

Selbsthilfe im Qualitätsmanagement von Gesundheitseinrichtungen verankern!

Schon seit frühesten Zeiten gehört die „Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas“ zu den Kernaufgaben von Selbsthilfekontakt- und -unterstützungsstellen. Die jüngste Untersuchung zur Situation von Kontaktstellen hat gezeigt, dass gerade in diesem Bereich erfreuliche Fortschritte zu verzeichnen sind: *„Am deutlichsten sind positive Entwicklungen in Bezug auf die Vernetzung von Selbsthilfegruppen und die Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas zu erkennen. Auch das Ziel, Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen besser zu verankern, hat sich nach Einschätzung der Befragten zum Positiven gewandelt“* (Nickel et al. 2015, S. 123).

Zu dieser Entwicklung trägt sicher bei, dass Selbsthilfeszusammenschlüsse in starkem Maße die Kooperation suchen und sich als Ergänzung und Partner im Gesundheitssystem verstehen. Kooperation der Selbsthilfe mit Gesundheitseinrichtungen heißt immer auch Einflussnehmen durch Partizipation sowie Integration in die Alltagsroutinen der professionellen Hilfeinstitutionen. Die Kontaktstellen richten ihre Aktivitäten an diesen Wünschen der Selbsthilfegruppen aus.

Während die Beteiligung der Selbsthilfevereinigungen auf der Bundesebene gesetzlich geregelt ist, gibt es auf der Ebene einzelner Gesundheitseinrichtungen keine Vorgaben für Beteiligung. Interessant ist daher, dass es inzwischen ein definiertes Konzept und Verfahren gibt, wie „Selbsthilfefreundlichkeit“ in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen verankert werden kann (www.selbsthilfefreundlichkeit.de).

Fachlich wird unter dem Schlagwort Selbsthilfefreundlichkeit „die an Qualitätskriterien orientierte, institutionalisierte und auf Dauer angelegte Zusammenarbeit von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit Selbsthilfeszusammenschlüssen“ verstanden. Die Kriterien (s. Textbox 1) beziehen sich auf drei Komponenten des Begriffs: Unterstützung der Anliegen der Selbsthilfegruppen, Verabredungen zu geregelten, dauerhaften Kooperationskontakten (Nachhaltigkeit) sowie Ermöglichung von Beteiligung (Partizipation).

Textbox 1: Die Qualitätskriterien in einer allgemeinen, für alle Einrichtungen geeigneten Form

Um die Qualität der Selbsthilfefreundlichkeit von Gesundheitseinrichtungen zu bewerten, wurden konsensuell von Akteuren der Selbsthilfe und Vertretern aus Gesundheitseinrichtungen Qualitätskriterien entwickelt. Sie bieten eine gute Orientierung, wie die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Selbsthilfe konkret gestaltet werden kann:

1. *Selbstdarstellung wird ermöglicht*

Die Gesundheitseinrichtung informiert an zentralen Orten ihrer Einrichtung, in ihren Räumen und in ihren Medien über den Stellenwert der Selbsthilfe und über die gemeinsame Zusammenarbeit. Sie stellt entsprechende Präsentationsflächen und Räume zur Nutzung durch die Selbsthilfe zur Verfügung, deren Gestaltung sich an den Bedürfnissen der Patienten bzw. deren Angehörigen sowie der Selbsthilfegruppen orientiert.

2. *Auf Teilnahmemöglichkeit wird hingewiesen*

Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft und persönlich auf die Möglichkeit zur Teilnahme an Angeboten von für sie geeigneten Selbsthilfegruppen hingewiesen. Sie erhalten Informationsmaterial und werden ggf. auf Besuchsdienste oder Sprechzeiten in der Gesundheitseinrichtung aufmerksam gemacht.

3. *Die Öffentlichkeitsarbeit wird unterstützt*

Die Gesundheitseinrichtung berichtet in ihren Medien und Publikationen über ihre Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe. Selbsthilfegruppen werden in der Öffentlichkeit unterstützt und treten gegenüber der Fachöffentlichkeit als Kooperationspartner auf.

4. *Ein Ansprechpartner ist benannt*

Die Gesundheitseinrichtung benennt für die Selbsthilfe einen Ansprechpartner und macht diese Person bei Patienten und Mitarbeitern bekannt.

5. *Zum Thema Selbsthilfe wird qualifiziert*

Die Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtung sind über das Thema Selbsthilfe allgemein und über die häufigsten in der Einrichtung vorkommenden Erkrankungen fachlich informiert. In die Fort- und Weiterbildung zur Selbsthilfe sind Selbsthilfegruppen bzw. Selbsthilfeunterstützungsstelle einbezogen.

6. *Partizipation der Selbsthilfe wird ermöglicht*

Die Einrichtung ermöglicht Vertretern der Selbsthilfe die Mitarbeit in geeigneten Gremien der Gesundheitseinrichtung.

7. *Kooperation ist verlässlich gestaltet*

Gesundheitseinrichtung und Selbsthilfe treffen konkrete Vereinbarungen für die Zusammenarbeit und für einen regelmäßigen Austausch. Die Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe und / oder Selbsthilfeunterstützungsstelle ist formal beschlossen und dokumentiert.

(Quelle: <http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de/unsere-qualitaetskriterien/>)

Mit diesem Ansatz konnten in der Vergangenheit in gemeinsamen Bemühungen von Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen zunehmend mehr Gesundheitseinrichtungen gewonnen werden, die sich zu kontinuierlicher und systematischer Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe entsprechend diesen Kriterien verpflichtet haben. So sind zum Beispiel schon fast 50 Krankenhäuser Mitglied des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit geworden. Angesichts von etwa 2.000 Krankenhäusern in Deutschland ist dies aber eine verschwindend kleine Zahl. Deswegen muss man nach Wegen suchen, wie die Zahl erhöht werden kann bzw. wie die Zusammenarbeit zu einer alltäglichen, selbstverständlichen Routine in möglichst vielen Einrichtungen gemacht werden kann. Einer dieser Wege heißt: Machen wir die Qualitätskriterien guter Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe zu einem *festen Bestandteil des allgemeinen Qualitätsmanagements* von Gesundheitseinrichtungen! Über den Stand dieser Bemühungen wird in diesem Beitrag berichtet¹.

Hintergrund und Durchführung der Studie

Dreh- und Angelpunkt für die bessere Verankerung der Selbsthilfe im Qualitätsmanagement ist die gesetzliche Verpflichtung von Gesundheitseinrichtungen (im Sozialgesetzbuch V, §§ 135-139) zu einem kontinuierlichen „einrichtungsinternen Qualitätsmanagement“. Zu diesem Zweck müssen sich die Einrichtungen auf eines von mehreren angebotenen Managementsystemen verlassen. Diese Qualitätsmanagementsysteme (QMS) bestehen aus einer Vielzahl von Kriterien, zu denen (meistens) in jährlichem Abstand Stellung genommen werden muss, inwieweit die damit verbundenen Qualitätsziele erreicht werden. Wird jetzt die „gute Kooperation“ (im Sinne der Textbox 1) in einem häufig genutzten QMS festgeschrieben, heißt das, dass kontinuierlich die Beachtung dieses Zieles gepflegt wird.

Anknüpfungspunkt für die Selbsthilfe ist die 2016 in Kraft getretene neue QM-Richtlinie (QM-RL) 2, nach der für Praxen und Krankenhäuser einheitliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement gelten. In einem Passus der Richtlinie wird auch die Selbsthilfe genannt: „Für den gezielten Einsatz im individuellen Arzt-Patient-Kontakt wird eine Zusammenstellung zuverlässiger, verständlicher Patienteninformationen sowie von Angeboten von Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen gepflegt“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2015, S. 7).

Diese Forderung ist jedoch sehr allgemein. In den QMS werden solche allgemeinen Qualitätsnormen (mehr oder weniger ausführlich) konkretisiert. Je ausdrücklicher und konkreter dies geschieht, desto genauer weiß ein Nutzer des QMS, welches Handeln erforderlich ist, damit es als gute Kooperationsqualität anerkannt wird.

Schon unmittelbar nach dem ersten Modellprojekt in Hamburger Krankenhäusern wurde 2007 mit dem Qualitätsmanagementsystem KTQ (Kooperation – Transparenz – Qualität) Kontakt aufgenommen, um den entwickelten Kriterien auch Geltung in dem Kriterienkatalog von KTQ zu verschaffen. Dies stieß auf offene Ohren und wurde im Manual 2009 umgesetzt. Unter anderem hierdurch ermutigt, war und ist es im Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ ein Ziel, diese ersten positiven Erfahrungen der Kooperation mit einem Qualitätsmanagementsystem weiterzuverfolgen, um „Patientenorientierung“ mitzugestalten und Selbsthilfefreundlichkeit breitflächig als Standard in möglichst allen QMS zu etablieren.

In unserer Studie wurden (beauftragt vom Steuerungskreis des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen) insgesamt 17 verschiedene QMS analysiert (stationär: 3, ambulant: 8; Rehabilitation: die 6 quantitativ wichtigsten). Das Vorgehen bestand aus Internetrecherchen und Befragungen bei Qualitätsmanagementsystemen beziehungsweise ihren verantwortlichen Vertreterinnen und Vertretern per E-Mail mit einem (nicht ganz einheitlichen, qualitativen) Fragebogen, der an schon vorhandenen Kenntnissen (aus Internetrecherche und einer früheren Befragung) anknüpfte (Trojan 2017).

Zusammenfassende Ergebnisse

Bei den verbreitetsten QMS im ambulanten und stationären Bereich wird eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen explizit berücksichtigt (bei 7 von 7 relevanten bereichsspezifischen QMS), nicht jedoch bei den DIN-EN-ISO-Varianten² und drei weniger bekannten regionalen QMS der ambulanten Versorgung.

Bei allen QMS hatten bereits direkte („aktivierende“) Kontakte mit dem Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit (oder seinen Vorläufern) stattgefunden. In der prinzipiellen Akzeptanz der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe gab es dabei keine Unterschiede, da in allen relevanten QMS an irgendeiner Stelle die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe angesprochen wird. Beim Vergleich der Kriterien des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit mit den jeweiligen Formulierungen in den QMS zeigt sich jedoch, dass *nie* die Kriterien der *Partizipation* und *nur selten* solche der *Nachhaltigkeit* übernommen wurden, sondern *vor allem* solche der *Unterstützung der Selbsthilfegruppen* (wie insbesondere durch Informationsweitergabe oder Kooperation allgemein). Das ist schon ein beachtliches Ergebnis, aber leider noch weit entfernt von dem, was Selbsthilfegruppen insgesamt gewünscht haben, – metaphorisch gesprochen: das Glas ist nur zu einem Drittel gefüllt.

Im *QMS der Kassenärztlichen Bundesvereinigung* namens QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen) wurde allerdings bis in einzelne Formulierungen hinein der Kanon der Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit im „Manual für Praxen und Medizinische Versorgungszentren“ wiedergegeben und auch im neueren „Manual für Psychotherapeuten“ übernommen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017; 2018). Als Grund kann nur die Überzeugtheit der Verantwortlichen angenommen werden, da es keine besonderen finanziellen oder ideellen Anreize gibt (außer der für alle ambulanten und stationären Einrichtungen gleichen Vorgabe, der eingangs erwähnten Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA). Für die besonders starke Berücksichtigung im regionalen QMS der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe (KPQM = KV Praxis Qualitätsmanagement) gibt es den einfachen Grund, dass diese KV von Beginn an Kooperationspartner war in dem Modellversuch der Entwicklung und Erprobung von Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit (Bobzien et al. 2012).

Im *stationären* Bereich gab es im vormaligen KTQ-Katalog von 2009 (KTQ = Kooperation für Transparenz und Qualität) eine deutlich ausgeprägtere Berücksichtigung als im aktuellen. Nach Angaben der Verantwortlichen sei dies allein auf eine allgemeine Verschlankung des gesamten Katalogs zurückzuführen.

In den QMS der *rehabilitativen* Versorgung wird die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe zwar aufgrund eines kurzen Passus in der Rahmenvereinbarung nach § 20 Abs. 2a SGB IX in sehr allgemeiner Form aufgenommen (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation 2015). Die Anstöße zur Zusammenarbeit sind jedoch so rudimentär und wenig sichtbar, dass vermutlich erst die konkretere

Ausformulierung in den am weitesten verbreiteten QMS des Rehabereichs eine spürbare Berücksichtigung im Alltag erzielen kann. Dass allerdings leider nicht bekannt ist, in welchem Umfang den Kriterien tatsächlich Geltung im Alltag des Qualitätsmanagements und der Zertifizierung von Einrichtungen verschafft wird, ist wohl die bedeutsamste Forschungslücke bei der Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in die QMS. Hierzu bedarf es eines größeren multimethodischen Forschungsprojekts in der Zukunft.

Fazit und Ausblick

An den Prozessen, Gesundheitseinrichtungen, insbesondere Krankenhäuser und Rehaklinken selbsthilfefreundlich zu gestalten haben inzwischen etwa 300 *Selbsthilfezusammenschlüsse* aktiv mitgearbeitet. Darüberhinaus waren aber noch weit mehr beteiligt und haben von einem selbsthilfefreundlichen Klima in den jeweiligen Einrichtungen profitiert.

Auch wenn die formellen Partizipationsmöglichkeiten vermutlich bisher wenig ausgeprägt sind, ist es doch mehr als plausibel, dass – ebenso wie bei der Beteiligung von Selbsthilfevereinigungen an Zertifizierungen, Qualitätszirkelarbeit und Entwicklung von Leitlinien – auch in der direkten Kooperation auf Einrichtungsebene, teils durch direkte Mitarbeit (z.B. als Stomahelfer), teils durch partizipative Gestaltung von Abläufen, durchaus Verbesserungen im Versorgungsgeschehen erreicht werden können.

Natürlich steht letztendlich der unmittelbare Nutzen für die beteiligten Selbsthilfegruppen und ihre Mitglieder im Vordergrund. Aber auch für *Selbsthilfekontaktstellen* ist es eine große Erleichterung, wenn sie dauerhafte, verlässliche Kooperationspartner im professionellen Bereich haben und nicht nach jedem Personalwechsel mühsam neue Kooperationsbeziehungen aufbauen müssen.

Für *Verantwortliche der Qualitätsmanagementsysteme* ist es eine Hilfe, wenn sie handfeste Kriterien haben, wie sie bei Zertifizierungen Patientenorientierung (hier: kollektive) überprüfen können. Schon früh zeigte sich in einer explorativen Studie bei 68 Visitoren (Qualitätsprüfern) von KTQ eine hohe Akzeptanz: Von 60 Äußerungen zur Integration von Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit in das KTQ-System waren 58 positiv und nur 2 negativ (Trojan / Nickel 2012, S. 182).

Auch die *Einrichtungen, besonders Krankenhäuser und Rehakliniken*, profitieren von der systematischen Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe: Sie machen ihre Einrichtungen dadurch attraktiver; starke, sichtbare Patientenorientierung ist ein Pluspunkt bei der Selbstdarstellung und beim Werben um Patienten. Wenn sich die Krankenhäuser zertifizieren lassen, das heißt sich einer Qualitätsprüfung durch kollegiale Prüfer der jeweiligen QMS (Visitoren oder Auditoren genannt) unterziehen, können sie mit Selbsthilfefreundlichkeit Pluspunkte erzielen. Bei einer Pilotbefragung 2017 der Mitgliedskrankenhäuser des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit gaben zwei Drittel der antwortenden Selbsthilfebeauftragten (21 von 32) an, dass die Umsetzung der Kriterien der

Selbsthilfefreundlichkeit ihrer Institution Vorteile bei der Zertifizierung gebracht habe (Trojan 2018, S. 109).

Als Quintessenz kann man festhalten, dass unter anderem durch die Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in die Qualitätsmanagementsysteme eine Win-win-Situation entsteht, bei der alle Beteiligten einen Nutzen haben. Insofern lohnt es sich, das Konzept und seine Integration in das Qualitätsmanagement von Gesundheitseinrichtungen weiterzuverfolgen.

Tatsächlich trägt diese Win-win-Situation auch dazu bei, dass das in der Einführung kurz erwähnte Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ seit seiner Gründung 2009 kontinuierlich gewachsen ist: Mit Stand vom 13.11.2018 hatte das Netzwerk 244 aktive Mitglieder. Neben Gründern, Förderern, Mentorinnen und so weiter finden sich unter den Mitgliedern:

- 82 Selbsthilfekontaktstellen
- 48 Krankenhäuser
- 26 Rehakliniken
- 62 Selbsthilfeorganisationen / -gruppen.

Im Rahmen des Netzwerks soll die Kooperation mit den relevanten QMS weiter entwickelt und ausgebaut werden. Gesundheitspolitische Strömungen der stärkeren Verknüpfung von nachgewiesener Qualität mit Honorierungszuschlägen könnten sich positiv auf die tatsächliche Realisierung intensiverer Zusammenarbeit gemäß den Kriterien der Selbsthilfefreundlichkeit auswirken. Die Diskussion über die Umsetzung solcher Anreize ist allerdings erst am Beginn und wird kontrovers geführt.

Insofern ist die stärkere Berücksichtigung von Selbsthilfefreundlichkeit in QMS und noch mehr die tatsächliche Anwendung der Kriterien guter Zusammenarbeit in den Institutionen des Gesundheitswesens zum Nutzen von Selbsthilfegruppen und Patienten eine langfristige Aufgabe, die dem berühmten „Bohren dicker Bretter“ gleichkommt.

Anmerkungen

- 1 Ich möchte an dieser Stelle der BARMER danken, die durch eine gesonderte Projektförderung die Erstellung einer Expertise ermöglicht hat, die die Grundlage dieses Beitrags bildet! Den Verantwortlichen der QMS danke ich für Ihre Bereitschaft, aktiv an dieser Bestandsaufnahme mitzuwirken! Detailliertere Ergebnisse der Expertise finden sich in Trojan 2017, 2018 und 2019.
- 2 Dies ist ein System, was branchenübergreifend ist, das heißt es ist – im Gegensatz zu allen anderen – nicht speziell auf das Gesundheitswesen oder einzelne Gesundheitseinrichtungen ausgerichtet und kann von seiner Allgemeinheit her deswegen auch keine konkreten Kriterien zu Selbsthilfegruppen enthalten.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR): Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach §20 Abs. 2a SGB IX; Stand: 30.04.2015 (https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet_in_der_Reha/Qualitaetsmanagement_und_Zertifizierung/downloads/Vereinbarung.pdf)

Bobzien, Monika / Schlömann, Doris / Trojan, Alf: Modellprojekt „Selbsthilfefreundliche Praxis“ Nordrhein-Westfalen. In: Trojan, Alf et al. (Hrsg.): Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswe-

- sen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. Bremerhaven 2012, S. 240-258
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Qualitätsmanagement-Richtlinie / QM-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 17.12.2015 (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/87/>)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV; Hrsg.): QEP-Manual[®] für Psychotherapeuten. Qualitätsmanagement für die ambulante Gesundheitsversorgung. Berlin 2017
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV; Hrsg.): QEP-Zertifizierung[®]. Leitfaden für Praxen, für Kooperationen, für MVZ. Qualitätsmanagement für die ambulante Gesundheitsversorgung. Version 5.1. Berlin 2018
- Nickel, Stefan / Seidel, Gabriele / Weber, Jan / Dierks, Marie-Luise / Werner, Silke / von dem Knebeck, Olaf / Kofahl, Christopher: Zur Lage der Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen in Deutschland – Ergebnisse der SHILD-Studie. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2015. Gießen 2015, S. 122-133
- Trojan, Alf: Weiterentwicklung der Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in Qualitätsmanagementsystemen und -strukturen. Expertise für das Netzwerk SPiG. Manuskript 2017
- Trojan, Alf; NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen; Hrsg.): Integration von Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal in Qualitätsmanagement-Systemen und -strukturen im Gesundheitswesen. Berlin 2018, S. 6-123
- Trojan, Alf: Selbsthilfefreundlichkeit in ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung. Wird die Kooperation mit der Selbsthilfe in Qualitätsmanagementsystemen berücksichtigt? Aktueller Stand und Entwicklungsperspektiven. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2019, 62(1), 40-48; DOI: 10.1007/s00103-018-2851-7
- Trojan, Alf / Bellwinkel, Michael / Bobzien, Monika / Kofahl, Christopher / Nickel, Stefan (Hrsg.): Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. Reihe Gesundheitsförderung und Selbsthilfe. Band 26. Bremerhaven 2012
- Trojan, Alf / Nickel, Stefan: Bilanz der Kooperation mit Selbsthilfegruppen im Krankenhaus, Transferaspekte und Perspektiven. In: Trojan, Alf et al. (Hrsg.): Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. Bremerhaven 2012, S. 175-182

Alf Trojan, Prof. Dr. med., Dr. phil., M.Sc. (London), Mediziner und Soziologe ist ehemaliger Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Selbsthilfe und Gesundheitssystem, Kommunale Gesundheitsförderung, Bürgerbeteiligung, Patienten- und Bürgerbefragungen.

selbsthilfegruppenjahrbuch 2019

Herausgeber:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Friedrichstr. 28, 35392 Gießen
www.dag-shg.de

Gemeinschaftlich vertretungsbefugt:

Karl Deiritz, Carola Jantzen, Angelika Vahnenbruck

Redaktion und verantwortlich i.S.d.P.

Dörte von Kittlitz, Selbsthilfe-Büro Niedersachsen,
Gartenstr. 18, 30161 Hannover, Tel.: 0511 / 39 19 28
Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen,
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen, Tel.: 0641 / 985 456 12

Registergericht: Amtsgericht Gießen, Vereinsregister Gießen Nr. 1344
als gemeinnützig anerkannt FA Gießen St.-Nr. 20 250 64693 v. 23.08.2016

Umschlag: Lutz Köbele-Lipp, Entwurf und Gestaltung, Berlin

Satz und Layout: Egon Kramer, Gießen

Druck: Majuskel, Wetzlar

ISSN 1616-0665

Namentlich gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion, des Vereins oder der fördernden Krankenkassen wieder.

Nachdruck einzelner Artikel nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Redaktion und der Autoren bzw. Autorinnen.

Copyright: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Herstellung und Versand dieser Ausgabe des »selbsthilfegruppenjahrbuchs« wurden im Rahmen der Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V finanziell gefördert aus Mitteln der GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene:

Wir bedanken uns bei allen Förderern ganz herzlich!



Zur Unterstützung unserer Vereinsarbeit bitten wir Sie herzlich um eine
Spende (steuerlich abzugsfähig) auf unser Konto:
IBAN:DE1851390000006303005 BIC:VBMHDE5F