

Christa Steinhoff-Kemper

»Etwas Besseres als die kommunalen Gesundheitskonferenzen haben wir derzeit nicht«

Seit 1990 bin ich als Diplom-Pädagogin hauptamtliche Mitarbeiterin der BIKIS. Die BIKIS wurde 1985 gegründet und ist damit eine der älteren Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW. In Bielefeld gibt es etwa 250 Selbsthilfegruppen, davon etwa 2/3 mit gesundheitsbezogenen Themen im engeren Sinne.

Seit dem 1.1.1998 ist die Einrichtung und Durchführung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst für Nordrhein-Westfalen verankert. Die Kommunale Gesundheitskonferenz berät Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordination und gibt bei Bedarf Empfehlungen.

Sind die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) ein »Modernes Steuerungsinstrument« oder »Selbstbeschäftigungsinitiative für Gesundheitsfunktionäre«? Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen haben einen hohen Anspruch: Sie sollen dafür sorgen, dass Gesundheitsleistungen effektiv gestaltet werden, d.h. zwischen den Anbietern abgestimmt, Doppelleistungen vermieden, Lücken der Versorgung aufgedeckt und gemeinsam überwunden werden. Dies alles zum größtmöglichen Nutzen und mit bestmöglicher Qualität für die Bürgerinnen und Bürger der Stadt, z.B. Bielefeld. Kann eine Kommunale Gesundheitskonferenz das leisten, kann sie ein »modernes kommunales Steuerungsinstrument« im Gesundheitswesen sein?

Im Dezember 2001 fand die konstituierende Sitzung der KGK in Bielefeld statt. Die BIKIS wurde angefragt, die vom Gesetz vorgesehene Vertretung der Selbsthilfe in der Kommunalen Gesundheitskonferenz zu organisieren. In einer Sitzung der Selbsthilfegruppen im Dezember 1998 wurde die BIKIS von den Gruppen gebeten, selber die Vertretung der Selbsthilfe zu übernehmen. Die Benennung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der KGK erfolgte durch den Rat der Stadt Bielefeld, für die Selbsthilfe folgte der Rat dem Vorschlag der Selbsthilfegruppen. Die BIKIS ist damit stimmberechtigtes Mitglied der KGK.

Kompetenzen der Kommunalen Gesundheitskonferenz

Scheinbar betreten die Akteure in der KGK ein neues Parkett, einen neutralen Raum, in dem gesundheits- und versorgungsrelevante Themen diskutiert werden und sich alle um mehr Kooperation, Koordination und Vernetzung von Versorgungsleistungen bemühen.

Allerdings werden für die meisten Regelungen, die die konkrete gesundheitliche Versorgungssituation der Bielefelder Bürgerinnen und Bürger betreffen, die Entscheidungen außerhalb der KGK getroffen. Das sind Fragen, die die

Finanzierung der Leistungen der Krankenkassen betreffen, die ärztlichen Versorgungsstrukturen, die ambulanten Angebote etc. Das heißt:

- Es gibt bestehende Entscheidungsstrukturen, die die Versorgungslandschaft prägen und bestimmen, die in der KGK überhaupt nicht zur Disposition gestellt werden (können?).
- Auch der Entscheidungsspielraum der Vertreterinnen und Vertreter ist durch deren eigene verbandspolitische Vorgaben und interne Abstimmungsprozesse eingeschränkt, in manchen Fällen mehr als den Beteiligten lieb ist.
- Schließlich hat die KGK lediglich konsensualen Empfehlungscharakter. Wenn man es positiv wenden will: Die KGK hat soviel Gewicht wie die Mitglieder ihr geben.

Unterschiede zwischen den Mitgliedern der KGK

Hinzu kommen wesentliche Unterschiede der Mitglieder sowohl in der KGK als auch in ihren Arbeitsgruppen:

Die Vertreter der Anbieter und Kostenträger (Ärzteschaft, Krankenhausträger, Krankenkassen)

- handeln Interessen-geleitet, und wollen den Status quo erhalten,
- sind ressourcenstark,
- sind organisatorisch/verbandlich eingebunden,
- haben wenige bis keine Klientenkontakte und arbeiten häufig praxisfern,
- sind Verhandlungs- und Konflikt-erfahren,
- sind durchsetzungsstark und
- handeln strategisch.

Außerhalb der Versorgungslandschaft

- sieht sich der öffentliche Gesundheitsdienst in der Rolle des Moderators/Vermittlers,
- verhält sich die Politik eher beobachtend und
- bringen die Gesundheitswissenschaften Ergebnisse der Forschung ein.

Demgegenüber steht die Selbsthilfe:

- praxisnah/betroffenennah,
- parteilich, empathisch,
- kooperationsbereit, partnerschaftlich,
- engagiert,
- mit wenig Ressourcen,
- selbst organisiert,
- unbürokratisch.

Aufgabenverständnis der BIKIS

Die Selbsthilfe ist direkt oder über die BIKIS in verschiedene Arbeitsgruppen eingebunden, z.B. zu Gesundheitsdaten (BIKIS), Arbeitsgruppe Ältere Menschen (BIKIS), Frauen/Mädchen/Gesundheit (BIKIS/Selbsthilfegruppe), Auf-

merksamkeitsdefizitsyndrom (Selbsthilfegruppe), Adipositas im Kinder- und Jugendalter (Selbsthilfegruppe).

Diese Liste macht erst einmal einen guten Eindruck: Die Selbsthilfe redet mit, arbeitet an Themen mit, kommt zu Wort und kann die Sicht von Patientinnen und Patienten, von Bürgerinnen und Bürgern einbringen.

Selbsthilfekontaktstellen verstehen viel von »Selbsthilfgruppenförderung«, aber wenig von zu diskutierenden Sachthemen. Hier ist die Betroffenenkompetenz der Selbsthilfgruppen gefragt. Wenn eben möglich, wird daher angestrebt, dass Selbsthilfgruppen direkt Mitglied der entsprechenden Arbeitsgruppe werden.

Viele Selbsthilfgruppen betreten Neuland, wenn sie sich an den Arbeitsgruppen der KGK beteiligen. Dies betrifft die Kommunikationskultur, die Unterschiede im Status und die Stellung zu der Problemlage.

Für die BIKIS heißt das:

1. Den Ansatz der Selbsthilfgruppen und der Selbsthilfeförderung in die KGK einbringen, um die Bedingungen in Bielefeld zu verbessern und Impulse zu geben für eine echte Orientierung an den Selbsthilfefähigkeiten von Betroffenen.
2. Die Interessen, den Bedarf und die Problemsicht von Bürgerinnen und Bürgern, die sich an die BIKIS wenden, einbringen.
3. Organisiert die BIKIS die Teilnahme von Selbsthilfgruppen an Arbeitsgruppen, muss sie ihnen Begleitung anbieten, sie bei der Zielformulierung, der Reflektion der Prozesse etc. unterstützen.

Die Arbeit in der KGK – eine Bilanz

Die Mitarbeit in der Kommunalen Gesundheitskonferenz, vor allem in den Arbeitsgruppen

- ist sehr zeitaufwendig, was uns in Bielefeld z. B. bislang davon abgehalten hat, ein Thema einzubringen und eine AG zu betreuen,
- verlangt die Fähigkeit, mit den oben skizzierten Aktionspartner/innen umzugehen,
- ermöglicht über ein persönliches Kennenlernen kürzere Wege für Aktivitäten in Kooperation außerhalb der KGK.

Die KGK hat bislang noch keine wirkliche Öffentlichkeit in der Stadt Bielefeld erreicht. Sie ist nicht nur für uns Neuland, sondern auch für alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Offen ist, ob mit den Ergebnissen der KGK wirklich Versorgungsdefizite behoben werden können.

Perspektiven

Mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen ist ein neues Gremium geschaffen worden. Erstmals hat die Selbsthilfe ein eigenes Stimmrecht in einem kommunalen Gremium. Deutlicher Auftrag ist aus meiner Sicht, die Selbsthilfe selber zu Wort kommen zu lassen, und so weit wie möglich dafür zu sorgen, dass sich die Gruppen beteiligen.

Wir stehen aber – nicht nur von der Anzahl her – starken Organisationen und Verbänden gegenüber. Ein Weg der Mitsprache kann sein, Bündnispartnerinnen und Bündnispartner in der Sache zu finden, auch über Verbands- und Organisationsinteressen hinweg.

Die Selbsthilfe- und Patientenvertretungen sollten abstimmen, an welchen Arbeitsgruppen sie teilnehmen und welche Richtung sie verfolgen. Letztlich müssen wir Ziele und Strategien entwickeln. Unser Interesse muss es sein, dass die Kommunalen Gesundheitskonferenzen weiter bestehen, und wir müssen die Chance ergreifen, Themen einzubringen und die Lebendigkeit der Selbsthilfe zu transportieren.

Etwas Besseres als die Kommunalen Gesundheitskonferenzen haben wir im Moment vor Ort noch nicht.

Christa Steinhoff-Kemper ist Diplom-Pädagogin und arbeitet als Fachberaterin in der Selbsthilfe-Kontaktstelle BIKIS in Bielefeld.