

selbsthilfegruppenjahrbuch

2003

**Deutsche Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen**

selbsthilfegruppenjahrbuch 2003

Herausgeber:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Friedrichstr. 28, 35392 Gießen

Redaktion:

Anita Jakubowski, Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in
Nordrhein-Westfalen der DAG SHG e.V. (KOSKON),
Friedhofstr. 39, 41236 Mönchengladbach, Tel.: 02166/248567
Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V.,
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen, Tel.: 0641/99-45612
Wolfgang Thiel, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung
und Unterstützung von Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V. (NAKOS),
Wilmsdorfer Straße 39, 10627 Berlin, Tel.: 030/31018960

Umschlag:

Lutz Köbele-Lipp, Kubik, Berlin

Satz und Layout:

Focus Verlag GmbH, Gießen

Druck:

Druckkollektiv, Gießen

ISSN 1616-0665

Namentlich gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der
Redaktion wieder. Nachdruck einzelner Artikel nur mit ausdrücklicher
Genehmigung der Redaktion und der Autoren.

Herstellung und Versand dieser Ausgabe des ›selbsthilfegruppenjahrbuchs‹
wurde gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend, von der ›GlücksSpirale‹ und von folgenden Krankenkassen:

Deutsche Angestellten Krankenkasse – DAK, BARMER Ersatzkasse,
Gmünder Ersatzkasse – GEK, Kaufmännische Krankenkasse – KKH,
Hamburg-Münchener Krankenkasse, Hanseatische Krankenkasse – HEK,
Krankenkasse für Bau- und Holzberufe – HZK, BRÜHLER – Die Ersatzkasse,
Buchdrucker-Krankenkasse, KEH-Ersatzkasse, Techniker Krankenkasse.

Wir bedanken uns ganz herzlich!

*Zur Unterstützung unserer Vereinsarbeit bitten wir Sie herzlich um eine
Spende (steuerlich abzugsfähig) auf unser Konto Nr. 6.3030.05 bei der
Volksbank Gießen (BLZ 513.900.00).*

Patientenorientierte Ansätze und Strategien in der Gesundheitskommunikation

Kommunikation mit Selbsthilfegruppierungen am Beispiel der Disease-Management-Programme

Seit dem 1. Juli 2002 können Krankenkassen nach § 137 Sozialgesetzbuch V (SGB V) spezielle Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, sogenannte Disease-Management-Programme, anbieten. In einem ersten Schritt ist vorgesehen für Brustkrebs-Patientinnen und Typ-2-Diabetiker umfangreiche Angebote zu machen. Weitere Erkrankungsbilder werden in den nächsten Jahren folgen.

Vorangegangen ist eine lange Diskussion zur Versorgungssituation chronisch Kranken in der Bundesrepublik. (Als chronisch werden solche Krankheiten bezeichnet, die über ein Jahr lang bestehen und fortschreiten. Als »chronisch krank« gilt ein Patient dann, wenn er sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet.)

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erläutert in seinem Gutachten aus dem Jahr 2001¹, daß der Anteil der chronisch Kranken in der ambulanten und stationären Versorgung auf mindestens 40 % geschätzt wird. Auf sie entfallen etwa drei Viertel der Krankheitsausgaben. Es wurde in dem Gutachten »Über-, Unter- und Fehlversorgung« bei verschiedenen chronischen Krankheitsbilder mit den daraus folgenden Problemen, die sich durch Mängel in der Versorgung chronisch Kranker zurückführen lassen, aufgezeigt. Diese vom Sachverständigenrat aufgezeigten Mängel veranlaßten den Gesetzgeber, Anreize für eine verbesserte Versorgung zu setzen.

Bisher wurden schwer und chronisch kranke Versicherte bei den Ausgleichszahlungen zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen nicht besonders berücksichtigt. D. h. Krankenkassen, die viele dieser Kranken betreuen, erzielen häufig einen Verlust für diese Versicherten. Aus diesem Grund waren Krankenversicherungen in der Vergangenheit weniger an chronisch Erkrankten als Mitgliedern interessiert.

Zukünftig sollen deutliche Anreize für die Krankenversicherungen geschaffen werden, Programme für die Versorgung von chronisch kranken Versicherten anzubieten. Zu diesem Zweck wird eine finanzielle Entlastung für Kassen mit einer großen Anzahl chronisch kranker Mitglieder geschaffen werden. Allerdings nur, wenn die betroffenen Versicherten in einem anerkannten, zugelassenen, Behandlungsprogramm teilnehmen.

Ziel sämtlicher gesetzlicher Krankenversicherung ist es nun, neben der Entwicklung und Akkreditierung ihrer speziellen Disease-Management-Programme, möglichst viele ihrer chronisch kranken Versicherten zur Einschreibung in diese Programme zu bewegen, um damit die Ausgleichszahlungen beanspruchen zu können.

Für die Krankenversicherungen geht es hierbei in den nächsten Jahren um sehr viel Geld. Es wurde bereits ein großer Aufwand betrieben, um Disease-Management-Programme zu entwickeln und die Verhandlungen mit den ärztlichen Standesorganisationen voranzutreiben, um erste Vertragsabschlüsse mit den Leistungserbringern zu erreichen.

Die betroffenen chronisch Erkrankten waren sowohl bei der Entwicklung der Programme als auch bei der abschließenden Bewertung bisher nicht beteiligt. Eine Kritik von Seiten der Betroffenenorganisationen lautet unter anderem: »Der einzelne Patient mit seinen unverwechselbaren gesundheitlichen Problemen gerate in einer standardisierten Medizin aus dem Blickfeld, Leitlinien engten die ärztliche Autonomie ein und könnten als Rationierungsinstrument mißbraucht werden.«²

Abweichend von der derzeit noch vorherrschenden Sichtweise, die sich eher mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen als mit den Empfängern dieser Leistungen auseinandersetzt, sollte aber bei der Information über die Behandlungsprogramme ausschließlich die Patientenorientierung im Vordergrund stehen, da sich die Frage stellt, wie die Qualitäten eines Programms bei den Betroffenen kommuniziert werden können. Kommunikation umfaßt hierbei im »Rahmen der Marketingpolitik die Übermittlung von Informationen und Bedeutungsinhalten zum Zweck der Steuerung von Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen gemäß der anwenderspezifischen Zielsetzung.«³

Douglas Black (2000) faßt einschlägige sozialwissenschaftliche Studien dahingehend zusammen, daß das weit verbreitete Mißtrauen gegenüber der Ärzteschaft auf der Abwesenheit von ausreichender Information, von angemessener Aufklärung der Patienten und von Vermittlung des notwendigen Sicherheitsgefühls basiert (Zitiert nach 2). Ähnlich verhält es sich mit der Einstellung der Versicherten gegenüber ihren Krankenversicherungen. Nach einer Studie des Verbands der Angestellten Krankenkassen (VdAK)⁴ aus dem Jahr 2001 wünschen sich die Versicherten von den Krankenkassen eine aktivere Rolle insbesondere in den Punkten Information und Beratung in allen Fragen der Gesundheitsinformation. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) aus dem Jahr 2002⁵. Danach erwarten die Versicherten vermehrt Qualitätssicherung und Patientenaufklärung.

Diese Erwartungen müssen sicherlich erfüllt werden, wenn die Versicherten motiviert werden sollen, an den »Chroniker«-Programmen teilzunehmen.

Nach einer forsa-Befragung vom November 2001 würden 88 % der Betroffenen an einem Behandlungsprogramm teilnehmen, das speziell auf ihre Krankheit zugeschnitten ist. Auch die Bereitschaft, die Teilnahme an dem Behandlungsprogramm schriftlich durch die Einschreibung bei der Krankenkasse zu bestätigen, ist bei den meisten chronischen Kranken, d.h. bei 76 % vorhanden⁶. Im Rahmen dieser Behandlungsprogramme würden dieser Umfrage zufolge 74 % der chronisch Kranken an Schulungskursen teilnehmen, in denen sie lernen könnten, wie sich ihr Gesundheitszustand verbessern ließe. Und an Behandlungsprogrammen, die eine Veränderung des Alltags der chronisch Kranken bedeuten würden – z.B. regelmäßiges Bewegungstraining oder eine

Umstellung der Ernährungsgewohnheiten – würden nach eigenen Aussagen ebenfalls die meisten Betroffenen (73 %) teilnehmen. Die Mehrheit der Bevölkerung jedoch läßt einer durchaus positiven Einstellung zur Gesundheit keine Taten folgen. Dies zeigt sich daran, daß präventive Leistungen kaum in Anspruch genommen werden und ungesunde Lebensweisen fortbestehen⁷. Auch darf der Bedarf an Gesundheitsleistungen nicht mit der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen oder Inanspruchnahme des Gesundheitssystem verwechselt werden, da hierbei teilweise hohe Hürden bestehen⁸. Angefangen von Alter, Einkommen, räumliche und zeitliche Erreichbarkeit bis zur sozialen Akzeptanz der Angebote.

Die Vermutung liegt also nahe, daß zwecks Motivation zur Programmteilnahme die Weiterleitung von Informationen an die Betroffenen alleine nicht ausreichen wird. Es ist an der Zeit, offensiv auf die direkt Betroffenen zu zugehen.

Da es aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich ist, Versicherte, die an Diabetes oder Brustkrebs erkrankt sind, direkt aus den Datensätzen auszulesen und sie gezielt anzuschreiben, muß ein anderer Weg für die erste Kommunikation mit den Betroffenen gesucht werden.

Daher ist die Einbindung der Betroffenenorganisationen mit der Bitte um Unterstützung der Weg, der am sinnvollsten erscheint, da es sich zum einen bei den Betroffenen um Experten in eigener Sache mit der erlebten Kompetenz und Erfahrung handelt. Und zum anderen können sie als Multiplikatoren eine entscheidende Rolle übernehmen, die daher sachlich und umfangreich informiert werden müssen. Des weiteren ist nach der Vorgeschichte, d.h. wegen der fehlenden Einbindung der Patientenverbände in die Programmentwicklungen, bei diesen Gruppierungen dringend eine Art Wiedergutmachung durch die Anerkennung ihrer Kenntnisse und Kompetenzen zu leisten.

Der Patient als Partner des Arztes und die gemeinsame Vereinbarung individueller Behandlungsziele auch im Hinblick auf eine gesundheitsgerechte Lebensführung sind Forderungen, die sowohl die Selbsthilfe als auch Disease-Management-Programme umsetzen wollen.

In Selbsthilfegruppen engagieren sich ca. fünf Prozent der Erwachsenen⁹. Leider machen die Mitglieder in Selbsthilfegruppen nur einen kleinen Anteil an der Gruppe der chronisch Kranken aus. Es wird geschätzt, daß es in der Bundesrepublik etwa 4 Millionen Diabetiker gibt. Bei Brustkrebs ist von jährlich rund 48.000 Neuerkrankungen auszugehen¹⁰. Etwa 2-10 % der Betroffenen sind in den Selbsthilfegruppen aktiv¹¹. Dies sind allerdings nur sehr grobe Schätzungen, da die Anzahl der von einer chronischen Krankheit Betroffenen immer nur auf unsicheren Angaben beruht. Ähnliches gilt für die Angaben über Mitglieder von Gruppen und Organisationen. So viel läßt sich aber sagen: der größte Teil der Erkrankten wird nicht über Selbsthilfegruppen erreicht. Die Mitglieder in Selbsthilfegruppe haben aber in vielen Fällen für sich bereits die richtige bzw. passende Behandlungsform gefunden, allerdings oft erst nach langen Irrwegen durch die verwirrende Vielfalt der Meinungen und Angebote. Sie sind gut bis sehr gut informiert und daher Experten in eigener Sa-

che, und das unterscheidet sie von den meisten anderen Patienten. Immer mehr chronisch kranke und behinderte Menschen wehren sich dagegen, ausschließlich als Objekte eines professionellen Versorgungssystems betrachtet zu werden. Sie stellen zunehmend die berechnete Forderung, als eben diese Experten in eigener Sache in die Planung und Durchführung aller sie betreffenden Maßnahmen einbezogen zu werden und haben sich teilweise in Form von Selbsthilfeorganisationen zu Interessenvertretungen im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich zusammengeschlossen.

Es ist also notwendig und sinnvoll, bei den Organisationen der von den Erkrankungen Betroffenen, d.h. bei Diabetikern und Brustkrebspatientinnen, mit der Informations- und Motivationskampagne zu beginnen.

Im Deutschen Diabetiker Bund sind rund 40.000 Mitglieder in 650 Gruppen vertreten¹², davon etwa 3.500 Mitgliedern in 70 Gruppen allein in Hessen. Dazu kommen im Bereich Diabetes noch zahlreiche unabhängige Selbsthilfegruppen, die keiner Landesorganisation angehören.

Die »Frauenselbsthilfe nach Krebs« hatte im Jahr 2001 bundesweit 420 Gruppen, und in Hessen bereits 35¹³. Auch hier gibt es im Bereich Frauen und Krebs zusätzlich noch weitere Gruppen, die organisatorisch nicht an einen Dachverband gebunden sind.

Der hohe Organisationsgrad dieser beiden Bundesorganisationen in Landes- und Ort- bzw. Regionalgruppen bildet den idealen Rahmen für den Erstkontakt mit Betroffenen und die Möglichkeit, Informationen breit zu streuen. Hier ist die direkte Ansprache der Betroffenen am ehesten gewährleistet. Durch die offensive Kommunikation sollen die Vorurteile gegen Disease-Management-Programme ausgeräumt werden, in der Hoffnung, daß so die aufgeklärten, informierten Betroffenen ihre positive Meinung als Multiplikatoren weiter verbreiten.

Die Mitglieder der Selbsthilfegruppierungen sollen so als meinungsbildende Personen im Sinne der mehrstufigen Kommunikation¹⁴ eingesetzt werden. D.h. sie sollen ihre Zufriedenheit über die Information, ihre neutrale oder besser noch positive Einstellung zu DMP weiteren Betroffene mitteilen, die wiederum dieses Urteil weiterverbreiten mit dem Ziel, dadurch eine möglichst hohe Einschreibequote zu erreichen. Die Nutzung des Prinzips der mehrstufigen Kommunikation eignet sich immer dann, wenn nicht alle Empfänger, in diesem Fall die betroffenen Versicherten direkt zugänglich sind. Wenn es darauf ankommt, die Informationen zu verstärken, z. B. durch die hohe Akzeptanz der Kommunikationspartner, also hier die Selbsthilfeteilnehmer als Betroffene. Und diese Kommunikationsform eignet sich, wenn man eine breite Streuung der Informationen wünscht.

Es ist zu erwarten, daß in den Schnittstellen Disease-Management und Selbsthilfe Welten mit unterschiedlichen Normen, Herangehensweisen und Verletzlichkeiten, mit völlig unterschiedlicher Sprache aufeinander treffen. Auf der einen Seite die medizinische und ökonomische Terminologie, auf der anderen Seite die erlebte Kompetenz der Betroffenen mit ihren persönlichen Befindlichkeiten. Allein schon bei Begriffen wie »Disease-Management«,

»Evidenz-basierte Medizin«, »Evaluation«, »Reminder-Systeme« oder »Risikostrukturausgleich« brauchen viele, die nicht tägliche damit umgehen, Übersetzungs- und Erklärungshilfen. Wer weiß schon so genau, was Mikro- und Makroalbuminurie oder Rethinopathie ist. Selbst der medizinische Fußpfleger heißt jetzt Podologe. Auch Morbidität, Mortalität, Inzidenz und Prävalenz bedürfen einer Erläuterung.

Kooperationen in diesem Feld sind deshalb Prozesse, die Zeit brauchen und diese unterschiedlichen Sichtweisen berücksichtigen müssen, d.h. ein weiteres Ziel der Kommunikation ist eine Kooperation auf gleicher »Augenhöhe«. Dadurch soll die gegenseitige Akzeptanz zwischen den professionellen Systemen der Krankenkasse und der Selbsthilfe gefördert werden. Das Verhältnis gleichberechtigter Partner mit jeweils eigener Kompetenz ist anzustreben. Der Nutzen für die chronisch Kranken muß ebenso wie der Nutzen für die Krankenversicherung herausgearbeitet werden.

Es muß für die Betroffenen und ihren Organisationen deutlich werden, daß vor allem bisher unterversorgte Patienten von DMP profitieren, da sie mit Informationen versorgt und zu regelmäßigen Arztkontakten aufgefordert werden. Durch das Patientenrecht auf regelmäßige Schulungen zu allen Themen, die ihre Erkrankung betreffen, können in diesen Fällen erstmals gezielt Leistungen eingefordert werden.

Die Mitglieder in der Selbsthilfe sind zwar nicht in erster Linie die Zielgruppe, die mit den strukturierten Behandlungsprogrammen erreicht werden soll. Sie gehören in der Regel zu den Patienten, die über ihre Erkrankung genau Bescheid wissen und diese, soweit es in ihren eigenen Möglichkeiten entspricht, auch im Griff haben.

Die Selbsthilfegruppen und -organisationen sind aber wesentlich für die Funktion und Weiterentwicklung von DMP. Die Selbsthilfe muß durch ihr Feedback endlich bei der Weiterentwicklung der Programme eingebunden werden.

In den Disease-Management-Programmen ist vorgesehen, daß die »Patienten ermutigt werden, ihre Rolle als Ko-Produzenten von Gesundheit wahrzunehmen«¹⁵. Daher ist vorgesehen, daß Selbsthilfegruppen fest in den Behandlungsplan dieser Disease-Management-Programme mit eingebunden werden, indem der behandelnde Arzt seine Patienten über ortsansässige Gruppen informiert und zur aktiven Teilnahme in diesen Gruppen auffordert. Sie sollen bei der Patienteninformation und -aufklärung helfen. Sie können Patienten über ihre eigenen Erfahrungen am ehesten motivieren die Behandlungsanweisungen einzuhalten. Und ihre Mitglieder können durch die positive Einstellung zu ihrer Erkrankung und zum Leben, dadurch daß sie ihre Krankheit akzeptieren, zur psychosozialen Entlastung von Neudiagnostizierten aber auch bereits länger Erkrankten beitragen. Gerade diese psychosoziale Unterstützung und Versorgungskontinuität sind bei einer chronischen Krankheit ebenso bedeutsam wie die fachgerechte medizinische Behandlung. Nach Wiener & Dodd, 1993 ist »die Verlaufsdynamik chronischer Krankheiten vielfach durch einen beständigen, im Einzelfall nicht prognostizierbaren Wechsel von latenten Phasen und akuten Krisen gekennzeichnet. Dies bedeutet für die Betroffenen

selbst in weitgehend stabilen Krankheitsphasen stets ein Leben mit Unwägbarkeiten und Unsicherheit¹⁶. Diese Unterstützung können in der Regel nur Selbstbetroffene leisten, die über ihre eigene Erfahrung Verständnis für die Situation anderer Betroffener haben.

Die direkte Aufklärung der Betroffenen an der Basis macht im Sinne der Motivation zur Programmteilnahme den meisten Sinn. In den Informationsgesprächen mit den regionalen Selbsthilfegruppen vor Ort muß vor allem versucht werden, persönliche Bezüge zu dem Thema herzustellen und auf spezielle Fragen einzugehen.

Für diese Gespräche und für die Materialien, die hier verteilt werden sollen, muß besonders darauf geachtet werden, die Sprache und Wortwahl an die Kenntnisse und Fähigkeiten der Empfänger anzupassen.

Die Zielgruppe der an Diabetes-Typ-2-Erkrankten ist beispielsweise überwiegend älter als 65 Jahre (85 %) ¹⁷.

Bei Brustkrebspatientinnen gibt es zwar kein »typisches« Alter der Gruppenmitglieder. Das Krebsrisiko steigt aber mit zunehmendem Alter. Und Brustkrebs ist seit Jahren die häufigste Krebstodesursache bei Frauen (17,9 % aller Krebssterbefälle bei Frauen) ¹⁸. Es ist also davon auszugehen, daß auch in diesen Gruppen der größte Teil der Teilnehmerinnen älter als 50 Jahre ist.

Die Altersstruktur der Gruppenteilnehmer und die Besonderheit der Rethinopathie als Diabetes-Folgeerkrankung läßt die Vermutung zu, daß die Sehfähigkeit einiger Personen nicht mehr so gut ist. Folien über Overheadprojektoren sind deshalb für diese Menschen oft schlecht lesbar. Die Arbeit mit Folien schafft zudem gerade in diesen recht kleinen Gruppen von etwa 20 Teilnehmern eine gewisse Distanz zwischen dem Referenten und der Gruppe. Hinzu kommt, daß in den meisten Gruppenräumen keine entsprechende technische Ausstattung vorhanden ist. Es empfiehlt sich daher, die zu vermittelnden Kernbotschaften in gut lesbar schriftlicher Form zu verteilen. Die schriftliche Fixierung des Veranstaltungsablaufs hilft den Teilnehmern, zu erkennen, wie viel Zeit für die einzelnen thematischen Abschnitte eingeplant sind. Bei der Ablaufplanung ist wieder zu bedenken, daß es sich um erkrankte Zuhörer handelt, die zeitlich nicht überstrapaziert werden sollten.

Am wichtigsten ist es aber bei diesem Teilnehmerkreis von direkt Betroffenen die Befürchtungen und vielleicht vorhandenen Ängste ernst zu nehmen und darauf einzugehen. Jeder der Anwesenden hat wahrscheinlich schon etwas zu Disease-Management gehört oder gelesen und sich die Frage gestellt, »Was bedeutet dies zukünftig für mich persönlich als chronisch Kranken?«. Als Einstieg ist das Thema können diese Befürchtungen, Fragen und vielleicht auch Hoffnungen, die mit diesen Programmen verbunden werden, abgefragt und notiert werden. Die Teilnehmer werden ermuntert ihre Bedenken zu äußern und für den Referenten läßt sich so ein erstes Stimmungsbild festhalten. Tatsächlich noch offene Fragen und noch nicht ausgeräumte Befürchtungen können dann nach Beendigung des Vortrags beantwortet werden.

Als Fazit läßt sich sagen, daß die patientengerechte Kommunikation im Bereich Selbsthilfegruppierungen zum Thema Disease-Management-Programme trotz einiger Aufwände geleistet werden kann. Nötig ist dazu neben

der organisatorischen und logistischen Vorarbeit vor allem das Verständnis für die Situation der chronisch Erkrankten. Wenn dazu noch die Bereitschaft besteht, sich auch sprachlich auf die jeweilige Ebene der Teilnehmer einzustellen, steht einem für beide Seiten zufriedenstellenden Ergebnis nichts mehr im Weg.

Literatur:

- 1 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. 2001
- 2 Schmacke, N.: »Leitlinienorientierte, evidenzbasierte Versorgung und Vertrauen in die Medizin: Voraussetzungen für die Entwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen« in »Disease-Management-Programme im Rahmen der Reform des Risikostrukturausgleiches«, AOK Bundesverband Bonn, Pressemitteilung 2002 (Beilage zum Deutschen Ärzteblatt am 08. März 2002)
- 3 Thill, K.-D.: »Öffentlichkeitsarbeit, Marketing und Informationsmanagement«, 16. Studententext im Weiterbildenden Fernstudium Angewandte Gesundheitswissenschaften, S. 27, Bielefeld 1999
- 4 VdAK/AEV-Versichertenreport »Disease Management: Versicherte erwarten mehr Qualität, mehr Beratung, mehr Information« Presseveröffentlichung, Siegburg, 4. Juli 2002
- 5 Wissenschaftliches Institut der AOK »Gesundheitspolitik: Bevölkerung gegen Leistungseinschränkungen« Presseveröffentlichung, Bonn, 06. Juli 2002
- 6 »Gesundheitspolitik in Deutschland: Einschätzungen der Bundesbürger«, forsa, Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH, Berlin, 01. November 2001
- 7 Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes/Statistisches Bundesamt – Stuttgart 1998, S. 84 »Gründe für ein geringes Gesundheitsbewusstsein«
- 8 Schwartz, F. W.; Busse, R.: »Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung« S. 395, in »Das Public-Health-Buch«, hrsg. Von F. W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe und J. Siegrist
- 9 ISAB-Berichte aus Forschung und Praxis Nr. 42 »Selbsthilfe 2000: Perspektiven der Selbsthilfe und ihre infrastrukturelle Förderung«, S. 125, Köln 1996
- 10 AOK Bundesverband Presseservice, »Fragen und Antworten rund um DMP«, www.aok.de/bundesverband/ Stand Juni 2002
- 11 Von Ferber, Chr.: »Neue Herausforderungen an das Gesundheitssystem«, 8. Studententext im Weiterbildenden Fernstudium Angewandte Gesundheitswissenschaften, S. 105, Bielefeld 1999
- 12 www.Diabetikerbund.de, aktualisiert 19.01.2001
- 13 www.Frauenselbsthilfe.de, aktualisiert 13.09.2002
- 14 Thill, K.-D.: S.3, S. 28/29
- 15 Schmacke, N.: »Leitlinienorientierte, evidenzbasierte Versorgung und Vertrauen in die Medizin: Voraussetzungen für die Entwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen« in »Disease-Management-Programme im Rahmen der Reform des Risikostrukturausgleiches«, AOK Bundesverband Bonn, Pressemitteilung 2002 (Beilage zum Deutschen Ärzteblatt am 08. März 2002)
- 16 Wiener & Dodd 1993, zit. n. Müller-Mundt, G. »Patientenedukation zur Unterstützung des Selbstmanagements«, S. 95 in »Moderne Gesundheitskommunikation«, hrsg. v. Hurrelmann, K.; Leppin, A., 2001
- 17 Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes/Statistisches Bundesamt – Stuttgart 1998, S. 238 »Diabetes mellitus«
- 18 Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes/Statistisches Bundesamt – Stuttgart 1998, S. 50 »Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen«

Barbara Treichel ist Selbsthilfe Beauftragte der AOK-Hessen.