

## Zur Förderung der Qualität der Selbsthilfegruppenarbeit

### 1. Qualität – ein Thema?

Fragen der Qualität und Qualitätsentwicklung werden auch im Bereich der Gesundheitsselbsthilfe zunehmend diskutiert. Dabei handelt es sich um kein neues Thema, wie z.B. entsprechende Aktivitäten einzelner Selbsthilfekontaktstellen bereits in den 90er Jahren zeigen (s. Bobzien/Stark 1991; Ufer 1999).

Die verstärkte Beachtung der Qualitätsthematik resultiert zum einen aus dem eigenen Anspruch von Selbsthilfeakteur(inn)en und Selbsthilfeorganisationen an die möglichst gute Gestaltung der eigenen Arbeit. Hinzu kommen wachsende externe Anforderungen an den Selbsthilfebereich im Zuge der finanziellen Förderprogramme für Selbsthilfeeinrichtungen seitens der zuständigen Träger (§ 20 SGB V, § 29 SGB IX) sowie durch die stärkere Einbeziehung der verbandlich organisierten Selbsthilfe in Gremien und Prozesse des Gesundheits- und Versorgungssystems (s. Wohlfahrt 1999; Borgetto et al. 2004).

#### Einige Qualitätsbegriffe

Unter dem Begriff der „Qualität“ wird verbreitet verstanden, in welchem Umfang eine Versorgungseinrichtung, eine Dienstleistung oder ein Produkt den vorgegebenen Kriterien für eine gute Versorgung etc. entsprechen (Schwartz et al. 2005; Selbmann 2005; Metzler/Wacker 1997). Grundsätzlich wird zwischen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden, die in einem inneren Zusammenhang stehen (Donabedian 1966). Die Strukturqualität beeinflusst die Prozessqualität und beide die Ergebnisqualität, wobei sich

- Strukturqualität auf die personellen, sächlichen, technischen Ressourcen, also die Ausstattung, Mitarbeiterzahl, -qualifikation u.a. einer Einrichtung bezieht,
- Prozessqualität auf die Qualität der Dienstleistungen bzw. Produkterstellung und
- Ergebnisqualität auf das Ergebnis der Dienstleistungen bzw. Produktion.

Eine von Garvin eingeführte Untergliederung des Qualitätsbegriffs unterscheidet (s. Schubert/Zink 1997):

- eine „produktbezogene“ Sichtweise, wobei die Übereinstimmung eines Produkts bzw. einer Dienstleistung mit präzise messbaren, vorgegebenen Standards beurteilt wird,
- eine „herstellungsorientierte“ Sichtweise, d.h. die Beurteilung der Qualität der Prozesse anhand des jeweiligen fachlichen, professionellen Erkenntnisstandes,

- eine „kundenorientierte“ Sichtweise, bei der die Qualität eines Produkts bzw. einer Dienstleistung anhand der Erfüllung von Kundenanforderungen bewertet wird. Der Diskrepanz zwischen „wahrgenommenen und erwarteten Eigenschaften eines Produkts bzw. einer Dienstleistung durch die Kunden“ kommt hier eine zentrale Bedeutung zu,
- eine „wertorientierte“ Sichtweise, die die Qualität und den Preis eines Produkts bzw. einer Dienstleistung zueinander in Beziehung setzt.

Welche dieser Aspekte für die Gesundheitsselbsthilfe in welchem Grade bedeutsam und angemessen sein können, bedarf noch einer konkretisierenden Diskussion. Bedeutsam ist ferner die Unterscheidung zwischen der „externen Qualitätskontrolle“ und der „internen Qualitätssicherung“, z.B. durch Qualitätszirkel (s. Redwanz et al. 2006; Bahrs, Heim 2004).

### **Einige Qualitätsansätze in der Selbsthilfe**

In der verbandlich organisierten Selbsthilfe, insbesondere in großen *Selbsthilfeorganisationen*, finden sich Ansätze und Formen der Qualitätssicherung und -entwicklung wie zum Beispiel Seminar- und Schulungsprogramme für Mitarbeiter/innen und Betroffene, die Durchführung von Mitarbeiterbefragungen, die Evaluation organisationsinterner Abläufe mit dem Ziel einer professionellen Gestaltung der Arbeit (z.B. Borgetto et al. 2004).

Zu den Ansätzen und Aktivitäten der Qualitätsentwicklung im Bereich der *Selbsthilfe-Kontaktstellen* zählen die persönliche kommunikative und organisatorische Weiterqualifizierung von Kontaktstellenmitarbeiter(inn)en, der Leitfaden „Selbsthilfe unterstützen. Fachliche Grundlagen für die Arbeit in Selbsthilfekontaktstellen und anderen Unterstützungseinrichtungen“ (NAKOS 2006), die angedachte Implementierung eines differenzierten Fortbildungsangebots für die Mitarbeiter/innen der Selbsthilfegruppenkontaktstellen (Liefert 2006), aber z.B. auch die Nutzung eines Call-Centers für die gleichmäßige Erreichbarkeit der Kontaktstelle (Besler 2003). Wohlfahrt prognostizierte (1999) aufgrund der veränderten institutionellen und ökonomischen Rahmenbedingungen einen zunehmenden Druck auf Selbsthilfekontaktstellen zur Qualitätssicherung und damit zu einer kontinuierlichen Evaluation und Professionalisierung.

Die Beratung und Unterstützung von *Selbsthilfegruppen* zählt zu den Kernaufgaben von Kontaktstellen und Selbsthilfeorganisationen. Beide unterstützen durch ein Spektrum an Aktivitäten die Selbsthilfegruppen und Sprecher/innen beim Aufbau der Gruppe, bei Fragen ihrer Arbeitsweise, bei der Lösung auftretender Probleme u.a. Sie erbringen Dienstleistungen für Selbsthilfegruppen mit dem Ziel, Ressourcen und Kompetenzen der Gruppenleiter/innen bzw. der gesamten Gruppe zu erhöhen, und sie leisten damit zugleich Beiträge zur Qualitätssteigerung oder -erhaltung der Gruppenarbeit. Die Kontaktstellen knüpfen dabei an die Wünsche und Interessen von Selbsthilfegruppen an, die eigene Arbeit zu stärken, mit schwierigen Situationen besser umzugehen, die Gruppenarbeit lebendiger und interessanter zu gestalten (Vogelsänger 2001). Daher organisierten manche Selbsthilfekontaktstellen schon in den 90er Jah-

ren *Fortbildungen* für Selbsthilfegruppen zu Themen wie: Einstieg in die Gruppenarbeit, Gruppenprozesse, Konflikte in der Gruppe, Öffentlichkeitsarbeit u.a. (z.B. Ufer 1999; Kettler/Meinhardt-Bocklet 2003; Schneider-Schelte/Liefert 2003; Greiwe 2004). Die Aufarbeitung der eigenen Erfahrungen der Teilnehmer/innen, der Einsatz erfahrungsbezogener, ressourcenorientierter Lernformen gelten als wesentliche Prinzipien für solche Veranstaltungen (s. Vogelsänger 2001; Kreling 2003; Greiwe 2004; Meinhardt-Bocklet/Kettler 2004). Supervisionsartige Ansätze, etwa im Sinne spezialisierter „Gesamttreffen“ für Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Störungen (vgl. Moeller 1978, Kap. 8), können den Gruppen helfen, „Betriebsblindheit zu überwinden“ (Matzat 2004: 91).

Ein spezifisches Fortbildungsprogramm für Leiterinnen und Leiter von Krebs-Selbsthilfegruppen wurde auf seine Wirkungen wissenschaftlich evaluiert (Balck 2004). Im Vergleich der Urteile der Teilnehmer/innen vor und nach Durchführung des Fortbildungsprogramms zeigten sich Verbesserungen bei der Wahrnehmung der Bedürfnisse der anderen Teilnehmer/innen in der Gruppe, bei der Kompetenz im Umgang mit Konflikten in der Gruppe, bei der Kenntnis und Anwendung von Gesprächs- und Moderationstechniken, ferner dem Gesprächsverhalten in emotional belastenden Situationen; hingegen verringerte sich die selbst erlebte Kompetenz, sich mit konträren Meinungen auseinander zu setzen.

Orientierende Leitfäden für Selbsthilfegruppen und ihre Sprecher/innen zur Gestaltung der Gruppenarbeit, zu möglichen Problemen im Gruppenprozess und zu Verhaltensmaximen bilden einen weiteren Ansatz der Qualitätssicherung/-entwicklung (z.B. Kirchner et al. 2005; Meyer et al. 2005; Faltblätter der NAKOS).

Trotz dieser zahlreichen qualitätsfördernden Maßnahmen wird gleichwohl der Qualitätsbegriff mit Blick auf Selbsthilfegruppen gelegentlich als irritierend empfunden. Dies liegt an seiner Vorprägung aus dem Bereich der Wirtschaft und an der Befürchtung möglicher Verengungen der Selbsthilfe im Sinne standardisierter Qualitätsvorgaben und Qualitätskontrollen. Selbsthilfegruppen als „freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher/überregionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen und deren Folgen richten“ (Borgetto 2004: 83), orientieren sich „in erster Linie an den Bedürfnissen und Interessenlagen ihrer Gruppenmitglieder“ (Kreuzbund 2006: 19). Hier gilt nicht rationale Zweckmäßigkeit arbeitsteiliger Systeme als Leitprinzip, sondern Selbstbetroffenheit, Freiwilligkeit, Selbstbestimmung, Orientierung an den Bedürfnissen der Gruppenmitglieder, Selbstorganisation (Moeller 1978); Selbsthilfegruppen richten den Blick „auf den ganzen Menschen“ (Vogelsänger 2001).

In den Erörterungen, inwiefern der Qualitätsgedanke auf die Arbeit von Selbsthilfegruppen anzuwenden ist, geht es meist nicht um das „Ob“, sondern um das „Wie“ der Unterstützung und Kompetenzstärkung von Selbsthilfegruppen. Die Auffassungen gehen dahin, die Angebote zur Qualitätsstärkung der

Selbsthilfegruppenarbeit an dem Nutzen für die Gruppen, so wie sie sind und wie sie es wünschen, auszurichten, d.h. nicht im Sinne einer Standardisierung der Gruppenarbeit zu gestalten (z.B. Kreling 2002; Greiwe 2004).

## **2. Zum Interesse von Selbsthilfegruppen an Qualitätsunterstützung – Ergebnisse aus einer Befragung**

Soweit wir es überblicken, wurde zu der Frage noch wenig publiziert (z.B. Rau et al. 2003), wie verbreitet Selbsthilfegruppen an Maßnahmen der Qualitätssteigerung, z.B. durch systematische Schulung der Sprecher/innen oder durch andere Unterstützungsformen, interessiert sind. Aus diesem Grund nutzen wir eine Untersuchung über die Zusammenarbeit von „Selbsthilfegruppen und Ärzten“<sup>1</sup> (Slesina/Knerr 2007) dazu, auch zwei Fragen über das Interesse der Gruppen an Qualitätsentwicklung zu stellen. Die Untersuchung wurde im Jahr 2004 im östlichen Westfalen (Bielefeld/Kreis Gütersloh) und im Jahr 2005 im südlichen Sachsen-Anhalt (Halle/Saalkreis/Landkreis Wittenberg) durchgeführt. Dank der großen Unterstützung des Projekts durch die regionalen Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen beteiligten sich 69% der Gruppen in Bielefeld/Gütersloh und 64% im Raum Halle/Wittenberg an der postalischen Befragung<sup>2</sup>. Einbezogen wurden alle Gesundheitsselfhilfegruppen in beiden Regionen, mit der Ausnahme einer 50%-Zufallsstichprobe bei den Gruppen Alkoholabhängiger und den Gruppen psychisch Kranker in Bielefeld/Gütersloh. Von den insgesamt 267 teilnehmenden Gruppen sind 159 Gruppen dem Bereich somatischer Erkrankungen, 25 den Behinderungen, 54 den Abhängigkeits-/Suchterkrankungen und 29 dem Bereich psychischer Erkrankungen zuzuordnen. Die schriftlichen Angaben der Gruppen(sprecher) in den Fragebögen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

### **Auffassungen zu einer „systematischen Sprecherschulung“**

In Form einer offenen Frage wurden die Gruppen nach ihrer Meinung zur systematischen Schulung von Selbsthilfegruppen-Sprecher(inne)n gefragt: *„In letzter Zeit gibt es Diskussionen/Überlegungen, dass die Sprecherinnen und Sprecher von Selbsthilfegruppen systematisch für die Sprecherarbeit geschult werden sollten. Was meint Ihre Gruppe dazu?“* Die Angaben der Gruppen wurden inhaltlich zu Dimensionen zusammengefasst

- Viele Gruppen befürworteten eine Sprecherschulung (43,4%). Von den vier Gruppenarten bejahten am häufigsten die Gruppen behinderter Menschen eine systematische Schulungen (52,0%), am seltensten Gruppen somatisch Kranker (39,6%). Als Begründungen wurden z.B. mitgeteilt:
  - Kompetenzerhöhung: „Die Schulung ist unbedingt notwendig und sollte im Abstand von etwa 5 Jahren wiederholt werden. Die Lebenserfahrung des Sprechers allein reicht nicht aus“.
  - Außenwirksamkeit: „Sinnvoll, um die Anliegen der Gruppen besser vorbringen und durchsetzen zu können“.

Eine Gruppe war sogar bereit, erhebliche mögliche Nebenwirkungen der Kompetenzsteigerung des Sprechers in Kauf zu nehmen: „Unbedingt, auch

Tabelle 1: Meinungen von Selbsthilfegruppen unterschiedlicher Erkrankungsarten zur „systematischen Sprecherschulung“

Schulung der Sprecher/innen, kategorisiert:	Erkrankungsart				Gesamt n=267 %
	somat Erkrankung n=159 %	Behinderung n=25 %	Abhängigkeit/ Sucht n=54 %	psych Erkrankung n=29 %	
Zustimmung	39,6	52,0	50,0	44,8	43,4
bedingte Zustimmung	10,7	8,0	1,9	3,4	7,9
findet bereits statt	11,9	12,0	9,3	,0	10,1
kein Bedarf, Kompetenz vorhanden	11,3	4,0	3,7	10,3	9,0
für eigene Gruppe nicht angemessen/irrelevant	6,9	0	14,8	24,1	9,7
eher grundsätzliche Ablehnung	2,5	4,0	7,4	10,3	4,5
unentschieden	3,8	0	1,9	0	2,6
anderes	1,3	0	1,9	0	1,1
keine Angabe	11,9	20,0	9,3	6,9	11,6
Gesamt	100	100	100	100	100

Exakter Chi<sup>2</sup> - Test: p=0,047

wenn dabei der Selbsthilfe-Charakter durch Semi-Professionalität verloren geht“.

- Aus einigen Gruppen erfolgte eine grundsätzliche Befürwortung einer systematischen Schulung, aber mit Einschränkungen und z.T. erheblichen Vorbehalten (7,9%). Die Einschränkungen betrafen zum einen die zeitliche Zusatzbelastung: „Schwer realisierbar, da größtenteils berufstätig und familiär stark beansprucht“. – „...leider ist es schwierig, Personen zu finden, die solche Schulungen mitmachen“. Zum andern wurde ein Verlust an Individualität befürchtet, aber auch eine mögliche Reglementierung von außen: „... allerdings sollte die Persönlichkeit des Sprechers nicht untergehen; die Menschlichkeit darf nicht auf der Strecke bleiben“. – „... aber nicht, wenn im Hintergrund eher daran gedacht ist, dies als Voraussetzung für die Förderung durch die Krankenkassen zu nehmen“.
- Bei immerhin 10,1% der Gruppen fand bzw. findet eine Sprecherschulung bereits statt. So hieß es z.B.: „Gruppenleiterin und Vertretung nehmen schon lange an Fortbildungen teil. Die Teilnehmer profitieren davon und fühlen sich gut aufgehoben“. – „Erfolgt zum Teil in unserem Netzwerk innerhalb der [...], aber immer noch zu wenig!“ Keine der Gruppen psychisch Kranker berichtete von bisherigen Sprecherschulungen.
- Keinen Bedarf an einer Sprecherschulung sahen 9,0% der Gruppen und führten zur Begründung die bereits vorhandene Kompetenz an: „Erübrigt sich, wir sind qualifiziert“. – „Die Sprecher verfügen über ausreichendes Wis-

sen“. – „Ich bin der Meinung, dass unsere SHG eine Versammlung auf hohem Niveau hat“.

- Einige Gruppen gaben an, eine Sprecherschulung sei für ihre Gruppe nicht angemessen oder sinnvoll, z.B. wegen der geringen Gruppengröße oder wegen der Prinzipien der Gruppenarbeit: „Da wir eine sehr kleine Gruppe sind und der Sprecher keine präsentativen oder vermittelnden Funktionen hat und damit kaum eine Sonderstellung in der Gruppe einnimmt, wäre eine Schulung nicht nötig“. – „Bei den [...] brauchen wir das nicht. Man kann bei den [...] nichts verkehrt machen“. – „Gefahr: Es würde der Eindruck von professionell geführten Meetings erweckt. Alle Teilnehmer bei uns sind gleich, Sprecher wechseln zu Meeting zu Meeting. Geschulte Sprecher sind gegen die Prinzipien der Gruppen und daher ungewollt.“ Am häufigsten erachteten Gruppen psychisch Kranker (24,1%) und Gruppen Abhängigkeitskranker (14,8%) eine Sprecherschulung als irrelevant, aber keine der Gruppen Behinderter.

Eher grundsätzlich ablehnend äußerten sich 4,5% der Gruppen. So hieß es beispielsweise: „Sprecher müssen nicht zu professionell sein, sonst stehen sie über der Gruppe und nicht mittendrin“. – „Es sollte eine individuelle Tätigkeit sein und bleiben“. Oder: „Sollte es Ziel dieser Überlegung sein, Gelder für die professionelle Hilfe zu sparen [durch Professionalisierung der Gruppen], sind wir strikt dagegen“.

Vergleichen wir die beiden Untersuchungsregionen (Tab. 2), so findet sich in der Region Halle/Wittenberg etwas häufiger die volle Befürwortung einer systematischen Sprecherschulung als in Bielefeld/Gütersloh (48,0 % vs. 40,7 %) und umgekehrt etwas mehr Zustimmung unter Vorbehalt in Bielefeld/Gütersloh (10,8% vs. 3,0%). Die Einschätzung, eine systematische Sprecherschulung

Tabelle 2: Meinungen der Selbsthilfegruppen in beiden Untersuchungsregionen zur „systematischen Sprecherschulung“

Schulung der Sprecher/ innen, kategorisiert:	Region		Gesamt n=267 %
	Halle/ Wittenberg n=100 %	Bielefeld/ Gütersloh n=167 %	
Zustimmung	48,0	40,7	43,4
bedingte Zustimmung	3,0	10,8	7,9
findet bereits statt	12,0	9,0	10,1
kein Bedarf, Kompetenz vorhanden	6,0	10,8	9,0
für eigene Gruppe nicht angemessen/irrelevant	14,0	7,2	9,7
eher grundsätzliche Ablehnung	3,0	5,4	4,5
unentschieden	1,0	3,6	2,6
anderes	1,0	1,2	1,1
keine Angabe	12,0	11,4	11,6
Gesamt	100	100	100

sei für die eigene Gruppe nicht angemessen/sinnvoll, wurde etwas öfter in Halle/Wittenberg geäußert (14,0% vs. 7,2 %). Bei den anderen Kategorien gibt es lediglich geringfügige Unterschiede zwischen den beiden Regionen, etwa in der Form, dass in Bielefeld 5,4% der Gruppen die Sprecherschulung ablehnten, in Halle/Wittenberg 3,0% der Gruppen. Die genannten Unterschiede sind statistisch nicht signifikant.

Recht große Unterschiede zwischen den beiden Regionen zeigen sich aber in den Auffassungen der Gruppen Behinderter sowie der Gruppen psychisch Kranker zur Sprecherschulung. In Halle/Wittenberg befürworteten 77,8 % der Gruppen Behinderter die Sprecherschulung, in Bielefeld lediglich 37,5 %. Von den Gruppen psychisch kranker Menschen gaben in Halle 37,5 % an, eine Sprecherschulung sei für ihre Gruppe nicht angemessen bzw. relevant, in Bielefeld/Gütersloh 7,7 %. Dort lehnten allerdings fast ein Viertel der Gruppen psychisch Kranker (23,1 %) die Sprecherschulung eher generell ab, wohingegen in Halle/Wittenberg keine Ablehnung erfolgte.

### **Auffassungen zur „Qualitätssteigerung der Gruppenarbeit“**

Die Gruppen wurden außerdem um ihre Stellungnahme zu dem Gedanken gebeten, die Qualität der Selbsthilfgruppenarbeit zu stärken. Die Fragestellung in Bielefeld/Gütersloh lautete: *„Es gibt außerdem Überlegungen, die Qualität der Arbeit von Selbsthilfgruppen noch zu steigern, d.h. die Gruppenarbeit für die Mitglieder noch wirkungsvoller/hilfreicher zu gestalten. Was meint Ihre Gruppe dazu?“* (Tab. 3).

- Viele Gruppen der Region Bielefeld/Gütersloh stehen dem Gedanken der Qualitätssteigerung der Gruppenarbeit positiv gegenüber (41,3%), wie einige Stellungnahmen zeigen: „Wir sind dafür offen und immer interessiert, die

Tabelle 3: Meinungen zur „Qualitätssteigerung“, Selbsthilfgruppen Bielefeld/ Gütersloh

Qualitätssteigerung, kategorisiert:	Erkrankungsart				Gesamt n=167 %
	som.Erkrankung n=110 %	Behinderung n=16 %	Abhängigkeit/Sucht n=28 %	psych.Erkrankung n=13 %	
Zustimmung	42,7	18,8	46,4	46,2	41,3
bedingte Zustimmung	8,2	25,0	10,7	7,7	10,2
findet bereits statt	4,5	6,3	3,6	7,7	4,8
für eigene Gruppe nicht notwendig/irrelevant	7,3	12,5	10,7	15,4	9,0
eher grundsätzliche Ablehnung	8,2	0	7,1	15,4	7,8
anderes	0,9	0	0	0	0,6
keine Meinung / keine Stellungnahme	6,4	0	14,3	7,7	7,2
keine Angabe	21,8	37,5	7,1	0	19,2
Gesamt	100	100	100	100	100

- Qualität zu steigern“. – „Hilfestellung ist immer gefragt und erwünscht. Gute Qualität ist wichtig für die Außen- und Innendarstellung“. – „Ist dringend notwendig! Sowohl was die selbstorganisierte Gruppenarbeit angeht (Gestaltungsmöglichkeiten, Struktur) als auch die Möglichkeiten zum Krankheitsmanagement/-bewältigung, dem Leben mit den starken Einschränkungen“. – „Für praktikable, d.h. zeitlich realistische Optimierungsansätze sind wir dankbar“. – „Da arbeiten wir als Gruppe schon seit Jahren dran, leider mit nur mäßigem Erfolg“. Oder: „Begrüßenswert, Selbsthilfegruppen sollten überregional zusammenarbeiten“. Von den vier Gruppenarten befürworteten die Gruppen behinderter Menschen deutlich seltener Maßnahmen zur Qualitätssteigerung (18,8%) als die anderen drei Gruppenarten (42,7% bis 46,4%).
- Einige Gruppen (10,2%) stimmten mit Einschränkungen zu, z.B.: „Verbesserungen sind immer sinnvoll, nur bitte nicht mehr Regularien und Gesetze“. – „Ja, aber es muss Raum bleiben für rein menschlich motivierte Arbeit“. – „Ist gut, sofern die Kriterien von der Selbsthilfe selbst festgelegt werden“. – „Nach unseren Erfahrungen lässt sich das künftig nur noch realisieren, wenn evtl. Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Tätigkeiten bezahlt werden könnten“. – „Eher ein Zeitproblem“. – „Grundsätzlich begrüßenswert, für kleine Gruppen aber nicht unbedingt erforderlich, eher für große Gruppen“. – „Sinnvoll, wenn alle an einem Strang ziehen. Aber nicht vergessen: Wir sind Laien und sprechen aus eigener Erfahrung. Es soll nicht in klein-kleinkariert ausarten. Nicht jeder kann aufgrund seiner Erkrankung ‚voll‘ da stehen“.
  - Von bereits stattfindenden Maßnahmen zur Qualitätssteigerung berichteten nur einige Selbsthilfegruppen in Bielefeld/Gütersloh (4,8%).
  - Mehrere Gruppen (9,0%) hielten eine Qualitätssteigerung für ihre Gruppe nicht für notwendig und nannten als Gründe u.a.: „Kommen im Moment mit direktem Erfahrungsaustausch am weitesten“. – „Wir genügen uns selbst“. – „Bei uns treffen sich Menschen, um gemeinsam ihre Situation zu verbessern. Da der Erfahrungsaustausch und die Diskussion über alltägliche Probleme im Mittelpunkt stehen, bedarf die Qualität, so wie sie ist, keiner Steigerung“.
  - Einige Gruppen äußerten sich ablehnend zur Überlegung der Qualitätssteigerung (7,8%): „Wir sind der Meinung, dass jede Gruppe für sich entwickeln sollte, was für sie hilfreich ist“. – „Ist damit etwa Qualitätsmanagement gemeint? Wir sind Menschen, nicht Maschinen!“ – „Gruppen sind dynamischer aus sich selbst heraus. Steigerung der Qualität hat nur Sinn, wenn alle Verzahnungen im Gesundheitssystem zusammenarbeiten“. – „‘Gute Idee‘, die Kosten im Gesundheitswesen zu verringern, indem engagierte Laien, in unserem Fall Schwerbehinderte, noch mehr belastet werden. Die Gründung von Selbsthilfegruppen sollte oftmals als Hilfeschrei Betroffener gewertet werden“.

In der Region Halle/Wittenberg wurden die Selbsthilfegruppen konkret nach Möglichkeiten der Qualitätssteigerung gefragt: *„Es gibt außerdem Überlegungen, die Qualität der Arbeit von Selbsthilfegruppen noch zu steigern, d.h. die*

*Gruppenarbeit für die Mitglieder noch wirkungsvoller/hilfreicher zu gestalten. Ganz allgemein gesehen, was wäre da vielleicht möglich?“*

Mehr als die Hälfte der Gruppen (57%) befürwortete Maßnahmen zur Qualitätssteigerung, mit ähnlichen Argumenten wie in Bielefeld/Gütersloh. Zusätzlich konkretisierten diese Gruppen, welche Maßnahmen die Arbeit der

Tabelle 4: Überlegungen zur „Qualitätssteigerung“, Selbsthilfegruppen Halle/ Wittenberg

Vorschläge zur Qualitätssteigerung (n=57):	genannt von	
	n	%
Unterstützung durch Fachkräfte	19	33,3
materielle Hilfen und organisatorische Unterstützung	18	31,6
Erfahrungsaustausch zwischen Gruppen(-sprechern)	13	22,8
Hilfe bei der Öffentlichkeitsarbeit	7	12,2
Weiterbildung/Anleitung	5	8,8
Anerkennung/symbolische Unterstützung	3	5,3
anderes	8	14,0

Gruppe wirkungsvoller gestalten könnten. Die Anregungen der Gruppen ließen sich inhaltlich zu sechs Kategorien zusammenfassen

• **Unterstützung durch Fachkräfte (33,3% der 57 Gruppen):**

Angeregt wurden eine stärkere Vernetzung/mehr Kontakte mit Experten und mit Institutionen, z.B.: „Bessere Vernetzung mit relevanten Partnern“. – „Zusammenarbeit mit Krankenkassen fördern“. – „Regelmäßigen Kontakt zur Beratungsstelle für Suchterkrankungen Wittenberg und zur Diakonie in Magdeburg“. – „Kontaktaufnahme zu Krankenhäusern, Reha-Kliniken (Patientenschulung) und zum Institut für Nikotinforschung (Teilnahme an klinischen Studien); CO-Messungen während der Tabakentwöhnung“. Oder: „Einzelne Stunden unter ein bestimmtes Thema stellen mit Vorträgen von Fachkräften, z.B. Therapeuten und Ärzten“.

• **Materielle Hilfen und organisatorische Unterstützung (31,6% der Gruppen):**  
 Vorgesprochen wurden eine einfachere, unbürokratische Bereitstellung finanzieller Mittel, eine juristische Unterstützung und andere Hilfen, z.B.: „Selbsthilfegruppen erledigen ihre Aufgaben mit geringem finanziellen Aufwand, regelmäßige Beitragszahlungen sind kaum möglich (ALG II usw.). Der bürokratische Aufwand, um an Fördermittel zu kommen, ist sehr hoch, daher: weniger Bürokratie und mehr Zeit für wirkungsvolle Gruppenarbeit“. – „Hilfe bei der Erstellung von Prospekten“. – „Bessere Absicherung im Ehrenamt“. – „Möglichkeit für die Gruppe, sich später (18.00 oder 20.00 Uhr) zu treffen, weil viele Betroffene zuvor durch Beruf verhindert sind (Raumproblem)“.

• **Erfahrungsaustausch mit anderen Gruppen (22,8%):**

Unter dem Gedanken „Lernen durch Austausch mit anderen“ wurden u.a. genannt: „Austausch mit anderen Selbsthilfegruppen gleicher Erkrankung“. – „Jede Selbsthilfegruppe sollte einer Dachorganisation angeschlossen sein,

die deutschlandweit fungiert [...]“ – „Hospitationen unter den Selbsthilfegruppen auf Kreis-, Stadt- und Landesebene könnten die Qualität der Arbeit wesentlich verbessern“.

- Hilfe bei der Öffentlichkeitsarbeit (12,2%):

Diese Vorschläge zielten insbesondere auf die Gewinnung neuer Mitglieder: „Mehr Möglichkeiten, durch öffentliche Bekanntmachung der Selbsthilfegruppe neue Mitglieder zu gewinnen“. – „Hilfe bei der Öffentlichkeitsarbeit durch die Behörden, durch Ärzte“. – „Mitwirkung an den offenen lokalen Kanälen, stärkere Medienpräsenz“.

- Weiterbildungsmaßnahmen für Sprecher/innen (8,8%):

Eher selten nannten die Gruppen die themenspezifische Weiterqualifizierung von Gruppensprechern als Weg zur Qualitätsstärkung: „Spezielle Aus- und Fortbildung für Gruppensprecher, z.B. Gruppenleitung, Moderation, medizinischer Einblick in die speziellen Krankheitsbilder“. – „Fachliche Anleitung“. – „Weiterbildung: Computer, Vereinsrecht, Vereinsarbeit“. In diesem Zusammenhang sind auch die weiter vorn beschriebenen, bereits vorhandenen Gruppenleiterqualifikationen und Qualifizierungsmaßnahmen zu berücksichtigen, aber auch die zum Teil bestehenden Vorbehalte gegen eine Schulung von Gruppensprechern.

- Anerkennung, politische Unterstützung (5,3%):

Es hieß z.B.: „Den Stellenwert der Selbsthilfe höher einordnen [Selbsthilfe entlastet Professionelle]“. – „Selbsthilfe sollte in der Gesellschaft mehr beachtet werden, sie muss als Wirtschaftsfaktor [d.h. Leistungsfaktor] anerkannt werden“. – „Die Lobby der Selbsthilfegruppen verbessern“.

### 3. Resümee

Die Selbsthilfegruppen nannten bereits durchgeführte, laufende und insbesondere zahlreiche gewünschte künftige Maßnahmen, um die Gruppe, ihre Arbeit – und deren „Qualität“ – zu stärken. Beim Thema „Systematische Sprecherschulung“ erachteten es viele Gruppen als hilfreich für ihre Arbeit, den GruppensprecherInnen mehr Wissen und Sicherheit für ihre „Rolle“ zu geben. Angesprochen wurden u.a. kommunikative, juristische, administrative, aber auch krankheitsbezogene fachliche Kenntnisse.

Bei der allgemeinen Frage, auf welche Weise die Arbeit(squalität) der Gruppen zu fördern sei, schälten sich aus den zahlreichen Einzelangaben der Gruppen drei Ansätze heraus: Zum einen die Vermittlung spezifischer Qualifikationen und Informationen; zum zweiten mehr materielle, organisatorische und symbolische Unterstützung; zum dritten der Erfahrungsaustausch mit anderen Selbsthilfegruppen und eine verbandliche Organisation/Einbindung von bisher allein arbeitenden Selbsthilfegruppen. Inhaltlich zielten die Anregungen und die drei Ansätze auf eine Stärkung von Strukturaspekten und Prozessaspekten der Gruppenarbeit, die dann per se den Ergebnissen zugute kommen.

## Anmerkungen

- 1 Das Projekt „Zusammenarbeit von Ärzten der ambulanten/stationären Versorgung und Selbsthilfegruppen – Ziele, Formen, Erfahrungen. Eine Quer- und Längsschnittstudie“ wurde in Kooperation und mit freundlicher Förderung des BKK-Bundesverbandes, Essen, durchgeführt.
- 2 Unser herzlicher Dank gilt Frau Steinhoff-Kemper (BIKIS), Frau von Borstel (BIGS), Frau Voigt (Selbsthilfekontaktstelle Halle-Saalkreis) und Herrn Pennekamp (Selbsthilfekontaktstelle Wittenberg) für ihre wertvolle Beratung und Unterstützung, ferner den zahlreichen mitwirkenden Selbsthilfegruppen für ihr Vertrauen und ihre Beteiligung.

## Literatur

- Bahrs O, Heim S (2004) Interdisziplinäre Qualitätszirkel als mögliches Instrument zur Qualitätsförderung im Selbsthilfebereich? In: Borgetto B (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsselfhilfe, Freiburg: DKGW, 125-136
- Balck F (2002) Entwicklung und Evaluierung eines Fortbildungsprogramms für Leiterinnen und Leiter von Krebs-Selbsthilfegruppen. In: DAG-SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2002, Gießen: Eigenverlag, 60-75
- Besler M (2003) Erfahrungsbericht über den Einsatz eines Call-Center in der Beratungsarbeit in der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe im Rhein-Sieg-Kreis. In: DAG-SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2003, Gießen: Eigenverlag, 68-71
- Bobzien N, Stark W (1991) Empowerment als Konzept psychosozialer Arbeit und als Förderung von Selbstorganisation. In: Balke K, Thiel W (Hrsg.): Jenseits des Helfens. Professionelle unterstützen Selbsthilfegruppen, Freiburg: Lambertus, 169-187
- Borgetto B (2004) Selbsthilfe und Gesundheit. Bern: Verlag H. Huber
- Borgetto B, Kirchner C, Koop H, Hell B, Strehlein M (2004) Struktur- und Prozessqualität der Angebote und Aktivitäten der Rheuma-Liga Baden-Württemberg. In: Borgetto B (Hrsg.) Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsselfhilfe, Freiburg: DKGW, 145-179
- Donabedian A (1966) Evaluating the quality of medical care. In: Milbank Memorial Fund Quarterly, 44, 166-203
- Greiwe A (2004) Fortbildungen von Selbsthilfegruppen durch Selbsthilfekontaktstellen: Ein spannender Balanceakt. In: DAG-SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2004, Gießen: Eigenverlag, 62-66
- Kettler U, Meinhardt-Bocklet H (2003) Die Neuwieder Veranstaltungsreihe „IRRwege verstehen“. In: DAG-SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2003, Gießen: Eigenverlag, 94-99
- Kirchner C, Schulte H, Knapp U, Hentschel C, Hill B, Borgetto B (2005) Beratung in der Selbsthilfe am Beispiel der Frauenselbsthilfe nach Krebs, hgg. vom BKK Bundesverband, Essen
- Kreling E (2002) Der Empowerment-Ansatz in der Supervision mit Selbsthilfegruppen aus dem Gesundheitsbereich. In: DAG-SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2002, Gießen: Eigenverlag, 52-59
- Kreling E (2003) Die Auswirkung finanzieller Förderung auf die inhaltliche Arbeit von Gesundheitsselfhilfegruppen. In: DAG-SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2003, Gießen: Eigenverlag, 153-158
- Kreuzbund e.V. (2006) Positionspapier des Bundesvorstandes „Bescheinigungen über den Besuch von Kreuzbundgruppen“. In: NAKOS-INFO, 86, 18-19
- Liefert G (2006) Qualität und Qualitätsentwicklung in der Selbsthilfekontaktstellenarbeit. In: NAKOS-INFO, 86, 7-11
- Matzat J (2004) Wegweiser Selbsthilfegruppen. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Meinhardt-Bocklet H, Kettler U (2004): Spezifische Lern- und Gruppenprozesse in der psychosozialen und psychiatrischen Selbsthilfe. In: DAG-SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2004, Gießen: Eigenverlag, 67-75
- Metzler H, Wacker E (1997) Zum Qualitätsbegriff in der Behindertenhilfe. In: Schubert HJ, Zink KJ (Hrsg.): Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen. Berlin: Luchterhand, 44-55
- Meyer F, Höflich A, Matzat J, Beutel ME (2005) Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischen Beschwerden, hgg. vom BKK Bundesverband, Essen

- Moeller ML (1978) Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- NAKOS (2006) Selbsthilfe unterstützen. Fachliche Grundlagen für die Arbeit in Selbsthilfekontaktstellen und anderen Unterstützungseinrichtungen. Ein Leitfaden. Berlin: Eigenverlag
- Rau R, Grunow-Lutter V, Geraedts M (2003) Unterstützungsbedarf gesundheitsbezogener Selbsthilfegruppen aus der Sicht der Teilnehmerinnen. In: Gesundheitswesen, 65, 526-531
- Redwanz O, Bahrs O, Heim S, Jung W (2006) Qualitätszirkel – Eine Chance für die Qualitätsentwicklung in der Selbsthilfe. In: NAKOS-INFO, 87, 50-55
- Schneider-Schelte H, Liefert G (2003) „Gruppentraining“ – Berliner Erfahrungen mit Fortbildungskonzepten in der Selbsthilfe. In: DAG-SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2003, Gießen: Eigenverlag, 84-93
- Schubert HJ, Zink KJ (1997) Zur Qualität sozialer Dienstleistungen. In: dies. (Hrsg.) Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen. Berlin: Luchterhand, 1-8
- Slesina W, Knerr A (2007) Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen – Formen, Nutzen, Wünsche. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Ufer B (1999) Fortbildung für Selbsthilfegruppen durch Selbsthilfekontaktstellen. In: DAG-SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 1999, Gießen: Eigenverlag, 109-115
- Vogelsänger K (2001) Lernen heißt Erfahrungen sammeln – Fortbildungsangebote für Selbsthilfegruppen. In: DAG-SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2001, Gießen: Eigenverlag, 80-84
- Wohlfahrt N (1999) Auswirkung von Professionalisierung in Selbsthilfeorganisationen. In: DAG-SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 1999, Gießen: Eigenverlag, 116-124

Astrid Knerr, Dipl.-Pflegerin und Gesundheitswissenschaftlerin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Sektion Medizinische Soziologie der Universität Halle-Wittenberg. Prof. Wolfgang Slesina ist Inhaber des Lehrstuhls für Medizinische Soziologie an der Universität Halle-Wittenberg. Seit vielen Jahren beschäftigt er sich wissenschaftlich mit Selbsthilfegruppen, speziell mit deren Verhältnis zur Ärzteschaft.