



HAWK

Fakultät

Soziale Arbeit und Gesundheit

Hildesheim

31

Soziale Arbeit und Gesundheit im Gespräch

VERNETZUNG UND KOOPERATION VON REHABILITATION UND SELBSTHILFE

Bernhard Borgetto | Ann-Kathrina Brinck | Jasmin Hänel | Silke Wittmar (Hrsg.)

31

Soziale Arbeit und Gesundheit im Gespräch

**VERNETZUNG UND
KOOPERATION
VON REHABILITATION UND
SELBSTHILFE**

Bernhard Borgetto | Ann-Kathrina Brinck | Jasmin Hänel | Silke Wittmar (Hrsg.)



INHALT

1. EINLEITUNG	05
2. KOOPERATION UND VERNETZUNG VON SELBSTHILFE UND REHABILITATION – 2001–2020 Ann-Kathrina Brinck, Jasmin Hänel, Silke Wittmar & Bernhard Borgetto ...	10
2.1. Vorteile der Kooperation zwischen Selbsthilfe und Rehabilitation	12
2.2. Einstellungen zur Kooperation mit der Selbsthilfe in Rehabilitationseinrichtungen	16
2.3. Kooperationsformen: Überblick	17
2.4. Praktizierte Formen der Kooperation	18
2.5. Barrieren für eine Kooperation zwischen Selbsthilfe und Rehabilitation ...	24
2.6. Ansatzpunkte zur Stärkung der Kooperation	26
3. PERSPEKTIVEN VON REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN AUF DIE VERNETZUNG VON REHABILITATION UND SELBSTHILFE – ERGEBNISSE EINER BEFRAGUNG VON 2020 Jasmin Hänel, Silke Wittmar, Bernhard Borgetto & Ann-Kathrina Brinck ...	29
3.1. Methode	29
3.2. Ausgewählte Ergebnisse	30
3.3. Kernbotschaften: Entwicklungen und Potenziale in der Vernetzung von Rehabilitation und Selbsthilfe	34
3.4. Zur Aussagekraft der Befragungsstudie	37
4. ANALYSE VON KOOPERATIONSFORMEN AUS PERSPEKTIVE DER REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN: EIN VERGLEICH DER BEFRAGUNGSERGEBNISSE AUS DEN JAHREN 2002 UND 2020 Silke Wittmar, Jasmin Hänel, Ann-Kathrina Brinck & Bernhard Borgetto ...	38
4.1. Vergleichende Analyse der Kooperationsformen	39
4.2. Zusammenhänge zwischen Kooperationsformen	47
4.3. Empfehlungen für die Zusammenarbeit von Rehabilitation und Selbsthilfe als Folgerung der Analyse der Kooperationsformen	52

5.	KOOPERATION UND VERNETZUNG VON REHABILITATION UND SELBSTHILFE AUS SICHT DER NETZWERKBETEILIGTEN	
	Silke Wittmar, Bernhard Borgetto, Ann-Kathrina Brinck & Jasmin Hänel ...	55
5.1.	Einflussfaktoren auf die Zielerreichung einer verstärkten Kooperation zwischen Selbsthilfe und Rehabilitationseinrichtungen	56
5.2.	Vielfalt der Interessen beteiligter Akteur*innen.....	58
5.3.	Empfehlungen aus Sicht der Teilnehmenden	62
6.	AUFBAU, VERSTETIGUNG UND WEITERENTWICKLUNG DER KOOPERATION UND VERNETZUNG VON REHABILITATION UND SELBSTHILFE: EIN PROZESSMODELL	
	Jasmin Hänel, Silke Wittmar, Ann-Kathrina Brinck & Bernhard Borgetto ...	65
7.	LITERATUR	72
8.	GLOSSAR	77
9.	ANHANG	79
10.	RAUM FÜR NOTIZEN	86

The image features a central white arrow pointing to the right, set against a background of four hands. Two hands are colored red and two are colored green. The hands are positioned around the arrow, with two on the left and two on the right, as if they are holding or supporting it. The overall style is minimalist and graphic.

EINLEITUNG

LIEBE LESER*INNEN,

mit dieser Broschüre haben wir für Sie Studienergebnisse, Wissen, Meinungen und Empfehlungen rund um das Thema der Vernetzung und Kooperation von Rehabilitation und Selbsthilfe (SH) zusammengestellt. Damit möchten wir Impulse für die zukünftige Etablierung und Weiterentwicklung von Kooperationen und Netzwerken setzen. Die Broschüre „Vernetzung und Kooperation von Rehabilitation und Selbsthilfe (VERS 2.0)“ wurde Anfang 2023 erstmalig online veröffentlicht [1]. Die vorliegende Broschüre stellt eine überarbeitete und erweiterte Version dar.

Was versteht man unter Kooperation und Vernetzung?

Eine Kooperation besteht auf der strukturellen Ebene zumindest aus einer Rehabilitationseinrichtung und einem Selbsthilfefzusammenschluss (SHZ) oder einer Selbsthilfeunterstützungseinrichtung (SHU), die direkt miteinander interagieren. Dabei ist natürlich nicht ausgeschlossen, dass die Kooperationspartner*innen mit weiteren Kooperationspartner*innen zusammenarbeiten, so dass Vernetzungen entstehen. Oder, je nach Perspektive, dass die Kooperationspartner*innen Teile mehrerer Netzwerke sind. Auf der prozessualen Ebene stehen die Rehabilitand*innen im Mittelpunkt, deren Gesundheit und Teilhabe das Ziel aller Kooperations- und Vernetzungsbemühungen sind.

Alle Kooperationspartner*innen eines Netzwerks aus Betroffenen (Patient*innen und Selbsthilfeaktiven), dem Personal in Rehabilitationseinrichtungen und den SHU sind für eine gelingende Kooperation entscheidend. Diese unterschiedlichen Gruppen von (potenziellen) Netzwerkmitgliedern werden in dieser Broschüre an verschiedenen Stellen gezielt angesprochen.

Was versteht man unter medizinischer Rehabilitation?

Die medizinische Rehabilitation richtet sich gemäß § 42 des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX an Menschen mit Behinderung oder an solche, die von einer Behinderung bedroht sind. Ziele sind „Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten

abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern“ [2]. Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation umfassen u. a. Behandlungen von Ärzt*innen und Angehörigen anderer Heilberufe [2].

Was versteht man unter Selbsthilfe?

Die gemeinschaftliche SH zeichnet sich dadurch aus, dass sie von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen initiiert und verantwortet wird. Durch den Erfahrungs- und Wissensaustausch unter Betroffenen können Selbsthilfeaktive in ihrer Krankheitsbewältigung und in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterstützt werden. SH trägt damit zur Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität von Menschen mit Erkrankungen und Behinderungen bei [3]. In Deutschland ist die SH zu einem unverzichtbaren und zunehmend institutionalisierten Teil der Gesundheitsversorgung geworden.

SH hat sich in verschiedenen Arbeits- und Organisationsformen entwickelt: In regionalen Selbsthilfegruppen (SHG) und überregionalen Selbsthilfeorganisationen (SHO), die zusammenfassend als SHZ bezeichnet werden. SHU, insbesondere die hauptamtlich tätigen Selbsthilfekontaktstellen (SHK), bilden eine professionelle Unterstützungsstruktur für SHG und für Betroffene [3]. Eine genaue Beschreibung der Begrifflichkeiten kann dem Glossar am Ende dieser Broschüre entnommen werden.

Warum kooperieren?

Die Kooperation von Rehabilitation und SH ist in Deutschland verpflichtend. Sie ist u. a. im SGB IX zur „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ gesetzlich festgeschrieben. Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 42 Abs. 3 Nr. 4 umfassen die „Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten“ [2]. Darüber hinaus hat die Bundesarbeits-

gemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. auf Basis von §26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX eine gemeinsame Empfehlung zur Förderung der SH erarbeitet, in welcher finanzielle, infrastrukturelle und ideelle Grundsätze und Möglichkeiten der Förderung der SH durch die Rehabilitationsträger beschrieben sind [4].

Neben der Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung bietet eine Kooperation den Akteur*innen in der Rehabilitation und in der SH jedoch auch verschiedene Vorteile. Die Betroffenen bzw. Rehabilitand*innen können in besonderem Maß von einer Kooperation der Rehabilitation und SH und den dadurch entstehenden Synergieeffekten profitieren. Die jeweiligen Vorteile für die Kliniker*innen/Rehabilitationseinrichtungen, die SH und die Betroffenen werden in Kapitel 2 dieser Broschüre dargestellt.

Wie kooperieren?

Weiterhin werden in Kapitel 2 Einstellungen und Formen der bisherigen Kooperationen zwischen Rehabilitation und SH aufgezeigt, welche im Besonderen auf die Befragung der Universität Freiburg im Jahr 2002 von Klein und Borgetto zur „Kooperation und Vernetzung von Rehabilitationseinrichtungen und Selbsthilfegruppen/Selbsthilfeorganisationen“ (VERS) zurückgehen [5, 6]. Darüber hinaus werden Barrieren und Ansätze zur Stärkung der Kooperation zwischen Rehabilitation und SH thematisiert, welche in der Literatur diskutiert werden. Insbesondere Formate der virtuellen SH (s. Begriff im Glossar) haben sich jüngst, nicht zuletzt durch die Kontaktbeschränkungen während der Corona-Pandemie, stark weiterentwickelt [7]. Digitale Möglichkeiten geben in der Kooperation zwischen Rehabilitation und SH neue Impulse und werden ebenfalls vorgestellt. Das Kapitel wird abgeschlossen mit der Vorstellung des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen®. Kapitel 2 basiert auf einer systematischen Literaturrecherche zu bisherigen Erkenntnissen zur Kooperation von Rehabilitation und SH seit Beginn dieses Jahrhunderts bis ins Jahr 2020.

In Kapitel 3 werden Ergebnisse aus einer Ende 2020 durchgeführten Online-Befragung von Rehabilitationseinrichtungen zur „Vernetzung und Kooperation von Rehabilitation und Selbsthilfe“ (VERS 2.0) vorgestellt, welche auf der VERS-Befragung von 2002 [5, 6] basiert und virtuelle Ansätze berücksichtigt. In Kapitel 4 wird ver-

tiefend auf die genutzten Kooperationsformen der befragten Rehabilitationseinrichtungen in 2002 und in 2020 eingegangen und deren Zusammenhänge und Kombinationen dargelegt. Auf die VERS 2.0-Befragung in 2020 aufbauend wurde im Oktober 2021 ein Online-Workshop mit Vertreter*innen aus Rehabilitationseinrichtungen, der SH (Gruppen und Verbänden), den SHK und der Wissenschaft durchgeführt. In dem Workshop wurden förderliche und hinderliche Faktoren sowie Nutzen, Aufgaben und Bedarfe der vertretenen Interessengruppen in der Kooperation von Rehabilitation und SH diskutiert und Empfehlungen ausgesprochen. Die Ergebnisse des Workshops sind in Kapitel 5 dargestellt.

Zusammenfassend und auch unabhängig von den anderen Kapiteln verständlich werden in Kapitel 6 die Impulse zur Stärkung der Kooperation zwischen Rehabilitation und SH in einem Prozessmodell zusammengeführt. Weiterhin wird auf Möglichkeiten und Grenzen in der Nutzung virtueller Formate in der Kooperation eingegangen.

Wir wünschen viel Freude bei der Lektüre und hoffen darauf, nicht nur Wissen, sondern auch Motivation, Inspiration und Impulse vermitteln zu können.

**Ihre Herausgeber*innen:
Bernhard Borgetto, Ann-Kathrina Brinck,
Jasmin Hänel & Silke Wittmar**

Ann-Kathrina Brinck, Jasmin Hänel, Silke Wittmar & Bernhard Borgetto

KOOPERATION UND VERNETZUNG VON SELBSTHILFE UND REHABILITATION – 2001–2020

Die Idee, Patient*innen aktiv in die Gesundheitsversorgung einzubinden geht natürlich weiter zurück als 20 Jahre. Bereits in den 1970er Jahren wurden entsprechende Konzepte diskutiert [8]. Und auch heute gewinnt die Einbindung der Laienkompetenz insbesondere im Hinblick auf den steigenden Anteil von Patient*innen mit chronischen Erkrankungen, die eine längere, oft lebensbegleitende Krankheitsbewältigung erforderlich machen, immer weiter an Bedeutung. Die SH kann zusätzliche Erfahrungen und Kompetenzen in den individuellen Prozess der Krankheitsbewältigung einbringen [9]. Der Integration von SHZ in die Gesundheitsversorgung kommt damit mehr und mehr Aufmerksamkeit zu [9].

Die gezielte Kooperation zwischen SH und Rehabilitation ist eine eher jüngere Entwicklung im Rahmen der Einbindung der SH in die Gesundheitsversorgung und wird in diesem Kapitel aus der Perspektive der Li-

teratur von 2001–2020 beschrieben. Viele der früheren Untersuchungen und Erkenntnisse sind auch heute noch in der Sache aktuell und von Bedeutung.

Grundlage dieses Kapitels ist eine systematische Literaturrecherche aus dem Jahr 2021 zu der Fragestellung, welche Erkenntnisse bezüglich der Kooperation und Vernetzung zwischen SH und Rehabilitation bereits vorliegen. Diese Fragestellung diente der Vorbereitung einer Befragung von 2020 (vgl. Kapitel 3).

Für die systematische Recherche wurden die Datenbanken MEDLINE via PubMed, CINAHL, Web of Science, PubPsych und OpenGrey nach entsprechender Literatur durchsucht. Ergänzend wurden eine freie Websuche durchgeführt und die Fachzeitschriften „Die Rehabilitation“, „Prävention und Rehabilitation“, „Neurorehabilitation“ und „Physikalische Medizin, Rehabilita-

tionsmedizin, Kurortmedizin“ nach relevanten Publikationen durchsucht. Ebenso wurden die Verbandsmedien der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG-SHG) und der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) in die Recherche einbezogen. Die Umsetzung der Recherche erstreckte sich auf den Zeitraum von zwei Monaten im November und Dezember 2021.

Im Ergebnis konnten 16 relevante Publikationen und drei Webseiten bezüglich der oben genannten Thematik identifiziert werden. Unter den Publikationen finden sich zwei Broschüren, sieben Zeitschriftenartikel, ein Strategiepapier, drei Buchbeiträge, ein Handlungsleitfaden und zwei Projektberichte.

Empirische Daten zur Kooperation zwischen SH und Reha im engeren Sinne konnten lediglich einer Quelle entnommen werden, einer wissenschaftlichen Befragung zur Kooperation zwischen SH und Rehabilitation aus dem Jahr 2002 [5]. Mit Ausnahme dieser Quelle beruhen Aussagen verschiedener Autor*innen bezüglich der Kooperation zwischen SH und Rehabilitation auf eigenen Erfahrungen und grundsätzlichen, teils wissenschaftsbasierten Überlegungen und Einschätzungen, u.a. auch auf den Erkenntnissen der bereits genannten Befragung. Empirische Daten zur Kooperation zwischen

Rehabilitation und SH in einem weiter gefassten Kontext liegen hinsichtlich der Integration von Qualitätskriterien für Selbsthilfefreundlichkeit in Gesundheitseinrichtungen allgemein vor und werden in Abschnitt 2.4 aufgegriffen [10, 11].

Die Darstellung der bisherigen empirischen Erkenntnisse, Erfahrungen und Einschätzungen bezüglich der Kooperation zwischen SH und Rehabilitation wird nach unterschiedlichen Aspekten gegliedert bis ins Jahr 2020 dargestellt, um daran anschließend neuere Erkenntnisse aus der Befragung von Rehabilitationseinrichtungen aus dem Jahr 2020 (Kapitel 3) und des Workshops mit Netzwerkmitgliedern (Kapitel 5) einordnen zu können.

In Abschnitt 2.1 werden zunächst im Überblick die Vorteile der Kooperation zwischen SH und Rehabilitation dargestellt. Es folgen in Abschnitt 2.2. Einblicke in die Einstellungen von Rehabilitationseinrichtungen zur SH und zur Kooperation mit der SH (Publikationen über die Einstellungen der SH gegenüber der Rehabilitation und der Kooperation mit Rehabilitationseinrichtungen liegen nicht vor) und in Abschnitt 2.3 eine Übersicht über mögliche Formen der Kooperation. In Abschnitt 2.4 werden Beispiele praktizierter Kooperationsformen vorgestellt und in Abschnitt 2.5 wird auf Barrieren für die Kooperation eingegangen. Abschnitt 2.6. widmet sich abschließend Ansatzpunkten zur Stärkung der Kooperation.

2.1.
VORTEILE DER KOOPERATION
ZWISCHEN SELBSTHILFE
UND REHABILITATION

Zunächst werden die Vorteile einer Kooperation zwischen SH und Rehabilitation dargestellt. Einen Überblick gibt Tabelle 1, in welcher die Vorteile, gegliedert nach Betroffenen, SHZ und Kliniker*innen/Rehabilitationseinrichtungen, in verkürzter Form dargestellt werden. Anschließend werden die einzelnen Aspekte genauer erläutert.

2.1.1.
Vorteile der Kooperation für Betroffene

Da es die Betroffenen selbst sind, denen Rehabilitation und SH sowie deren Kooperation zugutekommen soll, werden die Vorteile einer Kooperation für die Betroffenen hier an erster Stelle aufgeführt.

Wissenserweiterung und Ausbildung
von Gesundheitskompetenz

Der Kontakt der Betroffenen zur SH kann nicht nur nach der Rehabilitation sinnvoll sein. Auch schon vor und während der Re-

Vorteile für Betroffene	Vorteile für Selbsthilfe-zusammenschlüsse	Vorteile für Kliniker*innen/Rehabilitationseinrichtungen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Wissenserweiterung und Ausbildung von Gesundheitskompetenz [12] ■ Soziale Unterstützung und Teilhabe [5, 12–15] ■ Steigerung der Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen [5, 9, 14] 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Langfristige Aktivität von Patient*innen in SHG [5] ■ Wissenserweiterung der Selbsthilfeaktiven [9] ■ Bekanntheitsgrad [9, 12, 16] 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wissenserweiterung der Mitarbeitenden [8, 9, 11, 12, 16, 17] ■ Adressatengerechte Versorgung [9, 13, 18] ■ Ergänzung der Versorgung [5, 12, 15, 18] ■ Nachhaltigkeit [9, 11, 16, 18] ■ Zertifizierungsmöglichkeiten [11] ■ Krankheitswissen, Gesundheits- und Selbstmanagement, Selbstwirksamkeit und Therapieverständnis [5, 9, 12, 19, 20]

Tabelle 1: Komprimierte Darstellung der Vorteile einer Kooperation zwischen Selbsthilfe und Rehabilitation für die Selbsthilfe, Kliniker*innen/Rehabilitationseinrichtungen und Betroffene

habilitation können Betroffene durch SHZ im Rehabilitationsprozess unterstützt werden. Dabei können sie vom Erfahrungs- und vom Fachwissen anderer Betroffener profitieren und so ihr Wissen über ihre eigene Erkrankung erweitern [12].

Aus diesem Grund ist der Kontakt zur SH vor und während der Rehabilitationsmaßnahme auch ein Ausgangspunkt für die (Weiter-)Entwicklung von Gesundheitskompetenz. Auch nach der Rehabilitation kann der Behandlungsprozess durch fortbestehende Kontakte und dem damit verbundenen Erfahrungs- und Wissensaustausch der Betroffenen untereinander aktiv weiter unterstützt werden. Erlernte Verhaltensweisen werden dann nachhaltiger umgesetzt, da sich auch die Einstellungen der Betroffenen durch ein sich veränderndes Behandlungs- und Therapieverständnis weiterentwickeln [13, 21]. Das Tätigkeitsfeld der SH im Bereich der Rehabilitation stellt folglich eine Schnittstelle zwischen klinischer Therapie und dem Zuhause der Patient*innen und ihrer Angehörigen dar, indem sie den Betroffenen hilft, in der Rehabilitation erworbenes Wissen über Änderungen des Lebensstils auch nach der Rehabilitation nachhaltig umzusetzen [11].

Soziale Unterstützung und Teilhabe

Ebenfalls findet durch gemeinschaftliche SH bereits in der Rehabilitation eine gegenseitige Unterstützung der Betroffenen untereinander statt. Die Bildung eines sozialen Netzes und damit ein Gefühl der Zusammengehörigkeit werden gefördert und die Betroffenen erfahren gegenseitige Unterstützung im Alltag [21]. Eine frühzeitige Ein-

bindung der Patient*innen in die SH kann auf diesem Weg als positiver psychologischer Faktor in der aktiven Krankheitsbewältigung während der Rehabilitation wirken [9]. Die Einbindung der SH in die stationäre rehabilitative Versorgung trägt ebenfalls zu einer Eingliederung der Betroffenen in ihr soziales und häusliches Umfeld und zur Patient*innenorientierung der Rehabilitation bei [22].

Steigerung der Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen

Die Kooperation zwischen SH und Rehabilitation kann die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen steigern, so dass Menschen mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung insgesamt besser versorgt werden können. Dies trägt zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Patient*innen, deren Wiedereingliederung in den Beruf, sowie der Ermöglichung sozialer Teilhabe bei [5, 9, 14].

2.1.2.

Vorteile der Kooperation für Selbsthilfeszusammenschlüsse

Auf Seiten der SH besteht zu einem großen Teil Einigkeit darüber, dass eine Kooperation mit Rehabilitationseinrichtungen sinnvoll und notwendig ist [21]. Als Vorteile einer Kooperation erwartet werden:

Langfristige Aktivität von Patient*innen in Selbsthilfegruppen

Durch eine Kooperation von SH und Rehabilitation kann zum einen die langfristige

Aktivität von Patient*innen in SHG gefördert werden [5].

Wissenserweiterung der Selbsthilfektiven

Zum anderen profitieren SHG vom Austausch mit medizinischen und pflegerischen Fachkräften hinsichtlich einer Wissenserweiterung [9]. Eine Zusammenarbeit der SHG mit Rehabilitationseinrichtungen kann damit auch Einfluss auf die Ausgestaltung von Gruppentreffen der SHG nehmen, indem die Inhalte durch den vorherigen Austausch fachlich an Qualität gewinnen.

Bekanntheitsgrad

Weiterhin ergibt sich durch eine Kooperation mit Rehabilitationseinrichtungen für Selbsthilfeszusammenschlüsse außerdem die Möglichkeit, bekannter zu werden und damit die eigenen Mitgliederzahlen zu erhöhen [5, 9, 12, 16].

2.1.3.

Vorteile der Kooperation für Kliniker*innen/Rehabilitationseinrichtungen

Die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer Kooperation zwischen Rehabilitation und SH wird auch auf Seiten der Rehabilitation zu einem großen Teil gesehen [5, 12, 21]. Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass eine Versorgung bei chronischen Erkrankungen ohne die SH an ihre Grenzen stößt [8]. Die erwarteten Vorteile einer Kooperation mit der SH werden im Folgenden dargestellt.

Wissenserweiterung der Mitarbeitenden

Mitarbeitende der Rehabilitationskliniken können ihr Wissen bezüglich der verschiedenen Krankheitsbilder und der Krankheitsbewältigung im Alltag durch das zusätzliche Erfahrungswissen der Betroffenen vertiefen und die Behandlungen besser an die Patient*innen anpassen [9, 12, 16, 17]. Eine Kooperation zwischen Rehabilitationskliniken und der SH hat demzufolge auch einen Einfluss auf die Zusammenarbeit von Professionellen des Gesundheitswesens mit den Patient*innen und spielt damit vor allem vor dem Hintergrund der Qualitätsverbesserung der Versorgung eine Rolle [8, 11].

Adressatengerechte Versorgung

Die Einbindung der SH trägt durch den Einbezug des Erfahrungswissens in Bezug auf die Krankheitsbewältigung der Betroffenen dazu bei, die Lebenswelt dieser zu adressieren und in der Versorgung zu berücksichtigen [13]. Die Leistungen der Rehabilitationseinrichtungen können so besser an die Bedarfe der Patient*innen angepasst werden. Eine stärkere Orientierung an den Patient*innen und die damit einhergehende größere Orientierung an der Teilhabe der Patient*innen im Alltag, führt zu einer größeren Übereinstimmung der Ziele von Rehabilitation und SH [18].

Ergänzung der Versorgung

Nachsorgemodelle der Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation werden durch die SH sinnvoll ergänzt und ausgebaut, da das oberste gemeinsame Ziel von SH und Rehabilitation die Hilfestellung zu einem

eigenverantwortlichen und selbständigen Leben von Menschen ist, die von chronischen Krankheiten oder Behinderung betroffen sind [18]. SH und Rehabilitation sind als natürliche Partner zu verstehen [15]. Die Versorgungsqualität kann durch Synergieeffekte gesteigert werden, sofern SH und Rehabilitation miteinander kooperieren. Synergieeffekte beziehen sich zum einen auf eine Aktivierung des Selbsthilfepotenzials in der Bevölkerung und zum anderen auf eine langfristige Sicherung des Rehabilitationserfolgs [12, 23].

Nachhaltigkeit

Durch eine Kooperation beider Partner wird eine nachhaltige Verankerung der in der Rehabilitation erarbeiteten Lebensstiländerungen im Alltag der Patient*innen gefördert. Kooperationen mit der SH tragen so zu einem nachhaltigen Rehabilitationserfolg bei [11, 16, 18]. Ein nachhaltiger Rehabilitationserfolg wird ebenfalls durch die Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gesichert [9], welcher durch Aufnahme von Selbsthilfeaktivitäten begünstigt werden kann. Die Rahmenbedingungen der Behandlung können somit positiv beeinflusst und der Rehabilitationserfolg optimiert werden, indem das Therapieverständnis bei den Betroffenen verbessert wird [16]. Kooperationen mit der SH können folglich auch zu einer größeren Wirksamkeit therapeutischer Leistungen beitragen, sofern eine im Rahmen der Rehabilitation vermittelte Gesundheitskompetenz der Betroffenen durch Aktivitäten in der SH auch im Alltag fortbesteht [13].

Zertifizierungsmöglichkeiten

Ist die Kooperation zwischen SH und Rehabilitation an Qualitätskriterien orientiert, institutionalisiert und auf Dauer angelegt, so können entsprechende Reha-kliniken sich durch das „Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“® als selbsthilfefreundlich zertifizieren lassen [11]. Dies bietet zusätzlich die Möglichkeit einer verbesserten Außendarstellung der Rehabilitationseinrichtungen durch das besondere Engagement im Bereich der Patient*innenorientierung als bedeutsamer Imagefaktor [9, 12, 16, 17, 19].

Krankheitswissen, Gesundheits- und Selbstmanagement, Selbstwirksamkeit, Therapieverständnis

Auf Dauer angelegte Selbsthilfefreundlichkeit erhöht die Wahrscheinlichkeit der zuvor bereits angesprochenen Steigerung der Behandlungsqualität und der Kompetenzen der Betroffenen bezüglich des Krankheitswissens, des Gesundheitsmanagements, des Selbstmanagements und der Selbstwirksamkeit, sofern die Angebote der SH durch die Betroffenen genutzt werden [9, 19]. Ebenso kann das Behandlungs- und Therapieverständnis bei den Rehabilitand*innen verbessert werden [12].

2.1.4. Zusammenfassung

Die Kooperation zwischen SH und Rehabilitation bringt für alle Seiten, die der Be-

troffenen, der SHZ und der Kliniker*innen/Rehabilitationseinrichtungen, Vorteile mit sich.

Allen voran profitieren die Betroffenen von einer Wissenserweiterung und (Weiter-)Entwicklung von Gesundheitskompetenz [12]. Ebenfalls erfahren sie vermehrt soziale Unterstützung und eine Verbesserung der Teilhabe [5, 12–14, 24]. Auch die Steigerung der Wirksamkeit therapeutischer Interventionen durch eine Kooperation zwischen SH und Rehabilitation kommt insbesondere den Betroffenen zu gute [5, 9, 14, 24].

SHZ können durch eine Kooperation die langfristige Aktivität von Patient*innen in SHG erreichen [5]. Auch erweitern Selbsthilfeaktive ihr Wissen bezüglich des eigenen Krankheitsbildes [9]. Zudem besteht die Möglichkeit, dass Selbsthilfeverbände durch eine Kooperation ihre Bekanntheit steigern und neue Mitglieder gewinnen [9, 12, 16].

Neben den Selbsthilfeaktiven können auch die Mitarbeitenden von Rehabilitationseinrichtungen ihr Wissen durch eine Kooperation erweitern [8, 9, 11, 12, 16, 17]. Dies führt zu einer adressatengerechteren Versorgung [9, 13, 18]. Zusätzlich findet eine sinnvolle Ergänzung der Versorgung statt, da Rehabilitation und SH zumeist identische Ziele aufweisen [5, 12, 18, 24]. So können erlernte Verhaltensweisen in der Rehabilitation auch langfristig umgesetzt werden und steigern die Nachhaltigkeit therapeutischer Leistungen [9, 11, 16, 18]. Ebenso besteht für Rehabilitationskliniken die Möglichkeit,

sich als selbsthilfefreundlich zertifizieren zu lassen und dies als positiven Imagefaktor für die eigene Außendarstellung zu nutzen [11]. Das Krankheitswissen, Gesundheits- und Selbstmanagement, die Selbstwirksamkeit und das Therapieverständnis bei den Patient*innen kann gesteigert werden, was wiederum zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität, in Bezug auf das Therapieergebnis, führt [5, 9, 12, 19, 20].

Durch eine vermehrte Kooperation zwischen SH und Rehabilitation könnten die dargestellten positiven Auswirkungen auch in größerer Breite zum Tragen kommen. Sowohl die SH als auch die Rehabilitation profitieren neben den Betroffenen von einer Kooperation. Daher sollte die SH weiter gefördert und es sollten die Bemühungen um die Integration in die Versorgung und insbesondere die Rehabilitation weiter verstärkt werden [24]. Im nächsten Abschnitt werden bisherige Erkenntnisse zur Kooperation von SH und Rehabilitation betrachtet, um darzustellen, inwiefern bisher eine Kooperation beider Akteur*innen stattgefunden hat.

2.2. EINSTELLUNGEN ZUR KOOPERATION MIT DER SELBSTHILFE IN REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN

Dieses Kapitel bezieht sich im Kern auf die Ergebnisse der VERS-Befragung von 469 Rehabilitationskliniken aus dem Jahr 2002 [5].

Einstellungen der Rehabilitationseinrichtungen bezüglich der Selbsthilfe und Kooperation mit der Selbsthilfe

Die Kooperationen zwischen SH und Rehabilitationseinrichtungen stellen sich seit jeher vielfältig dar. Bereits zu Anfang der 2000er ist die SH ein wichtiger Bestandteil der ambulanten und stationären Rehabilitation und wird bis heute als für die Versorgung notwendig erachtet. In der ersten Befragung aus dem Jahr 2002 bestand auf Seiten einer großen Zahl von Rehabilitationseinrichtungen bereits eine positive Einstellung zu SHZ und deren Aktivitäten [5]. Die positive Einstellung gegenüber SHZ wurde durch einen hohen Anteil an bereits bestehenden Kooperationen zwischen Rehabilitationseinrichtungen und SHZ im Jahr 2002 verdeutlicht. Befragt wurden 1552 Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland mit einem Rücklauf von n=469 (31%). Von diesen gaben 86% an, Kontakte zu SHZ, zumeist SHG, zu pflegen [5].

Die Kooperation mit SHZ wurde zu diesem Zeitpunkt vor allem als Ergänzung zu professionellen Angeboten betrachtet. Ebenso wurden die emotionale Unterstützung der Patient*innen, die kompetente Beratung und fachliche Information sowie die Rolle der SHZ als professionelle Ansprechpartner*innen sowohl für die Betroffenen selbst als auch für die Reha-Einrichtungen als positiv bewertet [5].

Auch bezüglich der bisherigen Zusammenarbeit bestanden überwiegend positive Einstellungen auf Seiten der Rehabilitationseinrichtungen [5].

2.3. KOOPERATIONSFORMEN: ÜBERBLICK

Indirekte Formen der Kooperation

Zu einem überwiegenden Teil zeigte sich die Kooperation zum Zeitpunkt der Befragung von 2002 in Form von Informationen über SHZ und den Verweis oder die Vermittlung seitens der Rehabilitationseinrichtungen an SHZ. Die Kooperation stellte sich damit überwiegend als indirekt dar [5]. Auch die Rehabilitand*innen nahmen Informationen bezüglich der Thematik der SH zumeist über Hinweise, Informationsmaterial, Patient*innenschulungen und die Weitergabe von Adressen auf [5].

Direkte Formen der Kooperation

Gegenüber den indirekten Formen der Kooperation wurden auch direkte Formen der Kooperation praktiziert. Diese umfassten zumeist Fachvorträge von Professionellen der Rehabilitationseinrichtungen bei SHG [5]. Seltenerer Formen direkter Kooperation waren die Bereitstellung von Finanzmitteln und Infrastruktur, die Einbindung von SHZ in Angebote der Rehabilitationseinrichtungen und der systematische, fachbezogene Austausch beider Parteien als Rückmeldung und Beratung [5]. Sofern direkte Kontakte zu SHG bestanden, geschah dies zumeist über die Sozialdienste der Rehabilitationseinrichtungen, wodurch diese sich als gute*r Ansprechpartner*innen bezüglich vorhandener Kooperationen mit der SH herausstellten [5].

Mischformen der Kooperation

Neben der reinen indirekten und direkten Kooperation werden ebenfalls Mischfor-

men aus direkter und indirekter Kooperation genutzt, welche sowohl Maßnahmen der indirekten als auch der direkten Kooperation beinhalten. Insgesamt stellte sich die Kooperation zwischen SH und Rehabilitation als eine Art „Black-Box“ dar, da nicht klar ersichtlich war, wie Kooperation im Detail innerhalb der Rehabilitationseinrichtungen gelebt wird [5]. Hinweise auf die von Rehabilitationseinrichtungen verwendete Mischformen in der Kooperation gibt Kapitel 4.2 in dieser Broschüre. Grundlage bilden die Ergebnisse der VERS-Befragungen aus den Jahren 2002 und 2020.

Um die Bandbreite bereits bestehender Kooperationsmöglichkeiten zu verdeutlichen, werden nachfolgend durch die systematische Literaturrecherche ermittelte Beispiele praktizierter Kooperationsformen dargestellt.

2.4. PRAKTIZIERTE FORMEN DER KOOPERATION

Bei den praktizierten Formen der Kooperation ist insbesondere bei den Beispielen für die SH zu beachten, dass diese davon abhängig ist, dass die Rehabilitationseinrich-

Infobox: Formen der Kooperation

Indirekte Formen der Kooperation

- Kein persönlicher Kontakt zwischen Akteur*innen von SH und Rehabilitation
- Vermittlung von Betroffenen an die SH oder die Rehabilitation geschieht einseitig
- Beispiele: Informationsmaterialien, Hinweise von Mitarbeitenden der Rehabilitationseinrichtungen auf Angebote der SH

Direkte Formen der Kooperation

- Persönlicher Kontakt zwischen Akteur*innen von SH und Rehabilitation in Form von Kommunikation
- Dadurch beeinflussen sich beide Akteur*innen gegenseitig
- Beispiele: Fachvorträge von Professionellen bei SHZ, Besuchsdienste von Selbsthilfeeinheiten in Rehabilitationseinrichtungen bei den Betroffenen, finanzielle Förderung, gegenseitiger Austausch über Versorgungsangebote

Mischformen der Kooperation

- Beinhalten sowohl indirekte als auch direkte Formen der Kooperation
- Beispiele: Besuchsdienste von Selbsthilfeeinheiten in Rehabilitationseinrichtungen und die zusätzliche Verteilung von Informationsmaterialien

tungen diese Ansätze unterstützen, sie sind aber auch nur bei entsprechender Bereitschaft und Umsetzung durch SHZ möglich. Tabelle 2 gibt eine kurze Übersicht über die Inhalte dieses Kapitels.

2.4.1. Beispiele für praktizierte Formen der Kooperation seitens der Selbsthilfe

Die entsprechende Unterstützung vorausgesetzt ist es möglich, dass Selbsthilfeeaktive regelmäßig in Rehabilitationseinrichtungen vor Ort sind, um Patient*innen an SHG zu vermitteln, Informationen über ihre eigene SHG und SHO zur Verfügung zu stel-

len und allgemeine, interessant aufbereitete Informationen zu entwickeln und bereitzustellen [5, 21]. Um eine persönliche Beratung vor Ort bieten zu können, sind ebenfalls Besuchsdienste von Selbsthilfevertreter*innen in den Rehabilitationseinrichtungen möglich. Dies ist beispielsweise bei der Frauenselbsthilfe nach Krebs der Fall, welche Besuchsdienste bei den Betroffenen während ihrer Klinikaufenthalte anbietet [21].

Die Präsenz von SHG in Rehabilitationseinrichtungen wird über Probegruppensitzungen oder die direkte Integration der Räumlichkeiten einer SHG in die Rehabilitationseinrichtung gefördert. Die Möglichkeit von

Beispiele für praktizierte Formen der Kooperation seitens der Selbsthilfe	Beispiele für praktizierte Formen der Kooperation seitens Kliniker*innen/Rehabilitationseinrichtungen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Regelmäßige Präsenz in Rehabilitationseinrichtungen [5, 21] <ul style="list-style-type: none"> – Bereitstellung von Informationsmaterialien – Probegruppensitzungen – Besuchsdienste ■ Integration der eigenen Räumlichkeiten in Rehabilitationseinrichtungen [21] ■ Teilnahme an Fachveranstaltungen der Rehabilitationseinrichtungen [21] 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information der Patient*innen über Möglichkeiten der SH [5] ■ Schulung der Mitarbeitenden und Sensibilisierung für das Thema SH [21] <ul style="list-style-type: none"> – Benennung eine*r Ansprechpartner*in ■ Förderung der Entstehung von SHG in der Rehabilitationseinrichtung [25] ■ Regelmäßige Qualitätszirkel unter Beteiligung von Akteur*innen aus SH und Rehabilitation [11] ■ Förderung von Gesprächen der Patient*innen über SH [5]

Tabelle 2: Komprimierte Darstellung von Beispielen praktizierter Formen der Kooperation seitens der Selbsthilfe und seitens Kliniker*innen/Rehabilitationseinrichtungen

Probegruppensitzungen wird bereits durch die Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung genutzt. Auch wenn die Angebote der Rehabilitation hier klar von den Angeboten der SH abgegrenzt werden, kann den Rehabilitand*innen so der Mehrwert der SH vermittelt werden und Anreize schaffen, in der SH aktiv zu werden [21].

Ebenso können Selbsthilfeaktive, sofern möglich, an Fachveranstaltungen und Fortbildungen in den Rehabilitationskliniken teilnehmen, um sich bezüglich des Umgangs mit den Betroffenen und des eigenen Fachwissens fortzubilden. Einige Verbände, wie auch der Deutsche Psoriasis Bund, nehmen dieses Angebot bereits wahr [21].

2.4.2. Beispiele für praktizierte Formen der Kooperation seitens Kliniker*innen/ Rehabilitationseinrichtungen

Zum Zeitpunkt der Befragung im Jahr 2002 wurden die nachfolgend aufgeführten Kooperationsformen zumeist ehrenamtlich durchgeführt und waren vom Engagement einzelner Personen abhängig [5].

Der Großteil der Rehabilitationseinrichtungen aus der VERS-Befragung von 2002 informiert seine Patient*innen mittels der Auslage von Informationsmaterialien über die SH. Die Informationsmaterialien beziehen sich insbesondere auf die direkte Vermittlung an und Informationen über konkrete SHZ. Ebenso enthalten die Informationsmaterialien allgemeine, interessant aufbe-

reitete Informationen zum Thema SH [5]. Damit solche Informationsmaterialien genutzt werden, muss zusätzlich eine gewisse Aufgeschlossenheit der Betroffenen gegenüber der SH vorhanden sein. Die Aufgeschlossenheit Betroffener gegenüber der SH kann gefördert werden, wenn Betroffene bereits während der Rehabilitation Erfahrungen mit der Kooperation zwischen SH und Rehabilitation machen, wodurch eine nachhaltige Teilnahme in SHG begünstigt wird [16].

Eine weitere Form bereits praktizierter Kooperation, ist die Benennung von Ansprechpartner*innen zum Thema SH, um Informationen zur SH effizient an die Patient*innen weiterzugeben und Kontakte zur SH zu pflegen. Dies gehört z. B. auch zu den Qualitätsstandards im Rahmen einer Zertifizierung zur selbsthilfefreundlichen Rehabilitationsklinik seitens des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen®. Voraussetzung ist eine vorherige Schulung in Aus-, Fort- und Weiterbildung und damit eine Sensibilisierung für das Thema SH [21]. In Deutschland haben sich Stand 2020 bereits 20 Rehabilitationskliniken als selbsthilfefreundlich zertifizieren lassen und somit Ansprechpartner*innen bezüglich der SH in ihren Einrichtungen benannt [16].

Auch können Rehabilitationseinrichtungen dazu beitragen, dass SHG in ihrer Einrichtung entstehen. Ein Beispiel dieser praktizierten Form von Kooperation ist die Klinik Schwenstein in Pulsnitz, in welcher eine Mitarbeiterin eine SHG für Patient*innen mit Essstörung gegründet hat [25]. So wird besten-

falls die Schnittstellenproblematik zwischen stationärer Versorgung und ambulanter Nachsorge entschärft, da die Patient*innen bereits in der Rehabilitation Selbsthilfemöglichkeiten kennenlernen, die sie auch nach der Rehabilitation nutzen können. Werden Patient*innen durch SHG in der Rehabilitationseinrichtung dann direkt an SHG im Heimatort, sofern vorhanden, vermittelt, steigt die Wahrscheinlichkeit der weiteren Aktivität in einer SHG, da Patient*innen sich zuvor nicht selbst um die Suche nach einer SHG am Heimatort kümmern müssen und damit die Zugangsbarrieren geringer ausfallen [26].

Ebenso scheinen regelmäßige Qualitätszirkel unter Beteiligung beider Akteur*innen sinnvoll zu sein, um Hürden in der Zusammenarbeit, wie beispielsweise gegenseitige Vorurteile, durch regelmäßige Kommunikation abzubauen. Dies wurde erfolgreich in einem Modellprojekt aus dem Jahr 2015 umgesetzt. Inhalt solcher Qualitätszirkel kann zum Beispiel die Umsetzung von Qualitätskriterien innerhalb der Rehabilitationseinrichtungen sein [11].

Weiterhin werden Gespräche der Rehabilitand*innen über die SH, beispielsweise durch die Einrichtung von Gesprächsgruppen, gefördert, um die Wahrscheinlichkeit einer nachhaltigen Aktivität der Rehabilitand*innen in SHG am Wohnort zu erhöhen. Die Gesprächsgruppe ist hier nicht mit der Gründung einer SHG gleichzusetzen, da nicht die Bewältigung der eigentlichen Erkrankung im Vordergrund steht sondern das Gespräch über die Möglichkeiten der Aktivität in einer SHG [5].

Zusätzlich gibt es in Deutschland die Möglichkeit für Rehabilitationskliniken sich als selbsthilfefreundlich zertifizieren zu lassen. Grundlage ist das Konzept Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen, welches die vermehrte Integration der SH in Gesundheitseinrichtungen und damit auch in der Rehabilitation zum Ziel hat und seit 2005 in die Versorgung integriert wird. Anhand festgelegter Kriterien wird es Rehabilitationskliniken ermöglicht, sich als selbsthilfefreundlich zertifizieren zu lassen [9, 27]. Durch dieses Konzept soll die Kooperation von SH und Gesundheitseinrichtungen erleichtert und systematisiert werden. Kooperationen im Gesundheitswesen können konkretisiert und vorhandenes Engagement zielgerichtet und ressourcensparend eingesetzt werden [9].

Anhand festgelegter Qualitätskriterien wird die Selbsthilfefreundlichkeit von Gesundheitseinrichtungen beurteilt, welche sich auf drei Komponenten bezieht: Die Unterstützung der Anliegen der SHG, dauerhafte Kooperationskontakte (Nachhaltigkeit) und die Ermöglichung von Beteiligung (Partizipation) [27]. Die Qualitätskriterien sind in Tabelle 3 dargestellt.

Die Kriterien können auch abseits einer Zertifizierung durch die Rehabilitationseinrichtungen genutzt werden, um die eigene Kooperation mit der SH zu verbessern. Um die Kooperation systematisch gestalten zu können, beinhaltet das Konzept hierfür methodisch fundierte Instrumente [9]. Ebenfalls stehen kostenlose Selbsteinschät-

zungsbögen zur Verfügung, mit denen Rehabilitationskliniken die eigene Selbsthilfefreundlichkeit bewerten und ihr Angebot dementsprechend anpassen können [11].

Die Potentiale der Zusammenarbeit zwischen SH und Rehabilitation können mit Unterstützung des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen® effizient genutzt werden [16].

In einer ersten Selbstbewertung durch zwei Rehabilitationskliniken aus dem Jahr 2015 zeigte sich, dass die Qualitätskriterien für eine Bewertung der Rehabilitationsklinik bezüglich Selbsthilfefreundlichkeit geeignet sind und darauf ausgerichtete Ziele und Maßnahmen seitens der Rehabilitationseinrichtungen als umsetzbar und zweckmäßig eingeschätzt werden [11].

Die konkrete Umsetzung der Kriterien wurde 2014/2015 in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik erprobt und mittels

einer Befragung von 195 Rehabilitand*innen und 41 Therapeut*innen zum ersten Befragungszeitpunkt, sowie 39 Therapeut*innen zum zweiten Befragungszeitpunkt evaluiert [10]. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Therapeut*innen die Rehabilitand*innen signifikant häufiger auf die Möglichkeit der Teilnahme an SHG hinwiesen. Taten dies zum ersten Befragungszeitpunkt lediglich 34,2%, stieg dieser Anteil zum zweiten Befragungszeitpunkt auf 46,2%. Ebenso zeigte sich die Vorstellung einer SHG durch ein aktives Mitglied in einer Schulung der Mitarbeitenden als besonders wirksam, was durch einen danach gestiegenen Bekanntheitsgrad der SHG unter den Mitarbeitenden verdeutlicht wurde.

Seit 2011 haben bis zum Jahr 2020 20 Rehabilitationskliniken in ganz Deutschland eine Auszeichnung als selbsthilfefreundlich erhalten [9].

Qualitätskriterien für Selbsthilfefreundlichkeit

- Ermöglichung der Selbstdarstellung der SH
- Hinweise auf die Teilnahmemöglichkeit der Rehabilitand*innen an SHG seitens der Rehabilitationseinrichtung
- Benennung eines Ansprechpartners/einer Ansprechpartnerin innerhalb der Rehabilitationseinrichtung
- Qualifikation zum Thema SH
- Verlässliche Gestaltung der Kooperation

Tabelle 3: Darstellung der Qualitätskriterien für Selbsthilfefreundlichkeit in Rehabilitationskliniken [12]

2.4.3.

Beispiele für digitale Formen der Kooperation

Aber nicht nur ‚analoge‘ Ansätze werden für eine Förderung der Kooperation zwischen SH und Rehabilitation genutzt. Auch im digitalen Bereich finden sich Formen der Kooperation zwischen SH und Rehabilitation, die insbesondere dann von Bedeutung sind, wenn Patient*innen sich nach der Rehabilitation aufgrund ihrer akuten Probleme oder weil größere räumliche Distanzen überwunden werden müssen nicht aktiv in SHG einbringen können, weil sie beispielsweise nicht direkt in der SHG vor Ort sein können. Chats und Messengerdienste stellen beispielsweise ein hilfreiches Mittel dar [21].

Für die Zeit nach der Rückkehr der Patient*innen an ihren Wohnort nach der Rehabilitation können digitale Ansätze der Kooperation hilfreich sein, da teilweise keine Ansprechpartner*innen bezüglich Selbsthilfeangeboten in Form von SHK im Wohnort vorhanden sind und so das Interesse an der SH sinkt. Digitale Angebote könnten hier förderlich wirken, indem örtliche Barrieren überwunden werden. Bereits bestehende digitale Formen der Kooperation werden im Folgenden dargestellt.

Zu möglichen digitalen Angeboten gehören zum einen verbandsbetriebene Onlineplattformen und Messengerdienste. Diese virtuellen, sicheren Austauschplattformen können bereits während des Rehabilitationsaufenthalts genutzt werden. Und auch vor dem Aufenthalt in einer Rehabilitationsein-

richtung können relevante Themen über diese Medien besprochen werden. Ein Beispiel ist das digitale Informationsangebot des Landesverbandes der Deutschen Ileostomie-Colostomie-Vereinigung e. V. (ILCO), welches Rehabilitand*innen die Möglichkeit bietet, eine Beratung und Tipps bei der Krankheitsbewältigung von Darmkrebs und den damit verbundenen Folgen zu erhalten. Da es sich um ein digitales Angebot speziell für die Rehabilitation handelt, beinhaltet die Internetseite nützliche Informationen speziell für Rehabilitand*innen. In einem Stichwortverzeichnis kann nach Antworten auf häufig gestellte Fragen gesucht werden. Zusätzlich besteht die Möglichkeit über ein Kontaktformular oder ein anonymes Online-Forum Kontakt mit anderen Betroffenen aufzunehmen. Auch Informationen über virtuelle Treffen des ILCO-Landesverbandes können der Internetseite entnommen werden [28].

Ebenso könnten Onlineplattformen und Messengerdienste für die Organisation von Gruppentreffen am Heimatort dienen und zu diesem Zweck zuvor in der Rehabilitationseinrichtung vorgestellt und erprobt werden. Ebenso können diese Medien dazu dienen, dass Betroffene, die sich während des Aufenthalts in einer Rehabilitationseinrichtung kennenlernen, weiterhin Kontakt zueinander halten. Messengerdienste, welche direkt über die SH zur Verfügung gestellt werden, bieten im Gegensatz zu kommerziell genutzten Diensten, wie beispielsweise Whatsapp, eine erhöhte Sicherheit bezüglich des Schutzes personenbezogener Daten und dienen allein dem Zweck der Kommunikation Betroffener untereinander. Bei-

spielhaft ist hier die Onlineplattform „MS Connect“ der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) [21].

Ebenfalls möglich sind Peer-to-Peer Onlineberatungen durch ehemalige Rehabilitand*innen, die während eines Rehabilitationsaufenthalts über Messengerdienste, einen Chat oder Videokonferenzen als Mentor*innen zur Verfügung stehen. Hier wäre auch eine Datenbank mit entsprechenden Rehabilitations-Peers denkbar. Als ähnliches Projekt kann hier das „Buddy-Projekt Sprungbrett“ der Deutschen AIDS-Hilfe genannt werden [21].

Damit diese digitalen Angebote für den Aufbau einer Kooperation zwischen SH und Rehabilitation genutzt werden können, müssen sie seitens der Rehabilitationseinrichtung und der SH bei den Betroffenen beworben werden, auch um die SH insgesamt bekannter zu machen. Hierzu eignen sich beispielsweise Flyer mit einem QR-Code. Und auch andere, bereits oben genannte Angebote könnten genutzt werden, um die digitalen Angebote bekannter zu machen [21].

Ebenso wird seitens der SH die Möglichkeit der Öffentlichkeitsarbeit über soziale Medien benannt. Beispiele sind das Bewerben von Apps, die die Möglichkeit zu kleinen Alltagshilfen wie Übungen und Tipps geben. Auch Videos auf der eigenen Webseite oder auf Videoplattformen sind denkbar. Ebenso können Messengerdienste genutzt werden, um Informationen im Format eines Newsletters direkt auf die Smartphones der Betroffenen zu schicken [21]. Dass vermehrte

Öffentlichkeitsarbeit zu einer Förderung der Zusammenarbeit zwischen SH und Rehabilitation beiträgt, zeigt auch ein Pilotprojekt zu Qualitätskriterien der Selbsthilfefreundlichkeit aus dem Jahr 2010, in welchem die vermehrte Öffentlichkeitsarbeit einer Rehabilitationsklinik bezüglich der Mitwirkung an einem Pilotprojekt bewirkt hat, dass sich neue, indikationsbezogene SHG zwecks einer Zusammenarbeit an die Rehabilitationsklinik gewendet haben [11].

2.5. BARRIEREN FÜR EINE KOOPERATION ZWISCHEN SELBSTHILFE UND REHABILITATION

Obwohl eine systematische und nachhaltige Zusammenarbeit zwischen SH und Rehabilitation möglich ist, wurde bis ins Jahr 2018 immer wieder konstatiert, dass eine Kooperation noch immer zu selten stattfindet [8, 11, 21]. In einem Handlungsleitfaden für die gesundheitliche SH zur Mitwirkung von Betroffenen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation aus dem Jahr 2015 wird zudem erwähnt, dass die SH ihre Arbeit an der Teilhabe der Betroffenen nicht ausreichend als Beitrag zur Rehabilitation erkennt, was für sich genommen bereits als eine erste Barriere für eine erfolgreiche Kooperation betrachtet werden kann [18].

Die Kooperation zwischen SH und Rehabilitation zeigte sich in der Vergangenheit meist wenig systematisch, sehr heterogen, überwiegend indirekt und zu oft vom Engagement einzelner Personen abhängig. Das

volle Potential einer Kooperation wurde nicht ausgenutzt [8, 9].

Dies führt zu der Frage, welche Barrieren der Grund dafür sind, wenn Rehabilitationskliniken der SH doch aufgeschlossen gegenüberstehen [5].

Das folgende Kapitel stellt bekannte Barrieren für eine Kooperation zwischen SH und Rehabilitation, gegliedert nach Barrieren auf Seiten der SH und Barrieren auf Seiten der Kliniker*innen/Rehabilitationseinrichtungen, dar. Eine kurze Übersicht gibt Tabelle 4. Die entsprechenden Punkte werden im Folgenden weiter ausgeführt.

2.5.1. Barrieren auf Seiten der Selbsthilfe

Barrieren für Kooperationen zwischen Rehabilitationseinrichtungen und SHZ auf

Seiten der SH werden in der Literatur vor allem von Expert*innen aus der Klinik formuliert und in den Einstellungen und Sorgen der Selbsthilfeaktiven gesehen.

So wurde 2001 durch Kliniker*innen angeführt, dass seitens der SHG teilweise die Befürchtung bestehe durch eine Kooperation, insbesondere mit Ärzt*innen aus der ambulanten Praxis, an Autonomie einzubüßen [22]. Dies lässt die Schlussfolgerung einer gewissen Skepsis der SHG gegenüber dem professionellen System zu, die auch im Kontext der Rehabilitation diskutiert wird.

Aber auch 2017 wurde durch Kliniker*innen noch konstatiert seitens der SH bestehe die Sorge, dass der Übergang einer bloßen Beteiligung hin zu einem „Missbrauch der SHG“ fließend sein könnte. Gemeint ist hier eine Instrumentalisierung der SH für die Zwecke der Gesundheitseinrichtungen. Laut Aussagen von Expert*innen aus der Klinik

Barrieren auf Seiten der Selbsthilfe	Barrieren auf Seiten der Kliniker*innen/Rehabilitationseinrichtungen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Befürchtung von Einbußen in der Autonomie [22] ■ Befürchtung von Missbrauch der eigenen zeitlichen Ressourcen [8] 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mangelnde Information und Transparenz bezüglich SH [5] ■ Strukturelle Ursachen (zeitlich, monetär) [5] ■ Fehlendes Interesse [5] ■ Fehlende stadtnahe Anbindung der Rehaeinrichtung [11]

Tabelle 4: Komprimierte Darstellung der Barrieren für eine Kooperation auf Seiten der Selbsthilfe und der Kliniker*innen/Rehabilitationseinrichtungen

wollen SHO nicht als verantwortliche Leistungserbringer auftreten und damit den Kern der SH, bestehend aus Freiwilligkeit und Ehrenamtlichkeit, verletzen. Zeitgleich besteht die Gefahr, dass die Möglichkeit der jederzeitigen Beendigung einer Einbindung der SH, aufgrund von Krankheit oder Überforderung der Betroffenen, ignoriert wird [8].

2.5.2. Barrieren auf Seiten der Kliniker*innen/ Rehabilitationseinrichtungen

Die Befragung von Rehabilitationskliniken aus dem Jahr 2002 zeigte, dass auf Seiten der Rehabilitationseinrichtungen zwei Hauptgründe für die fehlende Kooperation zwischen SH und Rehabilitation bestanden. Diese bestanden in mangelnder Information und Transparenz sowie in monetären und zeitlichen Ursachen, welche die Umsetzung einer Kooperation behindern [5]. Ärzt*innen müssten sich beispielsweise aufgrund der hohen Arbeitsbelastung in ihrer Freizeit um die Thematik einer Kooperation mit SHG kümmern [5].

Auch ein Pilotprojekt aus dem Jahr 2012 zur Entwicklung, Erprobung und Integration von Qualitätskriterien für Selbsthilfefreundlichkeit in zwei deutschen Rehabilitationskliniken gab Hinweise darauf, dass allgemeine Informationen über die SH, Aufgaben und Möglichkeiten der Unterstützung bezüglich der SH durch SHK bei Fachkräften in Rehabilitationskliniken zumeist nur unzureichend bekannt waren und damit Barrieren für die Kooperation darstellten [11].

Problematisch scheint eine Kooperation insbesondere dann zu werden, wenn die SH an der Gestaltung von Gesundheitseinrichtungen in Hinblick auf die Beteiligung an Teambesprechungen oder bei Planungen hinsichtlich der Qualitätsverbesserung beteiligt werden soll, da hierfür ein hoher Grad der Koordination zwischen den beteiligten Akteur*innen notwendig ist [8].

Ein weiterer Grund für fehlende Kooperation seitens der Rehabilitationskliniken ist die fehlende stadtnahe Anbindung und die daraus resultierenden Mobilitätsbarrieren. SHG sind meist im städtischen Bereich angesiedelt, was die Kooperation auf örtlicher Ebene einschränkt. Ebenfalls waren fehlende indikationsspezifische Selbsthilfeangebote auf regionaler Ebene ein Grund für mangelnde Kooperation [11].

Die größte Barriere ist natürlich, wenn bei einer Rehabilitationseinrichtung generell kein Interesse an einer Zusammenarbeit besteht. Dies war 2002 bei einem kleinen Teil der Rehabilitationseinrichtungen (3,4%, n=148) der Fall [5].

2.6. ANSATZPUNKTE ZUR STÄRKUNG DER KOOPERATION

Da, wie in Abschnitt 2.1 bereits dargestellt, eine Kooperation zwischen SH und Rehabilitation trotz aller Barrieren sinnvoll ist, sollten Möglichkeiten geschaffen werden, um die Kooperation zwischen beiden Partnern zu stärken und die positive Einstellung

von Rehabilitationseinrichtungen gegenüber der SH als positive Ressource zu nutzen.

Aus der VERS-Befragung von 2002 geht hervor, dass zu diesem Zweck bessere strukturelle Rahmenbedingungen für die Kooperation geschaffen werden sollten. Insgesamt zwei Drittel der 469 befragten Rehabilitationskliniken befürworteten die Förderung struktureller Rahmenbedingungen [5]. Dies betrifft neben der Integration der Thematik in Aus-, Fort- und Weiterbildung auch die stärkere finanzielle Förderung der Zusammenarbeit, eine stärkere Einbindung der Zusammenarbeit in Therapiekonzepte und Leitlinien sowie unabhängige Anlaufstellen, welche Rehabilitationseinrichtungen über die SH informieren und die Zusammenarbeit unterstützen. Bei letzterem bieten SHK einen möglichen Ansatzpunkt, da diese, zumindest zum Zeitpunkt der Befragung aus dem Jahr 2002, durch die Rehabilitationskliniken nur zu einem geringen Teil als Informationsquelle genutzt wurden [5].

Einen Meilenstein in der Förderung struktureller Rahmenbedingungen stellt bisher die gemeinsame Empfehlung zur Förderung der SH gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation dar, welche es SHZ und SHK ermöglicht Zuwendungen finanzieller, infrastruktureller und ideeller Art seitens der genannten Vertragspartner*innen zu erhalten. Diese finanziellen Mittel könnten wiederum für die Förderung der Kooperation zwischen SH und Rehabilitation eingesetzt werden [4].

Da sich die Komponente der Patient*innenorientierung in den meisten Qualitätsmanagementsystemen für Gesundheitseinrichtungen findet, könnten diese eine weitere Möglichkeit darstellen, die Kooperation mit der SH zu stärken, da Gesundheitseinrichtungen zur Integration eines internen Qualitätsmanagementsystems verpflichtet sind [8, 19, 27]. In Einklang damit benannten Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland die stärkere Einbindung der SH in das interne Qualitätsmanagement bereits im Jahr 2002 als zukünftiges Ziel [5].

Seit 2001 sind auch die Rehabilitationsträger dazu verpflichtet, SHZ und SHK verstärkt mit in die Arbeit einzubinden [12]. Durch § 3 Satz 1 der Vereinbarung mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nach § 20 Absatz 2a SGB IX werden auch von Rehabilitationseinrichtungen Beziehungen mit der SH gefordert. Unter dem Punkt „Beziehungen zu Rehabilitanden, Bezugspersonen, Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern, SH“ macht die SH damit jedoch bisher nur einen kleinen Teil aus [27, 29].

Und auch in einem Großteil der Qualitätsmanagementsysteme für Rehabilitationseinrichtungen wird die organisierte SH nur als einer neben mehreren Kooperationspartnern benannt und nicht gesondert hervorgehoben [19]. Die SH wird nur an wenigen Stellen bezüglich der Nachsorge, des Entlassungsprozesses, im Rahmen infrastruktureller Unterstützungsangebote, bei Informationen zur Unterstützung nach der Reha und Kooperation allgemein benannt [19, 27].

Dass die Kooperation mit der SH durch vermehrte Einbindung dieser in Qualitätsmanagementsysteme gefördert werden kann, zeigte das bereits vorgestellte Pilotprojekt aus dem Jahr 2010 mit dem Ziel der Entwicklung der oben genannten Qualitätskriterien für die Zusammenarbeit und Erprobung dieser an zunächst zwei Klinikstandorten. Die Qualitätskriterien wurden hier als Teil von Patient*innenorientierung in das jeweilige interne Qualitätsmanagementsystem aufgenommen. Im Ergebnis haben die beteiligten SHG an Profil gewonnen und die Zusammenarbeit zwischen den beiden Rehabilitationseinrichtungen und SHK wurde intensiviert [8, 11]. Ebenfalls stach im Ergebnis heraus, dass sich eine Intensivierung der Zusammenarbeit zeigte, obwohl bereits zuvor Kooperationen mit der SH seitens der Rehabilitationskliniken bestanden. Die Umsetzung führte zu einer größeren Verbindlichkeit der Kooperation auf beiden Seiten [8].

In der sektorenübergreifenden, onkologischen Rehabilitation und auch im Suchtbereich ist eine Einbindung der SH in die Qualitätsmanagementsysteme der Rehabilitationseinrichtungen bereits seit längerem zu gewährleisten, um in Zertifizierungsverfahren durch entsprechende Visitor*innen aus verschiedenen Fachbereichen, wie beispielsweise der Pflege oder der Ärzt*innenschaft, zu bestehen. Ebenso wird vermehrt Wert auf gelebte Kooperationsbeziehungen zwischen SHG und Rehabilitationseinrichtungen sowie die Beteiligung der Mitglieder der SHG an den entsprechenden Audits und Patient*innenbefragungen ge-

legt. Die Einbindung der SH im Rahmen des Qualitätsmanagements stellt sich insgesamt jedoch heterogen dar [26, 30].

Dass eine ausgeprägte Integration der SH in Qualitätsmanagementsysteme möglich ist, zeigt das Beispiel des Zertifizierungsverfahrens „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ) für Rehabilitationseinrichtungen, in welchem die SH durch Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen® sichtbar integriert ist.

Nachdem nun die Relevanz der Kooperation zwischen SH und Rehabilitation und Erkenntnisse bisheriger Kooperationen und ihrer Ausprägungen mit entsprechenden Barrieren und möglichen Ansatzpunkten zu ihrer Lösung dargestellt wurden, beziehen sich die folgenden Kapitel auf neue Ergebnisse zur Kooperation zwischen SH und Rehabilitation.

Jasmin Hänel, Silke Wittmar, Bernhard Borgetto & Ann-Kathrina Brinck

PERSPEKTIVEN VON REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN AUF DIE VERNETZUNG VON REHABILITATION UND SELBSTHILFE – ERGEBNISSE EINER BEFRAGUNG VON 2020

In diesem Kapitel werden Erkenntnisse aus der Online-Befragung von Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland zur „Vernetzung und Kooperation von Rehabilitation und Selbsthilfe“ (VERS 2.0) dargestellt. Basierend auf der Befragung zur „Kooperation und Vernetzung von Rehabilitationseinrichtungen und Selbsthilfegruppen/Selbsthilfeorganisationen“ (VERS) durch die Universität Freiburg im Jahr 2002 [5] wurden durch die VERS 2.0-Befragung im Jahr 2020 aktuelle Daten zu Formen und Potenzialen der Kooperation von Rehabilitationseinrichtungen und SHZ/SHK sowie Meinungen und Wissen über SH in Rehabilitationseinrichtungen erhoben. Besondere Berücksichtigung fanden virtuelle Ansätze, die neue Möglichkeiten in der Vernetzung von Rehabilitation und SH bieten.

Die Studie wurde vom Institut für gesundheits- und sozialwissenschaftliche Forschung und Beratung e. V. (IFB) in Koopera-

tion mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE) und der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) sowie mit freundlicher Unterstützung des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen® (SPiG) durchgeführt. Gefördert wurde die Studie mit Mitteln der Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV).

3.1. METHODE

Die Online-Befragung fand vom 02.11.2020 bis zum 20.12.2020 über den Server SoSci Survey GmbH [31] statt. Der Fragebogen wurde auf Basis des VERS-Fragebogens von Borgetto und Klein [5] adaptiert und ergänzt. Inhalte zur virtuellen SH wurden neu

hinzugefügt. Im Fragebogen wurden folgende Inhalte durch Auswahlfragen, Zustimmungs- und Meinungsfragen sowie offene Fragen mit Freitextfeldern erfragt:

- a) Meinungen zur SH
- b) Verweise auf SH in den Rehabilitationseinrichtungen
- c) Kontakte und Kooperationen mit SH
- d) Virtuelle SH

Der Link zum Fragebogen wurde elektronisch über folgende Organisationen und Wege verteilt: Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen® (SPiG), Vertragskliniken der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV), E-Mail-Verteiler mit den ca. 600 in rehakliniken.de hinterlegten Mail-Adressen von Rehabilitationseinrichtungen und einen Aufruf zur Studienteilnahme auf qualitaetskliniken.de. Insgesamt wurden 101 Fragebögen bis zur letzten Seite bearbeitet und in die statistische Auswertung eingeschlossen.

Die Stichprobe umfasste Rehabilitationseinrichtungen aus allen 16 Bundesländern. Die häufigsten Behandlungsschwerpunkte, bei denen die Einrichtungen maximal drei Indikationen angeben konnten, lagen in den Bereichen der Suchterkrankungen (n=39), der orthopädischen Erkrankungen (n=37), der psychosomatischen und psychovegetativen Erkrankungen (n=36) und der psychischen Erkrankungen (n=35). In über der Hälfte der Einrichtungen wurden die Rehabilitand*innen stationär betreut (n=63). Knapp ein Drittel (n=28) bot eine ambulante Betreuung an. Die medizinische

Form der Rehabilitation wurde vorrangig angeboten (n=70). 53 der Einrichtungen gehörten einer privaten Trägerschaft an und 37 einer frei-gemeinnützigen Trägerschaft.

3.2. AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

In diesem Kapitel sind ausgewählte Ergebnisse der Studie dargestellt. Detaillierte Ergebnisse, die einen Überblick über Meinungen, Kontakte und Kooperationen der Einrichtungen in Bezug auf SH geben, wurden bereits in der Zeitschrift „Die Rehabilitation“ veröffentlicht [32]. Eine weitere Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird in der Zeitschrift „Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation“ zu Inhalten und Gestaltung von Kooperationen zwischen Rehabilitationseinrichtungen und SH erscheinen.

3.2.1. Meinungen zur Selbsthilfe

Das Meinungsbild zu SHZ (Tabelle 5) sowie zur Kooperation von Rehabilitationseinrichtungen und SHZ/SHK (Tabelle 6) zeigt eine positive, aufgeschlossene Haltung der Einrichtungen gegenüber der SH. Der Beitrag der SH zur Gesundheitsversorgung wird wertgeschätzt und eine stärkere Unterstützung (wissensbezogen, finanziell und strukturell) in der Kooperation gewünscht.

Aussagen mit den meisten zustimmenden Antworten (völlig/eher ja)	Aussagen mit den meisten ablehnenden Antworten (eher nein/gar nicht)
<ul style="list-style-type: none"> ■ SHZ geben emotionale Unterstützung. (n=99) ■ SHZ sind eine hilfreiche Ergänzung zu professionellen Angeboten. (n=97) ■ SHZ befähigen zu einer eigenständigeren und selbstverantwortlichen Krankheitsbewältigung. (n=96) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Teilnahme an Gruppen, die nicht von Fachleuten geleitet werden, schadet mehr als sie nutzt. (n=94) ■ SHZ verunsichern Patient*innen. (n=94) ■ SHZ nutzen nichts, schaden aber auch niemandem. (n=89)

Tabelle 5: Die drei häufigsten zustimmenden und ablehnenden Meinungen auf einer 4-Punkte-Skala von „völlig“ bis „gar nicht“ über Selbsthilfefzusammenschlüsse (SHZ) aus Sicht der antwortenden Person aus den Einrichtungen (n=101) [von insgesamt 17 Items]

Aussagen mit den meisten zustimmenden Antworten (Wertebereich 1–2)	Aussagen mit den meisten ablehnenden Antworten (Wertebereich 4–5)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Information über SH sollte stärker Teil der Aus-, Weiter- und Fortbildung in Berufen des Gesundheitswesens werden. (n=71) ■ Eine Kooperation zwischen Rehabilitationseinrichtungen und SHZ/SHK sollte stärker finanziell gefördert werden. (n=59) ■ Es sollte für Rehabilitationseinrichtungen eine unabhängige Anlaufstelle geben, die sie mit Informationen über SH versorgt und sie bei der Kooperation unterstützt. (n=58) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aufgrund ihrer unterschiedlichen Zielsetzungen sollten professionelles Gesundheitswesen und SH nicht zusammenarbeiten. (n=93) ■ Eine Kooperation mit SHZ/SHK ohne wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis ist nicht zu empfehlen. (n=65) ■ Rehabilitand*innen sollten selbstständig und ohne Unterstützung von Rehabilitationseinrichtungen Kontakt zu SHZ/SHK aufnehmen. (n=38)

Tabelle 6: Die drei häufigsten zustimmenden und ablehnenden Meinungen auf einer 5-Punkte-Skala von „stimmt vollkommen“ (=1) bis „stimmt überhaupt nicht“ (=5) über die Kooperation von Rehabilitationseinrichtungen und Selbsthilfefzusammenschlüssen/-kontaktstellen (SHZ/SHK) aus Sicht der Einrichtungen (n=101) [von insgesamt 7 Items]

3.2.2.

Verweise auf Selbsthilfe in den Rehabilitationseinrichtungen

Die meisten Rehabilitationseinrichtungen verwiesen auf Möglichkeiten und Nutzen von SH; nur zwei Einrichtungen taten dies nicht (Abbildung 1).

Um auf SH hinzuweisen, wurden die folgenden drei Möglichkeiten von den Einrichtungen am häufigsten genutzt (von insgesamt 7 zur Auswahl stehenden Möglichkeiten): „Rehabilitand*innen auf die Möglichkeiten hinweisen, die Selbsthilfe bietet“ (n=99), „Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen“ (n=91) und „Bereitstellen von Informationsmaterial von SHZ in der Rehabilitationseinrich-

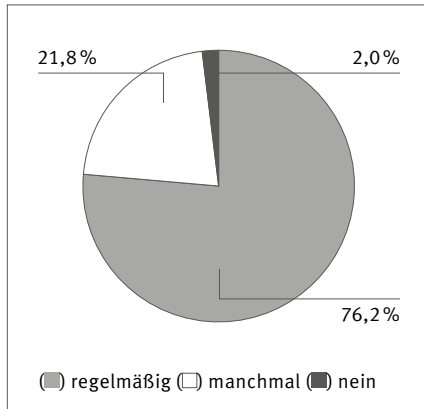


Abbildung 1: Häufigkeiten des Hinweisens auf Selbsthilfe in den Rehabilitationseinrichtungen (n=101)

tung“ (n=85). Bei den genutzten Möglichkeiten wurden nur selten virtuelle Kommunikationsformen bedient.

3.2.3.

Kontakte und Kooperationen mit Selbsthilfe

Drei Viertel der Einrichtungen hatte Kontakte zur SH (Abbildung 2). Weiterhin hatten 31,7% Kooperationsvereinbarungen mit SHZ/SHK und 11,9% waren durch das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen® [33] als selbsthilfefreundlich ausgezeichnet.

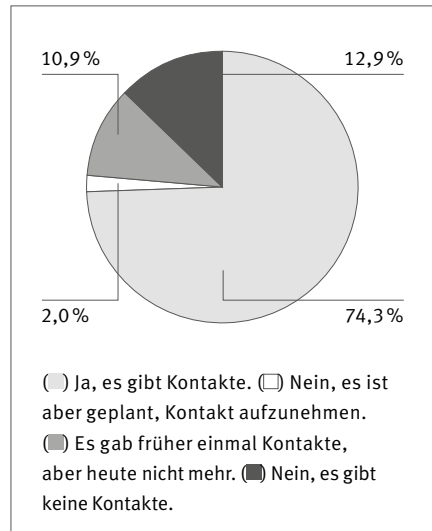


Abbildung 2: Häufigkeiten der Kontakte zwischen den Rehabilitationseinrichtungen (n=101) und Selbsthilfefzusammenschlüssen/-kontaktstellen

Von den 75 Rehabilitationseinrichtungen, die Kontakte zur SH hatten, pflegten 64 Kontakte zu SHG, 45 zu SHO und 39 zu SHK. Fast alle Einrichtungen (96,0 % von 75) hatten eine/einen Ansprechpartner*in für SH. Die drei am häufigsten angegebenen Arbeitsbereiche mit Ansprechpartner*innen für SH waren der Sozialdienst (45 Einrichtungen), der therapeutische Bereich (39 Einrichtungen) und der ärztliche Dienst (26 Einrichtungen).

Tabelle 7 zeigt welche Möglichkeiten der Kooperation mit der SH von den 75 Rehabilitationseinrichtungen häufig mit „trifft zu“ bzw. „trifft nicht zu“ angegeben wurden. Bei den genutzten Möglichkeiten („trifft zu“) wurden nur selten virtuelle Formen genannt.

Die Kooperation mit der SH wird von den Einrichtungen größtenteils als positiv und partnerschaftlich wahrgenommen (Tabelle 8 auf

Seite 34). Evident ist ebenso, dass personelle und zeitliche Ressourcen in den Rehabilitationseinrichtungen mehrheitlich zur Verfügung gestellt werden, da die Kooperation in weniger als der Hälfte der Fälle auf dem Engagement von Mitarbeiter*innen außerhalb der Arbeitszeit beruht. Die zusätzlichen Aufgaben der Mitarbeiter*innen in der Kooperation mit der SH mögen dazu geführt haben, dass die Kooperation weniger als Entlastung für das Personal erlebt wird.

24 Einrichtungen hatten keinen Kontakt bzw. keinen Kontakt mehr zur SH (Abbildung 2). Der häufigste Grund hierfür von insgesamt 10 zur Auswahl stehenden Gründen war, dass keine an einer Kooperation interessierten SHZ/SHK an die Einrichtung herangetreten sind (n=18). Außerdem wurde relativ häufig angegeben, dass es an notwendigen Informationen über SH fehlt (n=11).

Genutzte Kooperationsmöglichkeiten (häufige Auswahl von „trifft zu“)	Nicht genutzte Kooperationsmöglichkeiten (häufige Auswahl von „trifft nicht zu“)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ und SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen (n=72) ■ Gegenseitiger Informationsaustausch (n=62) ■ Bereitstellung von Räumen für Gruppentreffen, Veranstaltungen (n=57) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bereitstellung von Büroeinrichtung/ Sachmitteln/Hardware/Software (n=58) ■ SHZ-Mitglieder beraten uns in Fachfragen (n=55) ■ Offene Sprechstunde von SHZ/ Selbsthilfe-Café in unserer Einrichtung (n=54)

Tabelle 7: Die drei häufigsten genutzten und nicht genutzten Möglichkeiten in der Kooperation mit Selbsthilfeszusammenschlüssen/-kontaktstellen (SHZ/SHK) der Einrichtungen mit Kontakten zur Selbsthilfe (n=75) [von insgesamt 22 Items]

Dass eine Kooperation grundsätzlich nicht sinnvoll ist, dass eine Kooperation nicht ins Rehabilitationskonzept der Einrichtung passt oder dass die Einrichtung sich nicht für eine Kooperation eignet, wurde von keiner der 24 Einrichtungen als Grund ausgewählt.

3.2.4. Virtuelle Selbsthilfe

Abbildung 3 auf Seite 35 zeigt, auf welche virtuellen Selbsthilfeangebote in den Einrichtungen mit Kontakten zur SH verwiesen wird.

In den meisten Einrichtungen wurden den Rehabilitand*innen überwiegend traditionelle Formen der SH nähergebracht (89,3% von den 75 Einrichtungen mit Kontakten zur

SH). 9,3% vermittelten traditionelle und virtuelle SH im gleichen Maß. In keiner Einrichtung wurde überwiegend virtuelle SH vermittelt. Der Großteil der Rehabilitationseinrichtungen verneinte die Frage, ob Rehabilitand*innen speziell die Nutzung virtueller Selbsthilfeangebote nähergebracht wird (89,3% von den 75 Einrichtungen).

3.3. KERNBOTSCHAFTEN: ENTWICKLUNGEN UND POTENZIALE IN DER VERNETZUNG VON REHABILITATION UND SELBSTHILFE

Nachfolgend werden für das gesamte Netzwerk als auch für die Zielgruppen der Betroffenen (Patient*innen und Selbsthilfeaktive), der Kliniker*innen in Rehabilitations-

Aussagen mit den meisten zustimmenden Antworten (Wertebereich 1–2)	Aussagen mit den meisten ablehnenden Antworten (Wertebereich 4–5)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Die bisherige Kooperation mit SHZ/SHK war positiv. (n=71) ■ Die Kooperation findet partnerschaftlich und auf Augenhöhe statt. (n=62) ■ Für unsere Einrichtung ist die Kooperation mit SHZ/SHK ein zusätzliches Qualitätsmerkmal. (n=57) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Kooperation mit SHZ/SHK wird zum Großteil ehrenamtlich außerhalb der Arbeitszeiten durchgeführt. (n=61) ■ Die Kooperation mit SHZ ist eine Entlastung für unser Personal. (n=47) ■ Durch die Kooperation mit SHZ/SHK verstehen unsere Mitarbeiter*innen besser die Bedürfnisse von Rehabilitand*innen und ihren Angehörigen. (n=28)

Tabelle 8: Die drei häufigsten zustimmenden und ablehnenden Charakterisierungen auf einer 5-Punkte-Skala von „stimmt vollkommen“ (=1) bis „stimmt überhaupt nicht“ (=5) in Bezug auf die Kooperation der Rehabilitationseinrichtungen (n=75) mit den Selbsthilfezusammenschlüssen/-Kontaktstellen (SHZ/SHK) [von insgesamt 10 Items]

einrichtungen und der SHK interessante Entwicklungen seit der VERS-Befragung von Borgetto und Klein im Jahr 2002 [5, 6] und Potenziale, die sich aus der VERS 2.0-Befragung ergeben, aufgezeigt. Alle Akteur*innen (Betroffene, Kliniker*innen und SHK) können in der Förderung der Kooperation von Rehabilitation und SH wichtige Beiträge leisten.

3.3.1. Für das gesamte Netzwerk

Insgesamt bietet die positive und aufgeschlossene Haltung der Einrichtungen, die

sich bereits in der Befragung von 2002 widerspiegelt [5, 6], Potenziale Kooperationen zwischen Rehabilitationseinrichtungen und der SH neu aufzubauen, zu erhalten und weiterzuentwickeln. Wie bereits im Jahr 2002 werden indirekte Kooperationsformen, die nicht abgestimmt und ohne direkten Kontakt der Akteur*innen stattfinden [17] (hierunter zählt das reine Hinweisen auf SH), mit über 80% am zahlreichsten praktiziert. Die häufigste direkte Form der Kooperation war in beiden Befragungen die Vermittlung von Patient*innen an SHZ am Heimatort. Damit zeichnen sich Konstanten in den Kooperationsformen zwischen 2002

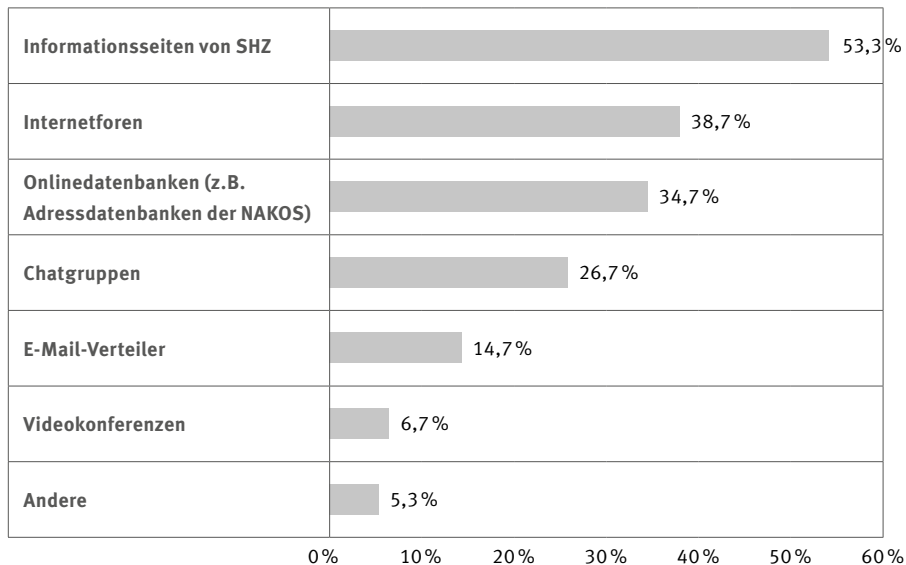


Abbildung 3: Häufigkeiten der jeweiligen virtuellen Selbsthilfeangebote, auf die die Rehabilitationseinrichtungen (n=75) hinwiesen

und 2020 ab. Eine detaillierte Darstellung, Analyse und Interpretation der genutzten Kooperationsformen in den Befragungen von 2002 und 2020 befindet sich in Kapitel 4.

Alle am Netzwerk Beteiligte (Selbsthilfeaktive, Kliniker*innen und SHK) können durch gegenseitige Kontaktaufnahme dazu beitragen, direkte Kooperationsformen aufzubauen und damit die Intensität der Kooperation auszubauen. Große Potenziale liegen weiterhin im stärkeren Einbezug virtueller Möglichkeiten in der Vernetzung, welche bisher nur selten genutzt werden.

3.3.2. Für Betroffene (Patient*innen und Selbsthilfeaktive)

In der Kooperation von Rehabilitation und SH können Synergieeffekte in der Verbesserung der Gesundheitssituation und der Lebensqualität von Betroffenen genutzt werden. Sowohl 2002 [5, 6] als auch in dieser Befragung wurde von über 90% der befragten Einrichtungen die Aussage abgelehnt, dass aufgrund ihrer unterschiedlichen Zielsetzungen das professionelle Gesundheitswesen und SH nicht zusammenarbeiten sollten. Durch gemeinsame Bestrebungen der Rehabilitation und der SH patientenorientierte Ziele zu erreichen, können Betroffene besonders profitieren.

Wenn Sie Patient*in in einer Rehabilitationseinrichtung sind und nach Selbsthilfemöglichkeiten für Ihre gesundheitliche Problematik suchen, erkundigen Sie sich nach

einem/einer Ansprechpartner*in für SH in der Einrichtung und/oder fragen Sie nach SHZ/SHK an Ihrem Heimatort und/oder virtuell (ortsungebunden). Viele Einrichtungen, die Kontakte zur SH haben, vermitteln Ihnen Kontakte zur SH.

Wenn Sie in der SH aktiv sind, nehmen Sie Kontakt zu Rehabilitationseinrichtungen auf, in denen Ihre gesundheitliche Problematik als Behandlungsindikation vertreten ist. Insbesondere Einrichtungen, die noch keine Kooperation mit der SH haben, scheinen mitunter darauf zu warten, dass SHZ und/oder SHK an sie herantreten. Um die Vernetzung mit Ihrem SHZ optimal zu gestalten, empfiehlt es sich die Einrichtungen über Ihre Arbeitsweise und die von Ihnen genutzten Möglichkeiten in der Gestaltung von Selbsthilfeangeboten (traditionell und/oder virtuell) zu informieren. So haben die Einrichtungen die Möglichkeit Rehabilitand*innen an diese Formen der SH heranzuführen und an Ihre Selbsthilfeangebote zu vermitteln.

3.3.3. Für Kliniker*innen in Rehabilitationseinrichtungen

Sowohl in der VERS-Befragung von 2002 [5, 6] als auch in dieser Befragung zeigte sich, dass in den Einrichtungen z.T. unzureichende Informationen über SH vorliegen, was ein Hindernis in der Kooperation von Rehabilitation und SH darstellt. Fehlende Informationen waren in beiden Studien der zweithäufigste Grund für eine nicht bestehende Kooperation. Weiterhin wurde in

beiden Studien von einem Großteil der Einrichtungen die stärkere Einbindung von Informationen über SH in Bildungsstrukturen des Gesundheitswesens befürwortet.

Wenn Sie als Kliniker*in in einer Rehabilitationseinrichtung eine Kooperation mit der SH aufbauen und weiterentwickeln möchten, suchen Sie Kontakt zu SHZ, die die Indikationsschwerpunkte Ihrer Einrichtung vertreten. Die Kontaktaufnahme ist auch ortsungebunden über virtuelle Selbsthilfeoptionen möglich. Insbesondere SHK können als Anlaufstelle eine gute Unterstützung in der Vernetzung mit SHZ leisten und Informationen zur Verfügung stellen. Um Mitarbeiter*innen Wissen über SH zu vermitteln, könnten z. B. Schulungen (auch online) angeboten werden, in denen SHZ und/oder SHK über SH, ihre Arbeit und Angebote (hierunter auch virtuelle Selbsthilfeangebote) aufklären. Grundsätzlich können Sie als Kliniker*in die SH unterstützen, indem Sie Patient*innen auf SHZ und/oder SHK hinweisen.

3.3.4. Für Selbsthilfekontaktstellen

In Bezug auf die Vernetzung von Rehabilitationseinrichtungen mit SHK zeigt sich seit der VERS-Befragung von 2002 eine positive Entwicklung: Während 2002 bei ca. 30% der Einrichtungen mit Kontakten zur SH Kontakte zu SHK vorlagen [5], waren es in dieser Studie ca. 50%. Dennoch scheint ein Potenzial für SHK vorhanden zu sein in der Vernetzung von Rehabilitation und SH zu unterstützen. Somit erhielt die Aussage „Es sollte für Re-

habilitationseinrichtungen eine unabhängige Anlaufstelle geben, die sie mit Informationen über SH versorgt und sie bei der Kooperation unterstützt.“ hohe Zustimmung.

Als SHK können Sie die Kooperation zwischen der Rehabilitation und SH fördern, indem Sie Rehabilitationseinrichtungen über SH aufklären und in der Kontaktaufnahme zu SHZ aus den entsprechenden Indikationsbereichen unterstützen. Ein besonderer Aufklärungs- und Unterstützungsbedarf besteht in Bezug auf ortsunabhängige, virtuelle Selbsthilfeangebote. Die Kooperation zwischen Rehabilitation und SH kann durch die stärkere Integration virtueller Möglichkeiten gefördert werden.

3.4. ZUR AUSSAGEKRAFT DER BEFRAGUNGSGESTALTUNG

Bitte beachten Sie, dass auf Basis der VERS 2.0-Befragung nur Anhaltspunkte in Bezug auf die Vernetzung und Kooperation von Rehabilitation und SH herausgearbeitet werden konnten. Auch Vergleiche mit der VERS-Befragung von 2002 [5, 6] sind nur eingeschränkt möglich. Die Stichprobengröße war mit 101 Einrichtungen in dieser Befragung deutlich geringer als in der Befragung von 2002 mit 469 Einrichtungen. Außerdem kann die Haltung der Einrichtungen zur SH und zur Kooperation mit dieser positiv verzerrt sein, da wahrscheinlich ist, dass insbesondere Einrichtungen mit Kontakten und positiven Einstellungen zur SH motiviert waren, an der Befragung teilzunehmen.

Silke Wittmar, Jasmin Hänel, Ann-Kathrina Brinck & Bernhard Borgetto

ANALYSE VON KOOPERATIONSFORMEN AUS PERSPEKTIVE DER REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN: EIN VERGLEICH DER BEFRAGUNGSERGEBNISSE AUS DEN JAHREN 2002 UND 2020

Durch die Auswertungen der Befragungen der Jahre 2002 (VERS) [5] und 2020 (VERS 2.0 [32]; eine weitere Veröffentlichung wird in der Zeitschrift „Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation“ erscheinen) sind häufig praktizierte Kooperationsformen zwischen Rehabilitation und SH bekannt. Die Muster und Kombinationen von Kooperationsformen sind bisher jedoch unbekannt. Um Empfehlungen für mögliche Kombinationen von Kooperationsformen von Rehabilitation und SH aussprechen zu können, müssen diese zunächst analysiert werden. In diesem Kapitel werden die von den befragten Rehabilitationseinrichtungen angegebenen Kooperationsformen aus den Befragungen der Jahre 2002 und 2020 gegenübergestellt. Anschließend werden die häufigsten Kooperationsformen auf mögliche Zusammenhänge hin untersucht.

Zum Vergleich der Befragungsergebnisse hinsichtlich der Kooperationsformen, wur-

den die Datensätze beider Befragungen zusammengefügt. In beiden Befragungen wurden die Teilnehmenden nach genutzten Möglichkeiten zum Hinweisen auf SH und zu genutzten Kooperationsmöglichkeiten mit SH befragt. Die vorgegebenen Items konnten mit „trifft zu“, „ist geplant“ und „trifft nicht zu“ beantwortet werden. Es sei darauf hingewiesen, dass Formulierungen von Items in 2020 gegenüber den ursprünglichen Items in 2002 teilweise leicht verändert wurden (z. B. Nutzung des Begriffs „Selbsthilfeszusammenschlüsse (SHZ)“ statt „Selbsthilfeinitiativen (SHI)“). In der Darstellung der Ergebnisse werden nachfolgend die Formulierungen aus der Befragung von 2020 verwendet. Zudem wurden für die Berechnungen die Antwortkategorien „ist geplant“ und „trifft nicht zu“ zu einer Kategorie zusammengefasst (=0). Die Kategorie „trifft zu“ (=1) blieb unverändert. Alle Berechnungen wurden mittels Statistiksoftware STATA/IC 14.2 durchgeführt.

4.1.

VERGLEICHENDE ANALYSE DER KOOPERATIONSFORMEN

4.1.1.

Methode

In einer statistischen Analyse wurden jeweils die indirekten und direkten Kooperationsformen der Befragungsergebnisse aus den Jahren 2002 und 2020 verglichen. Als Verfahren zur Berechnung der statistischen Signifikanz der Unterschiede wurde der Chi²-Test herangezogen. Lagten die entsprechenden Testvoraussetzungen nicht vor, wurde der Fishers exakte Test angewendet [34].

Die in Kapitel 4.1.2 und 4.1.3 dargestellten Ergebnistabellen zeigen eine Gegenüberstellung der Zustimmungen der befragten Rehabilitationseinrichtungen der Jahre 2002 und 2020 zu den Items. Die prozentuale Veränderung der Zustimmungen von 2002 zu 2020 wird als Prozentsatzdifferenz angegeben. In den Anhängen 1 und 2 finden sich erweiterte Darstellungen der Daten mit zusätzlicher Angabe fehlender Werte. Da an den Befragungen unterschiedlich viele Rehabilitationseinrichtungen bzw. Personen teilgenommen haben, beziehen sich die Angaben der jeweiligen Jahre auf unterschiedliche, unverbundene Stichproben. Der p-Wert gibt die Signifikanz des Unterschiedes zwischen den beiden Jahreswerten an. Dabei sind Unterschiede statistisch signifikant, wenn $p < 0,05$ ist.

4.1.2.

Indirekte Formen der Kooperation

Die indirekten Formen der Kooperation wurden anhand von sechs in beiden Befragungen vorliegenden Items erfragt. Die Möglichkeit, andere Formen selbst als Freitext anzugeben, bestand ausschließlich in der Befragung aus dem Jahr 2020. Tabelle 9 auf Seite 40 zeigt die Zustimmungen der Befragten zu den Items aus den Jahren 2002 und 2020 im Vergleich (erweiterte Darstellung in Anhang 1).

In beiden Befragungen wurden die meisten angegebenen indirekten Kooperationsformen von einer deutlichen Mehrheit der teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen genutzt (>50% Zustimmung). Eine auffällig geringe Zustimmung in 2002 entfällt mit 7,9% auf das Item „Wir weisen in eigenen Informationsmaterialien auf SHZ hin“.

Ein Großteil der indirekten Kooperationsformen hat in der Befragung von 2020 eine höhere prozentuale Zustimmung im Vergleich zu 2002 erhalten. Einen äußerst ausgeprägten Zustimmungszuwachs erfährt dabei mit rund 45 Prozentpunkten das Item zum Hinweisen auf SHZ in eigenen Informationsmaterialien ($p < 0,001$). Weitere signifikante Zunahmen der indirekten Kooperationsformen zwischen den Jahren 2002 und 2020 zeigten sich bei den Items „Öffentlichkeit für das Thema Selbsthilfe herstellen“ und „Rehabilitand*innen auf die Möglichkeiten hinweisen, die Selbsthilfe bietet“.

Items	Trifft zu % (n)		Prozentsatz- differenz %	p-Wert
	2002	2020		
Wir weisen in eigenen Informationsmaterialien auf SHZ hin [†]	7,9 (37)	52,5 (52)	44,6	0,000 ^a
Öffentlichkeit für das Thema Selbsthilfe herstellen [†]	53,7 (252)	66,7 (66)	13,0	0,016 ^a
Rehabilitand*innen auf die Möglichkeiten hinweisen, die Selbsthilfe bietet [†]	92,1 (432)	100,0 (99)	7,9	0,008 ^b
Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen	84,9 (398)	91,9 (91)	7,0	0,100 ^a
Bereitstellen von Informationsmaterial von SHZ in der Rehabilitationseinrichtung	80,6 (378)	85,9 (85)	5,3	0,312 ^a
Weitergabe von Informationsmaterial über Ihre Rehabilitationseinrichtung an SHZ/SHK	65,5 (307)	64,7 (64)	-0,8	0,856 ^a
Andere Möglichkeiten: (Freitextfeld)	/	7,1 (7)	/	/

Tabelle 9: Genutzte Möglichkeiten des Hinweisens auf Selbsthilfe in den Rehabilitationseinrichtungen der Befragungen in 2002 (n=469) und in 2020 (n=99)

^aChi²-Test, ^bFishers exakter Test | [†]p<0,05

4.1.3. Direkte Formen der Kooperation

Bei der Gegenüberstellung der von den Rehabilitationseinrichtungen genutzten Kooperationsmöglichkeiten mit der SH gab es in den Befragungen der Jahre 2002 und 2020

übereinstimmende und differierende Items, die zu diesem Thema erhoben wurden. In dieser vergleichenden Analyse wurden die Items betrachtet, die in beiden Befragungen erhoben wurden. Tabelle 10 zeigt die Gegenüberstellung der Zustimmungen zu den übereinstimmenden Inhalten der beiden

Items	Trifft zu % (n)		Prozentsatz- differenz %	p-Wert
	2002	2020		
Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ/SHK am Heimort der Rehabilitand*innen†	65,7 (308)‡	96,0 (72)‡	30,3	0,000 ^a
Regelmäßige Termine, zu denen SHZ sich in unserer Einrichtung vorstellen†	32,2 (151)	54,7 (41)‡	22,5	0,00 ^a
Einbindung von SHZ und SHK in Patientenschulungsprogramme†	20,0 (94)	41,3 (31)	21,3	0,000 ^a
Bereitstellung von Räumen für Gruppentreffen, Veranstaltungen (hierunter zählen auch virtuelle Räume)†	55,0 (258)‡	76,0 (57)‡	21,0	0,001 ^a
Gegenseitiger Informationsaustausch†	64,2 (301)‡	82,7 (62)‡	18,5	0,005 ^a
Rückmeldungen aus SHZ und SHK fließen systematisch in unser Qualitätsmanagement ein.†	15,1 (71)	33,3 (25)	18,2	0,000 ^a
Hilfe bei der Gründung von Gruppen†	24,5 (115)	40,0 (30)	15,5	0,007 ^a
Zusammenarbeit in Fachgremien oder Arbeitskreisen	51,2 (240)‡	65,3 (49)‡	14,1	0,053 ^a
Zusammenarbeit bei der Beratung von Angehörigen†	30,9 (145)	44,0 (33)	13,1	0,049 ^a
Begleitung/Beratung von Gruppen	42,4 (199)	54,7 (41)‡	12,3	0,064 ^a
Andere Möglichkeiten der Kooperation: (Freitextfeld)†	11,1 (52)	18,7 (14)	7,6	0,000 ^a

Bereitstellung von Büroeinrichtung/Sachmitteln/Hardware/Software (Telefon, Kopiergerät, PC, Programme etc.)	13,7 (64)	20,0 (15)	6,3	0,181 ^a
Offene Sprechstunde von SHZ/Selbsthilfe-Café in unserer Einrichtung	17,7 (83)	24,0 (18)	6,3	0,235 ^a
Einladung von SHZ-Mitgliedern zu von unserer Einrichtung organisierten Veranstaltungen (Tagungen, Seminare, Webinare etc.)	51,8 (243)‡	56,0 (42)‡	4,2	0,762 ^a
Gemeinsame Gestaltung von Angeboten oder Veranstaltungen, z. B.: (Freitextfeld)	35,4 (166)	34,7 (26)	0,7	0,132 ^a
SHZ-Mitglieder beraten uns in Fachfragen (z. B. zu seltenen Erkrankungen)	17,3 (81)	17,3 (13)	0	0,882 ^a
Zeitweilige Anleitung von Gruppen	30,3 (142)	24,0 (18)	-6,3	0,215 ^a

Tabelle 10: Genutzte Kooperationsmöglichkeiten mit Selbsthilfe in den Rehabilitationseinrichtungen der Befragungen in 2002 (n=469) und in 2020 (n=75)

^aChi²-Test | [†]p<0,05, [‡] > 50% Zustimmung

Befragungen zu den direkten Formen der Kooperation sowie die Veränderung von 2002 zu 2020 als Prozentsatzdifferenz. In Anhang 2 findet sich eine Tabelle mit erweiterter Darstellung der Daten.

Fünf von 17 direkten Kooperationsformen wurden 2002 von mehr als 50 % der teilnehmenden Einrichtungen mit Zustimmung bewertet. Diese Kooperationsformen waren

„Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen“, „Gegenseitiger Informationsaustausch“, „Bereitstellung von Räumen für Gruppentreffen, Veranstaltungen (hierunter zählen auch virtuelle Räume)“, „Einladung von SHZ-Mitgliedern zu von unserer Einrichtung organisierten Veranstaltungen (Tagungen, Seminare, Webinare etc.)“ und „Zusammenarbeit in Fachgremien oder Ar-

beitskreisen“. Neben der Möglichkeit einer Freitexteingabe zu anderen Kooperationsformen, die rund 11 % der befragten Einrichtungen in 2002 als Möglichkeit mit der geringsten Zustimmung nutzten, wurde mit 13,7 % am wenigsten dem Item „Bereitstellung von Büroeinrichtung/Sachmitteln/Hardware/Software (Telefon, Kopiergerät, PC, Programme etc.)“ zugestimmt.

In der Befragung von 2020 überschritten mit den Items „Begleitung/Beratung von Gruppen“ sowie „Regelmäßige Termine, zu denen SHZ sich in unserer Einrichtung vorstellen“ zwei weitere direkte Kooperationsformen die Schwelle zur Zustimmung durch mehr als 50 % der teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen (sieben von 17). Die meisten direkten Kooperationsformen haben zwischen der Befragung von 2002 und 2020 einen mehr oder weniger stark ausgeprägten Zustimmungszuwachs zu verzeichnen. Mehr als die Hälfte der Veränderungen zwischen 2002 und 2020 sind statistisch signifikant. Die Möglichkeit zur „Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen“ wurde in 2020 von fast allen teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen mit Kontakten zur SH (96,0 % Zustimmung) genutzt. Dem Item „SHZ-Mitglieder beraten uns in Fachfragen (z. B. zu seltenen Erkrankungen)“ wurde in beiden Befragungen mit 17,3 % prozentual gleichhäufig zugestimmt. Das Item „Zeitweilige Anleitung von Gruppen“ erfährt als einziges einen Zustimmungsrückgang von 6,3 Prozentpunkten.

4.1.4.

Zusammenfassung und Interpretation der Häufigkeiten genutzter Kooperationsmöglichkeiten

Generell ist ein Vergleich der Daten zu den beiden Befragungszeitpunkten mit Vorsicht zu interpretieren und Rückschlüsse bzgl. Veränderungen der Befragungsergebnisse mit Bedacht zu ziehen. Die Befragungen wurden unabhängig voneinander durchgeführt und unterscheiden sich in einigen grundlegenden Merkmalen (bspw. Form der Datenerhebung, Stichprobenziehung, Rücklauf, Stichprobengröße). Insbesondere die Stichprobengröße unterscheidet sich stark. Während an der VERS-Befragung in 2002 n=469 Rehabilitationseinrichtungen teilgenommen haben [5], taten dies bei VERS 2.0 im Jahr 2020 lediglich n=101 Rehabilitationseinrichtungen [32]. Deshalb ist insbesondere die Verallgemeinerung der Ergebnisse auf alle Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland nur eingeschränkt möglich. Nichtsdestotrotz bietet die Gegenüberstellung der Ergebnisse interessante Hinweise auf die Veränderungen in der Kooperation zwischen Rehabilitation und SH im Laufe der Zeit aus Perspektive der Rehabilitationseinrichtungen.

Im Vergleich der indirekten Kooperationsformen wurden in beiden Befragungen, neben einer Ausnahme, alle Möglichkeiten von mehr als 50 % der teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen genutzt. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass diese Möglichkeiten der Kooperation im Gegensatz zu direkten Formen mit geringe-

rem Aufwand umzusetzen sind. Eine äußerst ausgeprägte Zunahme der Zustimmung um rund 45 Prozentpunkte in 2020 im Vergleich zu 2002 erfährt das Item „Wir weisen in eigenen Informationsmaterialien auf SHZ hin“. In eigenen Informationsmaterialien auf SH hinzuweisen erfordert einen höheren Aufwand als die bloße Bereitstellung von Informationsmaterialien der SHZ. Dies zeigt eine größere Verantwortungsübernahme durch die Rehabilitationseinrichtungen und könnte für eine zunehmende Akzeptanz der SH im Rehabilitationsprozess sprechen. Möglicherweise kann auch die Verbreitung von digitalen Informationsmedien dazu geführt haben, dass das Item in 2020 eine deutlich höhere Zustimmung erfahren hat. Verlinkungen zu SHZ auf Webseiten von Rehabilitationseinrichtungen sind wahrscheinlich relativ einfach umzusetzen.

Im Vergleich der direkten Kooperationsformen wurden weniger als die Hälfte der Kooperationsmöglichkeiten von mehr als 50 % der teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen in beiden Jahren genutzt (fünf von 17). Items, die in beiden Jahren von mehr als 50 % der befragten Rehabilitationseinrichtungen genutzt wurden, waren „Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen“, „Bereitstellung von Räumen für Gruppentreffen, Veranstaltungen (auch virtuelle Räume)“, „Gegenseitiger Informationsaustausch“, „Zusammenarbeit in Fachgremien oder Arbeitskreisen“ und „Einladung von SHZ-Mitgliedern zu von unserer Einrichtung organisierten Veranstaltungen (Tagungen,

Seminare, Webinare etc.)“. In der Befragung von 2020 wurden zwei weitere Kooperationsmöglichkeiten von mehr als 50 % der Rehabilitationseinrichtungen als zutreffend angegeben. Dies betraf die Kooperationsformen „Regelmäßige Termine, zu denen SHZ sich in unserer Einrichtung vorstellen“ und „Begleitung/Beratung von Gruppen“. Insgesamt erhielt (neben der Möglichkeit zur Freitexteingabe in der Befragung von 2002) das Item „SHZ-Mitglieder beraten uns in Fachfragen (z. B. zu seltenen Erkrankungen)“ die geringste Zustimmung ohne prozentuale Veränderung zwischen den Jahren 2002 und 2020.

Die Vergleiche der Kooperationsformen zeigen, dass zwischen der Befragung von 2002 und der Befragung von 2020 prozentual sowohl ein Zuwachs an indirekten als auch ein Zuwachs an direkten Kooperationsformen zu verzeichnen ist. Die Steigerungen der Nutzung von indirekten Formen könnten darauf zurückzuführen sein, dass diese Möglichkeiten tatsächlich verstärkt genutzt wurden. Dies würde vorsichtig eine erhöhte Sichtbarkeit der SH in Rehabilitationseinrichtungen vermuten lassen.

Die zunehmenden Häufigkeiten in der Nutzung von indirekten und direkten Kooperationsformen könnten ebenso im Zusammenhang mit der Zusammensetzung der Stichproben stehen. Während in der großen Stichprobe von 2002 möglicherweise mehr Rehabilitationseinrichtungen zur Teilnahme gewonnen wurden, die bisher wenig mit der SH interagierten, könnte der Aufruf zur Teilnahme in 2020 besonders Rehabilitations-

einrichtungen angesprochen haben, die bereits mit der SH zusammenarbeiten und somit häufiger direkte und indirekte Kooperationsformen praktizieren – insbesondere, da auch das Netzwerk SPiG den Aufruf zur Befragung unterstützte, deren Mitglieder bereits selbsthilfefreundlich sind. Einrichtungen, in denen die Vernetzung und Kooperation mit der SH eine möglicherweise nachgeordnete Rolle spielt, könnten sich ggf. weniger zur Teilnahme an der Befragung angesprochen gefühlt haben. Dabei könnte auch die Form der Erhebung eine Rolle gespielt haben. Während die Befragung 2002 postalisch und somit möglicherweise formeller bei den Rehabilitationseinrichtungen ankam, wurde der Online-Befragung in 2020 möglicherweise ein weniger offizieller Charakter von den Verantwortlichen in den Rehabilitationseinrichtungen zugeschrieben.

Weiterhin könnte zur Veränderung der Werte beigetragen haben, dass das Netzwerk SPiG, unabhängig von dessen Zertifizierungsmöglichkeit zur Selbsthilfefreundlichkeit, gemeinsam mit dem Rehaportal Qualitätskliniken.de im Jahr 2019 Qualitätskriterien entwickelt hat, die Rehabilitationskliniken bei einer stärkeren Berücksichtigung der SH im Rehabilitationsprozess von Rehabilitand*innen unterstützen sollen [35]. Die Kriterien umfassen, dass Rehabilitationseinrichtungen eine konkrete Ansprechperson für SH im Haus benennen. Diese soll bei Patient*innen, Angehörigen und Mitarbeiter*innen bekannt sein. An zentralen Stellen vor Ort und über ihre Medien informiert die Rehabilitationseinrichtung Patien-

t*innen und deren Angehörige über den Stellenwert von SH. Auf die Möglichkeit zur Teilnahme an einer geeigneten indikationsbezogenen SHG werden Patient*innen bzw. deren Angehörige persönlich und regelhaft im Rehabilitationsprozess hingewiesen. Darüber hinaus stellt die Rehabilitationsklinik eine Zusammenarbeit und einen regelmäßigen Austausch mit der örtlichen SHK sicher. Die genannten Kriterien werden durch regelmäßige Audits überprüft und fließen in die Bewertung der Rehabilitationseinrichtung durch das Rehaportal ein. Die Qualitätsbewertungen durch das Portal werden auf der Internetseite desselbigen veröffentlicht. Rehabilitationseinrichtungen, die Qualitätskliniken.de als Zugang zu potentiellen Rehabilitand*innen nutzen, haben sich möglicherweise an den die SH betreffenden Qualitätskriterien orientiert. Zudem wurde auch über das Rehaportal zur Teilnahme an der Befragung im Jahr 2020 informiert.

Auch durch die DRV hat die SH zwischen den Jahren 2002 und 2020 an Aufmerksamkeit gewonnen. So findet die SH mittlerweile in den Reha-Therapiestandards Berücksichtigung. „Die Reha-Therapiestandards ergänzen [...] die Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften.“ [36] Durch festgelegte Qualitätsindikatoren soll der Behandlungsprozess der jeweiligen Patient*innengruppe während des Rehabilitationsprozesses abgebildet und beurteilt werden [36]. So wird die Förderung von Selbsthilfemöglichkeiten bspw. im Reha-Therapiestandard Chronischer Rückenschmerz im Evidenzbasierten Therapiemo-

dul (ETM) 11 „Vorbereitung nachgehender Leistungen“ einbezogen. In diesem Zusammenhang werden die Rehabilitand*innen zu Selbsthilfeangeboten beraten [37]. Die genannten Aspekte könnten insbesondere die hohen Zustimmungshäufigkeiten der beiden Items „Rehabilitand*innen auf die Möglichkeiten hinweisen, die Selbsthilfe bietet“ (100 %) und „Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK am Heimort der Rehabilitand*innen“ (91,92 %) in der Befragung von 2020 erklären.

Die Analyse der Kooperationsformen mit der hohen Zustimmung zu vielen Kooperationsformen, insbesondere der indirekten, zeigen grundsätzlich ein positives Bild der Kooperation zwischen Rehabilitation und SH. Es zeigen sich jedoch auch Bereiche der direkten Kooperationsformen, die bisher verhalten praktiziert werden. Zum einen betrifft dies die Kooperationsformen „Bereitstellung von Büroeinrichtung/ Sachmitteln/Hardware/Software (Telefon, Kopiergerät, PC, Programme etc.)“ und „Offene Sprechstunde von SHZ/ Selbsthilfe-Café in unserer Einrichtung“. Diese haben gemein, dass die Rehabilitationseinrichtungen Ressourcen vor Ort für die SH zur Verfügung stellen, was aktuell nur in geringem Maße geschieht. Zum einen könnte dies an knappen Ressourcen vor Ort liegen oder aber auch an knappen Ressourcen in der SH, da diese Personen in die Rehabilitationseinrichtungen entsenden müssten. Hier steht die Frage im Raum, wer in der SH die Repräsentation in der Rehabilitationseinrichtung vor Ort als seine Aufgabe betrachtet. Andererseits könnte hier Potential für weitere

Abstimmungen zwischen Rehabilitationseinrichtung und SHZ liegen, um die Zusammenarbeit auch räumlich besser zu verzahnen und die Rehabilitand*innen möglichst barrierearm in den Rehabilitationsprozess einzubinden. Der zweite Bereich, der bisher eher geringere Zustimmung durch die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen erfahren hat, sind die direkten Kooperationsformen, die den tatsächlichen Einbezug der Selbsthilfeexpertise in die Prozesse der Rehabilitationseinrichtungen umfassen. In den Befragungen wurde dies anhand der Items „SHZ-Mitglieder beraten uns in Fachfragen (z. B. zu seltenen Erkrankungen)“ (in 2002 und 2020: 17,3 %) und „Rückmeldungen aus SHZ und SHK fließen systematisch in unser Qualitätsmanagement ein“ (in 2002: 15,1%; in 2020: 33,3 %) erfragt. Hier könnte sich vermuten lassen, dass die SH zwar mittlerweile ihren Einzug in die Rehabilitationseinrichtungen erhalten hat, die Expertise der Betroffenen in ihrer eigenen Sache jedoch noch wenig Berücksichtigung im Rehabilitationsprozess findet. Dieser Aspekt ist jedoch eine der zentralen Eigenschaften der SH, die andere Stellen im Versorgungsprozess von Betroffenen und deren Angehörigen nicht übernehmen bzw. ersetzen können. Es sei drauf verwiesen, dass letzteres Item einen signifikanten Zuwachs von 18,2 Prozentpunkten erhalten hat. In Bezug auf das systematische Einfließen von Rückmeldungen aus der SH ins Qualitätsmanagement von Rehabilitationseinrichtungen zeichnet sich demnach ein positiver Trend ab, der möglicherweise durch die zunehmende Etablierung der SH als Qualitätsmerkmal (z. B. durch die genann-

ten Bestrebungen des SPiG-Netzwerks und des Rehaportals Qualitätskliniken.de) gefördert wurde und wird.

Die Analyse der genutzten Kooperationsformen kann auch eine Orientierung für die nachfolgende Analyse von Zusammenhängen zwischen den Kooperationsformen bieten: Gibt es Unterschiede in den Häufigkeiten von genutzten Möglichkeiten, so sind auch Unterschiede in den Zusammenhängen zwischen den Kooperationsmöglichkeiten wahrscheinlich.

4.2. ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN KOOPERATIONSFORMEN

Um zu analysieren, welche Kooperationsformen häufig miteinander kombiniert wurden, wurden die Zusammenhänge zwischen den Kooperationsformen statistisch untersucht. Die Befragungen VERS aus 2002 und VERS 2.0 aus 2020 wurden dabei getrennt voneinander betrachtet.

4.2.1. Methode

In die Analyse der Zusammenhänge wurden die Items einbezogen, die in der Befragung von 2020 vorhanden waren. Die Analyse umfasst alle Items, die in der jeweiligen Befragung von mehr als 50 % mit „trifft zu“ angegeben wurden. Indirekte und direkte Kooperationsformen wurden gemeinsam betrachtet.

Zur Berechnung der Zusammenhänge wurde die tetrachorische Korrelation verwendet. Der tetrachorische Korrelationskoeffizient r_{tet} kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen [38]. Die Werte entsprechen gängigen Interpretationen von Zusammenhängen: 0–0,25 schwach, 0,25–0,5 moderat, 0,5–0,75 stark und $>0,75$ sehr stark [34]. In der Ergebnisdarstellung werden die sehr starken Korrelationen erläutert. Die vollständigen Ergebnistabellen für die Jahre 2002 und 2020 sind in den Anhängen 3 und 4 einzusehen.

4.2.2. Zusammenhänge der Kooperationsformen aus der Befragung VERS (2002)

Die statistische Analyse der Befragungsdaten von 2002 ergab insgesamt sehr viele starke bis sehr starke Zusammenhänge der direkten und indirekten Kooperationsformen. Im Folgenden werden die Zusammenhänge aufgezeigt, die in der Datenanalyse sehr stark korrelierten ($r_{tet} > 0,75$). Die weiteren Korrelationen sind in Anhang 3 einsehbar. Abbildung 4 auf Seite 48 zeigt alle sehr stark korrelierenden Kooperationsmöglichkeiten der Befragungsergebnisse von 2002 in der Übersicht.

Die Kooperationsform „Rehabilitand*innen auf die Möglichkeiten hinzuweisen, die SH bietet“ steht mit zwei weiteren Kooperationsformen in sehr starkem Zusammenhang. Diese sind die Kooperationsformen „Bereitstellen von Informationsmaterial von SHZ in der Rehabilitationseinrichtung“ und

„Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen“. Zu den weiteren Formen indirekter und direkter Kooperation zeigt die Analyse für diese Kooperationsform durchgängig starke Zusammenhänge.

Die „Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen“

steht, neben dem genannten Zusammenhang, außerdem in sehr starkem Zusammenhang mit der „Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen“. Neben weiteren starken Zusammenhängen mit indirekten Kooperationsformen und dem genannten sehr starken Zusammenhang, zeigt die Kooperationsform zur Weitergabe von Adressen

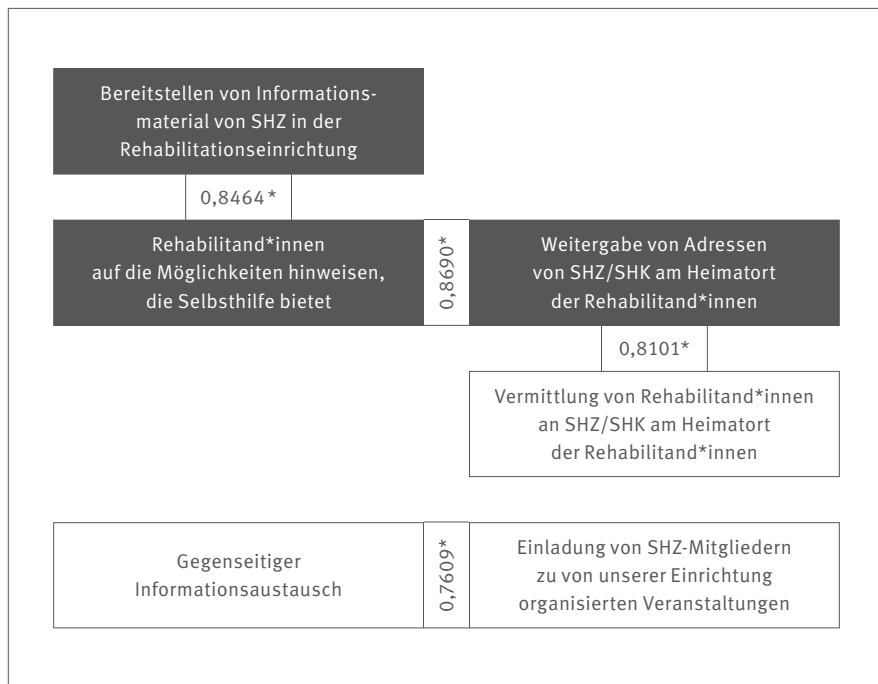


Abbildung 4: Visualisierung der sehr starken Zusammenhänge ($r_{\text{net}} > 0,75$) aus der Befragung von 2002 (*signifikante Werte), indirekte Formen der Kooperation sind in grau, direkte Formen der Kooperation sind in weiß dargestellt. Die jeweiligen Zahlenwerte geben die Stärke der Korrelation an.

insbesondere mit weiteren direkten Formen der Kooperation lediglich moderate Zusammenhänge.

Die „Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen“ zeigt, zusätzlich zu der sehr starken Korrelation, weitere starke Korrelationen zu indirekten Kooperationsformen, während die Korrelation mit weiteren direkten Kooperationsformen moderat ausgeprägt sind.

Während die beiden direkten Kooperationsformen „Gegenseitiger Informationsaustausch“ und „Einladung von SHZ-Mitgliedern zu von unserer Einrichtung organisierten Veranstaltungen“ in sehr starkem Zusammenhang stehen, zeigen beide Kooperationsformen, neben weiteren starken statistischen Zusammenhängen, mit der „Weitergabe von Adresse von SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen“ sowie der „Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen“ nur einen moderaten Zusammenhang.

4.2.3. Zusammenhänge der Kooperationsformen aus der Befragung VERS 2.0 (2020)

Auch in der Analyse der statistischen Zusammenhänge der Befragungsergebnisse aus 2020 gab es viele sehr starke und starke statistische Zusammenhänge. Es ist anzumerken, dass das Item „Rehabilitand*innen auf die Möglichkeiten hinweisen, die Selbsthilfe bietet“ in die Zusammenhänge

berechnungen von 2020 nicht einbezogen werden konnte, da dieses durch die hohe Zustimmung von 100 % keine Variabilität aufwies.

Im Folgenden werden die Zusammenhänge aufgezeigt, die in der Datenanalyse sehr stark korrelierten ($r_{tet} > 0,75$). Eine Übersicht der sehr starken Zusammenhänge von direkten und indirekten Kooperationsformen aus der Befragung von 2020 gibt Abbildung 5 auf Seite 50. Die weiteren Korrelationswerte sind in Anhang 4 beigefügt.

Die indirekten Kooperationsformen „Bereitstellen von Informationsmaterial von SHZ in der Rehabilitationseinrichtung“ und „Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen“ stehen in sehr starkem Zusammenhang zu den vier direkten Kooperationsformen „Regelmäßige Termine, zu denen SHZ sich in unserer Einrichtung vorstellen“, „Zusammenarbeit in Fachgremien oder Arbeitskreisen“, „Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen“ und „Begleitung/Beratung von Gruppen“. Wobei auch die letztgenannten beiden Kooperationsformen in sehr starkem Zusammenhang miteinander stehen. Sie sind mit einem Wert von 1,0 perfekte Korrelationen. Sie erfolgen quasi immer in Verbindung zueinander. Mit den beiden indirekten Kooperationsformen „Bereitstellen von Informationsmaterial von SHZ in der Rehabilitationseinrichtung“ und „Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen“ stehen die direkten Kooperationsformen zur „Zusammenarbeit in Fach-

gremien oder Arbeitskreisen“, „regelmäßigen Termine, zu denen sich SHZ in den jeweiligen Einrichtungen“ vorstellen und „Beratung/Begleitung von Gruppen“ mit einem Wert von 1,0 ebenfalls in perfekten Korrela-

tionen in Verbindung und werden jeweils gemeinsam genutzt. Eine weitere perfekte Korrelation besteht zwischen der Weitergabe von Adressen und der Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ/SHK am Heimatort.

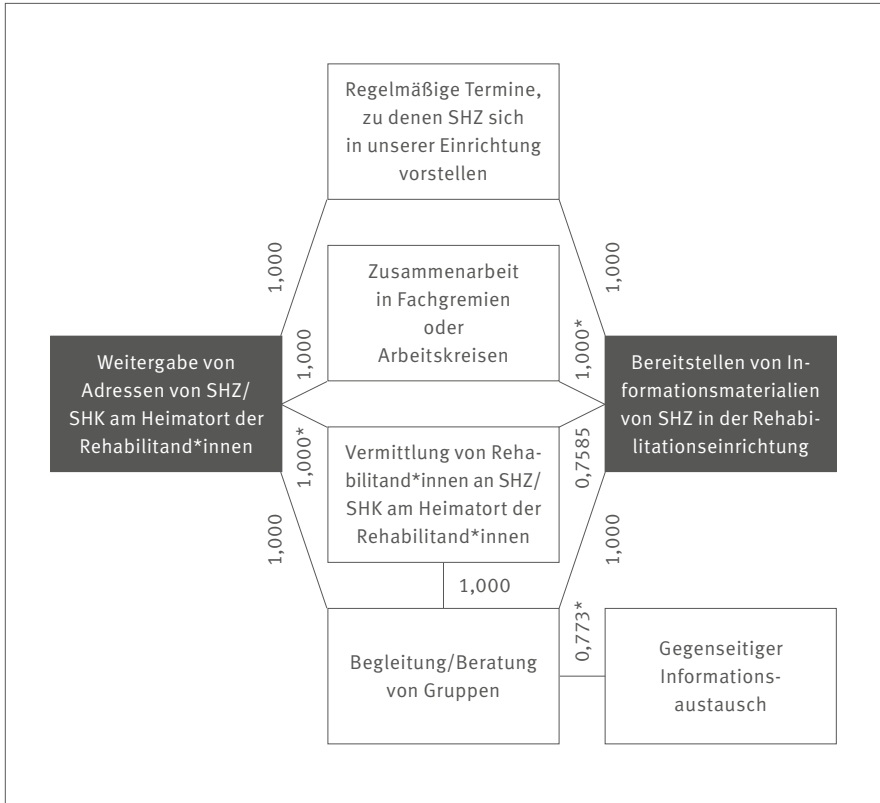


Abbildung 5: Visualisierung der sehr starken Zusammenhänge ($r_{\text{net}} > 0,75$) aus der Befragung von 2002 (*signifikante Werte), indirekte Formen der Kooperation sind in grau, direkte Formen der Kooperation sind in weiß dargestellt. Die jeweiligen Zahlenwerte geben die Stärke der Korrelation an.

4.2.4.

Zusammenfassung und Interpretation der Zusammenhänge von Kooperationsformen

In der Befragung von 2002 stellten die Rehabilitationseinrichtungen, die auf die Möglichkeiten von SH hinwiesen, Informationsmaterial von SHZ in ihrer Einrichtung bereit. Der Zusammenhang bestätigt für diese Stichprobe, dass die Rehabilitationseinrichtungen ein guter Ort zum Platzieren von Informationsmaterial von SHZ zu sein scheinen.

Die Rehabilitationseinrichtungen gaben in beiden Befragungen an, nicht nur Adressen von SHZ am Heimatort an Rehabilitand*innen weiterzugeben, sondern Rehabilitand*innen auch aktiv an SHZ und SHK am Heimatort zu vermitteln. Dies zeigt, dass die indirekte Möglichkeit der Adressweitergabe bereits in 2002 mit der aktiven Umsetzung, die Rehabilitand*innen direkt an SHZ bzw. SHK zu vermitteln, verknüpft wurde. Für die Rehabilitand*innen bedeutet dies die Möglichkeit eines barriereärmeren Zugangs zu wohnortnahen Selbsthilfeaktivitäten. Die Rehabilitationseinrichtungen haben somit bereits 2002 direkte Aktivitäten im Sinne der SH umgesetzt.

In der Stichprobe von 2002 wurden von Einrichtungen, die einen gegenseitigen Informationsaustausch mit der SH praktizierten, ebenso Mitglieder von SHZ zu von den Einrichtungen organisierten Veranstaltungen eingeladen. Dies lässt für die Stichprobe ein bereits zu dieser Zeit gut gepfleg-

tes Verhältnis der Rehabilitationseinrichtungen zur SH vermuten, da nicht nur ein Austausch mit sondern sogar ein Einbezug der SH in den Rehabilitationskontext stattgefunden hat.

Während das Hinweisen auf Möglichkeiten, die SH bietet, in der Analyse der Daten von 2002 bereits starke bis sehr starke Zusammenhänge mit anderen Kooperationsformen aufzeigte, ist diese Kooperationsform in der Befragung von 2020 bereits mit einer Zustimmung von 100,0% durch die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen versehen, sodass eine Zusammenhangsberechnung nicht möglich war. Aufgrund der hohen Zustimmung ist davon auszugehen, dass diese Kooperationsform in 2020 bereits als „Standards“ in den Einrichtungen gilt.

Von den meisten Teilnehmenden in 2020 wurden die beiden indirekten Kooperationsformen „Bereitstellen von Informationsmaterial von SHZ in der Rehabilitationseinrichtung“ (85,9%) und „Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK am Heimatort von Rehabilitand*innen“ (91,9%) mit zutreffend zurückgemeldet. Die gehäuften sehr starken Korrelationen mit diesen Items in der Befragung von 2020 könnten damit zusammenhängen, dass diese Kooperationsformen in der Stichprobe ebenfalls „Standards“ waren.

Insgesamt zeigt die Analyse viele sehr starke, starke und moderate Zusammenhänge der Kooperationsformen. Dies kann einerseits für eine bereits gute Etablierung der

SH in den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen sprechen. Andererseits sind diese Ergebnisse vor dem Hintergrund der Stichprobe zu betrachten, bei der nicht ausgeschlossen ist, dass insbesondere in der zweiten Befragung vorwiegend Rehabilitationseinrichtungen teilgenommen haben, die der SH bereits aufgeschlossen gegenüberstehen und/oder bereits erfolgreiche Netzwerke betreiben. Da die Stichprobe der Befragung von 2020 insgesamt deutlich geringer war, als die der Befragung von 2002, sind Verallgemeinerungen auf alle Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland vor allem im Jahr 2020 stark limitiert. Ein Vergleich der Korrelationen oder eine Interpretation von Veränderungen von 2002 zu 2020 ist aufgrund der Unterschiedlichkeit der Stichproben nur stark eingeschränkt möglich. Für beide Stichproben gilt jedoch, dass die Anzahl der Personen, die ein Item mit „trifft zu“ bewertet haben, Einfluss auf die Korrelationen der Items untereinander haben. Für die Korrelationen wurden deshalb jene Items der Befragungen ausgewählt, die von den meisten Einrichtungen (> 50 %) als zutreffend angegeben wurden.

Da die Kooperationsformen mit einer Zustimmung unter 50 % nicht in die Zusammenhangsanalyse einbezogen wurden, ist an dieser Stelle keine Aussage über die Zusammenhänge von bisher wenig genutzten Kooperationsformen, insbesondere der direkten Kooperationsformen zur Bereitstellung von Büroeinrichtung, zum SH-Café in der Rehabilitationseinrichtung, dem Einbezug der SH bei Fachfragen und dem Ein-

bezug der Rückmeldungen der SHZ/SHK ins Qualitätsmanagement der Rehabilitationseinrichtungen möglich.

4.3. EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ZUSAMMENARBEIT VON REHABILITATION UND SELBSTHILFE ALS FOLGERUNG DER ANALYSE DER KOOPERATIONSFORMEN

4.3.1. Für das gesamte Netzwerk

Die insbesondere in 2020 ausgeprägte Nutzung von indirekten Kooperationsmöglichkeiten sowie die deutliche Zunahme von direkten Kooperationsmöglichkeiten von 2002 bis 2020 lässt, unter Berücksichtigung der Befragungsunterschiede, ein grundlegendes Interesse und bestehendes Engagement von Rehabilitationseinrichtungen in der Kooperation mit der SH vermuten. Aufgrund möglicher Unterschiede der teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen zwischen 2002 und 2020, lässt sich nur schwer eine Aussage darüber treffen, ob die steigenden Zustimmungen zu den Kooperationsformen für eine generelle Zunahme der Zusammenarbeit stehen, sich bereits bestehende Kooperationen intensiviert haben oder durch einen stark selektiven Einbezug von sehr engagierten Einrichtungen in 2020 zustande kam.

Für das gesamte Netzwerk verdeutlichen die Befragungsergebnisse, dass die SH als Netzwerketeiligte von den jeweils befrag-

ten Einrichtungen akzeptiert und integriert ist. Es bestehen bereits gute Netzwerkaktivitäten, an die in Zukunft angeknüpft werden kann. Es besteht jedoch auch Potential zur weiteren Intensivierung, insbesondere bei manchen Formen der direkten Kooperation.

4.3.2.

Für Betroffene (Patient*innen und Selbsthilfektive)

Betroffene und deren Angehörige können davon ausgehen, dass indirekte Formen der Kooperation in den meisten Rehabilitationseinrichtungen genutzt werden. Dabei können insbesondere das Hinweisen auf die Möglichkeiten von SH, die Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK am Heimatort und das Bereitstellen von Informationsmaterial von SHZ als eine Art „Standard“ im Rehabilitationsprozess verstanden werden. Die Einbindung der SHZ/SHK in Patientenschulungsprogramme, eine offene Sprechstunde in der Rehabilitationseinrichtung oder eine Zusammenarbeit in der Beratung von Angehörigen wird zwar teilweise praktiziert, ist jedoch nur in deutlich weniger als der Hälfte der teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen Teil des Rehabilitationsprozesses. Kooperationsformen mit Präsenz der SHZ/SHK in den Rehabilitationseinrichtungen vor Ort sind somit weniger genutzte Kooperationsformen. Eine Präsenz vor Ort könnte die Sichtbarkeit der SH bei den Rehabilitand*innen und deren Angehörigen deutlich verbessern. Es gilt jedoch zu klären, durch wen eine Präsenz vor Ort über-

nommen werden kann. Sicherlich ist eine Übernahme dieser Möglichkeit durch vorrangig Ehrenamtliche in der SH nur eingeschränkt möglich.

4.3.3.

Für Kliniker*innen in Rehabilitationseinrichtungen

Insbesondere indirekte Kooperationsformen (Rehabilitand*innen auf die Möglichkeiten der SH hinweisen, Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK, Bereitstellen von Informationsmaterial von SHZ in der Rehabilitationseinrichtung) scheinen etabliert und relativ gut umsetzbar zu sein. Zur Erreichung einer flächendeckenden Vernetzung mit der SH sind zumindest diese „Standards“ der Kooperation für Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland zu empfehlen.

In Bezug auf direkte Kooperationsformen liegen Potenziale zur Intensivierung der Kooperation mit der SH vor. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass Rehabilitationseinrichtungen bisher nur selten Selbsthilfewissen in das eigene Qualitätsmanagement oder zu Fachfragen einbeziehen. Insbesondere diese Möglichkeiten sollten zukünftig stärker praktiziert werden. Zum einen könnte hierin eine gute Möglichkeit liegen, eine Zusammenarbeit mit der SH auf Augenhöhe zu verdeutlichen. Zum anderen können die Informationen aus der SH eine gewinnbringende Perspektive für die Rehabilitationseinrichtungen darstellen. Selbsthilfewissen kommt direkt von der Quelle – den Betroffenen selbst – und kann an keiner anderen

Stelle im professionellen Versorgungssystem generiert werden. Somit können die Bedarfe und Anforderungen, auch an den Rehabilitationsprozess, direkt aus Sicht der Betroffenen formuliert werden.

4.3.4.

Für Selbsthilfekontaktstellen

Wie bereits dargestellt, ist der Einbezug von Rückmeldungen durch die SH ins Qualitätsmanagement oder die Konsultation der SH bei Fachfragen bisher eher gering. Dies scheint darauf hinzuweisen, dass die Qualität der Selbsthilfeperspektive in den Rehabilitationseinrichtungen noch nicht vollumfänglich angekommen ist. Hier könnte eine Aufgabe der SHK darin liegen, dieses Wissen bei den Rehabilitationseinrichtungen einzubringen bzw. SHZ zu vermitteln, die dieses Wissen einbringen können. Dies könnte zu einer verbesserten Transparenz beitragen, dass sowohl die Rehabilitationseinrichtungen als auch die SH im Rehabilitationsprozess (und in der Nachsorge teilweise darüber hinaus) unterschiedliche Expertisen und Aufgaben haben, die nur schwer von jeweils anderen erfüllt werden können. In der Symbiose dieser Expertisen und Aufgaben kann die Effektivität und Qualität in der Versorgung Betroffener gesteigert werden, was wiederum durch den systematischen Einbezug der SH ins Qualitätsmanagement von Rehabilitationseinrichtungen messbar wird. Durch Aufklärung über diese Vorteile können SHK Kooperationen zwischen der Rehabilitation und der SH und deren Qualität fördern.

Darüber hinaus können, neben SH-Aktiven, auch Vertreter*innen von SHK dazu beitragen, dass sich die Präsenz der SH direkt vor Ort in den Rehabilitationseinrichtungen verbessert, in dem z. B. Informationsveranstaltungen für Kliniker*innen und/oder Rehabilitand*innen vor Ort durchgeführt werden.

Silke Wittmar, Bernhard Borgetto, Ann-Kathrina Brinck & Jasmin Hänel

KOOPERATION UND VERNETZUNG VON REHABILITATION UND SELBSTHILFE AUS SICHT DER NETZWERKBETEILIGTEN

Basierend auf der deutschlandweiten Online-Befragung, über deren Ergebnisse in Kapitel 3 berichtet wurde, fand im Oktober 2021 ein Online-Workshop mit 19 Vertreter*innen aus Rehabilitationseinrichtungen, aus SH (Gruppen und Verbänden), aus SHK und aus der Wissenschaft statt. Der Workshop mit dem Titel „Kooperation und Vernetzung von Reha und SH unter Einbezug digitaler Formate“ hatte zum Ziel, gemeinsam mit den Beteiligten notwendige Rahmenbedingungen und mögliche Hürden für die Stärkung der Kooperation und Vernetzung von Rehabilitation und SH, v. a. auch virtuelle Formate, zu diskutieren, unterschiedliche Ziele der Beteiligten, ihre Bedarfe und Wünsche sowie die jeweils erforderlichen Kompetenzen zu erkennen und Empfehlungen zur Förderung der digitalen (SH-)Kompetenz und Motivation und der digitalen Kooperation und Vernetzung der (wohnnahen) SH mit (wohntfernen) Reha-Maßnahmen zu entwickeln.

Dabei wurde folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Können Vernetzungsmöglichkeiten zur SH während der Rehabilitation zielführend eingesetzt werden und wenn ja, in welcher Weise?
- Was brauchen die Beteiligten bei der Vernetzung von Rehabilitation und SH?
- Wie können Rehabilitand*innen optimal auf die Nutzung von (virtuellen) Selbsthilfeaktivitäten vorbereitet werden?
- Wo liegen Hürden oder Gefahren in der Vernetzung und wie kann entsprechend damit umgegangen werden?

Im Folgenden wird über die Erkenntnisse aus dem Workshop berichtet.

Der Workshop wurde vom Institut für gesundheits- und sozialwissenschaftliche Forschung und Beratung e. V. (IFB) in Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behin-

derung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) und der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzminden/Göttingen durchgeführt. Das Vorhaben wurde durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) finanziell gefördert und unterstützt.

5.1. **EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE ZIELERREICHUNG EINER VERSTÄRKTEN KOOPERATION ZWISCHEN SELBSTHILFE UND REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN**

Vor dem Hintergrund, die Kooperation und Vernetzung zwischen Rehakliniken und SHZ, u. a. unter Nutzung digitaler Medien, zu stärken, wurde zunächst der Frage nachgegangen unter welchen Umständen die Akteur*innen zu kooperieren bereit sind. Dabei wurden förderliche bzw. begünstigende sowie hinderliche Faktoren zur Stärkung der Kooperation und Vernetzung aus Sicht der Beteiligten diskutiert.

5.1.1. **Förderliche Faktoren**

In Bezug auf das gesamte Netzwerk wurde herausgestellt, dass ein gut funktionierendes Netzwerk aus allen Beteiligten mit einer Verortung in der Region förderlich für eine Zusammenarbeit ist. Dazu erfordert es eine gute Kommunikation, insbesondere vor dem Hintergrund der Digitalisierung. Kooperationsverträge werden als ein guter „Türöff-

ner“ für die Stärkung der Zusammenarbeit gesehen. Diese können ebenso einen Anlass bieten, bestehende Kontakte zu überprüfen und ruhende Kontakte wiederaufzunehmen.

In Bezug auf die Betroffenen (Selbsthilfefaktiven) werden das Engagement und die Leidenschaft der Betroffenen für SH als Einflussfaktoren auf die Stärkung der Kooperation zwischen Rehabilitation und SH genannt. Eine Selbsthilfesprechstunde in der Rehabilitationseinrichtung, in der Rehabilitand*innen fundierte Informationen über SH einholen können, wird als möglicher Zugang gesehen. Alternativ wird die Ansprache von Rehabilitand*innen für Selbsthilfefinhalte im Rahmen von z. B. Vorträgen über sozialrechtliche Inhalte aufgezeigt. Die SH sollte sich einen festen Platz in der Rehabilitation sichern. Für möglichst viele Rehabilitand*innen sollte es die Möglichkeit geben, die Gruppe (oder Vertreter*innen) persönlich kennenzulernen. Dazu wird es als sinnvoll gesehen, individuelle Zugangswege hinsichtlich digitaler Kontaktmöglichkeiten zu schaffen (eine Person bevorzugt persönlich, eine andere digital).

In Bezug auf die Rehabilitationseinrichtungen wird das Schaffen einer Sensibilität für SH bei den Patient*innen in den Einrichtungen, z. B. durch Patient*innenschulungen oder Vorstellungen der SH vor Ort, genannt. Durch die Zertifizierung der Rehabilitationseinrichtung als „selbsthilfefreundlich“ durch das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen® (SPiG) zeige die Einrichtung,

dass sie bereits eine Haltung zur SH in der Reha entwickelt hat, wobei die Kooperation auch der weiteren Pflege bedarf, um zu gelingen. Auch unabhängig von einer Zertifizierung könnte die Ernennung eines/einer Selbsthilfebeauftragten in der Einrichtung einen Einfluss auf die Qualität der Vernetzung und Kooperation haben. Einen Einfluss auf die Stärkung habe weiterhin die verpflichtende Schulung von Klinikpersonal zu Selbsthilfemöglichkeiten. Das Interesse an freiwilligen Angeboten sei in der Vergangenheit i. d. R. gering ausgefallen.

In Bezug auf die SHK wird gutes Infomaterial zur SH zur Bereitstellung in den Rehabilitationseinrichtungen als wichtig empfunden. Um Patient*innen direkt an die SH zu vermitteln, könnte das direkte Gespräch mit dem Facharzt bzw. der Fachärztin die Kooperation stärken. Es wird der Vorschlag genannt, auch Geschäftsführer*innen von Rehabilitationseinrichtungen zum Austausch mit Selbsthilfeeinrichtungen einzuladen, was v. a. digital gut umsetzbar erscheint aufgrund flexibler Zeitplanung und dem Wegfall von Fahrzeiten. Stärkender Einfluss wird schließlich darin gesehen, dass auch SHK untereinander zusammenarbeiten, um die SH zu stützen und zu fördern.

5.1.2. Hinderliche Faktoren

In Bezug auf die Aktivitäten im gesamten Netzwerk wird es als hinderlich gesehen, wenn die Erwartungen der Beteiligten nicht

klar formuliert werden. Wenn die Arbeitsverteilung nicht gut organisiert sei, hätte dies keine stärkende Wirkung auf die Kooperation und Vernetzung. Häufig seien es die gleichen Personen, die die Arbeit erledigen und sich engagieren. Weiterhin wird es als hinderlich betrachtet, wenn unzureichendes Informationsmaterial sowohl der Rehabilitationseinrichtung als auch der SH in den jeweiligen Einrichtungen vorliegt. Sowohl in den Rehabilitationseinrichtungen als auch in den SHZ seien nicht immer die Voraussetzungen zur Umsetzung digitaler Formate gegeben. Auch bei Patient*innen vor Ort reiche die digitale Ausstattung häufig nicht aus.

In Bezug auf Rehabilitationseinrichtungen würde die Zusammenarbeit negativ beeinflusst, da die SH in der Qualitätssicherung der Kliniken „keine Rolle spiele“. Dazu komme, dass Informationen und/oder Vorträge über SH im Tagesplan der Patient*innen schwer zu platzieren und deshalb häufig zu ungünstigen Zeiten eingeplant seien (z. B. als spätabendliches Zusatzangebot). Auch sei die Art der Präsentation der SH in der Klinik nicht immer günstig (z. B. zu öffentlich, geschütztere Atmosphäre gewünscht). In Bezug auf die SH insgesamt sei es hinderlich, dass das Selbsthilfeimage als eher unattraktiv und „verstaubt“ wahrgenommen werde. Ungünstig sei, dass in der SH keine Trennung zwischen der Organisation und der eigentlichen Selbsthilfearbeit bestehe. Da die Selbsthilfearbeit vorwiegend von ehrenamtlich Tätigen ausgeübt werde, stehen nur begrenzte Ressourcen für Aktivitäten zur Verfügung.

5.2. VIELFALT DER INTERESSEN BETEILIGTER AKTEUR*INNEN

Im Netzwerk der Kooperation haben die beteiligten Akteur*innen (Selbsthilfeaktive, SHK, Rehabilitationseinrichtungen) unterschiedliche Perspektiven, Interessen und Ziele. Darüber sollte im Workshop Transparenz hergestellt werden. In aktorsbezogenen Kleingruppen wurde deshalb eingangs darüber diskutiert, welchen Nutzen die jeweiligen Beteiligten von einer Kooperation von Rehabilitation und SH haben. Im zweiten Schritt wurde erörtert, welche Aufgaben sie in der Kooperation bei sich und an welchen Stellen sie ihre Grenzen der Zuständigkeiten sehen. Im dritten Schritt wurden in den Kleingruppen die

Bedarfe ermittelt, die für eine Kooperation und die Umsetzung der zuvor beschriebenen Aufgaben erfüllt sein müssen. Die Ergebnisse des Dreischritts (vgl. Abbildung 6) werden im Folgenden aus Perspektive der einzelnen Funktionsgruppen dargestellt.

5.2.1. Nutzen der Kooperation im Netzwerk

Im ersten Schritt der Überlegungen wurde folgender Fragestellung nachgegangen: Was haben wir davon, wenn Rehabilitationseinrichtungen und SH enger zusammenarbeiten, u. a. zunehmend auch über digitale Wege? In Tabelle 11 werden die Ergebnisse der Diskussion dargestellt.

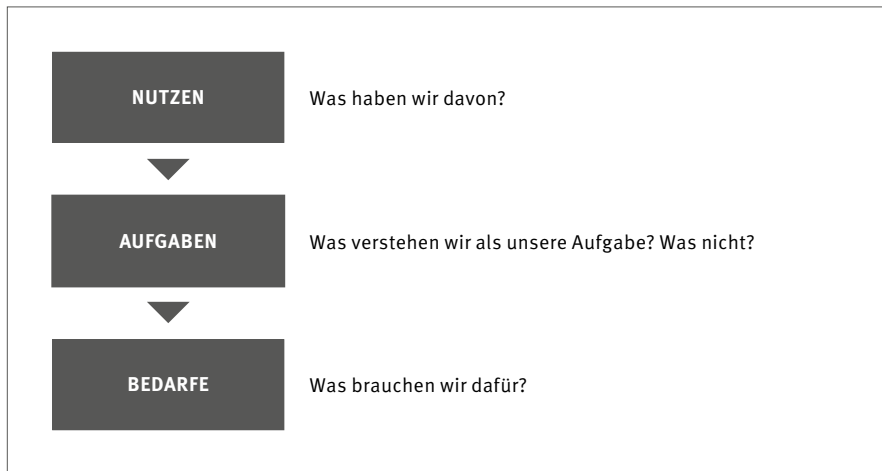


Abbildung 6: Dreischritt der Perspektiven, Interessen und Ziele der Netzwerk Beteiligten

5.2.2.

Aufgabe der Netzwerkteiligten bei der Kooperation

Im zweiten Schritt wurde über folgende Frage diskutiert: Was verstehen wir als unsere Aufgabe? Tabelle 12 auf Seite 60 zeigt die Erkenntnisse des Austauschs.

Dabei wurde auch erörtert, wo die Grenzen der einzelnen Beteiligten aus deren Sicht liegen und dabei die Frage diskutiert: Wo-für sehen wir uns nicht als zuständig an? Wo liegen unsere Grenzen? Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 auf Seite 61 zusammengefasst.

5.2.3.

Bedarfe der Beteiligten in der Kooperation

Was konkret brauchen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können? – Diese Frage stand im Zentrum des letzten Betrachtungsschritts. Tabelle 14 auf Seite 61 fasst die ermittelten Bedarfe aus Sicht der Beteiligten zusammen.

5.2.4.

Fazit

Aus der Betrachtung der Sichtweisen der unterschiedlichen Beteiligten auf den Nutzen, die Aufgaben und die Bedarfe kann folgendes Fazit formuliert werden:

Sicht der Rehabilitationseinrichtungen	Sicht der Selbsthilfe	Sicht der Selbsthilfekontaktstellen
<ul style="list-style-type: none">■ Kundenakquise■ Imagepflege■ Vertrauensbildung■ Kompetenzvermittlung	<ul style="list-style-type: none">■ schnellerer Zugang zu Betroffenen■ Möglichkeit der Unterstützung durch uns nach einer Reha■ Gewinnung von Mitgliedern (dadurch wird die Präsenz der SH gestärkt und bekommt mehr politisches Gewicht, ermöglicht ggf. mehr Erforschung des Krankheitsbildes und bessere Versorgung der Betroffenen)	<ul style="list-style-type: none">■ begünstigt die örtliche Vernetzung, aber der Benefit für die SH (Zunahme der Anfragen...) ist nicht immer klar erkennbar■ leichtere Zusammenarbeit

Tabelle 11: Nutzen der Kooperation im Netzwerk

An vielen Stellen besteht Einigkeit der Beteiligten über die Aufgaben und Grenzen der Beteiligten. Z. T. existieren dennoch unklare Zuständigkeiten und Nutzenvorstellungen. Zudem fühlen sich weder die

Vertreter*innen der SHU noch der Rehabilitationseinrichtungen in der Lage, den Rehabilitand*innen umfassende Kompetenzen zur Nutzung digitaler Medien zu vermitteln (allenfalls begrenzt möglich).

Sicht der Rehabilitationseinrichtungen	Sicht der Selbsthilfe	Sicht der Selbsthilfekontaktstellen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Nachsorge in der Klinik vorbereiten ■ Kernaufgabe des Therapiekonzeptes ■ Patient*innenerschulung, wenn diese so durchgeführt wie von der Rentenversicherung gefordert (interaktiv und mit geringer Teilnehmendenzahl), dann gibt es Möglichkeiten, um (begrenzt) Infos zur Nutzung digitaler Medien zu geben 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unterstützung bei Entscheidungsfindung der Patient*innen ■ Kontaktvermittlung ■ Auffangen mit unserer Betroffenenkompetenz ■ Verteilen von Infomaterial und Weitergabe von Informationen an Klinik-Mitarbeitende ■ sichtbar werden und aktiv auf Rehakliniken zugehen ■ in den Rehakliniken dafür werben, dass die Kontakte der Selbsthilfebüros und der SHG/-verbände auf den Websites der Kliniken erscheinen ■ Plakate im Wartebereich der Rehakliniken aufhängen mit QR-Code ■ Unterstützung durch Lobbyarbeit und Fundraising 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vermittlung zwischen SHG und Reha / Wege bereiten ■ offene Anlaufstelle für Rehakliniken, die Informationen zum Thema SH suchen ■ bei vorliegender Zertifizierung der Klinik: Durchführung von Qualitätszirkeln, Evaluation bzgl. der Erfüllung der Qualitätskriterien, Betreiben von Öffentlichkeitsarbeit etc. ■ Überprüfung/Sichtung der landesweiten Vernetzung SH/Reha (ggf. über Landeskontaktstelle) ■ Unterstützung eines strukturierten Prozesses bei der Kooperation

Tabelle 12: Aufgaben der Netzwerk Beteiligten in der Kooperation

Es bleibt an dieser Stelle offen, wie ein gemeinsames Verständnis einer gewinnbringenden Form der Zusammenarbeit für alle Beteiligten herzustellen ist. Es erscheint sinnvoll, zunächst ein gemeinsames Ziel

der Zusammenarbeit zu fokussieren. Es ist weiter zu diskutieren, wie eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe gelingen kann. Und nicht zuletzt stellt sich die Frage, wie die Bedarfe der Beteiligten, um Kooperation

Sicht der Rehabilitationseinrichtungen	Sicht der Selbsthilfe	Sicht der Selbsthilfekontaktstellen
<ul style="list-style-type: none"> keine umfassenden Schulungen zur Nutzung von digitalen Medien möglich 	<ul style="list-style-type: none"> keine medizinischen Ratschläge geben Grenzen des Ehrenamts erkennen 	<ul style="list-style-type: none"> tatsächliche Qualität der Präsentation der SH in der Reha lässt sich schwer beeinflussen und hängt stark von den in der Reha vorliegenden Strukturen und den zuständigen Personen ab

Tabelle 13: Grenzen der Aufgaben der Beteiligten in der Kooperation

Sicht der Rehabilitationseinrichtungen	Sicht der Selbsthilfe	Sicht der Selbsthilfekontaktstellen
<ul style="list-style-type: none"> Ressourcen: Personal/Geld/ Fachkompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> Wertschätzung für unser ehrenamtliches Engagement Koordinierung durch Hauptamtliche (Datenschutz, EDV etc.) Übersicht aller (SH-) Kontaktstellen zur Weiterleitung an alle Gruppen 	<ul style="list-style-type: none"> Personalkapazitäten und finanzielle Ressourcen

Tabelle 14: Bedarfe der Beteiligten in der Kooperation

besser zu gewährleisten, erfüllt werden können.

5.3. EMPFEHLUNGEN AUS SICHT DER TEILNEHMENDEN

Zum Abschluss des Workshops wurden Empfehlungen für die Kooperation und Vernetzung von Rehabilitation und SH aus Sicht der Teilnehmenden formuliert. Diese werden im Folgenden im Hinblick auf die Perspektive der generellen Netzwerkaktivitäten, auf die Perspektive der Betroffenen (Selbsthilfeaktive und Rehabilitand*innen), der Kliniker*innen sowie der SHK dargestellt.

5.3.1. Empfehlungen für die generelle Zusammenarbeit im Netzwerk

Als Empfehlungen für die generelle Zusammenarbeit der Beteiligten im Netzwerk wurde die Form der Kooperation betont. Es erscheint wichtig hervorzuheben, dass die Kooperationen in Abhängigkeit von den Beteiligten sehr unterschiedlich gestaltet sein können und auch dürfen. Jede*r Beteiligte sollte deshalb prüfen, welche Form und Tiefe für ihn/sie passt. Wenn dann die „richtigen“ Personen zusammenkommen, kann eine fruchtbare und auch spaßmachende Zusammenarbeit entstehen. Insbesondere, wo Interesse der Beteiligten besteht, sei es vielversprechend und sinnvoll,

Kooperationsaktivitäten zu vertiefen. Es sei hilfreich, die Vernetzung und eine Kooperation in kleinen Schritten zu beginnen, insbesondere auch im Hinblick auf die Digitalisierung. Bevor die digitalen Dimensionen weiterentwickelt werden könnten, sei es gewinnbringend, zunächst eine geeignete Kooperationsituation aufgebaut zu haben. Um Kooperationen und Vernetzung (weiter-) zu entwickeln, sei es aus Perspektive aller Beteiligten günstig, offen für Gespräche bezüglich einer Kooperation zu sein. Dabei scheint ein generelles Interesse aneinander und dieses auch zu zeigen genauso wichtig, wie eine Begegnung auf Augenhöhe aller Beteiligten anzustreben.

Zur Förderung der gelingenden Vernetzung wird aus Sicht der Workshopteilnehmenden empfohlen, die Bekanntheit gelingender Kooperationen zu erhöhen. Hierzu könnte auch die breiter angelegte Verbreitung von guten Ergebnissen und Erkenntnissen aus der Zusammenarbeit dienlich sein. Die politische Kraft sollte mehr genutzt werden und sich in diesem Wirkungskreis mehr Gehör verschafft werden. So könnte bspw. das Konzept der Selbsthilfefreundlichkeit politisch verankert werden (z. B. im System der Gesetzlichen Krankenkassen oder im System der Deutschen Rentenversicherung).

5.3.2. Für Betroffene (Patient*innen und Selbsthilfeaktive)

Zur Stärkung der Vernetzung und Kooperation wird insbesondere für die Selbsthilfe-

aktiven empfohlen, Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit SH zu klären, um für an SH oder einer Netzwerkzusammenarbeit Interessierte deutlich zu machen, was SH ist und leisten kann und was nicht.

Da die SH auf die Mitarbeit der Betroffenen angewiesen ist, was auch die Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen und SHK betrifft, ist es wichtig auch in diesem Zusammenhang auf die Grenzen der Möglichkeiten von Betroffenen und Selbsthilfeaktivisten im Netzwerk aufmerksam zu machen und gemeinsam zu überlegen, wie damit umgegangen werden kann. Die Zuständigkeiten und Möglichkeiten der Selbsthilfeaktivisten sowie auch der anderen Netzwerketeiligten sollten transparent sein und geklärt werden. Nicht nur, um das „verstaubte“ Image der SH zu modernisieren, sollten die Selbsthilfeaktivisten das Wertvolle und Besondere an SH verstärkt nach außen tragen. Diesen Gedanken unterstützend, auch in Bezug auf die Nutzung neuer Medien im Rahmen der zunehmenden Digitalisierung, kam die Idee auf, QR-Codes mit der Verlinkung zur Internetpräsenz von SHG und –verbänden auf Plakaten in betreffenden Rehabilitationseinrichtungen zu platzieren.

5.3.3. Für Kliniker*innen in Rehabilitationseinrichtungen

Bezogen auf die Form der Kooperation wird die Zusammenarbeit von Rehabilitationseinrichtungen und SH im Modell der Selbsthilfefreundlichkeit sehr gelobt. Rehabili-

tationseinrichtungen hätten durch die Zertifizierung die Möglichkeit über Selbsthilfekanaläle sichtbar für potentielle Rehabilitand*innen zu werden. Die Patientenschulungen, in kleinen Gruppen und interaktiv gestaltet, könnten dazu genutzt werden, kurze Informationen zur Nutzung digitaler Medien an die Rehabilitand*innen weiterzugeben, um den Weg zur wohnortnahen, aber vielleicht vom Rehabilitationsort weiter entfernten Selbsthilfemöglichkeit zu erleichtern.

Damit Vernetzung und Kooperation gelingen kann, scheint die Haltung der Klinikleitung entscheidend zu sein. Es wird empfohlen, dass die Klinikleitung hinter dem Selbsthilfegedanken stehen sollte. Aus Sicht der Rehabilitationseinrichtungen und der SH erscheint es weiterhin erfolgversprechend, Hausärzt*innen am Wohnort der Rehabilitand*innen in die Vernetzung miteinzubeziehen. So könnten die beteiligten Nachsorgestellten am Heimatort über die Rehabilitationseinrichtungen für SH sensibilisiert werden. Z. B. könnten, wie es in manchen Einrichtungen bereits üblich ist, in einem Absatz des Arztbriefes der Rehabilitationseinrichtung Informationen über bestehende Gruppen bzw. Onlineangebote an die behandelnden Ärzt*innen vor Ort weitergegeben werden.

Damit Prozesse hinsichtlich der Vernetzung von Rehabilitation und SH angestoßen werden, sollten die Angebote der SH, insbesondere im eigenen Haus, bekannt sein und von Leitungsebene aus dafür gesorgt werden, dass an verschiedenen Stellen auf

diese Angebote hingewiesen wird. Um eine Umsetzung zu vereinfachen, könnten z. B. die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung [36] genutzt werden, in deren Umfang auch Empfehlungen zur Nachsorge abgefragt werden. Es könnte bei der Deutschen Rentenversicherung angeregt werden, die ohnehin standardmäßig gestellten Fragen im Qualitätsmanagement zu nutzen und im Hinblick auf die Selbsthilfeempfehlungen zu erweitern, d. h. die Selbsthilfeempfehlungen als Qualitätskriterium aufzunehmen, um die Anbindung der SH an den Rehabilitationskontext zu stärken.

Die SH sollte sich in ihrer Arbeit darum bemühen, eine gute Qualität vorzuweisen. Dann ist es auch zu erwarten, dass sie von den Kliniken entsprechend beworben und empfohlen wird. Nicht zuletzt wird aus der Runde der Workshopteilnehmenden darauf hingewiesen, dass die Kontaktstellen mehr Geld und andere Ressourcen benötigen würden, um breiter und nachhaltiger vermitteln zu können.

5.3.4. Für Selbsthilfekontaktstellen

Mit dem Fokus auf den SHK wird von den Workshopteilnehmenden empfohlen, sich als Kontaktstelle einen Überblick über bestehende Netzwerke in der Region zu verschaffen und ggf. bei einer Kontaktaufnahme nicht nur einzelne Beteiligte, sondern weitere Netzwerketeiligte anzusprechen. Für ein gegenseitiges Kennenlernen sei es vielversprechend, Selbsthilfevertreter*innen aus den Rehabilitationseinrichtungen zu Veranstaltungen einzuladen. Ebenso sei es empfehlenswert für die Kontaktstellenvertreter*innen, sich auf Tagungen im Rehabilitationskontext vorzustellen, um sich anzunähern und das gegenseitige Verständnis zu befördern. SHK sollten generell verstärkt in den Kontakt mit Rehabilitationseinrichtungen treten.

Jasmin Hänel, Silke Wittmar, Ann-Kathrina Brinck & Bernhard Borgetto

AUFBAU, VERSTETIGUNG UND WEITERENTWICKLUNG DER KOOPERATION UND VERNETZUNG VON REHABILITATION UND SELBSTHILFE: EIN PROZESSMODELL

Aus den vorangegangenen Beiträgen gehen zahlreiche Impulse zur Stärkung der Vernetzung von Rehabilitation und SH hervor. Zusammenfassend sollen in diesem Kapitel die Ergebnisse zu einem Prozess des Aufbaus, der Verstetigung und der Weiterentwicklung von Kooperationen zwischen Rehabilitation und SH zusammengefügt werden (Abbildung 7 auf Seite 70). Der beschriebene Prozess ist als ein sich wiederholender Prozess zu verstehen. Zudem wird auf die Möglichkeiten und Grenzen der Nutzung virtueller Angebote in der Kooperation eingegangen.

Aus allen Beiträgen geht hervor, dass Wissens- und Informationslücken ein wesentliches Hindernis für die Kooperation darstellen. Daher gilt es in einem ersten Schritt Transparenz bei den jeweiligen Akteur*innen zu schaffen und Wissen zu vermitteln (Schritt 1 in Abbildung 7). Sowohl in der VERS-Befragung von 2002 [5, 6] als auch in

der VERS 2.0-Befragung von 2020 (Kapitel 3) werden Wünsche der Rehabilitationseinrichtungen laut, Wissen über SH stärker in Bildungsmaßnahmen des Gesundheitswesens zu integrieren. In regelmäßigen Schulungen von Personal in Reha-kliniken können nicht nur Wissen über die SH, ihre Arbeitsweisen, Strukturen und Wirkungsweisen vermittelt werden, sondern auch die gesetzlichen Grundlagen, die möglichen Vorteile einer Kooperation und Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. über SHK). Wenn bereits Kontakte zur SH bestehen, können die Schulungen von Vertreter*innen aus den SHZ und/oder den SHK mitgestaltet werden. Solche Schulungen wurden z. B. von der psychosomatischen Reha-klinik St. Franziska-Stift in der Umsetzung der Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit als besonders erfolgreich hervorgehoben [10]. Aus dem Workshop vom Oktober 2021 (Kapitel 5) geht hervor, dass Schulungen in Rehabili-

tationseinrichtungen zum Thema SH als verpflichtendes Format befürwortet werden.

Wie aus der Literatur deutlich wird (Kapitel 2), können auch Vorurteile gegenüber dem professionellen Versorgungssystem auf Seiten der SH bestehen. Wie diese am besten adressiert werden können bzw. welche Modelle hier wegweisend sind, dazu liegen bislang noch keine konkreten Vorschläge vor. Das Signalisieren von Aufgeschlossenheit und Interesse an der SH durch Vertreter*innen aus dem professionellen Versorgungssystem und positive Erfahrungen von Selbsthilfeaktivisten im Austausch mit Professionellen dürften jedoch förderlich wirken. Im Workshop 2021 wurden Offenheit und eine Begegnung auf Augenhöhe von den Netzwerkakteur*innen als eine Grundvoraussetzung einer gelingenden Kooperation herausgestellt (Kapitel 5). Aus dieser Grundhaltung heraus kann es gelingen, Vertreter*innen der Rehabilitation und der SH für eine Kooperation zu sensibilisieren und zu motivieren. Um eine bestehende Kooperation auf Augenhöhe zu verstetigen, können die bisher noch selten genutzten Kooperationsmöglichkeiten des Einbezugs von Perspektiven aus der SH in den Rehabilitationsprozess sowie ins Qualitätsmanagement förderlich sein (Kapitel 4).

Sind das Interesse und die Motivation bzgl. einer Kooperation auf Seiten der Rehabilitation und der SH vorhanden, gilt es in einem nächsten Schritt Kontakt zu potenziellen Kooperationspartner*innen aufzunehmen, was sowohl durch die SH als auch

durch die Rehabilitationseinrichtungen erfolgen kann. Es gilt Strukturen für eine Kooperation zu schaffen und ein Netzwerk aufzubauen (Schritt 2 in Abbildung 7 auf Seite 70). Bei bereits bestehenden Netzwerken ist es wichtig, das Interesse und die Motivation der Netzwerkteilnehmer in der Vernetzung aufrecht zu erhalten, um so das Fortbestehen der Kooperation langfristig zu sichern. SHK können in diesem Prozess unterstützen, indem sie sich einen Überblick über bestehende Netzwerke in der Region verschaffen (Kapitel 5) und in der Kooperationsanbahnung und -aufrechterhaltung unterstützen. Eine unterstützende Institution wurde von vielen Einrichtungen in der Online-Befragung von 2020 gewünscht (Kapitel 3). Gleichzeitig muss jedoch erwähnt werden, dass es wegen begrenzter finanzieller, zeitlicher und personeller Ressourcen für SHK sinnvoller sein kann, sich mehr auf die Unterstützung bestehender Kooperationen zu konzentrieren als neue Kooperationen anzubahnen (Kapitel 5). Neben der Unterstützung durch SHK kann es weiterhin hilfreich sein, wenn es in den Rehabilitationseinrichtungen einen/eine Ansprechpartner*in für SH gibt, welche/r Informationen zur SH zur Verfügung stellt und die Kontakte und Kooperation zur SH pflegt. Die Benennungen eines/einer Ansprechpartner*in ist ein erprobtes Qualitätskriterium der Selbsthilfefreundlichkeit [9, 11]. Grundlage einer gelingenden Kooperation ist es weiterhin, ein gemeinsames Verständnis der Kooperation zu entwickeln. Erwartungen und Wünsche an die Kooperation sollten seitens der Akteur*innen transparent gemacht und aufeinander abge-

stimmt werden (Kapitel 5). Aus allen Beiträgen dieser Broschüre wird deutlich, dass zeitliche, finanzielle, personelle, räumliche und materielle Ressourcen eine große Rolle spielen, ob, in welchem Ausmaß und in welcher Form eine Kooperation zwischen der Rehabilitation und der SH realisierbar ist. Es ist daher unbedingt notwendig, dass sich alle Netzwerkbeteiligten einen Überblick über die zur Verfügung stehenden Ressourcen verschaffen.

Nachfolgend können auf Basis des gemeinsamen Grundverständnisses und der vorhandenen Ressourcen konkrete und realistische Ziele gesetzt werden und die inhaltliche Gestaltung der Kooperation geplant werden (Schritt 3 in Abbildung 7 auf Seite 70). Je nach Möglichkeiten und Präferenzen der Akteur*innen können verschiedene indirekte und direkte Kooperationsformen geplant werden (Tabelle 15). Insbesondere das niedrigschwellige Hinweisen auf SH stellt eine praktikable und weitreichend praktizierte Form der Kooperation dar (Kapitel 2, 3, 4 und 5), die als Einstieg in eine Kooperation höchstwahrscheinlich erfolgreich umgesetzt werden kann. Auch die in-

direkten Kooperationsformen des Bereitstellens von Informationsmaterial von SHZ in Rehabilitationseinrichtungen und die Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen können als empfehlenswerte und leicht umzusetzende Standards hervorgehoben werden (Kapitel 4). Direkte Formen werden weniger häufig praktiziert, was möglicherweise durch begrenzte Ressourcen bedingt sein kann. Eine direkte Form der Kooperation, die sowohl in 2002 als auch in 2020 eine sehr starke Korrelation mit der indirekten Form der Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK aufwies, war die aktive Vermittlung von Rehabilitand*innen an SZ und SHK am Heimatort (Kapitel 4). Die aktive Vermittlung von Rehabilitand*innen erscheint als eine gut umsetzbare und empfehlenswerte Form der direkten Kooperation. Neben den Formen der Kooperation (indirekt/direkt) kann geplant werden, welche Formate in welchem Umfang in der Kooperation genutzt werden sollen (analog/virtuell). Gegebenenfalls kann im Zuge der Zielsetzung und Planung der Kooperation eine schriftliche Kooperationsvereinbarung geschlossen werden, um Verbindlichkeiten zu schaffen.

Indirekte Kooperationsformen	Direkte Kooperationsformen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Öffentlichkeit in den Rehabilitationseinrichtungen für das Thema SH herstellen ■ Informationsmaterial bereitstellen (auch online möglich) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ direkte Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ und SHK am Heimatort ■ Vorträge von Kliniker*innen in SHZ ■ Teilnahme von Kliniker*innen an Gruppentreffen

<ul style="list-style-type: none"> ■ Rehabilitand*innen auf die Möglichkeiten hinweisen, die SH bietet ■ Empfehlung von SHZ und SHK durch Kliniker*innen ■ Weitergabe von Kontaktmöglichkeiten zu SHZ und SHK (z. B. Adressen, Mailadressen, Telefonnummern) ■ Empfehlung von Rehabilitations-einrichtungen durch SHZ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ zeitweilige Anleitung von SHG durch Kliniker*innen ■ Beratung von SHZ durch Kliniker*innen ■ Beratung von Kliniker*innen durch SHZ und/oder SHK ■ Unterstützung bei der Gründung von SHG ■ Bereitstellung von Büroeinrichtung, Sachmitteln, Hardware, Software, Räumlichkeiten (auch virtuell) für die SH ■ Mithilfe bei der Öffentlichkeitsarbeit von SHZ und SHK ■ regelmäßige Termine, zu denen SHZ sich in den Einrichtungen vorstellen (u. a. in Schulungen von Rehabilitand*innen und Mitarbeiter*innen) ■ offene Sprechstunde von SHZ/SH-Café ■ Beratung und Betreuung von Betroffenen und ihren Angehörigen in Einrichtungen durch SHZ ■ gemeinsame Gestaltung von Angeboten und Veranstaltungen ■ gegenseitiger Informationsaustausch ■ Einladung von SHZ-Mitgliedern zu Veranstaltungen von Einrichtungen (z. B. Tagungen, Seminare, Webinare) ■ gemeinsame Aufklärung der Öffentlichkeit über Gesundheitsprobleme ■ Zusammenarbeit in Fachgremien und Arbeitsgruppen ■ systematische Einbindung von Rückmeldungen aus SHZ und SHK ins Qualitätsmanagement von Kliniken ■ schriftliche Kooperationsvereinbarung
---	--

Tabelle 15: Indirekten und direkten Kooperationsformen (adaptierte und ergänzte Auflistung nach Borgetto, 2007 [17])

Im nächsten Schritt werden die geplanten Inhalte der Kooperation umgesetzt (Schritt 4 in Abbildung 7 auf Seite 70). Da insbesondere Rehabilitand*innen angesprochen werden sollen, gilt es diese über die Möglichkeiten in der Kooperation mit der SH aufzuklären. Die Kapitel 2 und 5 geben Hinweise darauf, dass es durch Unwissenheit und Vorurteile sowie durch das teilweise „angestaubte“ Image der SH zu Nutzungsbarrieren seitens der Rehabilitand*innen kommen kann. Daher sollten Rehabilitand*innen allgemein über SH aufgeklärt werden und Möglichkeiten für diese geschaffen werden, bereits während der Rehabilitation (positive) Erfahrungen mit der SH zu machen. Sowohl von den Rehabilitationseinrichtungen als auch von der SH können die Möglichkeiten und Angebote aktiv beworben werden. Hierdurch ist nicht nur denkbar, dass Rehabilitand*innen den Zugang zur SH finden, sondern ebenso, dass Selbsthilfefaktive auf Rehabilitationsangebote aufmerksam gemacht werden. Dieser gegenseitige Nutzen wird bereits in der bestehenden Literatur aus dem Jahr 2007 betont [15, 39].

Abschließend sollte die aufgebaute Kooperation bewertet werden (Evaluation): Inwiefern konnten die Ziele erreicht werden? Welche Faktoren haben sich als förderlich und welche als hinderlich herausgestellt? Was könnte Barrieren (weiter) abbauen, was die Kooperation (weiter) fördern? In der Evaluation sollte sowohl die Perspektive der Rehabilitationseinrichtung als auch der SH systematisch einbezogen werden (Kapitel 4). Erfolgreiche Operationskonzepte können ins Qualitäts-

managementsystem der Einrichtungen aufgenommen werden, um die Qualität langfristig zu sichern und die Kooperation mit der SH zu verstetigen (Schritt 5 in Abbildung 7 auf Seite 70).

Der beschriebene Prozess ist als ein sich wiederholender Prozess zu verstehen, wodurch Änderungen in den Rahmenbedingungen der Kooperation, wie z. B. auch den Möglichkeiten des Einbezugs virtueller Formate, Rechnung getragen werden können. In der Literatur sind virtuelle Möglichkeiten als Lösungsstrategien in Bezug auf Mobilitätsbarrieren in der Kooperation benannt (Kapitel 2). Weiterhin zeigte die VERS 2.0-Online-Befragung von 2020, dass hohe Potenziale im Einbezug bisher kaum genutzter virtueller Möglichkeiten liegen (Kapitel 3). Die Entwicklung und Rolle virtueller Möglichkeiten in der Vernetzung von Rehabilitation und SH sowie Verantwortlichkeiten in der Vermittlung virtueller Formate sind jedoch noch weitgehend unklar (Kapitel 5). Grundsätzlich stellt sich die Frage, wer die digitale Kompetenzentwicklung im Gesundheitssystem bei Patient*innen übernimmt. Eine Schulung digitaler Kompetenzen ist auch außerhalb des Rehabilitationskontexts denkbar (z. B. durch Angebote der Krankenkassen). Durch die Entwicklung digitaler Kompetenzen können nicht nur individuelle Patient*innen, sondern das Gesundheitssystem insgesamt profitieren, denn durch digitale Kompetenzen können Betroffene Informationen und Vernetzungsmöglichkeiten auf virtuellem Weg in Anspruch nehmen, was wiederum zur Entwicklung von deren Ge-



Abbildung 7: Prozess des Aufbaus, der Verstetigung und der Weiterentwicklung von Kooperationen zwischen Rehabilitation und Selbsthilfe

sundheitskompetenz beiträgt. Die Barrieren in der Nutzung virtueller Möglichkeiten und die Frage nach Lösungsstrategien bzgl. der digitalen Kompetenzentwicklung sind daher nicht nur im Kontext der Kooperation von Rehabilitation und SH zu sehen, sondern betreffen die Gesundheitsversorgung insgesamt.

LITERATUR

- [1] **Borgetto B, Brinck A-K, Hänel J, Wittmar S.**
Vernetzung und Kooperation von Rehabilitation und Selbsthilfe.
Broschüre zur Vernetzung von Rehabilitation und Selbsthilfe.
Im Internet: www.bag-selbsthilfe.de/fileadmin/user_upload/_Politische_INTERESSENVERTRETUNG/Behindertenpolitik/SGB_IX_Rehabilitation/Vernetzung_und_Kooperation_von_Rehabilitation_und_Selbsthilfe_230117.pdf;
Stand: 22.06.2023
- [2] **Bundestag.**
Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (Artikel 1 des Gesetzes v. 23. Dezember 2016, BGBl. I S. 3234) (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX). SGB IX vom 23.12.2016
- [3] **Borgetto B, Wünsche I, Schwinn S, Pfingsten A.**
Selbsthilfe. In: Razum O, Kolip P, Hrsg. Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2020: 932–952
- [4] **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V.**
Förderung der Selbsthilfe gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX. Gemeinsame Empfehlung. Frankfurt am Main; 2019
- [5] **Klein M, Borgetto B.**
Kooperation von Rehabilitationskliniken und Selbsthilfefzusammenschlüssen – Ergebnisse der schriftlichen Befragungen. In: Borgetto B, Klein M, Hrsg. Rehabilitation und Selbsthilfe; 2007: 59–79

- [6] **Klein M.**
Selbsthilfe und Rehabilitation. Perspektiven einer Zusammenarbeit.
In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.,
Hrsg. Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004. Gießen; 2004: 124–131
- [7] **Wünsche I, Hänel J, Wittmar S, Borgetto B.**
Potenziale und Grenzen virtueller Selbsthilfe – Selbsthilfeaktivitäten
unter dem Einfluss der Coronaschutzmaßnahmen.
internistische praxis 2022; 64: 688–699
- [8] **Trojan A.**
Selbsthilfegruppen als Akteure für mehr Kooperation und Integration.
In: Brandhorst A., Hildebrandt H., Luthé E. W., Hrsg. Kooperation und
Integration. Das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens.
Wiesbaden: Springer; 2017: 167–189
- [9] **Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung
im Gesundheitswesen.**
Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen.
Konzept. Netzwerk. Ziele.
Im Internet: [www.selbsthilfefreundlichkeit.de/wp-content/uploads/
2020/12/spig-netzwerkbroschuere-2020-web.pdf](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de/wp-content/uploads/2020/12/spig-netzwerkbroschuere-2020-web.pdf)
- [10] **Anton E.**
Kooperation einer psychosomatischen Reha-Klinik mit Selbsthilfegruppen.
In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.,
Hrsg. Selbsthilfegruppenjahrbuch 2020. Gießen; 2020: 84–91
- [11] **Bobzien M, Trojan A.**
„Selbsthilfefreundlichkeit“ als Element patientenorientierter Rehabilitation –
Ergebnisse eines Modellversuchs. Rehabilitation (Stuttg) 2015;
54: 116–122. doi:10.1055/s-0034-1398515
- [12] **Klein M.**
Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen durch Kooperation von Rehabilitation
und Selbsthilfe. In: Borgetto B, Hrsg. Gesundheitswissenschaften und
Gesundheitsselfhilfe. Bd. 15. Schriftenreihe der „Deutschen Koordinierungs-
stelle für Gesundheitswissenschaften“ an der Abteilung für medizinische
Soziologie der Universität Freiburg; 2004: 192–206
- [13] **Renner A.**
Die Gesundheitsselfhilfe in Deutschland als Brücke zwischen Betroffenen,
Fachleuten und Politik. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin,
Kurortmedizin 2013; 23: 307–311

- [14] **Möller B.**
Kooperation aus Sicht der Selbsthilfekontaktstellen.
In: Borgetto B, Klein M, Hrsg. Rehabilitation und Selbsthilfe; 2007
- [15] **Buschmann-Steinhage R.**
Bedeutung der Selbsthilfe für die Rehabilitation aus der Sicht der Rentenversicherung. In: Borgetto B, Klein M, Hrsg. Rehabilitation und Selbsthilfe; 2007: 100–110
- [16] **Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen.**
Selbsthilfefreundliche Rehabilitationsklinik. Qualitätskriterien für mehr Patientenorientierung. Im Internet: www.selbsthilfefreundlichkeit.de/wp-content/uploads/2020/12/flyer_shf_rehabilitationsklinik_2021.pdf; Stand: 31.05.2022
- [17] **Borgetto B.**
Kooperation von Gesundheitsversorgung und Selbsthilfe – Stand der Forschung.
In: Borgetto B, Klein M, Hrsg. Rehabilitation und Selbsthilfe; 2007: 121–138
- [18] **Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.**
Handlungsleitfaden für die gesundheitliche Selbsthilfe zur Mitwirkung von Betroffenen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation; 2015
- [19] **Trojan A.**
Selbsthilfe im Qualitätsmanagement von Gesundheitseinrichtungen verankern!
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. 2019
- [20] **Kofahl C, Trojan A, Nickel S, et al.**
Self-help friendliness: A german approach for strenghtening the the cooperation between self-help groups and health care professionals.
Social Science and Medicine 2014: 217–225
- [21] **Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.**
Strategiepapier: Selbsthilfe und Rehabilitation; 2018
- [22] **Lippert-Grüner M, Terhaag D.**
Selbsthilfegruppen als Bestandteil der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation nach erworbener Hirnschädigung.
Rehabilitation (Stuttg) 2001; 40: 50–53. doi:10.1055/s-2001-12125
- [23] **Borgetto B, Klein M.**
Entwicklung und Verbreitung von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen und -organisationen in Deutschland.
In: Borgetto B, Klein M, Hrsg. Rehabilitation und Selbsthilfe; 2007: 19–57
- [24] **Borgetto B, Klein M.**
Rehabilitation und Selbsthilfe; 2007

- [25] **Glasow C, Borgetto B.**
Das Pulsnitzer Kooperationsmodell in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen.
In: Borgetto B, Klein M, Hrsg. Rehabilitation und Selbsthilfe; 2007: 88–96
- [26] **Seidel G.**
Selbsthilfe und Rehabilitation; 2018
- [27] **Trojan A.**
Selbsthilfefreundlichkeit in ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung. Wird die Kooperation mit der Selbsthilfe in Qualitätsmanagementsystemen berücksichtigt? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2019; 62: 40–48
- [28] **Arbeitsgemeinschaft für Krebsforschung.**
Selbsthilfe digital für Menschen mit Darmkrebs oder Stoma.
Im Internet: www.argekrebsnw.de/digitales-selbsthilfe-angebot-fuer-menschen-mit-darmkrebs-oder-stoma/
- [29] **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V.**
Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX
- [30] **Lindow B, Naumann B, Klosterhuis H.**
Kontinuität der rehabilitativen Versorgung – Selbsthilfe und Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation der Rentenversicherung.
In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Hrsg. Selbsthilfegruppenjahrbuch 2011. Gießen; 2011: 120–133
- [31] **SoSci Survey GmbH.**
SoSci Survey. Der Online Fragebogen.
Im Internet: www.soscisurvey.de/; Stand: 27.01.2021
- [32] **Haanel J, Wittmar S, Wuensche I, Borgetto B.**
Deutschlandweite Befragung zur Vernetzung und Kooperation von Rehabilitation und Selbsthilfe (VERS 2.0): Ein Überblick über Meinungen, Kontakte und Kooperationen von Rehabilitationseinrichtungen in Bezug auf Selbsthilfe. Rehabilitation (Stuttg) 2023; 62: 13–21. doi:10.1055/a-1710-0964
- [33] **Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen.**
Willkommen im Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit – ein Netzwerk für mehr Patientenorientierung!
Im Internet: www.selbsthilfefreundlichkeit.de/; Stand: 20.03.2021
- [34] **Schäfer A, Schöttker-Königer T.**
Statistik und quantitative Methoden für Gesundheitsfachberufe. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015. doi:10.1007/978-3-662-45519-7

[35] Alexander Mühlhause.

Selbsthilfefreundlichkeit wird neues Bewertungskriterium.

Im Internet: <https://www.qualitaetskliniken.de/news/selbsthilfefreundlichkeit-wird-neues-bewertungskriterium>; Stand: 03.06.2023

[36] Deutsche Rentenversicherung Bund.

Reha-Therapiestandards (RTS). Garantie für eine qualitativ hochwertige Rehabilitation. Im Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rts.html; Stand: 03.06.2023

[37] Deutsche Rentenversicherung Bund.

Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz.

Im Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_rehatherapiestandards/Rueckenschmerz/rts_rueckenschmerz_download.pdf?__blob=publicationFile&v=1; Stand: 04.06.2023

[38] Eid M, Gollwitzer M, Schmitt M.

Statistik und Forschungsmethoden. Mit Online-Materialien.

5. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz; 2015

[39] Buschmann-Steinhage R.

Rehabilitation und Selbsthilfe. Public Health Forum 2007; 15: 22–23.

doi:10.1016/j.phf.2007.03.014

GLOSSAR

■ **Selbsthilfegruppen (SHG)**

sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher/regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen richten, von denen sie selbst oder als Angehörige betroffen sind.

■ **Selbsthilfeorganisationen (SHO)**

sind Organisationen/Verbände mit überregionaler Interessenvertretung, oft größeren Mitgliederzahlen und bestimmten Rechtsformen (meist eingetragener Verein).

■ **Selbsthilfefzusammenschlüsse (SHZ)**

umfassen SHG und SHO.

■ **Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen (SHU)**

sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Unterstützungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal. Sie umfassen alle Einrichtungen, die als Haupt- oder Nebenaufgabe auf die Förderung und Stabilisierung von Selbsthilfeaktivitäten abzielen. **Selbsthilfekontaktstellen (SHK)** sind Einrichtungen, die diese Aufgaben als Hauptaufgaben und diese mit entsprechend qualifiziertem Personal wahrnehmen. Sie stellen themen- bzw. indikationsübergreifend Dienstleistungsangebote bereit.

■ **Virtuelle Selbsthilfe**

umfasst Information und Austausch von SHG und SHO über das Internet. Es werden verschiedene Technologien zur Kommunikation genutzt, welche eine zeitgleiche (z. B. über Video-Chat) oder zeitlich versetzte (z. B. über Foren, E-Mails) virtuelle Kommunikation ermöglichen. Eine häufige Form sind Internetforen. In diesen kann man von den eigenen Erfahrungen berichten, Fragen stellen und Gleichbetroffene kennenlernen. Virtuelle Selbsthilfe verfolgt keine kommerziellen Ziele.

■ **Mit Kontakten**

zwischen einer Rehabilitationseinrichtung und SHZ/SHK sind alle Formen der direkten Kommunikation von Personen aus beiden Bereichen gemeint.

■ **Mit einer Kooperation**

zwischen einer Rehabilitationseinrichtung und SHZ/SHK sind etablierte Formen der Zusammenarbeit gemeint, die über das Hinweisen der Rehabilitand*innen auf SHZ/SHK oder den gelegentlichen Kontakt von Mitarbeiter*innen der Einrichtung zu SHZ/SHK hinausgehen. Eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit der Rehabilitationseinrichtung mit SHZ/ SHK muss hierbei nicht vorliegen.

ANHANG

Items	Trifft zu % (n)		Prozent- satz- diff. %	p-Wert	Fehlend n (%)	
	2002	2020			2002	2020
Wir weisen in eigenen Informationsmaterialien auf SHZ hin [†]	7,9 (37)	52,5 (52)	44,6	0,000 ^a	32 (6,82)	3 (3,03)
Öffentlichkeit für das Thema Selbsthilfe herstellen [†]	53,7 (252)	66,7 (66)	13,0	0,016 ^a	20 (4,26)	4 (4,04)
Rehabilitand*innen auf die Möglichkeiten hinweisen, die Selbsthilfe bietet [†]	92,1 (432)	100,0 (99)	7,9	0,008 ^b	10 (2,13)	0
Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen	84,9 (398)	91,9 (91)	7,0	0,100 ^a	11 (2,35)	1 (1,01)
Bereitstellen von Informationsmaterial von SHZ in der Rehabilitationseinrichtung	80,6 (378)	85,9 (85)	5,3	0,312 ^a	11 (2,35)	1 (1,01)

Weitergabe von Informationsmaterial über Ihre Rehabilitationseinrichtung an SHZ/SHK	65,5 (307)	64,7 (64)	-0,8	0,856 ^a	15 (3,20)	3 (3,03)
Andere Möglichkeiten: (Freitextfeld)	/	7,1 (7)	/	/	/	89 (89,90)

Anhang 1: Erweiterte Darstellung genutzter Möglichkeiten des Hinweisens auf Selbsthilfe in den Rehabilitationseinrichtungen der Befragten in 2002 (n=469) und in 2020 (n=99)

^aChi2-Test, ^bFishers exakter Test | [†]p<0,05

Items	Trifft zu % (n)		Prozent- satz- diff. %	p-Wert	Fehlend n (%)	
	2002	2020			2002	2020
Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ und SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen [†]	65,7 (308)	96,0 (72)	30,3	0,000 ^a	14 (2,99)	1 (1,33)
Regelmäßige Termine, zu denen SHZ sich in unserer Einrichtung vorstellen [†]	32,2 (151)	54,7 (41)	22,5	0,000 ^a	21 (4,48)	2 (2,67)
Einbindung von SHZ und SHK in Patientenschulungsprogramme [†]	20,0 (94)	41,3 (31)	21,3	0,000 ^a	22 (4,69)	2 (2,67)
Bereitstellung von Räumen für Gruppentreffen, Veranstaltungen (hierunter zählen auch virtuelle Räume) [†]	55,0 (258)	76,0 (57)	21,0	0,001 ^a	13 (2,77)	1 (1,33)
Gegenseitiger Informationsaustausch [†]	64,2 (301)	82,7 (62)	18,5	0,005 ^a	17 (3,62)	0
Rückmeldungen aus SHZ und SHK fließen systematisch in unser Qualitätsmanagement ein. [†]	15,1 (71)	33,3 (25)	18,2	0,000 ^a	29 (6,18)	0

Hilfe bei der Gründung von Gruppen [†]	24,5 (115)	40,0 (30)	15,5	0,007 ^a	17 (3,62)	1 (1,33)
Zusammenarbeit in Fachgremien oder Arbeitskreisen	51,2 (240)	65,3 (49)	14,1	0,053 ^a	19 (4,05)	0
Zusammenarbeit bei der Beratung von Angehörigen [†]	30,9 (145)	44,0 (33)	13,1	0,049 ^a	21 (4,48)	0
Begleitung/Beratung von Gruppen	42,4 (199)	54,7 (41)	12,3	0,064 ^a	15 (3,20)	1 (1,33)
Andere Möglichkeiten der Kooperation: (Freitextfeld) [†]	11,1 (52)	18,7 (14)	7,6	0,000 ^a	3 (0,64)	29 (38,67)
Bereitstellung von Büroeinrichtung/Sachmitteln/Hardware/Software (Telefon, Kopiergerät, PC, Programme etc.)	13,7 (64)	20,0 (15)	6,3	0,181 ^a	20 (4,26)	1 (1,33)
Offene Sprechstunde von SHZ/ Selbsthilfe-Café in unserer Einrichtung	17,7 (83)	24,0 (18)	6,3	0,235 ^a	19 (4,05)	1 (1,33)
Einladung von SHZ-Mitgliedern zu von unserer Einrichtung organisierten Veranstaltungen (Tagungen, Seminare, Webinare etc.)	51,8 (243)	56,0 (42)	4,2	0,762 ^a	20 (4,26)	0
Gemeinsame Gestaltung von Angeboten oder Veranstaltungen, z. B.: (Freitextfeld)	35,4 (166)	34,7 (26)	0,7	0,132 ^a	45 (9,59)	23 (30,67)
SHZ-Mitglieder beraten uns in Fachfragen (z. B. zu seltenen Erkrankungen)	17,3 (81)	17,3 (13)	0	0,882 ^a	26 (5,54)	1 (1,33)
Zeitweilige Anleitung von Gruppen	30,3 (142)	24,0 (18)	-6,3	0,215 ^a	18 (3,84)	1 (1,33)

Anhang 2: Erweiterte Darstellung genutzter Kooperationsmöglichkeiten mit Selbsthilfe in den Rehabilitationseinrichtungen der Befragungen in 2002 (n=469) und in 2020 (n=75)

^aChi2-Test, ^bFishers exakter Test | [†]p<0,05

	HS02 _01	HS02 _02	HS02 _03	HS02 _04	HS02 _05	KS04 _01	KS04 _02	KS04 _03	KS04 _08	KS04 _14
HS02 _01	1,00 449									
HS02 _02	0,65 [†] 0,00 448	1,00 458								
HS02 _03	0,73 [†] 0,00 447	0,85 [†] 0,00 456	1,00 459							
HS02 _04	0,51 [†] 0,00 446	0,71 [†] 0,00 455	0,87 [†] 0,00 457	1,00 458						
HS02 _05	0,61 [†] 0,00 445	0,59 [†] 0,00 453	0,696 [†] 0,00 453	0,46 [†] 0,00 452	1,00 454					
KS04 _01	0,75 [†] 0,00 445	0,69 [†] 0,00 450	0,69 [†] 0,00 449	0,48 [†] 0,00 448	0,68 [†] 0,00 448	1,00 452				
KS04 _02	0,58 [†] 0,00 443	0,52 [†] 0,00 448	0,55 [†] 0,00 447	0,40 [†] 0,00 446	0,53 [†] 0,00 445	0,74 [†] 0,00 448	1,00 450			
KS04 _03	0,51 [†] 0,00 444	0,58 [†] 0,00 453	0,696 [†] 0,00 454	0,81 [†] 0,00 453	0,495 [†] 0,00 450	0,46 [†] 0,00 446	0,38 [†] 0,00 444	1,00 455		
KS04 _08	0,56 [†] 0,00 446	0,67 [†] 0,00 453	0,66 [†] 0,00 455	0,35 [†] 0,00 454	0,57 [†] 0,00 451	0,64 [†] 0,00 449	0,46 [†] 0,00 446	0,38 [†] 0,00 451	1,00 456	
KS04 _14	0,61 [†] 0,00 441	0,63 [†] 0,00 448	0,64 [†] 0,00 448	0,46 [†] 0,00 447	0,64 [†] 0,00 447	0,76 [†] 0,00 444	0,62 [†] 0,00 443	0,45 [†] 0,00 445	0,67 [†] 0,00 448	1,00 449

Anhang 3: Korrelationsmatrix (Datensatz 2002)

Zahlenwerte pro Feld: r_{tet} (Korrelationskoeffizient) | p-Wert | n (Stichprobengröße)

[†]p<0,05

HSo2_01: Öffentlichkeit für das Thema Selbsthilfe herstellen

HSo2_02: Bereitstellen von Informationsmaterial von SHZ in der Rehabilitationseinrichtung

HSo2_03: Rehabilitand*innen auf die Möglichkeiten hinweisen, die Selbsthilfe bietet

HSo2_04: Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen

HSo2_05: Weitergabe von Informationsmaterial über Ihre Rehabilitationseinrichtung an SHZ/SHK

KSo4_01: Gegenseitiger Informationsaustausch

KSo4_02: Zusammenarbeit in Fachgremien oder Arbeitskreisen

KSo4_03: Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ und SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen

KSo4_08: Bereitstellung von Räumen für Gruppentreffen, Veranstaltungen

(hierunter zählen auch virtuelle Räume)

KSo4_14: Einladung von SHZ-Mitgliedern zu von unserer Einrichtung organisierten Veranstaltungen (Tagungen, Seminare, Webinare etc.)

	HS02 _01	HS02 _02	HS02 _04	HS02 _05	HS02 _06	KS04 _01	KS04 _02	KS04 _03	KS04 _06	KS04 _08	KS04 _13	KS04 _14
HS02 _01	1,00 95											
HS02 _02	0,54 [†] 0,01 95	1,00 98										
HS02 _04	-0,03 1,00 94	0,49 0,05 97	1,00 98									
HS02 _05	0,49 [†] 0,00 93	0,74 [†] 0,00 96	0,48 0,04 95	1,00 96								
HS02 _06	0,65 [†] 0,00 93	0,70 [†] 0,00 96	0,27 0,40 95	0,37 [†] 0,03 94	1,00 96							
KS04 _01	0,47 [†] 0,03 72	0,24 0,44 74	0,41 0,32 75	0,48 [†] 0,03 72	0,62 [†] 0,00 73	1,00 75						
KS04 _02	0,38 0,08 72	1,00 [†] 0,04 74	1,00 0,12 75	0,46 [†] 0,05 72	0,46 [†] 0,02 73	0,56 [†] 0,01 75	1,00 75					
KS04 _03	0,33 0,40 71	0,76 0,08 73	1,00 0,03 74	0,39 0,33 71	0,12 1,0 72	0,40 0,32 74	0,18 1,00 74	1,00 74				
KS04 _06	0,35 0,09 71	1,00 0,09 73	1,00 0,45 74	0,66 [†] 0,00 71	0,45 [†] 0,02 72	0,78 [†] 0,00 74	0,44 [†] 0,02 74	1,00 0,19 74	1,00 74			
KS04 _08	0,31 0,18 72	0,52 0,13 73	0,32 0,41 74	0,43 0,07 71	0,19 0,39 75	0,56 [†] 0,01 74	0,54 [†] 0,01 74	0,32 0,41 73	0,39 0,06 73	1,00 74		

KS04 _13	0,45 [†]	1,00	1,00	0,29	0,39	0,42	0,33	0,07	0,13	0,57 [†]	1,00	
	0,04	0,08	0,44	0,22	0,05	0,06	0,13	1,00	0,49	0,00		
	70	72	73	70	71	73	73	73	73	72	73	
KS04 _14	0,46 [†]	0,27	-1,00	0,44	0,45 [†]	0,66 [†]	0,56 [†]	-1,00	0,28	0,29	0,61 [†]	1,00
	0,02	0,58	0,50	0,06	0,02	0,00	0,00	0,49	0,16	0,17	0,00	
	72	74	75	72	73	75	75	74	74	74	73	75

Anhang 4: Korrelationsmatrix (Datensatz 2020)

Zahlenwerte pro Feld: r_{tet} (Korrelationskoeffizient) | p-Wert | n (Stichprobengröße)

[†]p<0,05

HSo2_01: Öffentlichkeit für das Thema Selbsthilfe herstellen

HSo2_02: Bereitstellen von Informationsmaterial von SHZ in der Rehabilitationseinrichtung

HSo2_04: Weitergabe von Adressen von SHZ/SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen

HSo2_05: Weitergabe von Informationsmaterial über Ihre Rehabilitationseinrichtung an SHZ/SHK

HSo2_06: Wir weisen in eigenen Informationsmaterialien auf SHZ hin

KSo4_01: Gegenseitiger Informationsaustausch

KSo4_02: Zusammenarbeit in Fachgremien oder Arbeitskreisen

KSo4_03: Vermittlung von Rehabilitand*innen an SHZ und SHK am Heimatort der Rehabilitand*innen

KSo4_06: Begleitung/Beratung von Gruppen

KSo4_08: Bereitstellung von Räumen für Gruppentreffen, Veranstaltungen

(hierunter zählen auch virtuelle Räume)

KSo4_13: Regelmäßige Termine, zu denen SHZ sich in unserer Einrichtung vorstellen

KSo4_14: Einladung von SHZ-Mitgliedern zu von unserer Einrichtung organisierten Veranstaltungen

(Tagungen, Seminare, Webinare etc.)



RAUM FÜR NOTIZEN



Impressum

HAWK

Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst

Hildesheim/Holzwinden/Göttingen

Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit

Goschentor 1 | 31134 Hildesheim

Zeitung

Soziale Arbeit und Gesundheit im Gespräch

Nr. 31/2023 | ISSN 2510-1722 | Redaktion: Dr. Andreas W. Hohmann

Autor*innen und Herausgeber*innen

Prof. Dr. Bernhard Borgetto (HAWK | IFB)

Ann-Katharina Brinck M.Sc. (IFB)

Jasmin Hänel, M.Sc. (HAWK | IFB)

Silke Wittmar, M.Sc. (HAWK | IFB)

Kooperationspartner*innen

- Institut für gesundheits- und sozialwissenschaftliche
Forschung und Beratung e. V. (IFB)
www.ifb-geso-w.de | E-Mail: kontakt@ifb-geso-w.de
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit
Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen
BAG SELBSTHILFE e. V.
Kirchfeldstraße 149 | 40215 Düsseldorf
www.bag-selbsthilfe.de | info@bag-selbsthilfe.de

Mit finanzieller Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung Bund

www.deutsche-rentenversicherung.de

Gestaltung

CI/CD Team der HAWK

Stand

Oktober 2023

Druck

Gutenberg Beuys Feindruckerei, Langenhagen

Kontakt

HAWK

Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
Hildesheim/Holzminde/Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Goschentor 1 | 31134 Hildesheim
www.hawk.de/s

Zeitung: Soziale Arbeit und Gesundheit im Gespräch |
Nr. 31/2023 | ISSN 2510-1722
Redaktion der Zeitung: Dr. Andreas W. Hohmann
Herausgeber*innen: Bernhard Borgetto |
Ann-Kathrina Brinck | Jasmin Hänel | Silke Wittmar

In Kooperation mit



Gefördert durch



Deutsche
Rentenversicherung
Bund

