mitteln in den folgenden Bereichen als ausreichend oder nicht ausreichend“. Im Rahmen dieser Arbeit wird dies als Beurteilung der Zufriedenheit mit der Ausstattung mit Leistungen und Mitteln interpretiert.

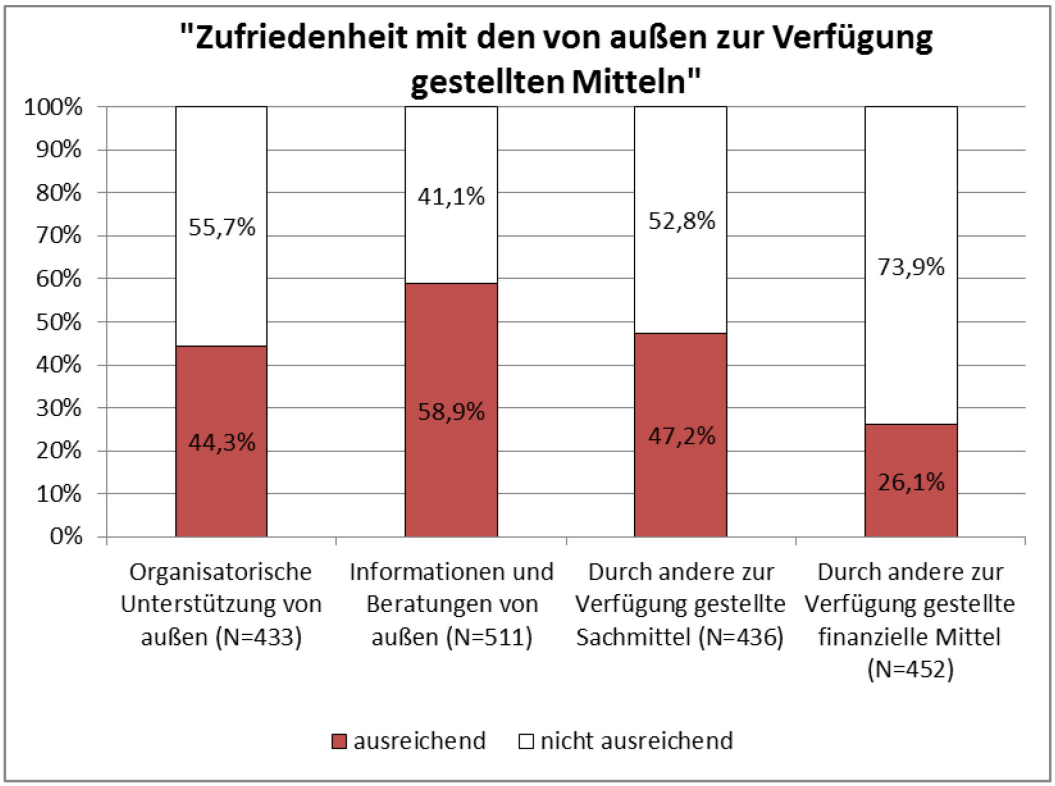

Abbildung 13: "Zufriedenheit mit den von außen zur Verfügung gestellten Mitteln"

Wie in Abbildung 13 zu sehen, ist die Zufriedenheit mit der „Information und Beratung von außen“ im Vergleich der vier Indikatoren am höchsten. 59% der SHG/SHO bewerteten diese als „ausreichend“. Weniger sahen dies in Bezug auf die „durch andere zur Verfügung gestellten Sachmittel“ so (47%). Ein ähnliches „Niveau“ an Zufriedenheit erreichte auch der Indikator der „organisatorischen Unterstützung von außen“ (44%). Österreichweit die geringste Zufriedenheit betrifft die „durch andere zu Verfügung gestellten finanzielle Mittel“. Nur 26% sehen diese als „ausreichend“ an.

Indikatoren[51]

Um die Zufriedenheit der SHG/SHO mit den von außen zu Verfügung gestellten Mitteln untersuchen zu können, werden vier Indikatoren verwendet, welche die Zufriedenheit

1. mit den zur Verfügung gestellten finanziellen,
2. mit den Sachmitteln, sowie
3. mit der Information/Beratung und

[51] Die Tabellen dieses Abschnittes befinden sich auf Seite 121.

4. mit der organisatorischen Unterstützung

messen. Damit wurden alle zur Verfügung stehenden Indikatoren in die Analyse aufgenommen.

Indikator	Kategorien	Variabilitätsmaße		Mittelwert		N
		IQV	VR	„ausreichend“	„nicht ausreichend“	
Zur Verfügung gestellte Sachmittel	„ausreichend“, „nicht ausreichend“	19,94	0,47	47,2%	52,8%	436
Organisatorischer Unterstützung von außen	„ausreichend“, „nicht ausreichend“	19,74	0,44	44,3%	55,7%	433
Information und Beratung von außen	„ausreichend“, „nicht ausreichend“	19,37	0,41	58,9%	41,1%	511
Zur Verfügung gestellte finanzielle Mittel	„ausreichend“, „nicht ausreichend“	15,43	0,26	26,1%	73,9%	452

Tabelle 25: Von außen zu Verfügung gestellte Mittel, Indikatoren

Die „Zufriedenheit mit den zur Verfügung gestellten Sachmitteln“, die „Organisatorische Unterstützung von außen“ und die „Zufriedenheit mit der Information und Beratung von außen“ variieren annähernd gleich stark zwischen den Bundesländern. Die geringste Streuung ist mit Abstand in der „Zufriedenheit mit den von außen zu Verfügung gestellten finanziellen Mitteln“ zu beobachten.

Zusammenhänge zwischen den verwendeten Indikatoren

Zusammenhang zwischen	
Organisatorische Unterstützung von außen und zur Verfügung gestellten Sachmitteln	
Phi	0,496
Zur Verfügung gestellte finanzielle Mittel und zur Verfügung gestellten Sachmittel	
Phi	0,469
Organisatorische Unterstützung von außen und zur Verfügung gestellte finanzielle Mittel	
Phi	0,426
Organisatorische Unterstützung von außen und Information und Beratung von außen	
Phi	0,294

Tabelle 26: Von außen zu Verfügung gestellte Mittel, Zusammenhänge

Zwischen den Indikatoren zeigen sich erwähnenswerte Zusammenhänge. So fühlen sich SHG/SHO, die „ausreichend organisatorisch von außen unterstützt“ werden, auch tendenziell häufiger „ausreichend von außen beraten“ und empfinden auch ihre „Ausstattung mit finanziellen und mit Sachmitteln eher als ausreichend“. Dies lässt darauf schließen, dass es durch die „Organisatorische Unterstützung von außen“ den SHG/SHO leichter fällt, Zugang zu anderen Leistungen zu bekommen. Ein weiterer deutlicher Zusammenhang ist zwischen der „Zufriedenheit mit den zur Verfügung gestellten Sachmitteln“ und den „Finanziellen Mitteln“ auszumachen. Ein Einfluss zwischen der Höhe des Jahresbudgets und den Indikatoren konnte nicht festgestellt werden.

Ähnlichkeitsanalyse der Zufriedenheit mit den zur Verfügung gestellten Mitteln

Indikator	Kategorien	Cluster 1		Cluster 2	Cluster 3	Ausreißer 1	Ausreißer 2
		Mittelwert (%)	Median (%)	Mittelwert und Median (%)	Mittelwert und Median (%)	Anteil (%)	Anteil (%)
Zur Verfügung gestellte Sachmittel	„ausreichend“	51,03	51,90	48,50	41,70	81,30	23,50
	„nicht ausreichend“	48,97	48,10	51,50	58,30	18,70	76,50
Organisatorischer Unterstützung von außen	„ausreichend“	53,13	51,20	40,10	35,00	70,60	41,20
	„nicht ausreichend“	46,87	48,80	59,90	65,00	29,40	58,80
Information und Beratung von außen	„ausreichend“	58,40	59,10	68,30	55,55	38,90	45,00
	„nicht ausreichend“	41,60	40,90	31,70	44,45	61,10	55,00
Zur Verfügung gestellte finanzielle Mittel	„ausreichend“	28,73	26,80	26,85	21,90	75,00	0,00
	„nicht ausreichend“	71,27	73,20	73,15	78,10	25,00	100,00

Einige Werte dieser Tabelle sind Mittelwerte und Mediane. Aufgrund dieses Umstandes und Rundungsfehlern können die Gesamtsummen der Anteile von 100 Prozentpunkten abweichen.

Tabelle 27: Überblick über die Clusterlösung der Ressourcen

Cluster 1: Tirol, Kärnten, Salzburg – „generell Zufriedenheit mit Unterstützungsleistungen“

Die SHG/SHO aus diesem Cluster zeigen im Vergleich generell eine etwas höhere Zufriedenheit mit den Unterstützungsleistungen von außen. Relativ hoch ist die Zufriedenheit mit „Organisatorischer Unterstützung“ (Mw.: 53%; Median: 51%) und der „Information und Beratung von außen“ (Mw.: 58%; Median: 59%). Ebenfalls relativ hoch ist die Zufriedenheit mit den „Sachmittlen“ (Mw.: 51%; Median: 52%) und auch der Anteil der SHG/SHO, die im Durchschnitt mit den „Finanziellen Mitteln“ zufrieden sind, erreicht in diesem Cluster relativ zu den anderen Clustern etwas höhere Werte (Mw.: 29%, Median: 27%).

Cluster 2: OÖ, Steiermark – „mittlere Zufriedenheit mit Ausnahme einer hohen Zufriedenheit bezüglich der Beratung“

Die SHG/SHO in diesem Cluster zeigen sich im Mittel mit der „Information und Beratung von außen“ mehrheitlich so zufrieden wie in keinem anderen Bundesland (Mw. und Median: 68%). In der „Zufriedenheit mit der organisatorische Unterstützung“ (Mw. und Median: 40%), wie auch die „Finanzielle Unterstützung“ (Mw. und Median: 27%) zeigen die SHG/SHO im Vergleich eher durchschnittliche Werte. Dasselbe gilt für die „Zufriedenheit mit den Sachmitteln“ (Mw. und Median: 49%).

Cluster 3: Wien, NÖ – „eher niedrigere Zufriedenheit mit Unterstützungsleistungen“

Die SHG/SHO in diesem Cluster sehen ebenfalls die „Organisatorische Unterstützung“ mehrheitlich als nicht ausreichend an. Der durchschnittliche Anteil der zufriedenen SHG/SHO ist im Vergleich gering (Mw. und Median: 35%). Ebenfalls unterdurchschnittlich ist die Zufriedenheit in den anderen Indikatoren. In der „Information und Beratung“ erreicht der durchschnittliche Anteil an zufriedenen SHG/SHO 56%, in der Zufriedenheit mit „Sachmitteln“ 42% und den „finanziellen Mitteln“ 22%.

Ausreißer 1: Vorarlberg – „Besonders hohe Zufriedenheit mit Unterstützungsleistungen mit Ausnahme von Beratung“

In Vorarlberg ist lediglich beim Indikator Information/Beratung eine relative Unzufriedenheit feststellbar; hier sind es nur 39% der SHG/SHO, die nach eigenen Angaben mit dem Ausmaß der zur Verfügung gestellten Mittel zufrieden sind. In allen anderen Kategorien bezeichnet der Großteil der SHG/SHO das Ausmaß der Mittel als ausreichend (Organisatorische Unterstützung: 71%, Sachmittel: 81%, Finanzielle Mittel: 75%).

Ausreißer 2: Burgenland – „besonders niedrige Zufriedenheit mit Unterstützungsleistungen“

Die Zufriedenheit ist im Burgenland in den Indikatoren Finanzielle Mittel (0%), Sachmittel (24%) und Information/Beratung (45%) durchschnittlich schwächer

ausgeprägt als in den restlichen Bundesländern. Nur in der Organisatorischen Unterstützung ist der Anteil der zufriedenenen SHG/SHO (41%) ein wenig höher als in den Bundesländern des Cluster 3.

Zusammenfassung:

Zusammenfassend betrachtet scheint die Zufriedenheit mit den zur Verfügung gestellten Mitteln vor allem in Vorarlberg groß zu sein. Im Vergleich mit den restlichen Bundesländern sind die SHG/SHO in Cluster 1 im Schnitt mit dem Ausmaß an Mitteln, die ihnen von den Umwelten zur Verfügung gestellt werden, zufriedener. In Cluster 2 scheint zumindest das Ausmaß an Information und Beratung einer Mehrheit der Gruppen als ausreichend. Ein ähnliches Bild ergibt sich in Cluster 3, jedoch auf niedrigerem Niveau. Die Umwelten im Burgenland können den Bedarf der SHG und SHO an Mitteln nur mangelhaft abdecken.

6.3 Zusammenschau der Umweltbeziehungen und der Ressourcen

In diesem Abschnitt werden Zusammenhänge von „relativ zufriedener“ [52] Beurteilung der zur Verfügung gestellten Ressourcen der SHG/SHO und der Ausgestaltung der Umweltbeziehungen dargestellt. Zuerst wurden Auffälligkeiten zwischen den Analysen der Umwelten und den Ressourcen gesucht, um diese dann anhand von Zusammenhängen beschreiben zu können. Dafür wurden die Umweltindikatoren und die Ressourcenindikatoren (siehe Abschnitt 5.3) auf Zusammenhänge geprüft. [53]

[52] Relativ bedeutet, dass je nach Ressource von einem allgemeinen Niveau der Zufriedenheit mit der Ausstattung mit dieser Ressource auszugehen ist. Auf Basis dieses Niveaus der Zufriedenheit können manche Bundesländer relativ zur Position der anderen Bundesländer mehr oder weniger zufrieden sein.

[53] Alle erwähnten Zusammenhangsmaße dieses Abschnitts sind im Anhang auf Seite 123 zu finden.

Umwelten und Ressourcen – Auffälligkeiten

Betrachtet man die Ergebnisse der Analyse der Ressourcen und zieht die Analyse der Umweltbeziehungen mit in Betracht, fällt auf, dass den drei Bundesländern mit relativ großer Zufriedenheit (Kärnten, Tirol, Salzburg) die relative Nähe zur SHU gemeinsam ist. Kärnten und Tirol sind darüber hinaus zu fast allen Umwelten in relativer Nähe positioniert, wobei dies für Salzburg nur in Bezug auf die Sozialversicherung zutrifft.

Aufgrund dieser Ergebnisse schien es sinnvoll keine der untersuchten Umwelten von der Untersuchung auf Zusammenhänge auszuschließen. Daher wurde überprüft, ob sich die relative Nähe zu den Umwelten in relativer Zufriedenheit mit den zur Verfügung gestellten Ressourcen niederschlägt.

Umwelten und Ressourcen – Zusammenhänge

Die „Zufriedenheit mit der finanziellen Unterstützung von außen“ steht mit zwei Indikatoren in bemerkenswert positivem Zusammenhang. So beurteilten jene SHG/SHO diese „Unterstützung“ eher als ausreichend, die auch „Finanzielle Unterstützung“ durch die SHU in Anspruch nehmen.[54] Ein weiterer Zusammenhang zeigt sich in Hinblick auf die Beurteilung der „Interessensvertretung durch themenübergreifende Dachverbände bzw. die SHU“. So beurteilen jene SHG/SHO, die die „Interessensvertretung“ positiv beurteilen, auch die „Finanzielle Unterstützung von außen“ als eher ausreichend.

Die „Zufriedenheit mit der Ausstattung an Sachmitteln“ steht mit drei Indikatoren in positivem Zusammenhang. Wie auch die „Zufriedenheit mit finanziellen Mitteln von außen“ stehen die „Sachmittel von außen“ in einem Zusammenhang mit der „Inanspruchnahme finanzieller Unterstützung durch die SHU“ und auch die Beurteilung der „Interessensvertretung durch themenübergreifende Dachverbände bzw. die SHU“ scheint hier eine Rolle zu spielen. Darüber hinaus ist noch ein relevanter Zusammenhang mit der „Inanspruchnahme von Unterstützung bei

[54] Da diese Angaben auf „ungerichteten“ Zusammenhangsmaßen basieren, sind alle genannten Zusammenhänge beidseitig interpretierbar. Es soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass die Stärke dieser Zusammenhänge bundesländerspezifisch variieren bzw. Zusammenhänge mit Indikatoren aus anderen Umwelten bestehen können.

Öffentlichkeitsarbeit, Herstellung von Info-Material und Abhaltung von Veranstaltungen“ zu sehen.
Die „Zufriedenheit mit der organisatorischen Unterstützung von außen“ steht ebenfalls mit der „Inanspruchnahme von Leistungen der SHU“ in positivem Zusammenhang. So sind jene SHG/SHO eher mit der Ausstattung zufrieden, die „Unterstützung und Beratung bei der Gruppengründung“, „Unterstützung bei Öffentlichkeitsarbeit, Herstellung von Info-Material und Abhaltung von Veranstaltungen“ und die „Vertretung ihrer Interessen durch die SHU“ in Anspruch nahmen. Weiters zeigt sich ein positiver Zusammenhang mit der Beurteilung der „Interessensvertretung durch themenübergreifende Dachverbände bzw. die SHU“.
Im Gegensatz zu den bisher vorgestellten Zusammenhängen, in denen ausschließlich Indikatoren aus der Umwelt SHU relevante Zusammenhänge zeigten, bestehen sonst nur wenige Zusammenhänge zu Beziehungs-Indikatoren anderer Umwelten. Eine bemerkenswerte Ausnahme stellt der Indikator der „Zufriedenheit mit der Ausstattung an Information und Beratung von außen“ dar. Hier zeigt sich, dass SHG/SHO, die in „engerer Beziehung“ zu Ärzten/Ärztinnen oder Krankenhäusern stehen, die Ausstattung eher als ausreichend beurteilen. Den Umwelten der Ärzte/Ärztinnen und der Krankenhäuser kommt daher eine gewisse Bedeutung in Hinblick auf die „Zufriedenheit mit Information und Beratung von außen“ zu.

Umwelten und Ressourcen – Interpretation

Diesen Zusammenhängen und den Ergebnissen der Analysen der Umweltbeziehungen und Ressourcen entsprechend scheint sich vor allem die relative Nähe (und damit ausreichende Versorgung mit bestimmten Leistungen) zur SHU, zu Ärzten/Ärztinnen und zu Krankenhäusern als förderlich auf die relative Zufriedenheit mit den zu Verfügung gestellten Mitteln auszuwirken.
Bemerkenswert erscheint die Häufigkeit der Zusammenhänge zwischen der SHU und der „Zufriedenheit mit von außen zur Verfügung gestellten finanziellen Mitteln“, „Sachmitteln“ und „Organisatorischer Unterstützung“. Dabei erscheinen die Zusammenhänge zwischen „Inanspruchnahme finanzieller Unterstützung“ und der „Zufriedenheit mit finanziellen Mitteln und Sachmitteln“ als nachvollziehbar. Ebenso die Zusammenhänge zwischen „Zufriedenheit mit organisatorischer

Unterstützung“ und der Inanspruchnahme von dafür relevanten Leistungen der SHU.

Aufklärungsbedürftig scheint dagegen die Rolle der „Interessensvertretung durch themenübergreifende Dachverbände bzw. die SHU“ zu sein. Eine positive Beurteilung der „Interessensvertretung durch themenübergreifende Dachverbände bzw. die SHU“ steht dabei mit der Zufriedenheit mit allen der drei genannten Ressourcentypen in Zusammenhang. Eine mögliche Erklärung für diesen Zusammenhang kann in dem hohen Aufwand, der mit der Aktivität der Interessensvertretung einhergeht, gesehen werden. So entlastet eine als funktionierend beurteilte Vertretung der eigenen Interessen durch einen anderen Akteur die SHG/SHO von dieser Aufgabe und ermöglicht, den Bedarf an zu Verfügung gestellten Ressourcen zu verringern bzw. diese in anderen Aktivitäts-bereichen einzusetzen.

7 Zusammenfassung

Diese Arbeit widmete sich der Frage, welche Bedeutung die Bundeslandzugehörigkeit für Selbsthilfegruppen und -organisationen bei der Einschätzung ihrer Umweltbeziehungen und ihrer Ressourcenausstattung hat. Die dabei entdeckten Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen der Situation in den Bundesländern sollen Anstöße für weitere Forschung und politische Maßnahmen bieten, sowie eine empirische Grundlage für weitere Diskussionen über die Situation des Feldes der Selbsthilfe in Österreich anregen.

Im Folgenden werden die Fragestellung und die gewählte Vorgehensweise dargestellt und eine Methodenkritik angeschlossen. Danach werden die wichtigsten Ergebnisse präsentiert und zum Schluss Vorschläge zu weiterer Forschung und Maßnahmen angeführt.

Fragestellung

Hinweise für bedeutende Unterschiede zwischen den SHG/SHO in den einzelnen Bundesländern lagen in Form der Ergebnisse des PAO-Projektes[55] (u.a. Fallstudien dreier Bundesländer) bereits vor. Weiters konnte vermutet werden, dass die Ebene der Bundesländer, ähnlich wie im Gesundheitsbereich, eine relevante Steuerungsebene für das Feld der Selbsthilfe darstellt. Die leitende Forschungsfrage dieser Arbeit zielte darauf ab, durch die Einbeziehung dieser Ebene, Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Bedingungen für SHG/SHO aufzudecken, die durch die gesamtösterreichische Perspektive ansonsten verdeckt geblieben wären. Als relevante Elemente dieser Bedingungen wurden die Beziehungen der SHG/SHO zu relevanten Umwelten des Feldes und die Ausstattung mit externen Ressourcen herangezogen.

Vorgehensweise und Methodenkritik

Zuerst wurde ein untersuchungsleitender Rahmen geschaffen und alle Untersuchungselemente und deren Verhältnis zueinander beschrieben. Dabei

[55] siehe Fußnote 2, Seite 8.

wurden fünf Umwelten (die Sozialversicherung, Krankenhäuser, Politik/Verwaltung, Ärzte/Ärztinnen und Selbsthilfeunterstützung), sowie vier Ressourcenarten (Beratung/Information, organisatorischen Unterstützung, Sachmittel und finanzielle Mittel) in die Analyse aufgenommen. Durch das PAO-Projekt stand bereits eine Datenbasis für die Untersuchung zur Verfügung (Fragenbogenuntersuchung bei SHG/SHO), somit konnte diese einer Sekundäranalyse unterzogen werden. Dafür wurden den Untersuchungselementen Variablen aus dem vorhandenen Datensatz als Indikatoren zugeordnet und deren Eignung anhand univariater Auswertungen (Maße für Dispersion und Zentralität) geprüft. Dabei sollte ein möglichst großer Teil der, in den Daten vorhandenen Streuung, in die vergleichenden Analysen einfließen. Die Darstellung der Gemeinsamkeiten über die untersuchten Bereiche hinweg, wurde über die, in allen Umweltbereichen vorhandenen, Indikatoren („Beziehung“, „Unterstützung“) bewerkstelligt. Im Bereich der Ressourcen erfolgte dieser Schritt mit den entsprechenden Ressourcenindikatoren. Vor jeder vergleichenden Analyse wurden die verwendeten Indikatoren auf Zusammenhänge geprüft, um festzustellen, ob diese gleiche Dimensionen messen. Der Vergleich der Bundesländer machte es notwendig, diesen, auf Basis der ausgewählten Indikatoren, Eigenschaften für den Vergleich zuzuweisen. Da die Datenbasis ausnahmslos aus Kategorialdaten bestand wurde wie folgt vorgegangen. Die SHG/SHO wurden nach Bundesland gruppiert und je nach Indikator die relativen Häufigkeiten jeder Indikatorkategorie für diese Gruppen berechnet. Die daraus resultierenden Anteile für jede Indikatorkategorie wurden dann als Maßzahlen für die Bundesländer verwendet und ermöglichten damit die Behandlung der Bundesländer als Merkmalsträger. Der Vergleich der Bundesländer erfolgte dann je nach Bereich durch die Berechnung eines Ähnlichkeitsmaßes über alle verwendeten Indikatoren (bzw. deren Kategorien) und die Gruppierung der Bundesländer auf Basis dieser Maßzahlen durch eine hierarchische Clusteranalyse. Dabei konnten je nach Bereich Gruppen von ähnlichen Bundesländern („Cluster“), sowie Bundesländer mit abweichenden Eigenschaftsmuster („Ausreißer“) identifiziert werden. Daraus ergaben sich Muster von Ähnlichkeiten zwischen Bundesländern über die betrachteten Bereiche.

Dieses Vorgehen hatte jedoch einen Nachteil. Da die Anteile der Indikatorkategorien zur Berechnung von Ähnlichkeitsmaßen herangezogen wurden und diese bei geringen Fallzahlen im Vergleich weniger variieren können (und dadurch öfters im Vergleich mit den anderen Bundesländer extreme Werte annehmen), führte dies dazu, dass für diese Bundesländer oft über- bzw. unterschätzte Ähnlichkeitswerte errechnet wurden. Dies wirkte sich in den Clusteranalysen in der Form aus, dass diese Bundesländer, durch die von extremen Werten beeinflussten Ähnlichkeitsmaße, eine geringere Wahrscheinlichkeit besaßen in „Clustern" mit anderen Bundesländern positioniert und eher als „Ausreißer" identifiziert zu werden. Da die Fallzahlen je nach Indikator im Burgenland und Vorarlberg besonders klein sind, wurden diese zwei Bundesländer öfter als „Ausreißer" identifiziert. Die Aussagekraft der Ergebnisse der Ähnlichkeitsanalysen bezogen auf diese zwei Bundesländer muss daher äußerst kritisch betrachtet werden und führte dazu, dass die Ergebnisse dieser zwei Bundesländer keine weitere Verwendung in den zusammenfassenden Darstellungen fanden.

Im Allgemeinen soll zu der Aussagekraft der Ergebnisse noch angemerkt werden, dass diese vollständig von der Qualität des verwendeten Datensatzes abhing. Die Beantwortung der Fragebögen durch einzelne Vertreter/innen von zum Teil größeren Organisationen lässt vermuten, dass eine gewisse Unschärfe bereits in der Datenerhebung entstand. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Sicht eines Kollektivs (SHG/SHO) nicht deckungsgleich mit der Sicht des Subjekts (Vertreter/Vertreterin) sein muss. Weiters wäre eine Validierung und etwaige Ergänzung der Ergebnisse durch qualitative Methoden (bspw. „Experteninterviews") wünschenswert.

Ergebnisse - Viele Unterschiede, wenige Gemeinsamkeiten

Die Ebene der Bundesländer hat sich in dieser Arbeit als äußerst relevant für das Feld der Selbsthilfe erwiesen. So konnten durchgehend in allen untersuchten Bereichen zum Teil bemerkenswerte Unterschiede in den Umweltbeziehungen und in geringerem Ausmaß in der Ausstattung mit Ressourcen festgestellt werden. Es scheint, dass die Bedingungen für Selbsthilfe von Bundesland zu Bundesland

variieren und bundeslandspezifischen Entwicklungen geschuldet sind. Umso mehr scheinen gerade die Gemeinsamkeiten, die im Hinblick auf die Bedingungen für Selbsthilfe in den Bundesländern relevant sind, erwähnenswert.
Die Analyse der Umweltbeziehungen, zeigt über alle Bundesländer hinweg eine große „Nähe“ der Ärzte/Ärztinnen zu den SHG/SHO. Diesen kommt eine wichtige Rolle bei der Gründung von SHG/SHO zu, sie können den Zugang zu der Umwelt der Krankenhäuser erleichtern und sie stellen eine wichtige Ressource für die Versorgung der SHG/SHO mit Informationen und Beratung dar.
Eine weitere Gemeinsamkeit aller Bundesländer stellt die Bedeutung der SHU dar. Diese konnte aufgrund der besseren Datenlage detaillierter untersucht werden und brachte auf Basis der allgemeinen engen Beziehungen zwischen SHU und den einzelnen Gruppen bzw. Organisationen große Unterschiede zwischen den bundesländerspezifischen SHU zu Tage. So zeigt sich, dass die SHG/SHO in den verschiedenen Bundesländern ein unterschiedliches Ausmaß und Angebot an Unterstützungsleistungen durch die SHU in Anspruch nehmen können. Diese Inanspruchnahme scheint jedoch ein großes Potenzial in Hinblick auf die Ausstattung mit externen Ressourcen zu haben, wie die Zusammenhangsanalysen zeigen konnten. So sahen sich die SHG/SHO in den Bundesländern mit ausgeprägter Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen auch entsprechend zufriedener mit ihrer generellen Ausstattung mit externen Ressourcen.

Vorschläge zu weiterer Forschung und politischen Maßnahmen

Diese Zusammenhänge sind es auch, die wertvolle Erkenntnisse für die Unterstützung und Verbreitung der Selbsthilfe in Österreich liefern könnten. So wäre eine genauere Untersuchung der verschiedenen Modelle der Selbsthilfeunterstützung in Österreich und ihrer Wirkung auf Tätigkeiten und Ressourcenlage der SHG/SHO ratsam. Vor allem in Hinblick auf die Verbreitung von erfolgreichen Strategien und Angeboten der Selbsthilfeunterstützung wäre dies wünschenswert. Diese Betrachtung sollte dabei auch um die Sicht der SHU ergänzt werden, um einen Eindruck von deren, vermutlich ebenfalls bundesländerspezifischen, Rahmenbedingungen für Selbsthilfeunterstützung gewinnen zu können.

Der Bundesländervergleich hat gezeigt, dass aus der Sicht der SHG/SHO bedeutsame Unterschiede in Hinblick auf die Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen und ihrem Vermögen, Leistungen für die SHG/SHO zu erbringen, bestehen. Hier ist darauf hinzuweisen, dass in Deutschland die SHU - zusätzlich zur kommunalen und Länderebene - auch bundesländerübergreifend, d.h. auf nationaler Ebene, organisiert ist. Eine entsprechende Einrichtung gibt es in Österreich bisher nicht. In Anbetracht der Bedeutung dieser Umwelt und der Unterschiede, die zwischen den österreichischen Bundesländern diesbezüglich bestehen, wäre solch eine bundesländerübergreifende Institution eine mögliche Maßnahme, um Unterschiede zu verringern. Da diese Unterschiede nicht über eine bundesländerübergreifende Unterstützungsstruktur ausgeglichen werden, ist eine österreichweite einheitlichere Entwicklung der Bedingungen für die Arbeit der SHG/SHO in Zukunft nicht zu erwarten. Dies sollte als Herausforderung verstanden werden, Strategien zu entwickeln, in allen Bundesländern unterstützende Bedingungen für die Arbeit und Entwicklung von Selbsthilfe herzustellen.

8 Anhang

8.1 Literaturverzeichnis

Backhaus, Klaus; Erichson, Bernd; Weiber, Rolf, 2011: Fortgeschrittene multivariate Analysemethoden – eine anwendungsorientierte Einführung. Berlin [u.a.]: Springer

Backhaus, Klaus, 2011: Multivariate Analysemethoden – eine anwendungsorientierte Einführung. 13. Auflage. Berlin [u.a.]: Springer

Baggott, Rob; Allsop, Judith; Jones, Kathryn, 2005: Speaking for Patients and Carers. Health Consumer Groups and the Policy Process. Houndsmills: Palgrave.

Baggott, Rob; Forster, Rudolf, 2008: Health consumer and patients' organizations in Europe: towards a comparative analysis. S. 85 – 94 in: Health Expectations, Vol. 11.

Ball, Douglas; Tisocki, Klara; Herxheimer, Andrew, 2006: Advertising and disclosure of funding on patient organization websites: a cross-sectional survey. in: BMC Public Health, 2006, Vol. 6, Artikel Nr. 201.

Benninghaus, Hans, 2005: Einführung in die sozialwissenschaftliche Datenanalyse. 7. Auflage. München/Wien: Oldenbourg

Borgetto, Bernhard; von dem Knesebeck, Olaf, 2009: Patientenselbsthilfe, Nutzerperspektive und Versorgungsforschung. S. 21 – 29 in: Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz, Nr. 1. Springer Berlin / Heidelberg.

Borgetto, Bernhard, 2004: Selbsthilfe und Gesundheit. Analyse Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland. Bern: Verlag Hans Huber.

Borgetto, Bernhard, 2007: Wirkungen und Nutzen von Selbsthilfegruppen. S. 6 – 8 in: Public Health Forum, Vol.15, No. 2.

Braunegger-Kallinger, Gudrun; Forster, Rudolf; Krajic, Karl; Nowak, Peter; Österreicher, Sonja; Barcza, Astrid, 2009a: PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich: Selbsthilfe und Interessensvertretung, Unterstützung und Beteiligungsmöglichkeiten. 2. Zwischenbericht: PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich – Ergebnisse einer österreichweiten Fragebogenerhebung. Wien: Institut für Soziologie.

Braunegger-Kallinger, Gudrun; Forster, Rudolf; Krajic, Karl; Nowak, Peter; Österreicher, Sonja; Barcza, Astrid, 2009b: PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich – Ergebnisse einer österreichweiten Fragebogenerhebung. Wien: Institut für Soziologie.

Braunegger-Kallinger, Gudrun; Forster, Rudolf; Nowak, Peter, 2010: Selbsthilfe in Österreich – Ergebnisse einer umfassenden empirischen Studie. S. 176 – 188 in: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2010

Danner, Martin; Nachtigäller, Christoph; Renner, Andreas, 2009: Entwicklungslinien der Gesundheitsselbsthilfe. S. 3 – 10 in: Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz, Nr. 1. Springer Berlin / Heidelberg.

El-Najjar, Dina, 2010: Kooperation von Selbsthilfeinitiativen und dem Versorgungssystem Krankenhaus. Wien: Universität Wien.

Engelhart, H; Trojan, A; Nickel, S, 2009: Leistungen von Selbsthilfegruppen und deren ökonomische Bewertung. S. 64 – 70 in: Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz, Nr. 1. Springer Berlin / Heidelberg.

Epstein, Steven, 2008: Patient Groups and Health Movements. S. 499 – 539 in: E.J. Hackett, O. Amsterdamska, M. Lynch und J. Wajcman (Hg.), The Handbook of Science and Technology Studies. Cambridge, MA: MIT Press.

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

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

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

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

Geene, R; Huber, E; Hundertmark-Mayser, J; Möller-Bock, B; Thiel, W, 2009: Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. S. 11 – 20 in: Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz, Nr. 1. Springer Berlin / Heidelberg.

Grunow, Dieter, 2006: Selbsthilfe. S. 1053 – 1076 in: Handbuch Gesundheitswissenschaften, Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich; Razum, Oliver (Hg.). Weinheim/München: Juventa Verlag.

Herxheimer, Andrew, 2003: Relationship between the pharmaceutical industry and patients' organizations. S. 1208 – 1210 in: BMJ, Vol. 326, Nr. 7400

Janig, Herbert, 1999: Wirkung von Selbsthilfegruppen auf Lebensqualität und Gesundheit. Erste Ergebnisse einer österreichischen Studie. S. 103 – 108 in: Selbsthilfegruppenjahrbuch 1999. Gießen: Focus Verlag.

Janssen, Jürgen; Laatz, Wilfried, 2005: Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows – eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul. 5. Auflage. Berlin [u.a.]: Springer

Jones, Kathryn, 2008: Health consumer groups and the UK pharmaceutical industry. S. 929 – 943 in: Sociology of Health & Illness, Vol. 30, Nr. 6

Jones, Kathryn; Baggott, Rob; Allsop, Judith, 2004: Influencing the national policy process: the role of health consumer groups. S.18 – 28 in: Health Expectations, Vol. 7, Nr. 1

Kelleher, David, 2006: Self-help groups and their relationship to medicine. S. 104 – 121 in: Challening Medicine, Kelleher, David; Gabe, Jonathan; Williams, Gareth H. (Hg.). London: Routledge.

Kircher, Susanne, 2007: Medizinische Selbsthilfegruppen als Einrichtungen des Gesundheitswesens − Qualität, Effektivität und gesundheitsfördernde Wirkungen. Wien.

Koch, U; Trojan, A, 2009: Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen. S. 1 – 2 in: Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz, Nr. 1. Springer Berlin / Heidelberg.

Krebs, Dagmar; Kühnel, Steffen M, 2009: Statistik für die Sozialwissenschaften – Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch

Lenzer, Jeanne, 2003: Lay campaigners for prostate screening are funded by industry. S. 680 in: BMJ, 2003, Vol. 326, Nr. 7391

Medawar Charles; Hardon Anita, 2004: Medicines out of Control? – Antidepressants and the Conspiracy of Goodwill. Amsterdam: Aksant Academic Publishers.

O'Donovan, Orla, 2007: Corporate Colonization of Health Activism? Irish Health Advocacy Organizations' Modes of Engagement with Pharmaceutical Corporations. S. 711 – 733 in: International Journal of Health Services, Nr.4

Pichelstorfer, Anna, 2011: PatientInnen- und Angehörigengruppen in Salzburg – Zwischen Selbsthilfe, Dienstleistung und Interessenvertretung. Wien: Universität Wien.

Platzer, Claudia, 2005: Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Steiermark. Bad Gleichenberg, FH Joanneum.

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

Sertl, Andrea, 2010: Patienten- und Angehörigenorganisationen und die Sozialversicherung. Zwei ungleiche Partner am Weg zu einer funktionierenden Kooperation. Wien: Universität Wien.

Stremlow, Jürgen; Gysel, Silvia; Mey, Eva; Voll, Peter (2004): "Es gibt Leute, die das Gleiche haben ..." – Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der deutschen Schweiz. Luzern.

Trojan, Alfred, (Hg.), 1986: Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt: Fischer.

Trojan, Alfred, 2003: Der Patient im Versorgungsgeschehen: Laienpotential und Gesundheitsselbsthilfe. S. 321 – 333 in: F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist und U. Walter (Hg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer.

Trojan, Alfred, 2006: Selbsthilfezusammenschlüsse als vierte Säule des Gesundheitswesens? S. 86 – 104 in: Jahrbuch für Kritische Medizin 43. Hamburg: Argument Verlag.

von dem Knesebeck, Olaf; Trojan, Alf, 2007: Laienpotenzial und -kompetenz in der Gesundheitsversorgung. S. 4 – 6 in: Public Health Forum, Vol. 15, No. 2.

8.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Feld der Selbsthilfe in Österreich (Quelle: Forster et al. 2009b: 615) 25
Abbildung 2: Untersuchungsrahmen 38
Abbildung 3: "Nähe zu Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen" 48
Abbildung 4: „Inanspruchnahme von Leistungen der SHU“ 54
Abbildung 5: "Grafisches Profil: Cluster 1" 58
Abbildung 6: "Grafisches Profil: Cluster 2" 59
Abbildung 7: "Grafisches Profil: Cluster 3" 60
Abbildung 8: "Grafisches Profil: Ausreißer 1" 61
Abbildung 9: "Nähe zur Politik/Verwaltung" 64
Abbildung 10: "Nähe zu Ärzten/Ärztinnen" 68
Abbildung 11: "Nähe zu Krankenhäusern" 73
Abbildung 12: "Nähe zur Sozialversicherung" 79
Abbildung 13: "Zufriedenheit mit den von außen zur Verfügung gestellten Mitteln" 87

8.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Typisierung nach Organisationsgrad, Reichweite und Rechtsstatus ... 22
Tabelle 2: Auf Landesebene eingerichtete, umfassende SHU und das Jahr ihrer Gründung ... 30
Tabelle 3: Liste der verwendeten Umwelt-Indikatoren ... 41
Tabelle 4: Liste der verwendeten Ressourcen-Indikatoren ... 42
Tabelle 5: Beschreibung des Datensatzes unter Berücksichtigung der Bundesländer ... 43
Tabelle 6: SHU, Indikatoren ... 49
Tabelle 7: SHU, Zusammenhänge ... 50
Tabelle 8: Überblick über die Clusterlösung der SHU ... 51
Tabelle 9: Inanspruchnahme von Leistungen der SHU, Indikatoren ... 55
Tabelle 10: Inanspruchnahme von Leistungen der SHU, Zusammenhänge ... 56
Tabelle 11: Überblick über die Clusterlösung der SHU-Leistungen ... 57
Tabelle 12: Politik und Verwaltung, Indikatoren ... 65
Tabelle 13: Politik und Verwaltung, Zusammenhänge ... 66
Tabelle 14: Überblick über die Clusterlösung der Politik und Verwaltung ... 66
Tabelle 15: Ärzte/Ärztinnen, Indikatoren ... 70
Tabelle 16: Ärzte/Ärztinnen, Zusammenhänge ... 70
Tabelle 17: Überblick über die Clusterlösung der Ärzte/Ärztinnen ... 71
Tabelle 18: Krankenhäuser, Indikatoren ... 74
Tabelle 19: Krankenhäuser, Zusammenhänge ... 75
Tabelle 20: Überblick über die Clusterlösung der Krankenhäuser ... 75
Tabelle 21: Sozialversicherung, Indikatoren ... 80
Tabelle 22: Sozialversicherung, Zusammenhänge ... 80
Tabelle 23: Überblick über die Clusterlösung der Sozialversicherung ... 81
Tabelle 24: Überblick über die Ergebnisse der Analyse der Umwelt-beziehungen ... 85
Tabelle 25: Von außen zu Verfügung gestellte Mittel, Indikatoren ... 88
Tabelle 26: Von außen zu Verfügung gestellte Mittel, Zusammenhänge ... 89
Tabelle 27: Überblick über die Clusterlösung der Ressourcen ... 90

8.4 Tabellen

SHU

Beziehungen zur SHU				
	enge Beziehung	lose Beziehung	keine Beziehung	N
Vorarlberg	18,2%	40,9%	40,9%	22
Tirol	48,5%	47,0%	4,5%	66
Kärnten	59,2%	30,6%	10,2%	49
Salzburg	50,0%	34,6%	15,4%	52
OÖ	18,3%	61,7%	20,0%	115
Stmk	11,5%	63,9%	24,6%	61
NÖ	40,2%	48,2%	11,6%	112
Wien	20,0%	60,0%	20,0%	80
Burgenland	14,3%	52,4%	33,3%	21
Gesamt	31,7%	51,2%	17,1%	578

Unterstützungsleistungen der SHU				
	sehr wichtig	eher bis weniger wichtig	nicht wichtig	N
Vorarlberg	54,5%	40,9%	4,5%	22
Tirol	63,6%	34,8%	1,5%	66
Kärnten	75,5%	24,5%	0,0%	53
Salzburg	67,3%	26,5%	6,1%	49
OÖ	47,7%	47,7%	4,7%	107
Stmk	31,4%	58,8%	9,8%	51
NÖ	51,9%	43,3%	4,8%	104
Wien	44,4%	47,2%	8,3%	72
Burgenland	35,3%	52,9%	11,8%	17
Gesamt	52,9%	42,0%	5,2%	541

Vertretung der Interessen der SHG/SHO durch SHU				
	sehr gut	eher gut	schlecht	N
Vorarlberg	12,50%	75,00%	12,50%	8
Tirol	45,70%	32,60%	21,70%	46
Kärnten	62,10%	31,00%	6,90%	29
Salzburg	51,40%	32,40%	16,20%	37
OÖ	20,80%	56,60%	22,60%	53
Stmk	30,30%	39,40%	30,30%	33
NÖ	35,00%	45,00%	20,00%	60
Wien	19,50%	41,50%	39,00%	41
Burgenland	18,20%	63,60%	18,20%	11
Gesamt	34,90%	42,80%	22,30%	318

Beteiligung der SHU an der Gründung der SHG/SHO			
	trifft zu	trifft nicht zu	N
Vorarlberg	29,20%	70,80%	24
Tirol	41,80%	58,20%	67
Kärnten	48,10%	51,90%	52
Salzburg	54,70%	45,30%	53
OÖ	27,30%	72,70%	121
Stmk	30,80%	69,20%	65
NÖ	41,40%	58,60%	116
Wien	11,10%	88,90%	90
Burgenland	20,00%	80,00%	20
Gesamt	33,60%	66,40%	608

Inanspruchnahme von Leistungen der SHU			
	ja	nein	N
Vorarlberg	42,90%	57,10%	21
Tirol	82,80%	17,20%	64
Kärnten	86,80%	13,20%	53
Salzburg	75,90%	24,10%	54
OÖ	59,50%	40,50%	111
Stmk	57,60%	42,40%	66
NÖ	62,80%	37,20%	113
Wien	72,50%	27,50%	80
Burgenland	26,30%	73,70%	19
Gesamt	66,60%	33,40%	581

Inanspruchnahme von Leistungen der SHU

Inanspruchnahme: Vernetzung			
	ja	nein	N
Vorarlberg	28,57%	71,43%	21
Tirol	59,38%	40,63%	64
Kärnten	47,17%	52,83%	53
Salzburg	51,85%	48,15%	54
OÖ	29,73%	70,27%	111
Stmk	43,94%	56,06%	66
NÖ	44,25%	55,75%	113
Wien	38,75%	61,25%	80
Burgenland	21,05%	78,95%	19
Gesamt	42,00%	58,00%	581

Inanspruchnahme: Vermittlung neuer Interessenten/ Interessentinnen			
	ja	nein	N
Vorarlberg	33,33%	66,67%	21
Tirol	57,81%	42,19%	64
Kärnten	45,28%	54,72%	53
Salzburg	44,44%	55,56%	54
OÖ	42,34%	57,66%	111
Stmk	25,76%	74,24%	66
NÖ	26,55%	73,45%	113
Wien	21,25%	78,75%	80
Burgenland	26,32%	73,68%	19
Gesamt	35,80%	64,20%	581

Inanspruchnahme: Unterstützung und Beratung bei der Gruppengründung			
	ja	nein	N
Vorarlberg	23,81%	76,19%	21
Tirol	68,75%	31,25%	64
Kärnten	60,38%	39,62%	53
Salzburg	57,41%	42,59%	54
OÖ	33,33%	66,67%	111
Stmk	25,76%	74,24%	66
NÖ	34,51%	65,49%	113
Wien	27,50%	72,50%	80
Burgenland	21,05%	78,95%	19
Gesamt	39,76%	60,24%	581

Inanspruchnahme: Unterstützung bei inhaltlichen, organisatorischen oder rechtlichen Fragen			
	ja	nein	N
Vorarlberg	19,05%	80,95%	21
Tirol	54,69%	45,31%	64
Kärnten	56,60%	43,40%	53
Salzburg	61,11%	38,89%	54
OÖ	27,03%	72,97%	111
Stmk	30,30%	69,70%	66
NÖ	24,78%	75,22%	113
Wien	20,00%	80,00%	80
Burgenland	10,53%	89,47%	19
Gesamt	34,08%	65,92%	581

Inanspruchnahme: Vorträge oder Fortbildungsveranstaltungen			
	ja	nein	N
Vorarlberg	19,05%	80,95%	21
Tirol	76,56%	23,44%	64
Kärnten	62,26%	37,74%	53
Salzburg	68,52%	31,48%	54
OÖ	39,64%	60,36%	111
Stmk	43,94%	56,06%	66
NÖ	47,79%	52,21%	113
Wien	43,75%	56,25%	80
Burgenland	15,79%	84,21%	19
Gesamt	49,57%	50,43%	581

Inanspruchnahme: Raumnutzung oder -vermittlung			
	ja	nein	N
Vorarlberg	38,10%	61,90%	21
Tirol	62,50%	37,50%	64
Kärnten	35,85%	64,15%	53
Salzburg	50,00%	50,00%	54
OÖ	24,32%	75,68%	111
Stmk	27,27%	72,73%	66
NÖ	18,58%	81,42%	113
Wien	18,75%	81,25%	80
Burgenland	15,79%	84,21%	19
Gesamt	30,64%	69,36%	581

Inanspruchnahme: Finanzielle Unterstützung			
	ja	nein	N
Vorarlberg	4,76%	95,24%	21
Tirol	14,06%	85,94%	64
Kärnten	50,94%	49,06%	53
Salzburg	62,96%	37,04%	54
OÖ	9,01%	90,99%	111
Stmk	9,09%	90,91%	66
NÖ	7,96%	92,04%	113
Wien	53,75%	46,25%	80
Burgenland	10,53%	89,47%	19
Gesamt	24,27%	75,73%	581

Inanspruchnahme: Unterstützung bei Öffentlichkeitsarbeit			
	ja	nein	N
Vorarlberg	28,57%	71,43%	21
Tirol	51,56%	48,44%	64
Kärnten	60,38%	39,62%	53
Salzburg	70,37%	29,63%	54
OÖ	43,24%	56,76%	111
Stmk	34,85%	65,15%	66
NÖ	31,86%	68,14%	113
Wien	16,25%	83,75%	80
Burgenland	15,79%	84,21%	19
Gesamt	39,93%	60,07%	581

Inanspruchnahme: Interessenvertretung			
	ja	nein	N
Vorarlberg	14,29%	85,71%	21
Tirol	50,00%	50,00%	64
Kärnten	39,62%	60,38%	53
Salzburg	50,00%	50,00%	54
OÖ	19,82%	80,18%	111
Stmk	24,24%	75,76%	66
NÖ	23,89%	76,11%	113
Wien	16,25%	83,75%	80
Burgenland	15,79%	84,21%	19
Gesamt	28,23%	71,77%	581

Politik und Verwaltung

Unterstützungsleistungen öffentlicher Stellen				
	sehr wichtig	eher bis weniger wichtig	nicht wichtig	N
Vorarlberg	72,20%	11,10%	16,70%	18
Tirol	48,30%	39,70%	12,10%	58
Kärnten	58,70%	30,50%	10,90%	46
Salzburg	45,20%	42,80%	11,90%	42
OÖ	50,00%	40,60%	9,40%	96
Stmk	52,90%	41,20%	5,90%	51
NÖ	37,10%	51,70%	11,20%	89
Wien	50,00%	45,00%	5,00%	60
Burgenland	47,10%	53,00%	0,00%	17
Gesamt	48,80%	41,70%	9,40%	477

Beziehungen zu Politik und Verwaltung auf Länderebene				
	enge Beziehung	lose Beziehung	keine Beziehung	N
Vorarlberg	9,10%	59,10%	31,80%	22
Tirol	12,90%	46,80%	40,30%	62
Kärnten	14,00%	40,00%	46,00%	50
Salzburg	2,20%	44,40%	53,30%	45
OÖ	7,50%	37,40%	55,10%	107
Stmk	14,80%	42,60%	42,60%	61
NÖ	7,20%	33,30%	59,50%	111
Wien	3,60%	33,70%	62,70%	83
Burgenland	20,00%	35,00%	45,00%	20
Gesamt	8,90%	39,20%	51,90%	561

Einfluss von Personen aus der Politik oder Verwaltung				
	eher groß	eher gering	kein Einfluss	N
Vorarlberg	14,30%	14,30%	71,40%	21
Tirol	1,50%	26,20%	72,30%	65
Kärnten	2,00%	16,30%	81,60%	49
Salzburg	3,80%	13,50%	82,70%	52
OÖ	3,50%	15,90%	80,50%	113
Stmk	1,60%	17,20%	81,30%	64
NÖ	1,80%	12,60%	85,60%	111
Wien	2,40%	15,50%	82,10%	84
Burgenland	19,00%	9,50%	71,40%	21
Gesamt	3,40%	16,00%	80,50%	580

Ärzte/Ärztinnen

Unterstützungsleistungen der Ärzte und Ärztinnen				
	sehr wichtig	eher bis weniger wichtig	nicht wichtig	N
Vorarlberg	42,1%	57,9%	0,0%	19
Tirol	50,9%	40,0%	9,1%	55
Kärnten	42,9%	50,0%	7,1%	42
Salzburg	43,6%	41,0%	15,4%	39
OÖ	43,6%	51,0%	5,3%	94
Stmk	39,1%	50,0%	10,9%	46
NÖ	49,4%	44,8%	5,7%	87
Wien	45,6%	47,0%	7,4%	68
Burgenland	56,3%	31,3%	12,5%	16
Gesamt	45,7%	46,5%	7,7%	466

Beziehungen zu Ärzten und Ärztinnen				
	enge Beziehung	lose Beziehung	keine Beziehung	N
Vorarlberg	26,1%	56,5%	17,4%	23
Tirol	57,8%	37,5%	4,7%	64
Kärnten	40,4%	51,9%	7,7%	52
Salzburg	26,9%	57,7%	15,4%	52
OÖ	43,6%	45,3%	11,1%	117
Stmk	33,3%	62,1%	4,5%	66
NÖ	35,3%	56,9%	7,8%	116
Wien	37,6%	50,6%	11,8%	85
Burgenland	47,6%	47,6%	4,8%	21
Gesamt	39,3%	51,5%	9,2%	596

Einfluss von Ärzten und Ärztinnen				
	eher groß	eher gering	kein Einfluss	N
Vorarlberg	13,6%	40,9%	45,5%	22
Tirol	37,9%	28,8%	33,3%	66
Kärnten	21,6%	41,2%	37,3%	51
Salzburg	21,2%	28,8%	50,0%	52
OÖ	25,9%	27,6%	46,6%	116
Stmk	19,0%	27,0%	54,0%	63
NÖ	20,9%	39,1%	40,0%	115
Wien	18,8%	36,5%	44,7%	85
Burgenland	23,8%	23,8%	52,4%	21
Gesamt	23,2%	32,8%	44,0%	591

Gründungsbeteiligung von Ärzten und Ärztinnen			
	trifft zu	trifft nicht zu	N
Vorarlberg	54,2%	45,8%	24
Tirol	56,7%	43,3%	67
Kärnten	51,9%	48,1%	52
Salzburg	43,4%	56,6%	53
OÖ	41,3%	58,7%	121
Stmk	46,2%	53,8%	65
NÖ	53,4%	46,6%	116
Wien	50,0%	50,0%	90
Burgenland	45,0%	55,0%	20
Gesamt	48,8%	51,2%	608

Zugehörigkeit von Ärzten und Ärztinnen			
	gehören dazu	gehören nicht dazu	N
Vorarlberg	28,6%	71,4%	21
Tirol	50,0%	50,0%	60
Kärnten	54,5%	45,5%	44
Salzburg	36,4%	63,6%	44
OÖ	46,8%	53,2%	111
Stmk	36,2%	63,8%	58
NÖ	50,5%	49,5%	105
Wien	49,4%	50,6%	81
Burgenland	27,8%	72,2%	18
Gesamt	45,6%	54,4%	542

Krankenhäuser

Unterstützungsleistungen der Krankenhäuser				
	sehr wichtig	eher bis weniger wichtig	nicht wichtig	N
Vorarlberg	23,50%	58,80%	17,70%	17
Tirol	37,70%	43,40%	18,90%	53
Kärnten	34,10%	56,10%	9,80%	41
Salzburg	25,60%	56,40%	18,00%	39
OÖ	38,80%	45,90%	15,30%	85
Stmk	12,50%	67,50%	20,00%	40
NÖ	41,20%	51,70%	7,10%	85
Wien	34,40%	46,90%	18,70%	64
Burgenland	12,50%	75,00%	12,50%	16
Gesamt	28,92%	55,74%	15,33%	440

Beziehungen zu Krankenhäusern				
	enge Beziehung	lose Beziehung	keine Beziehung	N
Vorarlberg	14,30%	42,90%	42,80%	21
Tirol	30,80%	50,80%	18,40%	65
Kärnten	26,00%	46,00%	28,00%	50
Salzburg	15,70%	49,00%	35,30%	51
OÖ	21,70%	48,70%	29,60%	115
Stmk	23,10%	46,20%	30,70%	65
NÖ	29,90%	46,20%	23,90%	117
Wien	15,30%	51,80%	32,90%	85
Burgenland	19,00%	47,60%	33,40%	21
Gesamt	21,76%	47,69%	30,56%	590

Einfluss von Personen aus der Organisation des Gesundheitswesen (z.B. KrankenhausdirektorIn)				
	eher groß	eher gering	kein Einfluss	N
Vorarlberg	4,80%	23,80%	71,40%	21
Tirol	7,70%	24,60%	67,70%	65
Kärnten	4,10%	18,40%	77,50%	49
Salzburg	7,70%	17,30%	75,00%	52
OÖ	3,50%	16,80%	79,70%	113
Stmk	1,60%	9,50%	88,90%	63
NÖ	7,10%	25,00%	67,90%	112
Wien	2,40%	14,30%	83,30%	84
Burgenland	14,30%	19,00%	66,70%	21
Gesamt	5,91%	18,74%	75,34%	580

Sozialversicherung

Unterstützungsleistungen der Sozialversicherungen				
	sehr wichtig	eher bis weniger wichtig	nicht wichtig	N
Vorarlberg	18,80%	56,30%	25,00%	16
Tirol	16,00%	52,00%	32,00%	50
Kärnten	34,20%	42,10%	23,70%	38
Salzburg	52,50%	22,50%	25,00%	40
OÖ	34,50%	44,80%	20,70%	87
Stmk	18,40%	50,00%	31,60%	38
NÖ	37,40%	53,90%	8,80%	91
Wien	40,40%	36,60%	23,10%	52
Burgenland	12,50%	68,70%	18,80%	16
Gesamt	32,50%	46,00%	21,50%	428

Beziehungen zu Sozialversicherungen und Hauptverband				
	enge Beziehung	lose Beziehung	keine Beziehung	N
Vorarlberg	0,00%	40,90%	59,10%	22
Tirol	9,70%	32,30%	58,10%	62
Kärnten	6,00%	46,00%	48,00%	50
Salzburg	21,20%	28,80%	50,00%	52
OÖ	7,30%	37,30%	55,50%	110
Stmk	8,10%	32,30%	59,70%	62
NÖ	11,60%	49,10%	39,30%	112
Wien	2,40%	37,60%	60,00%	85
Burgenland	15,00%	20,00%	65,00%	20
Gesamt	8,90%	38,10%	53,00%	575

Zusammenhang der Umwelten – Krankenhäuser und Ärzte/Ärztinnen

Zusammenhang zwischen	
Zugehörigkeit von ÄrztInnen und Beziehungen zu Krankenhäusern	
Cramer's V	0,263

Zusammenhang zwischen	
Beziehungen zu Krankenhäusern und Einfluss von ÄrztInnen	
Kendall's tau-b	0,299
Kendall's tau-c	0,287
Gamma	0,454

Zusammenhang zwischen	
Einfluss von krankenhausnahen Personen und Einfluss von ÄrztInnen	
Kendall's tau-b	0,351
Kendall's tau-c	0,261
Gamma	0,623

Zusammenhang zwischen	
der Wichtigkeit von Unterstützungsleistungen von Krankenhäusern und Unterstützungsleistungen von ÄrztInnen	
Kendall's tau-b	0,58
Kendall's tau-c	0,534
Gamma	0,753

Ressourcen

Organisatorische Unterstützung von außen			
	ausreichend	nicht ausreichend	N
Vorarlberg	70,60%	29,40%	17
Tirol	60,80%	39,20%	51
Kärnten	51,20%	48,80%	41
Salzburg	47,40%	52,60%	38
OÖ	43,00%	57,00%	86
Stmk	37,20%	62,80%	43
NÖ	39,50%	60,50%	81
Wien	30,50%	69,50%	59
Burgenland	41,20%	58,80%	17
Gesamt	44,30%	55,70%	433

Informationen und Beratungen von außen			
	ausreichend	nicht ausreichend	N
Vorarlberg	38,90%	61,10%	18
Tirol	60,30%	39,70%	58
Kärnten	59,10%	40,90%	44
Salzburg	55,80%	44,20%	43
OÖ	65,70%	34,30%	99
Stmk	70,90%	29,10%	55
NÖ	53,00%	47,00%	100
Wien	58,10%	41,90%	74
Burgenland	45,00%	55,00%	20
Gesamt	58,90%	41,10%	511

Durch andere zur Verfügung gestellte Sachmittel			
	ausreichend	nicht ausreichend	N
Vorarlberg	81,30%	18,80%	16
Tirol	51,90%	48,10%	52
Kärnten	46,20%	53,80%	39
Salzburg	55,00%	45,00%	40
OÖ	45,90%	54,10%	85
Stmk	51,10%	48,90%	45
NÖ	46,30%	53,80%	80
Wien	37,10%	62,90%	62
Burgenland	23,50%	76,50%	17
Gesamt	47,20%	52,80%	436

Durch andere zur Verfügung gestellte finanzielle Mittel			
	ausreichend	nicht ausreichend	N
Vorarlberg	75,00%	25,00%	16
Tirol	22,60%	77,40%	53
Kärnten	26,80%	73,20%	41
Salzburg	36,80%	63,20%	38
OÖ	26,20%	73,80%	84
Stmk	27,50%	72,50%	51
NÖ	18,80%	81,20%	85
Wien	25,00%	75,00%	68
Burgenland	0,00%	100,00%	16
Gesamt	26,10%	73,90%	452

Zusammenhang zwischen	
Inanspruchnahme von Unterstützung und Beratung bei der Gruppengründung und Zufriedenheit mit organisatorischer Unterstützung von außen	
Phi	0,228

Zusammenhang zwischen	
Inanspruchnahme von finanzieller Unterstützung und Zufriedenheit mit durch andere zur Verfügung gestellte Sachmittel	
Phi	0,256

Zusammenhang zwischen	
Inanspruchnahme von finanzieller Unterstützung und Zufriedenheit mit durch andere zur Verfügung gestellte finanzielle Mittel	
Phi	0,281

Zusammenhang zwischen	
Inanspruchnahme von Unterstützung bei Öffentlichkeitsarbeit, Herstellung von Info-Material und Abhaltung von Veranstaltungen und Zufriedenheit mit durch andere zur Verfügung gestellte Sachmittel	
Phi	0,241

Zusammenhang zwischen	
Inanspruchnahme von Unterstützung bei Öffentlichkeitsarbeit, Herstellung von Info-Material und Abhaltung von Veranstaltungen und Zufriedenheit mit organisatorischer Unterstützung von außen	
Phi	0,260

Zusammenhang zwischen	
Inanspruchnahme von Vertretung von kollektiven Betroffenen-Interessen und Zufriedenheit mit organisatorischer Unterstützung von außen	
Phi	0,275

Zusammenhang zwischen	
Beziehungen zu ÄrztInnen und Zufriedenheit mit Informationen und Beratungen von außen	
Cramer's V	0,341

Zusammenhang zwischen	
Beziehungen zu Krankenhäusern und Zufriedenheit mit Informationen und Beratungen von außen	
Cramer's V	0,289

Zusammenhang zwischen	
Vertretung durch themenübergreifende Dachverbände und Zufriedenheit mit durch andere zur Verfügung gestellte Sachmittel	
Cramer's V	0,242

Zusammenhang zwischen	
Vertretung durch themenübergreifende Dachverbände und Zufriedenheit mit durch andere zur Verfügung gestellte finanzielle Mittel	
Cramer's V	0,206

Zusammenhang zwischen	
Vertretung durch themenübergreifende Dachverbände und Zufriedenheit mit organisatorischer Unterstützung von außen	
Cramer's V	0,281

Streuungsmaße der für die Clusteranalysen berücksichtigten und ausgeschlossenen Indikatoren

Indikator	Anzahl der Kategorien	Variabilitätsmaße	
		IQV	VR
Sozialversicherung			
Unterstützung	3	38,18	0,54
Beziehung	3	33,94	0,47
Krankenhäuser			
Unterstützung	3	37,90	0,52
Beziehung	3	34,93	0,44
Einfluss	3	23,63	0,24
Politik und Verwaltung			
Unterstützung	3	34,75	0,51
Beziehung (Land)	3	34,14	0,48
Einfluss*	3	19,51	0,20
Ärzte/Ärztinnen			
Gründungsbeteiligung	2	19,99	0,49
Zugehörigkeit	2	19,85	0,46
Einfluss	2	19,71	0,44
Beziehung*	2	6,68	0,09
Unterstützung*	2	5,69	0,08
SHU			
Gründungsbeteiligung	2	17,85	0,34
Inanspruchnahme	2	17,80	0,33
Beziehung	2	13,86	0,22
Interessensvertretung	2	11,34	0,17
Unterstützung*	2	3,94	0,05
SHU-Leistungen			
Interessenvertretung	2	19,99	0,49
Raumnutzung	2	19,96	0,48
Unterstützung bei rechtlichen od. organisatorischen Fragen	2	19,87	0,46
Vermittlung neuer Interessenten/ Interessentinnen	2	19,37	0,41
Unterstützung bei	2	18,98	0,39

Gruppengründung			
Unterstützung bei Öffentlichkeitsarbeit	2	18,94	0,39
Finanzielle Unterstützung	2	18,85	0,38
Vernetzung	2	17,69	0,33
Vorträge	2	14,31	0,23
Ressourcen			
Zur Verfügung gestellte Mittel:			
Sachmittel	2	19,94	0,47
Unterstützung	2	19,74	0,44
Beratung/Information	2	19,37	0,41
Finanzielle Mittel	2	15,43	0,26
*Diese Indikatoren wurden aus der Analyse ausgeschlossen.			

8.5 Kurzzusammenfassung

In den vergangenen Jahrzehnten konnte ein starker Anstieg gesundheitsbezogener Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen beobachtet werden. Gegenüber den Leistungen des professionellen Versorgungssystems erfüllen sie Funktionen, die von versorgungs- und gesundheitspolitischer Bedeutung sind. In Zeitraum zwischen den Jahren 2007 und 2009 wurde erstmals ein Forschungsprojekt zur Situation der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Österreich durchgeführt, dessen Ergebnisse (u. a. Fallstudien zu drei Bundesländern) eine hohe Relevanz der Bundesländerebene für das Feld vermuten ließen. Die vorliegende Arbeit befasst sich deshalb mit den Unterschieden und Gemeinsamkeiten in den Bedingungen für Selbsthilfe zwischen den österreichischen Bundesländern, um einerseits den Forschungsstand um diese Perspektive zu ergänzen und andererseits eine empirische Grundlage für die Diskussion über Voraussetzungen und Bedingungen für die Aktivitäten von Selbsthilfe bereit zu stellen. Die Untersuchung stützte sich dabei auf eine quantitative Sekundäranalyse von Fragebogendaten des erwähnten Forschungsprojektes, die bei Selbsthilfegruppen erhoben worden waren. Als relevante Elemente der Bedingungen gingen bedeutende Umwelten, sowie die Ausstattung mit externen Ressourcen in den Vergleich ein. Die Ebene der Bundesländer erwies sich dabei als äußerst relevant für das Feld der Selbsthilfe. Es konnten durchgehend in allen untersuchten Bereichen zum Teil bemerkenswerte Unterschiede in den Beziehungen zu den Umwelten und in geringerem Ausmaß in der Ausstattung mit Ressourcen festgestellt werden. Es kann daher vermutet werden, dass die Bedingungen für Selbsthilfe von Bundesland zu Bundesland variieren und bundeslandspezifischen Entwicklungen geschuldet sind. Jedoch konnten auch Gemeinsamkeiten aufgezeigt werden, die für die Bedingungen relevant sind. Vor allem die Umwelten der Ärzte und Ärztinnen, sowie der Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen zeigten über alle Bundesländer hinweg eine große „Nähe“ zu dem Feld und scheinen im Hinblick auf die Verbesserung der Ressourcenlage relevant zu sein.

8.6 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Andreas Michael Grimm

Geburtsdatum und -ort: 24.03.1981, Wien

Staatszugehörigkeit: Österreich

Universitäre Ausbildung

Feb. 2007 – Juli 2007 Soziologie, Universität Malta (Erasmus-Programm)

Seit 2003 Soziologie, Universität Wien

Seit 2001 Volkswirtschaft, Universität Wien

1999 - 2000 Rechtswissenschaften, Universität Wien

Schulbildung

1999 Matura, mit ausgezeichnetem Erfolg

1991 – 1999 BRGORG Anton-Kriegergasse, Wien

Forschungserfahrung

Jänner 2004 – Sep. 2005 Untersuchung der sozio-ökonomischen Auswirkungen der NGO Eco Himal auf die Region Rolwaling, Nepal; Beobachtung der wirtschaftlichen und politischen Situation.