

Fabian Berger, Jürgen StremLOW,
Lucia M. Lanfranconi, Hakim Ben Salah

Verbreitung und Förderung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in der Schweiz: die Sprachregionen im Fokus

Die Schweiz besteht aus drei größeren Sprachregionen: der Deutschschweiz, der französischsprachigen Schweiz – die so genannte Romandie – und dem italienischsprachigen Tessin. Heute finden sich in jeder dieser Regionen Selbsthilfegruppen und regionale Selbsthilfezentren (vergleichbar den in Deutschland so genannten Selbsthilfekontaktstellen) zu deren Förderung. Im vergangenen Jahrzehnt hat sich die gemeinschaftliche Selbsthilfe insbesondere in der Romandie und im Tessin rasch entwickelt. Der folgende Beitrag geht der Frage nach, inwiefern Unterschiede in der Verbreitung und Förderung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe¹ in der Romandie und im Tessin im Vergleich zur Deutschschweiz bestehen.

In der Deutschschweiz untersuchten bisher insbesondere StremLOW et al. (2004) und StremLOW (2006b) die Situation der Selbsthilfezentren und der gemeinschaftlichen Selbsthilfe (Versorgungsforschung). In der französischsprachigen Schweiz beschäftigten sich Gognalons-Nicolet et al. (2006) mit den historischen Ursprüngen von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen in der Schweiz und in Deutschland sowie deren Eigenschaften.

Die nationale Dienst- und Koordinationsstelle „Selbsthilfe Schweiz“ (ehemals KOSCH) beauftragte im Jahr 2014 die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (HSLU SA) und die Universität Lausanne eine Studie über den aktuellen Stand der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in der Schweiz und deren Nutzen und Grenzen durchzuführen². Das Ziel der Studie ist es, die derzeitige Situation in der Schweiz im Bereich der gemeinschaftlichen Selbsthilfe und deren Entwicklung in den letzten zehn Jahren zu beschreiben, wobei erstmals die gesamte Schweiz als Untersuchungsgegenstand in den Fokus genommen wurde. Gleichzeitig sollten Nutzen und Grenzen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe aufgezeigt und der Frage nachgegangen werden, welche Bedeutung die nationale Dienst- und Koordinationsstelle „Selbsthilfe Schweiz“ und die 20 ihr angeschlossenen Selbsthilfezentren für die Verbreitung der Selbsthilfegruppen aufweisen. Die Ergebnisse basieren auf verschiedenen Teiluntersuchungen (Lanfranconi et al. 2017). So wurden

1. die zentrale Datenbank der nationalen Dienst- und Koordinationsstelle „Selbsthilfe Schweiz“ mit insgesamt über 2.577 unbegleiteten und fachlich begleiteten Selbsthilfegruppen ausgewertet³;
2. über 1.000 Selbsthilfegruppenteilnehmende schriftlich und fast 50 Teilnehmende aus allen Landesteilen mündlich befragt;
3. die Leiterin von „Selbsthilfe Schweiz“ sowie die Leitenden aller 20 Selbsthilfezentren schweizweit schriftlich und mündlich befragt;

4. zwölf Fachpersonen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen befragt;
5. über 100 Internetseiten analysiert und weitere explorative Analysen durchgeführt.

Der vorliegende Beitrag stützt sich auf die eben genannten Studie und deren Daten.

In der Schweiz will zur Zeit die nationale Strategie „Gesundheit 2020“ die Kompetenzen von Betroffenen stärken und die gesundheitliche Chancengleichheit sichern (Bundesamt für Gesundheit [BAG] 2016). Innerhalb der aktuellen Selbsthilfeforschung steht fest, dass die gemeinschaftliche Selbsthilfe die Gesundheitskompetenzen von Betroffenen stärken kann. Die gemeinschaftliche Selbsthilfe leistet somit einen Beitrag zur Bewältigung aktueller und zukünftiger Entwicklungen im Sozial- und Gesundheitswesen (Borgetto 2011; Braun / Opielka 1992; Braun et al. 1997; Engelhardt et al. 1995; Schulz-Nieswandt 2011; StremLOW et al. 2004; StremLOW 2006b).

Als Selbsthilfegruppen werden gemäß der breit rezipierten Definition von Borgetto (2004, S. 15) vor allem Gruppen bezeichnet, in denen (a) die Teilnehmenden durch ein gemeinsames Problem selber betroffen sind, (b) wechselseitig Hilfe in Bezug auf das Problem geleistet wird, (c) regelmäßig Treffen stattfinden, (d) die Teilnahme freiwillig ist, (e) die Verantwortung und Entscheidungsgewalt ausschließlich bei den Teilnehmenden liegt, (f) eine möglichst gleichberechtigte Zusammenarbeit innerhalb der Gruppe angestrebt wird und (g) keine Gewinnorientierung besteht.

Im Folgenden wird in einem ersten Abschnitt die allgemeine Entwicklung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in der Schweiz in den letzten dreizehn Jahren (2002-2015) beschrieben. Im zweiten Abschnitt wird auf die Bedeutung der Selbsthilfezentren für die Verbreitung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe sowie auf deren Vernetzung eingegangen. Der dritte Abschnitt basiert auf der Grundlage der Voranalysen zu den beiden vorhergehenden Abschnitten und untersucht die besondere Situation der Romandie und des Tessins im Vergleich zur Deutschschweiz. Der Artikel schließt mit Empfehlungen für Politik und Institutionen.

Entwicklung und aktuelle Verbreitung der Selbsthilfegruppen

Im Jahre 2015 waren in der Datenbank von Selbsthilfe Schweiz insgesamt 2.226 Selbsthilfegruppen registriert (vgl. Borgetto 2004, S. 15). Weil der frühere Bericht von StremLOW et al. (2004) sich auf die Deutschschweiz fokussierte und die französisch- sowie die italienischsprachige Schweiz nicht berücksichtigt wurden, ist die Beschreibung der Entwicklung der letzten dreizehn Jahre nur für die deutschsprachige Schweiz durchführbar. Die Datenbank der damaligen KOSCH (Vorgänger der heutigen „Selbsthilfe Schweiz“) im Jahr 2002 zählte 1.149 Selbsthilfegruppen. In der deutschsprachige Schweiz existieren heute (Stand 2014) rund 1.700 solcher Gruppen. Somit konnte in den letzten dreizehn Jahren mit 48 Prozent ein starkes Wachstum bei den Selbst-

hilfegruppen in der Deutschschweiz verzeichnet werden. Um das Wachstum der Schweizer Bevölkerung zu berücksichtigen, wurde die Anzahl der Gruppen auf 100.000 Einwohner/innen normiert (Selbsthilfegruppendichte⁴). Während die Selbsthilfegruppendichte 2002 in der Deutschschweiz knapp 23 betrug, konnten 2015 bereits 30 Selbsthilfegruppen pro 100.000 Einwohner/innen für die Deutschschweiz gezählt werden⁵.

Thematisch verteilen sich im Jahr 2015 knapp drei Viertel dieser Gruppen auf gesundheitspezifische Themen während ein Viertel sozialen Themen zugeordnet werden kann. Betreffend die gesundheitspezifischen Themen finden sich vor allem Selbsthilfegruppen zu somatischen Krankheiten, Suchtproblemen und psychischen Störungen. Bei den sozialen Themen sind es vor allem Selbsthilfegruppen zu belastenden Lebenssituationen, kritischen Lebensereignissen sowie Familien- und Erziehungsfragen.

Die Bedeutung der Selbsthilfezentren für die Verbreitung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in der Schweiz

In der Schweiz existieren zurzeit 20 Selbsthilfezentren (bei 26 Kantonen). Während „Selbsthilfe Schweiz“ vor allem auf nationaler Ebene agiert und kaum Kontakte mit Selbsthilfegruppen pflegt, läuft das Tagesgeschäft mit den Selbsthilfegruppen vor allem in den Selbsthilfezentren ab. Sie fungieren als Drehscheibe für die gemeinschaftliche Selbsthilfe in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet und fördern die Verbreitung von Selbsthilfegruppen. Dabei übernehmen sie vielfältige Aufgaben wie zum Beispiel (1) die Vermittlung und Vernetzung für an Selbsthilfe Interessierte, (2) Beratung und Gründung von Selbsthilfegruppen, (3) die Vernetzung der Selbsthilfegruppen untereinander und diejenige zwischen Selbsthilfegruppen und professionellen Angeboten (Fachpersonen etc.). Zudem leisten sie (4) Öffentlichkeitsarbeit in ihren Einzugsgebieten, indem sie zum Beispiel Anzeigen in lokalen Medien aufschalten oder Standaktionen durchführen (Stremlow 2006a; Stremlow et al. 2014; Borgetto 2004; Matzat 1999; Vogelsanger 1995; Braun / Opielka 1992).

Im Jahr 2014 standen den 20 Selbsthilfezentren insgesamt 2.107 Stellenprozentente zur Verfügung⁶. Durchschnittlich verfügten die Selbsthilfezentren somit über 124 Stellenprozentente, also nur wenig mehr als eine Vollzeitstelle pro Zentrum. Die Stellenressourcen sind dabei zwischen den einzelnen Zentren auffällig ungleich verteilt. Beim Vergleich der Stellenressourcendichte⁷ pro Einzugsgebiet verstärken sich die Unterschiede noch. Für die Schweizer Bevölkerung kommen durchschnittlich 26 Stellenprozentente auf 100.000 Einwohner/innen. Dabei verfügen einige Selbsthilfezentren über eine Stellenressourcendichte von 40 und mehr (z. B. in Zürich Stadt, Zürich Oberland, Basel, Zug und Bern), während andere mit weniger als fünf Stellenprozentente pro 100.000 Einwohner/innen auskommen müssen (in den Regionen Waadt und Tessin).

Abbildung 1 verdeutlicht die Unterschiede zwischen den einzelnen Selbsthilfezentren auf der X-Achse und setzt die Stellenressourcendichte in Bezug zur Selbsthilfegruppendichte⁸.

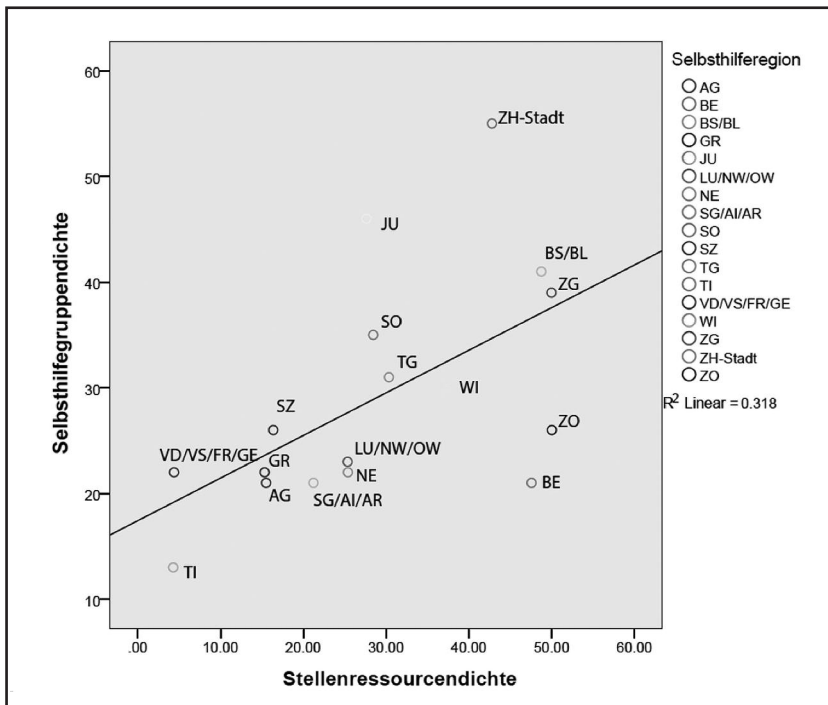


Abbildung 1 Stellenressourcen der Selbsthilfezentren und Selbsthilfegruppendichte, Stand 2014

Lanfranconi et al. 2017

Der Vergleich von Stellenressourcendichte und der Selbsthilfegruppendichte ist aufschlussreich, da er die Vermutung erhärten könnte, dass im Einzugsgebiet eines Selbsthilfezentrums mit einer guten Stellenausstattung mehr Selbsthilfegruppen existieren. In der letzten Studie (Stremlow et al. 2004) war dieser Zusammenhang sehr eindeutig. Unter Betrachtung des Korrelationskoeffizienten (r) lag der Wert bei Stremlow und seinem Team damals bei sehr hohen 0.845 (2004; 2006a, S. 7). Für 2014 kann immerhin noch ein Korrelationskoeffizient (r) von 0.564 ausgewiesen werden⁹. Es besteht also auch im referierten Jahr ein starker Zusammenhang zwischen der Stellenressourcendichte und der Selbsthilfegruppendichte. In den letzten dreizehn Jahren hat die Bedeutung der Stellenressourcen für die Verbreitung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe allerdings etwas abgenommen. Dies hat einerseits mit der im Vergleich zur letzten Studie (ebd.) deutlich verbesserten Stellensituation zu tun (das Stellenetat hat sich gegenüber dem Jahr 2002 mit 853 Stellenprozenten zu 2015 mit 2.107 Stellenprozenten mehr als verdoppelt). Allerdings muss angenommen werden, dass noch weitere Faktoren einen Einfluss auf die regionale Selbsthilfegruppendichte ausüben. Als weitere Einflussgröße dürfte zum Beispiel die urbane / rurale Struktur eines Einzugsgebietes wirken. So weist insbesondere die Stadt Zürich (ZH Stadt) eine überdurchschnittliche Dichte an Selbsthilfegruppen aus, während die Region Bern (BE) und das Zürcher Oberland (ZO) als rurale Einzugsgebiete trotz der hohen Stellenressour-

cendichte nicht die zu erwartende Selbsthilfegruppendichte ausweisen können (vgl. Abbildung 1).

In der Online-Befragung der Selbsthilfezentren wurde eine Vielzahl an möglichen Kooperationspartnern genannt (vgl. Abbildung 2). Die Selbsthilfezentren arbeiten sehr häufig mit psychiatrischen Kliniken und Diensten (19 %), Sozialberatungsstellen (18 %), Behinderten- und Selbsthilfeorganisationen (13 %) sowie den Gesundheitsligen (Patienten- und Fachorganisationen zu bestimmten Themen, z. B. Krebsliga; 11 %) zusammen. Gerade die intensive Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken ist vor dem Hintergrund des sich verbreitenden Recovery-Ansatzes in den psychiatrischen Kliniken als positiv zu werten, da der Recovery-Ansatz das Ziel verfolgt, die Lebensqualität sowie die Selbstkompetenz der Betroffenen im Umgang mit ihrer psychischen Krankheit zu erhöhen (Gudjonsson et al. 2011).

Eine von der Schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO) in Auftrag gegebene Studie zu den Aufgaben, Rollen und Perspektiven der Gesund-

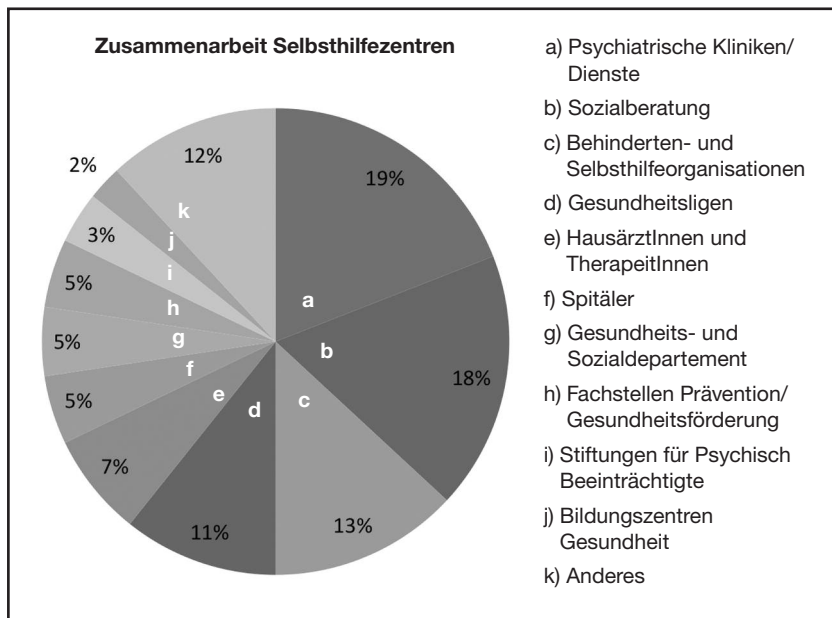


Abbildung 2 Zusammenarbeit der Selbsthilfezentren mit Kooperationspartnern

vgl. Lanfranconi et al. 2017

heitsligen innerhalb der Schweiz kam zu dem Schluss, dass in Zukunft die psychosoziale Versorgung von chronisch Kranken zunehmend wichtiger wird (Vettori et al. 2015). Es kann also davon ausgegangen werden, dass zukünftig nationale wie auch regionale Netzwerkkooperationen zwischen den Selbsthilfezentren und Fach- beziehungsweise Patientenorganisationen immer bedeutsamer werden, um entweder das Angebot zwischen den einzelnen Fachstellen abgleichen oder in Kooperationsprojekten neue Angebote für die gemeinschaftliche Selbsthilfe entwickeln zu können.

Die Entwicklung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in der Romandie und im Tessin

Im Gegensatz zur früheren Studie von StremLOW et al. (2004) wurde in der jüngsten Studie von Lanfranconi et al. (2017) auch die französisch- (Romandie) und die italienischsprachige Schweiz (Tessin) einbezogen. Die Selbsthilfezentren in der Romandie und im Tessin wurden zum größten Teil erst nach dem damaligen Erhebungszeitpunkt 2002 gegründet (ebd.). So wurde das erste dieser Selbsthilfezentren im Jahr 2000 im Kanton Waadt gegründet. Es folgten Zentren im Tessin (2007), in Neuchâtel (2012) und im Jura (2015). Entsprechend ist ein historischer Vergleich nicht möglich. Jedoch ist es aufschlussreich, die regionalen und kulturellen Unterschiede zwischen den Sprachregionen im Querschnitt genauer zu betrachten. Tabelle 1 zeigt die Selbsthilfegruppendichte in der Romandie und im Tessin.

Selbsthilfe-Region	Einwohner/innen 2014*	Selbsthilfegruppen	
		Anzahl SHG**	SHG-Dichte***
Jura	72.410	33	46
Neuenburg	177.327	39	22
Waadt, Wallis, Genf und Fribourg	1.873.971	408	22
Tessin	350.363	46	13
Total	2.474.071	526	21

Tabelle 1 Anzahl Selbsthilfegruppen und Selbsthilfegruppendichte in der Romandie und im Tessin
Bundesamt für Statistik 2015

* Ständige Wohnbevölkerung nach Kantonen 2014 (Stichtag: 31.12.2014)

** SHG: Selbsthilfegruppe

*** SHG-Dichte: Anzahl Selbsthilfegruppen pro 100.000 Einwohner/innen des Einzugsgebietes

Von den 1.077 seit dem Jahr 2002 neu erfassten Selbsthilfegruppen stammen 526 Selbsthilfegruppen (ca. 48 %) aus der Romandie und dem Tessin (vgl. Tabelle 1). Es ist also davon auszugehen, dass ein wesentlicher Teil des Wachstums der letzten dreizehn Jahre auf die Gründung der vier neuen Selbsthilfezentren zurückzuführen ist. Einerseits kann dies darauf zurückgeführt werden, dass seit der Gründung der Selbsthilfezentren bereits vorher bestehende Selbsthilfegruppen zum ersten Mal in der nationalen Datenbank erfasst wurden. Andererseits ist davon auszugehen, dass auch zahlreiche neue Selbsthilfegruppen gegründet wurden. Auch wurden aufgrund der Öffentlichkeitsarbeit seitens der Selbsthilfezentren bestehende Selbsthilfegruppen bekannter

und die Bevölkerung in der Romandie und im Tessin über das Thema gemeinschaftliche Selbsthilfe näher informiert. Der größte Teil (408 Selbsthilfegruppen) der 526 Selbsthilfegruppen sind an das Selbsthilfezentrum Waadt angeschlossen, welches das Einzugsgebiet der Kantone Waadt, Wallis, Genf und Fribourg umfasst. Die restlichen 118 Selbsthilfegruppen verteilen sich auf die Selbsthilfezentren der Kantone Tessin, Neuenburg und Jura. Die Einzugsgebiete der vier Selbsthilfezentren umfassen ein Gebiet mit 2.474.071 Einwohner/innen und decken damit knapp einen Drittel der schweizerischen Gesamtbevölkerung ab. Insofern ist es bemerkenswert, dass die Entwicklung in diesen vier Einzugsgebieten knapp 50 Prozent des Wachstums der letzten dreizehn Jahre ausmacht. Mit 526 Selbsthilfegruppen verfügen sie über knapp 24 Prozent oder einen gutes Fünftel aller erfassten Selbsthilfegruppen innerhalb der Datenbank von „Selbsthilfe Schweiz“. Mit einer Selbsthilfegruppendichte von 21 weisen die Romandie und das Tessin im Vergleich zur Deutschschweiz eine geringere Versorgung auf, welche dort knapp 30 Selbsthilfegruppen auf 100.000 Einwohner/innen ausweist. Abgesehen vom Einzugsgebiet des Kantons Jura kann momentan ein deutlicher Unterschied zwischen der Romandie und dem Tessin einerseits und der Deutschschweiz andererseits festgestellt werden. Die etwas geringere Selbsthilfegruppendichte kann auf drei mögliche Faktoren zurückgeführt werden:

1. Es ist davon auszugehen, dass die Datenbanken der Selbsthilfezentren zu Beginn stark wachsen, weil sie in der Anfangsphase unter anderem damit beschäftigt sind, bereits bestehende Gruppen zu registrieren. Zudem entstehen allmählich neue Selbsthilfegruppen, da die zunehmende Kooperation mit Patientenorganisationen und der Aufbau der Öffentlichkeitsarbeit zu Neugründungen führen. In der Deutschschweiz bestehen bereits seit Jahrzehnten neue Selbsthilfezentren (vgl. Stremlow 2006a). Falls diese Annahme stimmt, wird in den nächsten Jahren die Anzahl Gruppen in der Romandie und im Tessin weiter zunehmen.
2. Die Selbsthilfezentren sind in der Deutschschweiz generell besser mit Stellenprozenten ausgestattet als diejenigen in der Romandie und im Tessin. So verfügen insbesondere die Selbsthilfezentren Waadt und Tessin mit etwas mehr als 4 Stellenprozenten auf 100.000 Einwohner/innen über eine sehr geringe Ressourcenausstattung. Besser steht es diesbezüglich um die Selbsthilfezentren Jura und Neuenburg, welche knapp 28 beziehungsweise 25 Stellenprozent auf 100.000 Einwohner/innen ausweisen können. Insgesamt verfügen die Selbsthilfezentren in der Romandie und im Tessin über durchschnittlich knapp sieben Stellenprozent auf 100.000 Einwohner/innen. Diese Stellenwerte liegen weit unter dem deutschschweizerischen Durchschnitt, in welchem die Selbsthilfezentren mit knapp 35 Stellenprozent auf 100.000 Einwohner/innen deutlich besser abschneiden. Im Vergleich zur gesamtschweizerischen Stellenressourcenausstattung (26 Stellenprozent auf 100.000 Einwohner/innen) liegt die Romandie damit deutlich im Rück-

stand, während die Selbsthilfezentren in der Deutschschweiz vergleichsweise gut dastehen¹⁰.

3. Mögliche Unterschiede sind auch auf die verschiedenartige Bedeutung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe im deutschsprachigen und im französischsprachigen Kulturraum zurückzuführen. Während sich die Selbsthilfebewegung in Deutschland nicht zuletzt auch als Gegenpol zu den offiziellen Angeboten entwickelte, kennt insbesondere die französischsprachige Schweiz eine stärker zentral organisierte und integrierte Gesundheitsversorgung (vgl. Lanfranconi et al. 2017). Zweitens bestehen auch Unterschiede auf der begrifflichen Ebene. So ist es im Französischen üblich von gegenseitiger (Selbst-)Hilfe (franz. *l'entraide*) zu sprechen. Ruedin et al. (2006, S. 44) konnten drittens aufzeigen, dass in der Romandie der Einsatz von Langzeitpflegeangeboten (franz. *établissements médicosociaux*) oder Dienstleistungen in der häuslichen Pflege (franz. *services d'aide et de soins à domicile*) bedeutsamer als in der Deutschschweiz sind. Diese Dienstleistungen können dort womöglich einen Teil der Hilfe ersetzen, die in der Deutschschweiz von Selbsthilfegruppen geleistet wird.

Empfehlungen an Politik und Institutionen

Die Unterschiede zwischen der Romandie, dem Tessin und der Deutschschweiz sind zum Teil auf die historische Entwicklung der Selbsthilfezentren zurückzuführen, welche dort erst seit Beginn des 21. Jahrhunderts gegründet wurden. Jedoch lassen sich auch beachtliche Unterschiede hinsichtlich der verfügbaren personellen Ressourcen zwischen Selbsthilfezentren in der Romandie, im Tessin und der Deutschschweiz feststellen. Für Politik und Institutionen in der Schweiz können folgende Empfehlungen abgegeben werden (vgl. Lanfranconi et al. 2017):

1. Es wird eine gesetzliche und strukturelle Verankerung sowie die nachhaltige Finanzierung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe benötigt, um die vorhandenen personellen Ressourcen erhalten beziehungsweise ausbauen zu können. Gerade in der Romandie und im Tessin wäre dies besonders wünschenswert, um im Kontext des jungen Bestehens der Selbsthilfezentren langfristig planen und weitere Aufbau- und Öffentlichkeitsarbeit leisten zu können. Empfehlenswert wäre beispielsweise – in Anlehnung an das Finanzierungsmodell in Deutschland – die Krankenkassen gesetzlich zu verpflichten, pro versicherte Person einen Franken zur Förderung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe zur Verfügung zu stellen.
2. Die Ausstattung mit angemessenen finanziellen und personellen Ressourcen ist eine notwendige Bedingung, damit die Selbsthilfezentren ihre Aufgaben als Drehscheibe zur Förderung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe wahrnehmen können (Thiel / Hundertmark-Mayser 2016, S. 332). Wie im obigen zweiten Abschnitt gezeigt, verfügen die Selbsthilfezentren in der

Schweiz durchschnittlich über 26 Stellenprozent auf 100.000 Einwohner/innen mit zum Teil beträchtlichen Unterschieden zwischen den einzelnen regionalen Einzugsgebieten. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. empfiehlt je nach Größe des Einzugsgebiets mindestens zwischen 70 und 100 Stellenprozent auf 100.000 Einwohner/innen.

3. Weiter empfiehlt sich, die seit einigen Jahren intensivierte Zusammenarbeit mit Fachstellen, Gremien und Bundesämtern, niedergelassenen Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen sowie psychiatrischen Kliniken und Spitälern gezielt weiterzuführen und weiter auszubauen. Die regionale Vernetzung der Selbsthilfezentren mit verschiedenen Patienten- und Fachorganisationen ist zentral, um der gemeinschaftlichen Selbsthilfe eine breite Plattform bieten zu können. Zudem sollte gerade im Kontext zunehmender psychosozialer Belastungserscheinungen die vertiefte Zusammenarbeit mit psychiatrischen Diensten und Spitälern – zum Beispiel im Bereich Recovery (siehe zweiten Abschnitt) – fortgeführt und intensiviert werden, um Betroffene stärken und unterstützen zu können (Vettori et al. 2015, S. 46).
4. Die verstärkte Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen sollte mit der Errichtung gemeinsamer (regionaler) Austauschplattformen einhergehen, damit sich Betroffene und professionelle Akteure über die bestehenden Angebote umfassend informieren können.
5. Zusätzlich könnte das Wissen über die gemeinschaftliche Selbsthilfe durch eine gezielte Integration in Aus- und Weiterbildungen für Fachpersonen gestärkt werden.

Anmerkungen

- 1 Die gemeinschaftliche Selbsthilfe basiert auf dem Konzept der Unterstützung unter Gleichen. Betroffene unterstützen sich gegenseitig durch ein Geben und Nehmen, wobei durch die Betroffenheit ein intuitives Vertrauen zwischen den Teilnehmenden zustande kommt, welches in dieser Art mit dem Vertrauen zu Professionellen des Sozial- und Gesundheitswesens nicht vergleichbar ist.
- 2 Die Studie wird im Herbst 2017 publiziert und erscheint im Hogrefe Verlag. Auftraggeberin ist die „Selbsthilfe Schweiz“.
- 3 Die Studie von Lanfranconi et al. (2017) befasst sich sowohl mit unbegleiteten und fachlich begleiteten Selbsthilfegruppen. Im engeren Sinne dürfte aber nur von den unbegleiteten Selbsthilfegruppen von „Selbsthilfe“ gesprochen werden. Der vorliegende Artikel konzentriert sich im Wesentlichen auf die unbegleiteten Selbsthilfegruppen.
- 4 Die Selbsthilfegruppendichte dient als zentraler Indikator für die Verbreitung der Selbsthilfe innerhalb einer Region. Um diese Kennzahl zu berechnen, wurde in der vorliegenden Studie die Anzahl der Selbsthilfegruppen mit der Einwohnerzahl der Einzugsgebiete in Bezug gesetzt. Die Dichte der Selbsthilfegruppen bezeichnet somit die Anzahl der Selbsthilfegruppen pro 100.000 Einwohner/innen.
- 5 Die Selbsthilfegruppendichte erfasst nur die bei „Selbsthilfe Schweiz“ erfassten Selbsthilfegruppen. Autonome Selbsthilfegruppen wie auch Selbsthilfegruppen im Kontext von Behinderten- und Patientenorganisationen, welche nicht in der Datenbank von „Selbsthilfe Schweiz“ aufgeführt werden, wurden nicht berücksichtigt. Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen,

- men, dass somit die Selbsthilfegruppendichte aufgrund methodologischer Einschränkungen systematisch unterschätzt wird.
- 6 Die Zahlen zu den Selbsthilfezentren wurden mithilfe einer standardisierten Online-Befragung erhoben. Alle Stellenleiter/innen füllten den Fragebogen aus. Im Fragebogen wurde explizit nach Angaben mit dem Stichdatum 31.12.2014 gefragt.
- 7 Die Stellenressourcendichte beschreibt die verfügbaren Stellenprozentage auf 100.000 Einwohner/innen in einem Einzugsgebiet. Um diese Kennzahl zu berechnen, wurden die verfügbaren Stellenprozentage eines Selbsthilfezentrums in Bezug gesetzt mit der Bevölkerungsgröße des Einzugsgebietes.
- 8 Die Regressionsgerade ($y = 17.42 + 0.4 * x$) vermag dabei 27 Prozent der Streuung zu erklären (korrigiertes $R^2 = 0.272$).
- 9 Da es sich um eine Vollerhebung handelt, wurden hier die Signifikanzen nicht ausgewiesen.
- 10 Gemäß dem Bundesamt für Statistik (BFS) sind zum referierten Zeitpunkt 8.237.666 Einwohner/innen als ständige Schweizer Wohnbevölkerung registriert (Stichdatum 31.12.2014). Insgesamt verfügen die Selbsthilfezentren somit über 25.58 Stellenprozentage auf 100.000 Einwohner/innen. Jedoch sind nicht alle Einwohner/innen der Schweiz innerhalb eines Einzugsgebiets erfasst. Werden die 155.219 nicht im Einzugsgebiet wohnhaften Einwohner/innen abgerechnet, ergibt sich eine Stellenressourcendichte von 26,07.

Literatur

- Borgetto, Bernhard: Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Bern 2004
- Borgetto, Bernhard: Gemeinschaftliche Selbsthilfe und medizinische Versorgung rheumakrankter Menschen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung der Ergebnisqualität der Selbsthilfeaktivitäten und Versorgungsangebote der Rheuma-Liga Baden-Württemberg und der rheumatologischen Versorgung rheumakrankter Menschen. Berlin 2011
- Braun, Joachim / Kettler, Ulrich / Becker, Ingo: Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland: Aufgaben und Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen in den neuen und alten Bundesländern. Stuttgart 1997
- Braun, Joachim / Opielka, Michael: Selbsthilfeförderung durch Selbsthilfekontaktstellen. Abschlußbericht der Begleitforschung zum Modellprogramm Informations- und Unterstützungsstellen für Selbsthilfegruppen im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Stuttgart 1992
- Bundesamt für Gesundheit (BAG): Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern 2016
- Bundesamt für Statistik (BFS): Statistik der Bevölkerung und Haushalte (STATPOP), veröffentlicht am 27.08.2015. Neuchâtel 2015
- Engelhardt, Hans-Dieter / Simeth, Angelika / Stark, Wolfgang: Was Selbsthilfe leistet ... Ökonomische Wirkungen und sozialpolitische Bewertung. Freiburg im Breisgau 1995
- Gognalons-Nicolet, Maryvonne / Bardet Blochet, Anne / Zbinden, Eric / Heeb, Jean-Luc / Borgetto, Bernhard: Groupes d'entraide et santé. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé. Chêne-Bourg 2006
- Gudjonsson, Gisli H. / Savona, Cornelia / Green, Timothy / Terry, Rachel: The recovery approach to the care of mentally disordered patients. Does it predict treatment engagement and positive social behaviour beyond quality of life. *Personality and Individual Differences*, 51(8) 2011, S. 899-903.
- Lanfranconi, Lucia M. / StremLOW, Jürgen / Berger, Fabian / Mühlebach, Christine / Ben Salah, Hakim / Knüsel, René: Gemeinschaftliche Selbsthilfe in der Schweiz: Bedeutung, Entwicklung und ihr Beitrag zum Gesundheits- und Sozialwesen. Bern 2017
- Matz, Jürgen: Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen – Professionelle Hilfe zur Selbsthilfe. In: Günther, Peter / Rohrmann, Eckhard (Hrsg.): Soziale Selbsthilfe. Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit. Heidelberg 1999, S. 205-208
- Ruedin, Hélène J. / Weber, Alexander / Pellegrini, Sonia / Jeanrenaud, Claude: Comparaison inter-cantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse. Observatoire suisse de la santé.

- Document de travail 17 de l'Obsan. Neuchâtel 2016. Internet: <http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/arbeitsdokument-17-f.pdf>
- Schulz-Nieswandt, Frank: Gesundheitsselfhilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen in Deutschland: Der Stand der Forschung im Lichte der Kölner Wissenschaft von der Sozialpolitik und des Genossenschaftswesens. Baden-Baden 2011
- Stremlow, Jürgen: Die Bedeutung der Kontaktstellen für die Förderung der Selbsthilfegruppen in der Schweiz. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2006. Gießen 2006a, S. 64-71
- Stremlow, Jürgen: Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen in der deutschen Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel 2006b
- Stremlow, Jürgen / Gysel, Silvia / Mey, Eva / Voll, Peter: „Es gibt Leute, die das Gleiche haben...“. Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der deutschen Schweiz. Forschungsbericht der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern in Zusammenarbeit mit der Stiftung KOSCH. Luzern 2004
- Thiel, Wolfgang / Hundertmark-Mayser, Jutta: Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen in Deutschland: Fachliche und institutionelle Bedarfe zur weiteren Entwicklung eines wirkungsvollen Angebotes. In: Kofahl, Christopher / Schulz-Nieswandt, Frank / Dierks, Marie-Luise (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Medizinsoziologie, Bd. 24. Berlin 2016, S. 329-341. Nachdruck in diesem Selbsthilfegruppenjahrbuch.
- Vettori, Anna / Trageser, Judith / von Stokar, Thomas: Gesundheitsligen in der Schweiz: Aufgaben, Rolle und Perspektive. Schlussbericht, INFRAS. Zürich 2015
- Vogelsanger, Vreni: Selbsthilfegruppen brauchen ein Netz: Selbsthilfegruppen und ihre Kontaktstellen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein. Zürich 1995

Fabian Berger, MA, ist Soziologe und arbeitet an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Im Rahmen seiner Forschungstätigkeit befasst er sich vor allem mit Fragen zu Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Selbsthilfe.

Prof. Dr. Jürgen Stremlow ist Sozialarbeiter und Soziologe und arbeitet an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Im Rahmen seiner Forschungs- und Lehrtätigkeit befasst er sich vor allem mit Fragen der Entwicklung und Organisation des Sozialwesens.

Dr. Lucia M. Lanfranconi ist Soziologin und arbeitet an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Im Rahmen ihrer Forschungs- und Lehrtätigkeit befasst sie sich vor allem mit sozialen und geschlechtsspezifischen Ungleichheiten, Sozial- und Gleichstellungspolitik sowie Selbsthilfe.

Dr. Hakim Ben Salah ist Soziologe und arbeitet an der Universität Lausanne – soziale und präventive Medizin und Sozialwissenschaften. Er befasst sich mit Gesundheit und sozialen Themen, vor allem soziale Bewegungen, Genderfragen, Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit in Krankenhäusern.

Der Artikel stützt sich auf die Daten und Forschungsergebnisse der von „Selbsthilfe Schweiz“ in Auftrag gegebenen Selbsthilfe-Studie 2017 (Lanfranconi et al. 2017). Die Studie erscheint 2017 im Hogrefe Verlag.