

„Selbsthilfefreundlichkeit“ als Ansatz der Kooperation von Selbsthilfegruppen und niedergelassenen Ärzten

Self-Help Friendliness as an Approach to Collaboration Between Self-Help Groups and Doctors

Alf Trojan

Hintergrund: Dass Ärzte mit Patienten „als Bündnispartner“ in der Qualitätsentwicklung des Gesundheitswesens zusammenarbeiten, ist ein wichtiges Gesundheitsziel. Viele berufspolitische ärztliche Institutionen versuchen, die Zusammenarbeit zu fördern. Es mangelt aber an systematisch-fachlichen Ansätzen. Unter der Überschrift „Selbsthilfefreundlichkeit“ wurde in den vergangenen 10 Jahren ein solcher Ansatz für alle Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens entwickelt und erprobt. In dem vorliegenden Beitrag sollen Grundzüge und aktueller Entwicklungsstand speziell für die ambulante Versorgung aufgezeigt werden.

Methode: Narrativer Überblick auf Basis einer pragmatischen und systematischen Literaturrecherche

Ergebnisse: In einem Modellversuch mit sechs Arztpraxen wurden konsensual zwischen Ärzten, Selbsthilfeunterstützungsstellen und Selbsthilfegruppen Qualitätskriterien der Selbsthilfefreundlichkeit definiert und ihre erfolgreiche Umsetzung systematisch aufbereitet und dokumentiert. Die Kriterien wurden nicht nur in das interne Qualitätsmanagement der beteiligten Praxen aufgenommen, sondern fanden auch Eingang in bundesweite Qualitätsmanagementsysteme wie QEP und EPA. Zwei innovative, selbsthilfefreundliche Praxisnetze und ihre Konzeption von selbsthilfebezogener Patientenorientierung werden beschrieben.

Diskussion: Die Akzeptanz der Kriterien guter Kooperation bei den Beteiligten, ihre Berücksichtigung in Qualitätsmanagementsystemen und eine von den Krankenkassen geförderte Bundeskoordinationsstelle des Netzwerks „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ (www.selbsthilfefreundlichkeit.de) sind Faktoren, welche die weitere Ausbreitung des Ansatzes fördern können. Es gibt aber auch bei allen Beteiligten Probleme oder Vorbehalte, die eine schnelle Verbreitung unwahrscheinlich erscheinen lassen.

Schlüsselwörter: Patientenorientierung; Selbsthilfefreundlichkeit; Kooperation mit Selbsthilfegruppen; Qualitätsmanagement; ambulante Versorgung

Introduction: Building coalitions between doctors and patients for quality improvement of health services is an important goal of German health policy. Many organizations of the medical profession try to promote such collaboration. However, there is a lack of systematic professionally grounded approaches. During the past 10 years under the heading of „self-help friendliness“ a new approach has been developed and tested for all areas of health services provision. This paper will present basic features and the present state of this approach in ambulatory care.

Method: Narrative overview based on a pragmatic and a systematic literature search

Results: In a demonstration project with six practices quality criteria of self-help friendliness were developed in a consensus process between doctors, self-help clearinghouses and self-help groups. The implementation has been well documented and is publicly available. The criteria were integrated into the internal quality management of practices as well as into nation-wide accreditation systems, such as QEP and EPA. Two innovative self-help friendly regional health care provider networks and their conception of self-help related patient centredness were identified and will be described.

Discussion: Factors, such as good acceptance of the quality criteria, their introduction into formal German accreditation systems, and a national coordination office, funded by major health insurance companies, might foster the spreading of the approach. At the same time, however, all parties involved have some problems or reservations. Therefore, a rapid growth of self-help friendly healthcare institutions seems rather unlikely.

Keywords: Self-Help Groups; Quality Management; Ambulatory Care

Hintergrund

Selbsthilfegruppen (SHG) und Selbsthilfeorganisationen (SHO) sind eine zentrale Quelle für die Gesundheitskompetenz der Menschen und die Überwindung von Gesundheitsproblemen [1]. Daher stellt die Verwirklichung einer „selbsthilfefreundlichen Kultur“ in der gesamten und damit auch der ambulanten Versorgung eine zentrale Herausforderung für die Effektivität des Gesundheitssystems dar. Dieser Beitrag fokussiert auf eine besondere Rolle von Patienten, die im Rahmen der Formulierung nationaler Gesundheitsziele als „Bündnispartner von Qualitätsexperten in der Verbesserung von Versorgungsstrukturen“ charakterisiert wurde [2].

Es gibt zahlreiche Beispiele einer berufspolitisch motivierten und ideell sowie materiell unterstützten Kooperation mit Selbsthilfegruppen [z.B. 3]. In diesem Zusammenhang entstand das Schlagwort von „selbsthilfefreundlichen“ Einrichtungen im Gesundheitswesen. Damit sind Einrichtungen gemeint, die den Unterstützungs- und Partizipationswünschen von Selbsthilfegruppen in strukturierter Weise dauerhaft nachkommen.

Aufgrund einer Initiative des „Ausschusses der Ärztekammer Hamburg für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen“ und der lokalen Kontaktstelle zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen begann im Herbst 2004 ein Modellprojekt zur Entwicklung eines Qualitätssiegels „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“. Seither wurde der Ansatz, Gesundheitseinrichtungen zur Selbsthilfefreundlichkeit zu qualifizieren, auch auf andere Bereiche ausgedehnt [4]. Für die Leserschaft dieser Zeitschrift sollen die Entwicklung und der aktuelle Stand im vertragsärztlichen Bereich referiert und diskutiert werden. Auf evaluative Literatur wird verwiesen.

Methoden

Die *pragmatische* Recherche stützt sich auf die relevanten deutschen Quellen, in denen die Kooperation von Selbsthilfe und Ärzten dokumentiert und reflektiert wird, insbesondere auf die Clearing- und Dokumentationsstelle für Selbsthilfeforschung (www.medsoz.uni-freiburg.de/cds/welcome.htm); <http://elearn.hawk-hhg.de/projekte/>

wise/), auf die Internetseiten der Nationalen Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen (www.nakos.de) sowie des Netzwerks „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ (www.selbsthilfefreundlichkeit.de) und das auf den entsprechenden Websites zugängliche Quellenmaterial.

Die *systematische* Literatursuche (self-help OR „mutual help“ OR „mutual aid“ OR „support group“ OR „patient group“) AND (hospital OR care OR „health services“ OR practice) AND (cooperation OR collaboration OR „patient participation“ OR „patient involvement“ OR patient-centeredness) erfolgte in Pubmed and PsycINFO (03.02.2014). Pubmed ergab 648 Publikationen, PsycINFO 129 (advanced search: title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures). Es wurden (mit Ausnahme einer eigenen) nur deutsche Publikationen zum Thema Selbsthilfefreundlichkeit (weniger als bei der pragmatischen Suche) gefunden. Fast alle übrigen Aufsätze behandelten klinische Themen, bei denen Selbsthilfegruppen erwähnt wurden (z.B. als Zugang zur untersuchten Patientengruppe), jedoch nicht im Zentrum standen.

Ergebnisse

Das Verhältnis zwischen Selbsthilfe und Professionellen, insbesondere Ärzten, ist in allgemeinen [z.B. 5] und speziellen ärztebezogenen Studien [z.B. 6] zum Thema gemacht worden.

Die Ergebnisse eines jüngeren zusammenfassenden Rückblicks [7] sind ambivalent: Zwar haben sich seit Anfang der 1980er-Jahre wichtige positive Entwicklungen im Sinne sich wandelnder wechselseitiger Wahrnehmungen und zunehmender Interaktionen zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen ergeben, aber selbst eine entschiedene Rückenstärkung durch Kassenärztliche Vereinigungen oder Ärztekammern war nicht in der Lage, eine kontinuierliche Zusammenarbeit bei einer nennenswerten Zahl von Ärzten zu garantieren.

Im Folgenden sollen Basisinformationen zu einem methodisch-fachlichen Ansatz dargestellt werden, der dem Mangel an *systematischer* Kooperationsgestaltung tendenziell abhelfen könnte. Zunächst wird die Entstehung von „Selbsthilfefreundlichen Arztpraxen“

im Rahmen eines Modellprojekts geschildert. Im nächsten Schritt wird zusammengefasst, in wieweit die im Modellversuch entwickelten Kriterien und Abläufe Eingang in Qualitätsmanagementsysteme gefunden haben. Als dritter Aspekt wird exemplarisch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen in neuen kooperativen Versorgungsformen, wie Ärztenetzen, behandelt.

Modellversuch Selbsthilfefreundliche Arztpraxen

Der Modellversuch „Selbsthilfefreundliche Praxis NRW“ wurde durch mehrere Studien vorbereitet [8–10]. Er wurde von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW in Zusammenarbeit mit der Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA), der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) sowie mit Unterstützung der Selbsthilfekontaktstelle Dortmund, im Zeitraum 2009–2011 durchgeführt. Sechs Dortmunder Arztpraxen nahmen teil.

Ziel des Modellversuchs war es, Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit zu entwickeln und ihre Umsetzung zu erproben. Die Qualitätskriterien (s. unten) entstanden als ein einheitlicher und von den Beteiligten anerkannter Standard, nach dem eine Zusammenarbeit unabhängig von der einzelnen Arztpraxis bzw. einer einzelnen Selbsthilfegruppe initiiert und praktiziert werden kann.

Der Modellversuch „Selbsthilfefreundliche Praxis NRW“ [11] hat gezeigt, dass es möglich ist, Zusammenarbeit mit beidseitigem Gewinn zu gestalten.

Integration von Qualitätskriterien der Kooperation ins Qualitätsmanagement

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden die Ärzte 2004 verpflichtet, ein praxisinternes QM (Qualitätsmanagement) einzuführen und weiterzuentwickeln. Die entsprechende QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18.10.2005 fordert: „systematische Patientenorientierung; alle an der Versorgung Beteiligten angemessen einbeziehen; strukturierte Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung.“ Die systematische Kooperation mit der organisierten Selbsthilfe kann ein entscheidendes Element sein, um

diese Ziele zu erreichen bzw. die Grundelemente mit Leben zu erfüllen.

Der Modellversuch „Selbsthilfefreundliche Praxis NRW“ diente als Nachweis für die Praktikabilität der konsentierten Qualitätskriterien und des systematischen Vorgehens zu ihrer Implementation. Sie gelten derzeit als Standard guter Kooperation für Arztpraxen:

- Informationen zur Selbsthilfe sind übersichtlich an zentraler Stelle in den Praxisräumen für Patienten zugänglich.
- Die Praxis weist auf die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe in ihren Medien und innerhalb der Praxisräume hin.
- Der Arzt/Psychotherapeut gibt insbesondere bei einer seltenen Erkrankung den konkreten Hinweis auf die Selbsthilfe.
- Die Praxis benennt für die Selbsthilfe einen Ansprechpartner.
- Praxis und Selbsthilfe treffen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit.
- Die Praxis ist über die Strukturen und Arbeitsweise der Selbsthilfe durch regelmäßigen Erfahrungsaustausch informiert.

Nach Abschluss des Modellprojekts wurde das „KVWL-Praxis-Qualitätsmanagement (KPQM)“ im Bereich Patientenorientierung durch einen „Musterprozess“ zur Selbsthilfefreundlichkeit erweitert [12]. Eine Vorlage zur Implementierung der Qualitätskriterien Selbsthilfefreundlichkeit in das KV-Praxis-Qualitätsmanagement (KPQM) steht als strukturierte Anleitung für weitere interessierte Praxen im Internet (www.kvwl.de) zur Verfügung.

Das System „Qualität und Entwicklung in Praxen“ (QEP) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KVen hatte schon im Manual 2005 im Kernziel 1.3.5 die Kooperation mit lokalen Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen abgefragt. Im aktualisierten Qualitätsziel-Katalog 2010 wird die Selbsthilfefreundlichkeit (jetzt beim Qualitätsziel 1.3.6) stärker akzentuiert und konkreter ausformuliert [13].

Selbsthilfefreundlichkeit in kooperativen Versorgungsformen

Die Tendenz heutiger Praxisausübung geht weg von der Einzelpraxis hin zu kooperativen Versorgungsformen wie MVZ und integrierten regionalen Ver-

sorgungssystemen. Bei dem QM-System EPA (Europäisches Praxis Assessment; www.epa-qm.de) existieren bei der Version „EPA für Medizinische Versorgungszentren“ innerhalb des Bereichs „Bedarfsorientierte Ausrichtung der Versorgung“ vier Qualitätsindikatoren, die einen Selbsthilfebezug haben [14]. Bekannt ist auch, dass Onkologische Zentren für ihre formelle Anerkennung eine Zusammenarbeit mit SHG vorweisen müssen. In diesem Bereich dürften viele Zentren zumindest einige der Qualitätskriterien für Zusammenarbeit erfüllen.

In zwei besonders qualitätsorientierten Versorgungsnetzen deutet sich an, wie der Ansatz Selbsthilfefreundlichkeit für kooperative Versorgungsformen angepasst, umgesetzt und implementiert werden kann.

**Integriertes Versorgungsmo-
dell Kinzigtal:** Dieses Versorgungsmodell setzt in vielfältiger Form auf die intensive Kooperation mit den Patienten und Patientengruppen [15]. Dazu gehören beispielsweise die Aushändigung einer Charta der Patientenrechte bei Eintritt in das Versorgungsmodell, eine Ombudsperson, also ein Ansprechpartner für die Patienten, ein Patientenbeirat und die enge Kooperation mit lokalen Gruppen und Vereinen (www.gesund-des-kinzigtal.de).

Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz Nürnberg e.G. (QuE) – Das Selbsthilfefreundliche Praxisnetz: QuE hat für die Metropolregion Nürnberg erfolgreich ein integriertes Versorgungsmodell etabliert. Der Selbsthilfefreundlichkeit wird in diesem Kooperationsnetzwerk explizit eine bedeutsame Rolle zugedacht (www.gesundheitsnetznuernberg.de). Die „Selbsthilfefreundliche Netzorganisation“ wird folgendermaßen konkretisiert:

- Sie thematisiert Selbsthilfe im Rahmen ihres Praxisqualitätsmanagements (z.B. in Form einer Selbstbewertung).
- Selbsthilfe wird zum regelmäßigen Thema in den Netzmedien, z.B. in der QuE-Patientenzeitung „Doktors Bestes“, die einmal im Quartal in einer Auflage von 11.000 Stück erscheint.
- Selbsthilfe erhält eine Darstellungsplattform im Rahmen ärztlicher QuE-Veranstaltungen, z.B. gemeinsame Teilnahme an der KBV-Messe Versorgungsinnovation 2012 in Berlin.

- Selbsthilfebeauftragte auf Netz- und Praxisebene.

Rückenwind für eine systematische Kooperation mit Selbsthilfegruppen findet sich auch in der „Rahmenvorgabe der KBV für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V – Versorgungsziele, Kriterien, Qualitätsanforderungen zur Anerkennung von Praxisnetzen im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband“ (vom 16.4.2013). Für die höchste Qualitätsstufe wird beim Kriterium „Befähigung“ u.a. ein/e Selbsthilfebeauftragte/r gefordert.

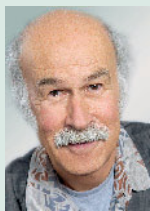
Diskussion: Entwicklungsperspektiven

Bei allen Beteiligten hat sich in verschiedenen Studien eine große Akzeptanz gezeigt [16]. Als Infrastruktur für die weitere Verbreitung hat sich das Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen“ gebildet (www.selbsthilfefreundlichkeit.de). Auch die Integration der konsentierten Qualitätskriterien von Selbsthilfefreundlichkeit in wichtige bundesweit verbreitete Qualitätsmanagementsysteme könnte ein Anreiz für Praxen sein, die Kooperation aktiv zu suchen und zu gestalten.

Trotzdem gibt es Vorbehalte und Probleme bei allen Beteiligten des Bündnisses, die in Rechnung zu stellen sind. Aufseiten der *Selbsthilfeverbände* wurden Sorgen geäußert, dass die Grenze von „Beteiligung“ zu „Missbrauch der Selbsthilfegruppen“ fließend sei. Ein markantes Zitat aus dem Fragebogen einer Studie lautete: „Wenn hier, ‚Zusammenarbeit‘ angeboten wird, muss man sein ‚Holzauge‘ auf äußerst wachen Betrieb stellen, denn die Instrumentalisierung droht allorten.“[17]

Selbsthilfekontaktstellen als Brücke und Unterstützer von lokalen Selbsthilfegruppen bei der Umsetzung haben noch nicht immer das nötige Know-how und die zeitlichen Ressourcen für eine Begleitung von Gesundheitseinrichtungen auf dem Weg zur Selbsthilfefreundlichkeit. Es gibt jedoch seit Kurzem eine spezifische Qualifizierungsbroschüre für diese Zielgruppe (<http://www.nakos.de/site/materialien/fachpublikationen/konzepte/>).

Aufseiten der *Ärzte* im ambulanten Bereich gibt es verbal zwar überwiegend

Prof. Dr. med. Dr. phil. Alf Trojan, M.Sc. (London) ...

... Mediziner, Soziologe, ehemaliger Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf; seit über 40 Jahren Forschung und Lehre in Medizinischer Soziologie, Sozialmedizin und Public Health. Arbeitsschwerpunkte: Bürgerbeteiligung, Soziale Netzwerke und Selbsthilfe; Kommunale Gesundheitsförderung; Patienten- und Mitarbeiterbefragung im Krankenhaus.

Zustimmung zur Zusammenarbeit; eine empirische Studie zeigte aber gleichzeitig, dass Moderatoren von ärztlichen Qualitätszirkeln zu etwa Dreiviertel meinten, dass ihre Kollegen noch nicht genügend Informationen über Selbsthilfegruppen und die Gestaltung von Zusammenarbeit haben [10].

Für den Hausarzt sind viele Möglichkeiten der Kooperation gegeben: Bei häufigen Erkrankungen wie Alkoholabusus oder Tumoren entlasten Selbsthilfegruppen ihn bei der Nachsorge. Bei seltenen Erkrankungen können sie kompetenter Kooperationspartner bei

der Suche und Auswahl geeigneter Hilfen sein [18]. Es muss aber kritisch gefragt werden, ob das in dem Modellversuch entwickelte Vorgehen nicht zu aufwendig für die meisten Einzelpraxen ist, zumal nicht in jeder Praxis in gleicher Weise eine Zusammenarbeit sinnvoll oder wichtig ist. Auf der Ebene von Arzt- oder Versorgungsnetzen und kooperativen ärztlichen Versorgungsinstitutionen erscheint es praktikabler, Selbsthilfefreundlichkeit zu entwickeln und zu implementieren. Erstens ist die zeitliche Anfangsinvestition ökonomischer, weil sie nicht nur einem oder wenigen Ärz-

ten, sondern einer größeren Anzahl von Nutzen ist. Zweitens ergeben sich durch andere Vergütungsformen, z.B. nach §140a SGB V neue Möglichkeiten für Anreize und Gestaltung.

Interessenkonflikte: AT ist Mitglied im Steuerungskreis des Netzwerks „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“, d.h. ehrenamtliche Beratungstätigkeit; Projektleiter von Studien und Autor oder Mitautor zahlreicher Publikationen zu diesem Ansatz.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Alf Trojan
Institut für Medizinische Soziologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel. 040-3905602
trojan@uke.de

Literatur

- Borgetto B. Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Stand der Forschung. Baden-Baden: Nomos, 2002
- gesundheitsziele.de. Bericht vom 14. Februar 2003; http://gesundheitsziele.de/cms/medium/30/Bericht_BMG_2003.pdf, S.168/169 (letzter Zugriff am 10.5.2014)
- Fischer J, Litschel A, Meyre MR, Schlömann D, Theiß S, Ueffing G. Leitlinien für Kooperationen. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Hrsg.). Kooperationshandbuch – ein Leitfaden für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2004: 124–126
- Trojan A, Bellwinkel M, Bobzien M, Kofahl C, Nickel S (Hrsg.). Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 2012
- Trojan A, Estorff-Klee A (Hrsg.). 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung in Hamburg. Studienergebnisse zu Unterstützungserfahrungen und -bedarf. Hamburg: LIT Verlag, 2004
- Litschel A. Kooperation von Ärzteschaft und Selbsthilfe. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2009; 52: 40–46
- Trojan A, Nickel S. Selbsthilfefreundliche Arztpraxen: die Entstehungsgeschichte der Zusammenarbeit. In: Trojan A, Bellwinkel M, Bobzien M, Kofahl C, Nicken S (Hrsg.). Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 2012: 206–211
- Trojan A, Huber E, Nickel S, Kofahl C. Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsziel in der vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheitswesen 2009; 71: 628–637
- Scholze P. Selbsthilfegruppen im Fokus: KVB stellt Umfrageergebnisse vor. Bayer Ärztebl 2008; Nr. 3: 150–152
- Nickel S, Trojan A, Kofahl C. Increasing patient centredness in outpatient care through closer collaboration with patient groups? Health Policy 2012; 107: 249–257
- Bobzien M, Schlömann D, Trojan A. Modellprojekt „Selbsthilfefreundliche Praxis“ Nordrhein-Westfalen. In: Trojan A, Bellwinkel M, Bobzien M, Kofahl C, Nicken S (Hrsg.). Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 2012: 240–258
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) (Hrsg.). Selbsthilfefreundliche Praxis in Westfalen-Lippe. Pluspunkt Nr. 1: 24
- Diel F, Gibis B (Hrsg.). QEP – Qualitätsziel-Katalog. Für Praxen. Für Kooperationen. Für MVZ. Version 2010. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2011
- Grote Westrick M, Schwenk, U. Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen – Qualitätsindikatoren für medizinische Versorgungszentren. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2010
- Siegel A, Zimmermann L, Stößel U. Dimensionen der Patientenorientierung in der Integrierten Versorgung am Beispiel Gesundes Kinzigtal. Public Health Forum 2011; 19: 70
- Nickel S, Trojan A. Akzeptanz und Umsetzbarkeit von Qualitätskriterien der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung. Ergebnisse einer explorativen Befragung bei Selbsthilfeorganisationen und Visitoren des Qualitätsmanagementsystems KTQ. DMW 2012; 137: 17–23
- Nickel S, Trojan A. Ist nachhaltige und gute Kooperation von Gesundheitseinrichtungen mit der Selbsthilfe möglich? In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2013. Gießen: Eigenverlag, 2013: 153–161
- Lau D. Selbsthilfe als Hausarzt erlebt. In: Döhner H, Kaupen-Haas H, v d Kneesebeck O (Hrsg.). Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis. Berlin: LIT Verlag, 2009: 233–240