## Handlungsleitfaden

## D-A-C-H

## „Selbsthilfearbeit durch grenzüberschreitenden Austausch bereichern“

### Einführung

Europa wächst immer stärker zusammen; nationale Grenzen verlieren an Bedeutung. Die grenzüberschreitende Mobilität der Bevölkerung nimmt zu. Gleichzeitig können Grenzen auch der Abgrenzung dienen und einen Nährboden für Vorurteile, Misstrauen und Berührungsängste bieten. Sobald jedoch Menschen beginnen, Kontakte zu knüpfen und gemeinsame Interessen zu erkennen, erwachsen daraus Partnerschaft und Kooperation.

Auch die Selbsthilfe war seit jeher – auch aus diesem Grund - an einem Austausch mit Menschen aus anderen Ländern interessiert; häufig blieb dieser Austausch auf die –sicherlich sehr wichtige - Diskussion der neuesten Forschungsergebnisse der jeweiligen Erkrankung beschränkt. Damit geht jedoch die Chance verloren, neue Ideen zur Verbesserung der Alltagsgestaltung, zur Fortentwicklung der Selbsthilfe oder zur besseren Krankheitsbewältigung zu entwickeln.

Vielfach dürfte dieser fehlende Austausch an den Sprachbarrieren liegen; in anderen Fällen sind die Systeme der Gesundheitsversorgung oft so unterschiedlich und undurchschaubar, dass gemeinsame Strategien oder das Lernen vom anderen zunächst zu schwierig erscheint, als dass man sich darauf einlässt. Beide Probleme greift der vorliegende Handlungsleitfaden auf: Die Diskussion über den grenzüberschreitenden Austausch ist zunächst auf das deutschsprachige Ausland beschränkt; gleichzeitig werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der drei Gesundheitssysteme sowie die Ausgestaltung der Selbsthilfe in den drei Ländern dargestellt. So bietet sie einerseits deutschen Selbsthilfeorganisationen und Gruppen eine Hilfestellung für „ihren“ Austausch mit österreichischen und schweizerischen Schwesterorganisationen, andererseits aber auch österreichischen und schweizer Organisationen ein besseres Verständnis des deutschen Gesundheitssystems und den an ihm beteiligten Akteuren. Über Beispiele soll sie zudem Möglichkeiten für den grenzüberschreitenden Austausch bieten, insbesondere im Hinblick auf innovative Ansätze.

1. **Potentiale: Warum ist ein grenzüberschreitender Austausch wichtig und notwendig?**

Der Austausch mit anderen hat schon immer geholfen, eigene Probleme im Gesundheitssystem besser zu lösen. So ist etwa das AMNOG-Verfahren aus einem schottischen Modell heraus entstanden, das DRG (Fallpauschalen-) System wurde nach einem australischen Vorbild entwickelt.

Insoweit können auch in der Selbsthilfe Vorbilder aus dem Ausland dazu beitragen, eigene Gewissheiten in Frage zu stellen und neue Wege zu gehen. Dies gilt natürlich in besonderem Maße für die sich schnell entwickelnden sozialen Medien. Gerade sie sorgen dafür, dass der Austausch immer unkomplizierter von Statten gehen kann und so wichtige grenzüberschreitende Vernetzungsangebote entstehen können. Auch die Entwicklung der Strukturen bzw. unter Umständen auch die Rückbesinnung auf die eigenen Anfänge können neue Impulse für die Organisation des eigenen Vereins geben.

Gleichzeitig hängt die Sinnhaftigkeit eines Austausches auch ganz grundlegend von der Art der Erkrankung und der eigenen Mitgliederstruktur ab: Betrifft die Erkrankung überwiegend Menschen über 75, so ist eine Konzentration des Austauschs auf soziale Medien derzeit – noch – wenig aussichtsreich im Hinblick auf eine Verstetigung. Hier könnte man etwa gezielt Angehörige von Selbsthilfegruppen in Grenznähe anzusprechen und einen persönlichen Austausch ermöglichen. Anders wäre dies bei Selbsthilfeorganisationen zu beurteilen, deren Mitgliedsstruktur überwiegend aus Eltern, Kindern und Jugendlichen besteht. Hier könnte eine Kombination aus persönlichem Treffen und sozialen Netzwerken einen Mehrwert für Kinder und Jugendliche darstellen, wodurch diese ihre Krankheit eben nicht nur als zusätzliche Belastung, sondern auch als zusätzliche Chance für Austausch erleben lernen. Auch das Vorhandensein von hauptamtlichem Personal, Erfahrungen von Ehrenamtlern in internationalen Verbünden oder „alte Kontakte“ von Mitgliedern aus ihrem Berufsleben können dabei hilfreiche Faktoren sein. Insgesamt wird empfohlen, gezielt nach derartigen Ressourcen im Verband zu suchen. Lassen Sie sich von ihren Mitgliedern überraschen!

1. **Status Quo: Wie sehen die Gesundheitssysteme in den verschiedenen Ländern aus?**

Die unterschiedlichen Bedingungen, die Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Ländern vorfinden, lassen sich häufig nur durch die verschiedenen Gesundheitssysteme erklären. Sie bilden die Basis für die Herausforderungen, denen sich Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen stellen müssen. Sie können aber auch vielfältige Lösungsmöglichkeiten enthalten, von denen man – für die Arbeit in der Selbsthilfe vor Ort, aber auch in gesundheitspolitischer Hinsicht – lernen kann.

Insoweit sind zunächst einmal die unterschiedlichen Systeme der drei Länder darzustellen (in alphabetischer Ordnung):

1. **Bundesrepublik Deutschland**

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist durch ein **Nebeneinander zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung** gekennzeichnet. Rund 90 Prozent der Bevölkerung sind gesetzlich versichert, 10 Prozent privat. Überwiegend stellen Beamte und Selbständige die Mitglieder der privaten Krankenversicherung; Menschen im Angestelltenverhältnis sind hingegen verpflichtet, gesetzlich krankenversichert zu sein, jedenfalls dann, wenn sie unterhalb der sog. Pflichtversicherungsgrenze verdienen.

Das **System der privaten Versicherung wird kapitalgedeckt** finanziert, Versicherte zahlen eine sog. Kopfpauschale, die allerdings auch noch durch das persönliche Risikoprofil bestimmt wird. Darüber hinaus können sie unterschiedliche Selbstbehalte und Leistungskataloge wählen. Derzeit ist das System der privaten Krankenversicherung stark in der Kritik: Einerseits wird es als ungerecht empfunden (positive Risikoselektion), andererseits steigen die Beiträge im Alter extrem an; ein Wechsel ist ab einer bestimmten Altersgrenze kaum noch möglich. Vor diesem Hintergrund nimmt die Beliebtheit dieses Systems stark ab; derzeit haben allerdings privat Versicherte noch den Vorteil, häufig schnellere Termine bei ambulant tätigen Ärzten zu bekommen. Auch viele neue Behandlungsmethoden, die von den gesetzlichen Versicherungen (noch) nicht übernommen werden, werden von den privaten Versicherungen übernommen. Aus den Verbänden wird aber auch berichtet, dass inzwischen private Versicherungen zunehmend Behandlungen oder Diagnostika verweigern, die gesetzliche Versicherungen übernehmen. Auch im Bereich der Hilfsmittelversorgung haben viele privat Versicherte das Problem, dass die jeweiligen Versicherungsbedingungen so ausgestaltet sind, dass hier vieles nicht erstattet wird, das in den gesetzlichen Krankenkassen zum Standard gehört. Insoweit kann inzwischen nicht mehr die Rede davon sein, dass die Versorgung von Menschen, die eine private Krankenversicherung haben, grundsätzlich und durchgehend besser ausgestaltet ist.

Das **System der gesetzlichen Krankenversicherung wird im Umlageverfahren** finanziert; eine vorherige Risikoselektion findet nicht statt. Bei Arbeitnehmern übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge, deren Höhe sich jeweils nach dem Einkommen richtet. Die unterschiedlich verteilten Krankheitslasten der einzelnen Krankenkassen werden über den sog. Morbi-RSA (morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich) ausgeglichen; ansonsten stehen die Kassen im Wettbewerb zueinander. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung soll grundsätzlich alles abdecken, was medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist. Da jedoch immer wieder festgestellt wird, dass Innovationen relativ spät in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen kommen, bieten einzelne Krankenkassen – auch aus Wettbewerbsgründen – zusätzlich Methoden an, die noch nicht im allgemeinen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind. Soweit dies nicht der Fall ist, muss der Patient oder die Patientin die Leistung im Wege der individuellen Gesundheitsleistung selbst bezahlen. In diesem Markt werden eine Vielzahl von unterschiedlichen Leistungen angeboten: Diese reichen von hoch sinnvollen (z.B. HPV-Test zur Zervix- Krebsfrüherkennung) bis hin zu eher sinnlosen Leistungen. Ganz überwiegend sind die Leistungskataloge der gesetzlichen Krankenkassen jedoch deckungsgleich. Wie bereits dargestellt, gewinnt dieses System derzeit an Beliebtheit, da sich inzwischen viele Menschen Sorgen über die steigenden Beiträge der privaten Krankenversicherungen im Alter machen. In der Politik wird deswegen auch diskutiert, die privaten Krankenversicherungen in die gesetzlichen zu integrieren und eine oder mehrere gesetzliche Bürgerversicherungen zu kreieren.

**Krankenhäuser** sind teils kommunal, teils privatwirtschaftlich organisiert. Sie werden im Wesentlichen durch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen finanziert, obwohl dies nach dem Gesetz eigentlich anders sein sollte: Die Länder sind an sich verpflichtet, die Investitionskosten der Krankenhäuser zu finanzieren, kommen dieser Verpflichtung allerdings nur unzureichend nach.

**Arzneimittel** stehen den Patientinnen und Patienten in Deutschland unmittelbar nach Zulassung und Inverkehrbringen in Deutschland zur Verfügung und werden von Krankenkassen erstattet. Nach der Zulassung und dem Inverkehrbringen beginnt jedoch ein Bewertungs- und Preisverhandlungssystem, an dessen Ende nach einem Jahr ein ausverhandelter Preis oder ein Festbetrag steht. Soweit der Hersteller das Medikament allerdings nicht vom Markt nimmt, hat dieser Preis keine Auswirkungen auf die Erstattungsfähigkeit des Medikamentes. Im Grundsatz bezahlt der Patient oder die Patientin nur eine sog. Zuzahlung für den Erhalt des Medikamentes, die zwischen 5-10 € liegt; es gibt eine Belastungsgrenze, die bei 2 Prozent des Bruttoeinkommens liegt, bei Chronikern bei 1 Prozent.

Bei sog. **Medizinprodukten** ist die Erstattungsfähigkeit differenzierter zu beurteilen: Handelt es sich um ein Hilfsmittel im engeren Sinne (etwa einen Rollstuhl), ist dieses unmittelbar erstattungsfähig; hilfreich, aber nicht unbedingt notwendig, ist für die Erstattung die Aufnahme im sog. Hilfsmittelverzeichnis, welches der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen festlegt. Schwieriger ist die Situation, wenn ein Hilfsmittel bzw. ein Medizinprodukt Teil einer Behandlungsmethode ist: Dann ist dieses erst nach einer positiven Bewertung von regelhaft 3 Jahren im Gemeinsamen Bundesausschuss im ambulanten Bereich erstattungsfähig. Im stationären Bereich gilt das umgekehrte: Alles das ist erlaubt, was nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss verboten wurde.

Beim **Gemeinsamen Bundesausschuss** handelt es sich um das oberste Organ der Gemeinsamen Selbstverwaltung, also nicht um ein staatliches Gebilde: Hier entscheiden Krankenhäuser, ambulant tätige Ärzte und Krankenkassen gemeinsam über den allgemeinen Leistungskatalog der Krankenkassen, soweit die Entscheidung nicht in anderen Gremien getroffen wird. Die Patientenvertretung und mit ihr die Selbsthilfe hat hier ein Mitberatungsrecht, aber kein Stimmrecht.

Auch bei Hilfsmitteln bzw. Medizinprodukten gilt im Grundsatz die o.g. Begrenzung der Zuzahlung. Dies ist jedoch leider anders bei sog. Aufzahlungen, bei denen die Versorgung über das medizinisch Notwendige hinausgeht; da man naturgemäß über diese Frage diskutieren kann, müssen viele Patientinnen und Patienten hohe Aufzahlungen, etwa für ihre Hörgeräte, bezahlen, oder den Klageweg beschreiten. Bei Brillen gibt es die Besonderheit, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten nicht mehr übernehmen; eine Ausnahme gibt es nur für Patientinnen und Patienten mit schwerer Sehbeeinträchtigung (mehr als 6 Dioptrin). Auch hier bezahlt die Krankenkasse jedoch nur einen geringen Betrag (Festbetrag), der die tatsächlich anfallenden Kosten nicht deckt.

Insgesamt ist das deutsche Gesundheitssystem für Patientinnen und Patienten extrem unübersichtlich; hinzukommt, dass viele private Leistungserbringer aus Eigeninteresse falsche oder unzureichende Informationen weitergeben, die das System dann noch intransparenter machen. Vor diesem Hintergrund haben gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen enorme Probleme, sich in diesem System zurecht zu finden und ihre Ansprüche durchzusetzen. Viele Beratungsangebote sind kaum bekannt oder nur telefonisch erhältlich; deswegen ist es ein wichtiges Anliegen der Selbsthilfeorganisationen, den Patientinnen und Patienten bei ihrem Weg durch den „Dschungel“ des deutschen Gesundheitssystems zu helfen und ihre Gesundheitskompetenz zu stärken.

1. **Republik Österreich**

Im Gegensatz zu Deutschland gibt es in Österreich keine privaten Krankenvollversicherungen. Versicherte können ihre Kasse auch nicht frei wählen, vielmehr richtet sich diese nach dem Wohnort und der Berufszugehörigkeit. Sie können sich allerdings darüber hinaus privat zusatzversichern.

Auch in Österreich werden die Kosten für die Krankenversicherung hälftig von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Die Leistungen werden durch den Gesetzgeber festgelegt und sind von daher zwischen den einzelnen Krankenkassen größtenteils identisch. Dabei übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Behandlungskosten für sog. Vertragsärzte bei Arbeitnehmern voll, bei den sog. Wahlärzten nur zu 80 Prozent. Bei Selbständigen ist der Leistungskatalog etwas umfangreicher angelegt, allerdings müssen sie rund 20 Prozent der Kosten selbst bezahlen.

**Verschreibungspflichtige Medikamente** werden von den gesetzlichen Krankenkassen im Regelfall voll übernommen – mit Ausnahme der sog. Rezeptgebühr von

5,70 €; dies gilt allerdings nur, wenn sie nach der Zulassung in den Erstattungskodex (EKO) aufgenommen wurden. Dies prüft in Österreich zunächst die Heilmittel-Evaluierungskommission (HEK), die endgültige Entscheidung fällt dann der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Die Produkte werden dabei in pharmakologischer, medizinisch-therapeutischer und gesundheitsökonomischer Hinsicht bewertet. Nur in begründeten Ausnahmefällen erstatten die Krankenkassen die Kosten eines nicht im EKO gelisteten Medikamentes; hierfür ist dann das Vorliegen einer chefärztlichen Bewilligung notwendig.

Die Arzneimittelpreise können die Unternehmen nicht selbst festlegen; vielmehr ist gesetzlich festgeschrieben, dass ein Medikament höchstens so viel kosten darf wie im EU-Durchschnitt. Zuständig für die Ermittlung des EU-Durchschnittspreises ist die im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) eingerichtete Preiskommission.

Ist für Patientinnen und Patienten bei Zuzahlungen zu den Arzneimitteln (Rezeptgebühr) ein Betrag von 2 Prozent des Jahresnettoeinkommens erreicht, wird den Versicherten keine Rezeptgebühr mehr berechnet. Versicherte mit niedrigem Einkommen können eine Befreiung der Rezeptgebühr erhalten.

Interessanterweise gilt die Versorgung in Österreich als besonders „krankenhauslastig“; trotzdem hat Österreich im Verhältnis genauso viele ambulant tätige Ärzte wie Krankenhausärzte. In Deutschland sind hingegen doppelt so viele Krankenhausärzte wie ambulante Vertragsärzte tätig, trotzdem die Ambulantisierung hier in den letzten Jahren sehr gefördert wurde.

Insgesamt gibt es zwar eine hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit diesem Gesundheitssystem; zugleich wird dieses System für seine Nutzer als unübersichtlich, mangelhaft integriert, ungleich dimensioniert und sozial selektiv bezeichnet.[[1]](#footnote-1)

1. **Schweizerische Eidgenossenschaft**

In der Schweiz ist jeder Bürger verpflichtet, sich selbst grundzuversichern; er zahlt monatlich Prämien an eine private Krankenkasse seiner Wahl, die sich nicht nach seinem Einkommen richten. Zwischen den Kassen findet ein Risikoausgleich innerhalb eines Kantons statt, damit Kassen mit besonders vielen älteren Mitgliedern nicht benachteiligt werden; der Risikoausgleich findet jedoch nur über Alter und Geschlecht statt, nicht nach Krankheitslast. Die Prämien sind je nach Kasse und Kanton unterschiedlich hoch. Wer unterhalb von bestimmten Einkommensgrenzen lebt, bekommt vom Wohnortskanton Zuschüsse bzw. eine preiswertere Prämie; rund 30 Prozent der Bevölkerung sind hiervon betroffen. Eine Risikoselektion besteht nur bei den privaten Zusatzversicherungen, bei der Grundversicherung sind die Krankenkassen verpflichtet, jeden zu versichern. Dabei müssen sich die Patienten im Grundsatz bis 300 Franken jährlich mit an den Kosten beteiligen, können aber auch höhere Anteile wählen (bis 2500 Franken) und weniger Prämien zahlen. Auch nach Überschreitung des Anteils bezahlt der Patient jedoch bei jeder Leistung einen Selbstbehalt von 10% - 20% bis zum maximalen Betrag von 700 Franken. Bei einem Spitalaufenthalt zahlt der Patient zudem einen täglichen Beitrag von 15 Franken.

Die Krankenversicherungen, die sowohl privatrechtlich als auch öffentlich rechtlich ausgestaltet sein können, stehen im Wettbewerb zueinander, ihre Tarife und Bedingungen sind jedoch staatlich reglementiert. Leistungserbringer wie Ärzte und Krankenhäuser können rechtlich sowohl in staatlicher Form als auch privatrechtlich ausgestaltet sein. Die staatlichen Krankenhäuser werden teils über die Kantone bezahlt, teils über die abgerechneten Fälle, so dass Patientinnen und Patienten aus dem jeweiligen Kanton weniger bezahlen. Auch die Regelungsbereiche sind stark zersplittert: Obwohl die Gesundheitsversorgung an sich Sache der Kantone ist, sind viele Bereiche national geregelt. Privatkrankenhäuser haben höhere Behandlungstaxen, die von der Grundversicherung nicht erstattet werden.

**Zahnbehandlungen** werden nicht erstattet; es gibt private Zusatzversicherungen, die allerdings wegen der hohen Kosten nur selten genutzt werden. Insoweit bezahlen die meisten Schweizer ihre Zahnbehandlungen selbst. Gleiches gilt für das Krankengeld.

**Arzneimittel** müssen nicht nur durch Swissmedic zugelassen werden, sondern auch über das Bundesamt für Gesundheit[[2]](#footnote-2) auf eine sog. Spezialitätenliste, also eine Art Positivliste, aufgenommen werden, damit sie von der obligatorischen Krankenversicherung erstattet wird. Das Bundesamt legt den maximalen Vergütungspreis eines Medikamentes nach dem therapeutischen Zusatznutzen gegenüber den bereits zugelassenen Arzneimitteln derselben Indikation fest. Die Zulassungsbehörde legt aber auch fest, wer dieses neue Medikament abgeben darf: So dürfen in der Schweiz nicht nur Apotheken, sondern auch Spitäler (Krankenhäuser), sog. SD- Ärzte oder Drogerien Arzneimittel abgeben.

Für Patientinnen und Patienten ist dieses System schwer durchschaubar, so dass auch hier eine Aufgabe der Selbsthilfe darin zu sehen ist, entsprechende Hilfestellungen zu liefern. Zudem ist die Situation für Menschen mit chronischer Erkrankung besonders prekär, da sie durch die hohen Eigenbelastungen besonders belastet werden.

1. **Übersicht**

Folgende Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es somit in den jeweiligen Gesundheitssystemen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bereich** | **Deutschland** | **Österreich** | **Schweiz** |
| **System** | Gesetzliche und private Krankenkassen | Gesetzliche Krankenkassen | Private Krankenkassen mit Pflicht zur Grundversicherung |
| **Steuerung des Systems** | Bundes-/ Landesgesetzgeber (Krankenhausplanung) und Selbstverwaltung  | Bundes- und Landesgesetzgeber und Sozialversicherungsträger | Nationaler Gesetzgeber und Kantone |
| **Finanzierung** | Gesetzliche Versicherung: Hälftige Beiträge Arbeitgeber/ Arbeitnehmer nach Einkommen gestaffelt, Zuzahlungen und Eigenanteile von Patienten, SteuerzuschüssePrivate Versicherung: Kopfprämien mit Risikozuschlägen | Hälftige Beiträge Arbeitgeber/ Arbeitnehmer bei Arbeitnehmern,ansonsten Beiträge bei SelbständigenFerner Steuerzuschüsse | Pauschale Grundprämie mit der Möglichkeit einer Prämienverbilligung für EinkommensschwacheZusatzprämien möglichSelbstbehalte für Patienten |
| **Arzneimittel** | Unmittelbar Erstattung, danach Nutzenbewertungsverfahren und PreisverhandlungenZuzahlungen, evtl. Aufzahlungen bei Festbeträgen | „Vierte Hürde“, Bewertung durch Kommission und Sozialversicherungsträger; Preis: höchstens EU-Durchschnitt | „Vierte Hürde“: Arzneimittel muss vor der Erstattung auf seinen Zusatznutzen überprüft werden |
| **Zahnbehandlung** | Zahnbehandlung (z.B. Kariesbehandlung) volle ÜbernahmeZahnersatz: 50 bzw. demnächst 60 Prozent werden übernommenBei kieferorthopädische Leistungen werden in Zukunft differenzierte Erstattungsregelungen entwickelt werden | Medizinisch notwendige Kosten werden auch bei Zahnersatz bei Vertragsärzten übernommen, bei Wahlärzten zum Teil. Manche Krankenkassen verlangen einen Selbstbehalt. | Notwendige Eingriffe (z.B. Zahnziehen) sind gedeckt, ansonsten müssen die Zahnbehandlungen (Füllungen, Zahnersatz etc.) selbst getragen werden. Es gibt private Zusatzversicherungen, die aber verhältnismäßig teuer sind. |
| **Hilfsmittel** | An sich Sachleistungsprinzip (alles medizinisch Notwendige und Wirtschaftliche wird erstattet), aber in der Praxis oft erhebliche Probleme mit der Umsetzung. Es gibt ein sog. Hilfsmittelverzeichnis, dieses ist jedoch nicht abschließend. Insgesamt 20 Anspruchsgrundlagen für die Bewilligung von Hilfsmitteln, insoweit oft unklar, wer zuständig ist.Keine Erstattung bei Brillen abgesehen von Ausnahmeregelung bei hohen DioptrinzahlenGrundsätzlich Verordnung des Arztes notwendigZuzahlungen von 5-10 € | Übernahme der Kosten, wenn das Hilfsmittel/ Heilbehelf über 33,20 € kostet; Betrag von 33,20 € ist als Selbstbehalt zu bezahlenEs wird nur ein Höchstbetrag von 498-1.328 € (je nach Satzung) übernommen, es sei denn, es handelt sich um eine Leistung der medizinischen Rehabilitation.Kostenübernahme Brillen nur, wenn diese teurer als 166 € sind, dann Selbstbehalt von mindestens 99, 60 €Verordnung des Arztes und häufig auch Bewilligung der Krankenkasse erforderlich | Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse, soweit sie in der Mittel- und Gegenständeliste enthalten sind.Evtl. auch Zuständigkeit der Invalidenversicherung |

1. **Wie ist die Situation der Selbsthilfe in den verschiedenen Ländern?**
2. **Situation der Selbsthilfe in der Bundesrepublik Deutschland**

In Deutschland sind sowohl verbandlich organisierte Selbsthilfestrukturen als auch Selbsthilfeunterstützungsstrukturen vorhanden; letztere unterstützen die sog. „freien“ nichtverbandlich organisierten Selbsthilfegruppen. Verbandlich organisierte Selbsthilfe ist typischerweise durch ein Nebeneinander zwischen ehrenamtlich tätigem Vorstand und wenigen hauptamtlichen Mitarbeitern (typischerweise bei mittleren Verbänden ein Geschäftsführer\*in und eine halbe Sachbearbeiter\*in) geprägt; kleinere Verbände können häufig kein hauptamtliches Personal finanzieren.

Die Selbsthilfeunterstützung in den Selbsthilfekontaktstellen wird durch hauptamtliches Personal geleistet.

In Deutschland gibt es etwa 100.000 Selbsthilfegruppen zu nahezu jeder Erkrankung und Behinderung, in denen sich rund 3,5 Millionen Menschen zusammengeschlossen haben. Die Selbsthilfe-Landschaft in Deutschland ist sehr breit aufgestellt: Von Selbsthilfegruppen auf regionaler Ebene und übergreifenden Landesarbeitsgemeinschaften, über indikationsspezifische (auf bestimmte Krankheitsbilder spezialisierte) Bundesverbände bis hin zur Dachorganisation der Bundesverbände, der BAG SELBSTHILFE. Diese vertritt über ihre Bundesverbände rund 1 Million Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen und ist damit der größte Bundesverband der Selbsthilfe.

Bereits seit dem Jahr 1992 gibt es eine gesetzliche Grundlage für die Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Seit dem 01. 01. 2008 sind die Krankenkassen durch die Schaffung des § 20c SGB V zur Förderung der Selbsthilfe verpflichtet.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) vom 17.06.2015 wurde der bisherige § 20c in den § 20h umgewandelt. Mit dem PrävG wurde die Selbsthilfeförderung von vormals 63 Cent auf 1,05 € (2017: 1,08 €) pro Versicherten im Förderjahr erhöht. Damit stehen der Selbsthilfe seit dem Jahr 2016 ca. 27 Mio. Euro mehr zur Verfügung als bisher.

Bei der Beantragung von Mitteln aus der Selbsthilfeförderung der Krankenkassen nach § 20h SGB V ist zu unterscheiden, für welche Förderebene ein Antrag gestellt werden soll und für welche Förderart (kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung oder krankenkassenindividuelle Projektförderung) der Antrag gestellt werden soll.

### Förderebenen

* Bundesorganisationen der Selbsthilfe stellen Förderanträge auf der Bundesebene.
* Landesorganisationen der Selbsthilfe stellen Förderanträge auf der Landesebene.
* Örtliche Selbsthilfegruppen stellen Förderanträge auf der örtlichen Ebene.

### Förderarten

Auf den verschiedenen Ebenen wiederum können Anträge auf eine pauschale Förderung der jeweiligen Selbsthilfestruktur über die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung gestellt werden. Es kann aber auch die Förderung konkreter Projekte über die krankenkassenindividuelle Förderung gestellt werden:

Bei der **Pauschalförderung** werden die Selbsthilfestrukturen im Sinne einer Basisfinanzierung – vorrangig als Festbetrag – bezuschusst. Diese Fördermittel dienen der Unterstützung der Selbsthilfearbeit und der Abdeckung der damit einhergehenden regelmäßig wiederkehrenden Aufwendungen. Dabei ist eine Vollfinanzierung von Selbsthilfestrukturen allerdings ausgeschlossen. Die Förderung wird als Teilfinanzierung gewährt. Beispiele hierfür sind vor allem regelmäßig anfallende Kosten wie Raumkosten und Miete, Büroausstattung, Mitgliederzeitschriften, laufende Aufwendungen für den Betrieb der eigenen Internetseite oder auch Personalausgaben.

Im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung fördern die Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände auf Bundes-, Landes- und Ortsebene die Selbsthilfe gemeinschaftlich über einen Gemeinschaftsfonds. An den Beratungen über die Mittelvergabe aus diesen Fonds sind auf allen Ebenen Vertreter der Selbsthilfe zu beteiligen. Zumindest auf Bundes- und auf Landesebene existieren hierzu gemeinsame Fördergremien der Krankenkassen und der Selbsthilfe.

Neben der Pauschalförderung besteht zusätzlich auf allen Förderebenen (Bund, Land, Region) die **Projektförderung**. Die Förderung erfolgt hier in der Regel als Fehlbedarfs- oder Anteilsfinanzierung.

Projekte im Sinne der Projektförderung sind zeitlich begrenzte und über die regelmäßige Selbsthilfearbeit hinausgehende Formate, beispielsweise die Durchführung von Veranstaltungen (Tagungen, Workshops, Seminare, etc.), Konzeption/Gestaltung/Druck von Flyern oder Broschüren, Kampagnen, Neu- oder Umgestaltungen von Internetseiten oder Qualifizierungsmaßnahmen.

Ein Projekt darf nicht vor dem Erhalt Bewilligungsschreiben/Bewilligungsbescheid beginnen. Ein vorzeitiger Projektbeginn ist nur möglich, wenn eine vorherige Genehmigung beim Fördermittelgeber eingeholt wurde.

Die Krankenkassen definieren selbstständig (häufig pro Förderjahr) gewisse Förderschwerpunkte.

1. **Situation der Selbsthilfe in Republik Österreich**

Ähnlich wie in Deutschland gibt es in Österreich sowohl themenbezogene Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen als auch themenübergreifende Selbsthilfeunterstützungsstrukturen. Allerdings sind hier Selbsthilfeunterstützungsstrukturen und Selbsthilfeorganisationen in anderer Weise verzahnt: In vielen Ländern haben sich themenübergreifende Dachverbände der Selbsthilfeorganisationen entwickelt, die gleichzeitig Träger der Selbsthilfeunterstützung sind. In diesen Ländern können Betroffene also auch die Aktivitäten der Selbsthilfeunterstützungsstrukturen bestimmen. In Ländern, in denen ein solcher Dachverband nicht gegründet wurde, haben sich Selbsthilfekontaktstellen etabliert, die unmittelbar bei anderen Trägern angesiedelt werden; in ihnen haben Betroffene keine Mitsprache.

Die 2008 angekündigte Förderung der Selbsthilfe durch die Bundesregierung wurde lange nicht umgesetzt; auf Landesebene hatte sich eine Förderung von Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen etabliert, bei Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen findet eine Förderung nur im Einzelfall statt. Insgesamt hat sich die Förderung von Selbsthilfeorganisationen und – gruppen erst in den letzten Jahren entwickelt und bleibt deutlich hinter der Förderpraxis in Deutschland zurück.

In Österreich gibt es rund 1.800 Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfegruppen oder Patientenorganisationen mit etwa 800.000 Mitgliedern. In einer Bestandsaufnahme[[3]](#footnote-3) der österreichischen Selbsthilfe im Jahr 2017 wurden 164 Organisationen recherchiert, die nach den entwickelten Kriterien (Aktivitäten in mindestens drei Bundesländern, Betroffenen- und Angehörigenselbstvertretung, Vertretung bundesweiter Anliegen) als Bundesorganisationen der Selbsthilfe einzustufen waren. Im Durchschnitt bestanden diese Organisationen seit 18 Jahren bzw. seit 13 Jahren bei Organisationen mit seltenen Erkrankungen.

Inhaltlich zeigte die Bestandsaufnahme folgendes: Offenbar spielt die direkte gegenseitige Unterstützung für Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen die größte Rolle in der täglichen Arbeit; auch die Öffentlichkeitsarbeit ist ein relevantes Arbeitsfeld; als nachrangiger Handlungsbereich wird die Interessenvertretung beschrieben.

Ihre internen Ressourcen schätzen die Selbsthilfeorganisationen als eher ungünstig ein: So verfügte nur die Hälfte über ein höheres Jahresbudget als 7.000 €; Zuwendungen aus privater Hand waren bedeutsamer als diejenigen durch die öffentliche Hand. Die Mehrheit der Selbsthilfeorganisationen hatten keine hauptamtlichen Mitarbeiter; vielmehr wurde die anfallende Arbeit bei einem Großteil der Selbsthilfeorganisationen durch ehrenamtliche Mitglieder geleistet, im Mittel von 6 Personen. Zu drei Viertel wurde jedoch bemängelt, dass Anzahl und Leistungen für die notwendige Arbeit nicht ausreichten. Knapp 40 Prozent sehen das Risiko, dass ihre Selbsthilfeorganisation nicht mehr weiterbesteht, wenn sich die Rahmenbedingungen der Arbeit nicht ändern sollten.

Von Seiten der österreichischen Sozialversicherung wurde – auch wegen dieser teilweise prekären Situation der Selbsthilfe – ein Konzept initiiert, das die Selbsthilfeorganisationen und die kollektive Patientenbeteiligung in Österreich stärken sollte. Gemeinsam mit den Vertretern der Bundesselbsthilfeorganisationen, dem Fond Gesundes Österreich und dem Bundesministerium für Gesundheit wurde mit einem Fördervolumen von 1,2 Mio. ein erster Grundstein für eine stabile Förderung der Selbsthilfe in Österreich gelegt.

Die Förderung findet in vier Säulen statt:

Die **erste Säule** ergänzt dabei die regionalen und lokalen Förderstrukturen. Sie sieht überdies die Möglichkeit einer Förderung von Projekten einzelner regionaler Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfedachverbände bzw. Kontaktstellen vor. Die Höhe der Mittel ergibt sich aus dem Anteil der Einwohnerzahl.

Die **zweite Säule** soll sowohl die beratende und koordinierende Funktion der Bundesselbsthilfeorganisationen „nach innen“ stärken, aber auch gleichzeitig dazu beitragen, dass sie „nach außen“, also gegenüber den Einrichtungen des Gesundheitssystems, der Gesundheitspolitik und der Öffentlichkeit, wirksamer agiert.

Die **dritte Säule** wurde nunmehr durch Gründung im März 2018 **Bundesverbandes Selbsthilfe Österreichs** umgesetzt. Er soll – ebenso wie seine Bundesverbände – die Bündelung der Interessen „nach außen“ sicherstellen, aber auch die beratende und koordinierende Funktion „nach innen“ leisten. Die Vorläuferin des Bundesverbandes (ARGE Selbsthilfe Österreich) hatte sich aufgrund von internen Schwierigkeiten und dem Rückzug von Fördermittelgebern aufgelöst; ein Teil der Selbsthilfedachverbände auf Landesebene reagierte auf die Auflösung der ARGE mit der Gründung eines Nationalen Netzwerkes Selbsthilfe (NANES).

Die **vierte Säule (Österreichische Kompetenz und Servicestelle Selbsthilfe – ÖKUSS)** soll die Weiterentwicklung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe- und Patientenbeteiligung auf Bundesebene unterstützen. ÖKUSS wurde bereits 2017 als Abteilung des Fonds Gesundes Österreich eingerichtet, der eine nationale Gesundheitsförderungsagentur darstellt.

Insgesamt steht zu hoffen, dass sich die Situation der Selbsthilfe durch die erweiterten Fördermöglichkeiten und die Gründung eines Bundesverbandes substantiiert verbessern wird.

1. **Situation der Selbsthilfe in der Schweizerischen Eidgenossenschaft**

Die Stärkung der Kompetenzen von Betroffenen steht zwar auf der Agenda in der nationalen Strategie Gesundheit 2020, dennoch ist die Selbsthilfe in der Schweiz auf nationaler Ebene bisher nur wenig institutionalisiert, rechtlich kaum verankert und gefördert. Trotzdem wächst die Selbsthilfe: So stieg die Zahl der in der Deutschschweiz erfassten Selbsthilfegruppen in den letzten 10 Jahren vor 2015 von 1280 auf 2000 Gruppen. Auch in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz wurden in den letzten Jahren neue Selbsthilfezentren gegründet. Insgesamt gab es 2015 rund 2500 Selbsthilfegruppen in der Schweiz, davon drei Viertel aus dem Gesundheitsbereich.[[4]](#footnote-4)

Überwiegend findet die Förderung der Selbsthilfe über regionale Selbsthilfezentren statt. Sie sind eine Art Drehscheibe, hier findet auch oft eine Weitervermittlung an örtliche Selbsthilfegruppen statt. Häufig sind sie an psychiatrische Dienste oder Sozialberatungen angegliedert, sie werden aber zu immerhin 14 Prozent auch von Behinderten- und Selbsthilfeorganisationen getragen:

Die Förderung der Selbsthilfezentren ist regional sehr unterschiedlich ausgestaltet, vor allem die langfristig abgesicherten Ressourcen der Personalstellen sind sehr unterschiedlich. So hat etwa das Selbsthilfezentrum Basel eine Finanzierung zu 90 Prozent der 2,3 Vollzeitstellen. Demgegenüber verfügen strukturschwache Selbsthilfezentren nur über eine abgesicherte Finanzierung von ca. 30 Prozent ihrer Stellen. Dementsprechend hoch ist der Anteil und Aufwand für das Fundraising.

Generell sind auch Selbsthilfeorganisationen – wie etwa die Alzheimer Gesellschaft- überwiegend auf Spenden, Legate, Mitgliedsbeiträge, Beiträge aus Subventionsverträgen mit der öffentlichen Hand und durch Stiftungen angewiesen. Eine stabile Finanzierung der Bundesorganisationen der Selbsthilfe besteht wohl leider bisher nicht.

1. **Innovative Ansätze, welche aus der Zusammenarbeit heraus entwickelt werden können bzw. welche eine Gelegenheit zur Zusammenarbeit bieten**

So unterschiedlich die Strukturen der Gesundheitssysteme und die Ausgestaltung der Selbsthilfe ist, bleibt die Frage: Wo ergeben sich Schnittpunkte, an denen sich Selbsthilfeorganisationen gegenseitig weiterhelfen können oder neue Lösungen erarbeiten können?

1. **Organisationsentwicklung**

Angesichts der sehr unterschiedlichen Strukturen und Finanzierungen scheint es auf den ersten Blick ein sehr ambitioniertes Projekt, Ideen für die Organisationsentwicklung der Selbsthilfeorganisationen aus einer Zusammenarbeit heraus zu entwickeln.

Gleichwohl ist allen Selbsthilfestrukturen gemeinsam, dass die Selbsthilfegruppe als „Keimzelle“ der Selbsthilfe gefördert und erhalten bleiben muss. Dies geht nicht ohne vernünftige Gruppen- und Kommunikationsstrukturen und ein gutes Team. Gleichwohl kann sich eine Organisation sicherlich nicht auf die Organisation einer Selbsthilfegruppe beschränken, sondern muss weitergehend auch Geschäftsführung und Aufbau der Organisation insgesamt berücksichtigen.

Hinsichtlich der Selbsthilfegruppen hat beispielsweise die Selbsthilfe Tirol interessante Basis-Fortbildungen für Selbsthilfe-Aktive entwickelt, so z.B. eine Starthilfe für Selbsthilfegruppen, Fortentwicklung von Teamarbeit und die Entwicklung von Ideen hin zu einem Projekt (<https://www.selbsthilfe-tirol.at/fortbildungen/>). Darauf aufbauen könnten etwa Organisationsentwicklungskonzepte der BAG SELBSTHILFE für den „Überbau“ der Organisation genutzt werden (<https://www.bag-selbsthilfe.de/informationsportal-selbsthilfe-aktive/projekte/>). Auf diese Weise ergibt sich die Chance sowohl Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeit der „Keimzelle“ als auch der darauf aufbauenden Organisation zu nutzen.

1. **Mitgliedergewinnung/ Imageverbesserung**

Ein übergreifendes Problem insbesondere in Deutschland und Österreich ist die Gewinnung von aktiven Mitgliedern. Auch das Image der Selbsthilfe als händchenhaltender Stuhlkreis spielt in diesem Zusammenhang eine große Rolle. Hier hat etwa die BAG SELBSTHILFE – gefördert durch den BKK-Dachverband – eine innovative Strategie zum Ansprechen neuer Mitglieder entwickelt. So wurde ein Leitfaden mit nützlichen Hinweisen und Tipps rund um die Planung und Durchführung eines Picknicks mit Vorlagen für Flyer und Plakate, Werbesäulen und XXL-Jenga- Spielen entwickelt. Ferner wird derzeit an einem Projekt zu einer Strategie der Gewinnung neuer Mitglieder gearbeitet; auch diese Ergebnisse könnten dann nach Fertigstellung ausgetauscht werden.

In Österreich diskutiert man derzeit auch intensiv über die Frage, wie aktive Mitglieder gewonnen werden können. Entscheidend ist neben der Ansprache aber offenbar auch, wie Übergänge von „alten Hasen“ zu neuen Aktiven in der Vereinsorganisation gestaltet werden können. Insbesondere Fragen des Loslassens und des geregelten Übergangs sind hier offenbar wichtige Gesichtspunkte.

Ein weiteres Problem scheint dort auch die geringe Bewilligungsquote der Berufsunfähigkeitsrente zu sein, da viele Menschen sich die ehrenamtliche Tätigkeit neben Beruf, Krankheitsbewältigung und Familie nicht mehr zeitlich leisten können.

1. **Austausch von Broschüren und Materialien**

Durchaus hilfreich und wichtig kann auch ein Austausch von Broschüren und Materialien der verschiedenen Selbsthilfevereinigungen in den Ländern sein – wie es etwa die Deutsche Alzheimer Gesellschaft gemacht hat. Auch Arbeitsmaterialien könnten ausgetauscht werden; dies gilt etwa für die Leitsätze zur Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen bzw. der Selbstauskunftsmatrix, welche weitergegeben werden können. Auch bei einer Entwicklung von Leitbildern können gegenseitige Beispiele von Leitbildern oder die Darstellung der damaligen Diskussion im Verband weiterhelfen.

1. **Gesundheitskompetenz**

Im Rahmen der European Health Literacy Survey (HLS-EU-Studie) wurde ein umfassender Fragenkatalog mit insgesamt 47 Fragen für die Erhebung von Gesundheitskompetenz einer repräsentativen Stichprobe in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung erstellt. Die Studie ergab, dass in allen drei Ländern noch erheblicher Verbesserungsbedarf für die Gesundheitskompetenz der Nutzer vorhanden ist.

Die Selbsthilfe hat seit jeher das Anliegen, Menschen in ihrem Wissen und ihrer Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung zu stärken; ein entsprechendes Empowerment der Patienten gehört damit zur Kernkompetenz der Selbsthilfe. Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, die Lösungsansätze und die Erfahrungen der einzelnen Länder auszutauschen und weitere Lösungsansätze zu entwickeln. So hat etwa Österreich im Rahmen seines Gesundheitsziele Prozesses einen Schwerpunkt Gesundheitskompetenz, Deutschland engagiert sich in dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz und der Allianz für Gesundheitskompetenz. Auch in der Schweiz gibt es eine entsprechende Allianz.

1. **Digitalisierung**

Die Digitalisierung verändert die Selbsthilfe. Verbände sind zunehmend auch im Bereich Social Media unterwegs und versuchen, über digitale Angebote sowohl die Kommunikation mit ihren Mitgliedern zu gestalten als auch neue Mitglieder zu gewinnen. Auch das Image der Selbsthilfe wird über die digitalen Angebote maßgeblich mitbestimmt.

Vor diesem Hintergrund hat die BAG SELBSTHILFE viele Handlungshilfen für Projekte im Bereich der Digitalisierung zur Verfügung gestellt (z.B. Einsatz von Videos in der Verbandsarbeit). Sie hat überdies eine Kampagne für die Selbsthilfe initiiert: <https://www.selbsthilfe-wirkt.de/kampagne-social-spot/>

Auch in anderen Ländern werden die Angebote der Digitalisierung genutzt bzw. entsprechende Angebote an die Mitglieder herangetragen, so etwa die App Rheuma Buddy in Österreich.

Gerade bei Angeboten zur Digitalisierung bietet sich ein intensiver Austausch an; gleichzeitig können digitale Angebote auch genutzt werden (z.B. Skype), um die Zusammenarbeit mit ausländischen Selbsthilfeorganisationen zu verbessern.

Übereinstimmung besteht allgemein, dass die Daten von Mitgliedern und Selbsthilfeaktiven umfassend geschützt werden müssen. Auch insoweit bietet sich ein Austausch über die Strategien zum Umgang mit Datenschutz und DSGVO im digitalen Bereich an.

1. **Psychische Gesundheit, Resilienz**

In der psychosomatischen Medizin sind in den letzten Jahren Einschränkungen der Lebensqualität und psychische Komorbiditäten bei chronischen körperlichen Erkrankungen systematisch untersucht worden. Eine reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit und die Verletzung der körperlichen Integrität sind erhebliche Veränderungen, die mit einer chronischen körperlichen Erkrankung einhergehen können und bewältigt werden müssen. Auch kann eine subjektiv empfundene oder objektiv beschreibbare Lebensbedrohung eine erhebliche Belastung für diese Patientinnen und Patienten darstellen. Schmerzen können erheblich beeinträchtigen und aversiv erlebte therapeutische Maßnahmen können z.T. auch wiederholt und regelmäßig erforderlich sein. Neben den unmittelbar indizierten medizinischen Maßnahmen wird nicht selten eine Abhängigkeit vom medizinischen System insgesamt erlebt, Hilflosigkeit kann auftreten, persönlich bedeutsame Werte und Rollen können wegfallen und das Selbstbild insgesamt bedroht werden.

Dies alles birgt das Risiko möglicher depressiver Störungen als Folgeerkrankung in sich.

Der Austausch in der Selbsthilfe bietet eine hervorragende Möglichkeit, um diese Problematik gezielt bei chronisch kranken Menschen zu thematisieren und so einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung depressiver Störungen zu leisten sowie auf mögliche therapeutische Maßnahmen hinzuweisen. Hierzu hat die BAG SELBSTHILFE einen entsprechenden Handlungsleitfaden entwickelt, der unter folgendem Link zur Verfügung steht: <https://www.bag-selbsthilfe.de/informationsportal-selbsthilfe-aktive/projekte/potentiale-der-selbsthilfe-bei-der-frueherkennung-und-behandlung-depressiver-stoerungen-bei-menschen-mit-chronischer-erkrankung/>

Auch das Konzept der Resilienz kann hier weiterhelfen: Wissenschaftliche Erkenntnisse legen nahe, dass die Ausprägung von Schutzfaktoren wie Optimismus, Selbstwirksamkeitserwartung, angemessene Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung eine wichtige Funktion zur Bewältigung von Krankheiten haben. Seit jeher befasst sich die Selbsthilfe mit genau diesen Faktoren; gleichzeitig haben bisher nur einige wenige Selbsthilfeorganisationen tragfähige Konzepte, um die sog. Resilienz ihrer Mitglieder und die der zu Beratenden zu stärken. Vor diesem Hintergrund hat die BAG SELBSTHILFE die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema Resilienz zusammengetragen und den Verbänden eine Art Baukasten für die Diskussion des Themas zur Verfügung gestellt.

Viele Elemente, die die Selbsthilfe in allen Ländern in Seminaren und Unterstützungsangeboten bereits behandelt, können in dieses Konzept integriert werden. Gleichzeitig bietet das Konzept jedoch auch Chancen, neue Aspekte durch eine Verknüpfung mit aktuellen Problembewältigungsstrategien (z.B. Bullet Journal) zu integrieren und daraus neue Inhalte oder individuell zugeschnittene Konzepte zu entwickeln. Das Projekt wird auf der Homepage der BAG SELBSTHIFLE zur Verfügung gestellt werden.

1. **Grenzüberschreitende Kontakte**

Selbsthilfeorganisationen können auch von engen persönlichen Kontakten von Vertretern in Grenzregionen profitieren. Gerade hier bietet sich die Möglichkeit eines fortlaufenden – z.B. monatlichen Austausches – zu unterschiedlichsten Fragestellungen. Insoweit wird gerade für Selbsthilfeorganisationen und -gruppen in der Nähe von Grenzen die Möglichkeit gesehen, Austauschtreffen zu organisieren, um so – auch durchaus über den persönlichen Kontakt- eine Basis für eine dauerhafte und belastbare Zusammenarbeit zu haben.

1. Nowack, Ladurner, Juraszovich, Hofmacher: Die österreichische Gesundheits- und Pflegepolitik. Herausforderungen und Handlungsspielräume. Forum Politische Bildung 34:22-29. [↑](#footnote-ref-1)
2. Auf Empfehlung der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (EAK) [↑](#footnote-ref-2)
3. Darstellung in Forster, Rojatz: Gemeinschaftliche Selbsthilfe und Patientenbeteiligung: aktuelle Entwicklungen in Österreich. Bundesgesetzblatt 2019 (1), S. 56 ff. Die nachfolgenden Ausführungen sind den entsprechenden Ausführungen entnommen. [↑](#footnote-ref-3)
4. Stremlow, Selbsthilfe Schweiz, Gemeinschaftliche Selbsthilfe in der Schweiz zit: <https://www.lungenliga.ch/fileadmin/user_upload/LLS/02_HauptNavigation/03_BeratungBetreuung/Selbsthilfe/Broschuere_Studie_Handlungsempfehlungen_DE.pdf> [↑](#footnote-ref-4)