

selbsthilfegruppenjahrbuch
2007

selbsthilfegruppenjahrbuch
2007

Deutsche Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e. V.

selbsthilfegruppenjahrbuch 2007

Herausgeber:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Friedrichstr. 28, 35392 Gießen
www.dag-selbsthilfegruppen.de

Redaktion:

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

Umschlag:

Lutz Köbele-Lipp, Kubik, Berlin

Satz und Layout:

Focus Verlag GmbH, Gießen

Druck:

Majuskel, Wetzlar
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 und von folgenden Krankenkassen:

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

Wir bedanken uns bei allen Förderern 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).*

Inhalt

Vorwort	7
<i>Selbsthilfegruppe "Pitty Party"</i> Erfahrungsbericht einer Selbsthilfegruppe von Frauen nach Trennung / Scheidung	9
<i>Walter Ammann</i> Entstehung und Organisation der Ulmer ILCO-Gruppe	12
<i>Bernadette</i> Ich heie Bernadette und gehöre zu AI-Anon	17
<i>Wiebke Schneider</i> Sucht-Selbsthilfe – Familie – Kinder	19
<i>Karin Gövert</i> „Brücken bauen“ – Ein Projekt geht zu Ende, die Arbeit beginnt	26
<i>Frank Omland</i> Roundtables: Möglichkeiten und Grenzen einer Methode und ihrer Anwendung beim Hamburger Suchtselbsthilfetag	35
<i>Rolf Hüllinghorst</i> Von der Entzugsklinik in die Selbsthilfegruppe Zur therapeutischen Kette in der Suchthilfe	43
<i>Thomas Finkbeiner</i> Zur Bedeutung von Selbsthilfe für Zielplanung im Krankenhaus – Persönliche Erfahrungen eines Psychiaters	50
<i>Monika Bobzien</i> Ein selbsthilfefreundliches Krankenhaus – was soll das sein? Qualitätskriterien als Orientierung für gelingende Zusammenarbeit	54
<i>Heinz Lohmann</i> Patient im Krankenhaus Markenmedizin, Kundenorientierung und Versorgungsqualität	62
<i>Bernd Janota</i> Neue Anforderungen an die Selbsthilfe – oder: Ein Tag im Leben von Frau Hellmann	71

<i>Christine Kirchner</i> Führung von Selbsthilfeorganisationen	81
<i>Astrid Knerr, Wolfgang Slesina</i> Zur Förderung der Qualität der Selbsthilfegruppenarbeit	88
<i>Theresa Keidel</i> Freud und Leid in der Selbsthilfeberatung	100
<i>Jürgen Matzat</i> „Psycho“-Gruppen – eine besondere Herausforderung für die Selbsthilfe-Unterstützung	106
<i>Christopher Kofahl</i> Zur Migrantensorientierung in der Selbsthilfeunterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen	112
<i>Susanne Auferkorte, Gisela Reinhardt</i> Ein Fall von Kooperation: Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe und Krebsberatungsstelle	120
<i>Anne Kaiser</i> Das Konzert der Selbsthilfeunterstützung in Nordrhein-Westfalen – ein Ausschnitt	124
<i>Ralph Schilling</i> Die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit, Selbsthilfe, bürgerschaftlichem Engagement und Familie	134
<i>Wolfgang Thiel</i> Bürgerschaftliches Engagement, Selbsthilfe und Welfare Mix. Institutionelle und infrastrukturelle Voraussetzungen, gesellschaftliche Rollen und Förderperspektiven. Eckpunkte für eine Diskussion	143
<i>Ursula Helms</i> Die Verankerung des Selbsthilfegedankens in den Büchern des Sozialgesetzbuches	152
<i>Klaus Priester</i> Krankenkassen schöpfen Finanzspielräume bei der Selbsthilfefinanzierung bei weitem nicht aus	163

Liebe Leserin, lieber Leser,

schon der schnelle Blick über das Inhaltsverzeichnis lässt zwei Schwerpunkte des Selbsthilfegruppenjahrbuchs 2007 erkennen: die Begriffe „Sucht“ und „Krankenhaus“ tauchen mehrfach auf.

Fast jeder Normalbürger auf der Fußgängerzone würde, wenn man ihn nach Selbsthilfegruppen fragt, wohl als erstes Sucht-Selbsthilfegruppen, z.B. die Anonymen Alkoholiker, nennen. Hier haben Selbsthilfegruppen in der Tat eine besondere Tradition, hier ist ihre Anerkennung bei Fachleuten am größten, und hier ist ihre Eingliederung in eine „therapeutische Kette“ absolut gängig. Auch die finanzielle Förderung von Sucht-Selbsthilfe durch gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung dokumentiert im Übrigen diese Akzeptanz.

Die Suchthilfe bildet in Deutschland ein ganz eigenes Versorgungssystem, eher in der Sozialarbeit, teilweise auch in der Seelsorge beheimatet als in Medizin und Psychotherapie. Dies hat sich lange Zeit auch in einem Nebeneinander der entsprechenden Selbsthilfe-Entwicklungen widerspiegelt. Seit einigen Jahren hat die DAG SHG sich verstärkt darum bemüht, hier „Brücken zu bauen“, und sie ist dabei auf äußerst kooperative Konstrukteure auf der anderen Seite gestoßen. Es gab wechselseitige Einladungen, auf Tagungen Referate zu halten, Arbeitsgruppen zu leiten und Artikel zu publizieren. Einige Beispiele dafür finden Sie in diesem Band (vgl. Schneider, Omland, Gövert, Hüllinghorst).

Krankenhäuser sind in letzter Zeit verstärkt in das Blickfeld von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfe-Kontaktstellen geraten. Man bemüht sich um Zutritt und Präsenz dort, um Patienten (aber natürlich auch die Fachkräfte von Krankenhäusern!) über Selbsthilfe-Möglichkeiten nach der Entlassung zu informieren, wenn mit den Folgen der Behandlung bzw. mit chronischer Krankheit und Behinderung zu leben gelernt werden muß. In Einzelfällen waren Kliniken schon früher Geburtshelfer von Selbsthilfegruppen, und in einigen Krankheitsbereichen sind Krankenhaus-Besuchsdienste schon lange etabliert (vgl. Ammann). Langsam entwickelt sich die Kooperation von Kliniken mit Selbsthilfegruppen zu einem weit verbreiteten Phänomen, ja zu einem Qualitätsmerkmal, und das „selbsthilfefreundliche Krankenhaus“ ist das dazugehörige Schlagwort (vgl. Finkbeiner, Bobzien, Lohmann).

Die wachsende Anerkennung der organisierten Selbsthilfe, ihre stärkere Orientierung auf Information und Beratung auch für Aussenstehende und ihre zunehmende Einbindung in Gremienstrukturen führt zu Veränderungen, die nicht ohne Risiken und Nebenwirkungen sind. Damit setzen sich Kirchner und Janota in ihren Beiträgen differenziert auseinander. So findet auch die Debatte über „Qualität“ ihren Weg aus der professionellen in die Selbsthilfe-Welt, wie der Artikel von Knerr und Slesina zeigt.

In einer Reihe von Beiträgen (vgl. Auferkorte und Reinhardt, Kofahl, Matzat, Keidel) wird, wie es im Selbsthilfegruppenjahrbuch üblich ist, die Arbeit von Selbsthilfe-Kontaktstellen diskutiert. Auch hier geht es um die Qualität der Beratung, es werden spezielle Arbeitsfelder und Nutzergruppen thematisiert, und es wird die Unterstützungs-Landschaft in einem Bundesland, Nordrhein Westfalen, dargestellt.

Schließlich geht es in den Beiträgen von Schilling und Thiel um Grenzbereiche bzw. Schnittmengen zwischen Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement, und Helms stellt die gesetzlichen Rahmenbedingungen von Selbsthilfe in Deutschland umfassend vor. Wie es um deren Realisierung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung steht, wird in dem Artikel von Priester analysiert.

Last but not least der Hinweis auf die ersten drei Beiträge in diesem Selbsthilfegruppenjahrbuch: in ihnen beschreiben Betroffene aus ihrer eigenen Perspektive die Arbeitsweise und Wirkungen ihrer jeweiligen Selbsthilfegruppe. Sie zeigen uns den persönlichen Gewinn, den Menschen aus dem Erfahrungsaustausch mit Leidensgenossen ziehen können, welchen Trost und Ermutigung sie dort erfahren, wie ihre Teilhabe an einem (möglichst) normalen Leben begünstigt wird.

Sie repräsentieren drei Typen von Selbsthilfegruppen: die Gesprächs-Selbsthilfegruppe mit begrenzter Teilnehmerzahl ohne vorgegebenes Programm und Konzentration auf „Selbsthilfe nach innen“ (Selbsthilfegruppe „Pitty Party“), die örtliche Gruppe einer bundesweiten Selbsthilfeorganisation von Menschen mit körperlichen Erkrankungen oder Behinderungen, die neben dem Gespräch vor allem Aufklärung und Information von Patienten betreiben, Kooperation mit Fachleuten des medizinischen Versorgungssystems aufbauen und gemeinsam ihre Freizeit gestalten (Ammann), und schließlich eine am 12-Schritte-Programm orientierte Gruppe in Anlehnung an die Tradition der Anonymen Alkoholiker (Bernadette).

Das Spektrum der Selbsthilfe und ihrer fachlichen Unterstützung ist bunt und vielfältig; suchen Sie sich die Beiträge heraus, die für Sie persönlich und/oder beruflich am interessantesten sind. Die Redaktion ist sicher, dass Sie fündig werden.

Anita Jakubowski

Jürgen Matzat

Wolfgang Thiel

Selbsthilfegruppe "Pitty Party"

Erfahrungsbericht einer Selbsthilfegruppe von Frauen nach Trennung / Scheidung

Von Januar bis Juni 2003 führte Pro Familia in Gießen eine Veranstaltungsreihe für Frauen in Trennung/Scheidung durch. In der letzten Sitzung war Herr Matzat, der Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, anwesend, um bei der Gründung einer entsprechenden Selbsthilfegruppe Unterstützung anzubieten. Heute, im September 2006, sitzen zwei der damals anwesenden Frauen auf der Terrasse und versuchen einen Erfahrungsbericht über diese damals gegründete Gruppe zu verfassen. Schnell wird uns klar, dass unser Bericht sehr subjektiv sein wird, denn immer war und ist viel Gefühl im Spiel gewesen. Das ist uns wichtig, und deshalb halten wir es für richtig, diese Gefühlslage auch hier – zumindest in Ansätzen – wiederzugeben.

Wir werden unseren Bericht allen anderen in unserer Gruppe zu lesen geben und hoffen sehr, dass die eine oder andere etwas zu ergänzen hat, vielleicht an der einen oder anderen Stelle etwas ganz anders wahrgenommen hat und dies dann einfügt.

Ungefähr zwanzig Frauen im Pro-Familia-Haus, die nach erfrischem Austausch wild entschlossen sind, gleich noch mal miteinander in ein Lokal zu gehen und weiter miteinander zu sprechen. Herrn Matzats Anregungen zur Organisationsstruktur nehmen wir mit. Zwei weitere Treffen in Biergärten folgen (schließlich ist Hochsommer). Aber das Ambiente ist für unser Vorhaben denkbar ungeeignet. Danach finden wir durch Engagement unserer Mitglieder zum Glück schnell einen Raum in einem öffentlichen Gebäude, den ein Arbeitgeber uns kostenlos zur Verfügung stellt. Im Laufe der Zeit erweist sich immer wieder, dass Treffen in Kneipen weniger fruchtbar sind und schnell zum netten Plauderstündchen werden.

Ja, der erste Abend: Hochstimmung, Gefühl der Nähe, Ausgelassenheit! Es wird gelacht und geweint. Zusammengehören, sich aufgehoben fühlen, nicht allein sein. Das Wissen: „Wir werden uns wiedersehen!“. Die Hoffnung, etwas daraus machen zu können. Auf dem Nachhauseweg ein heftiges Gewitter, Platzregen und Sturmböen, aber irgendwie passt es zur Stimmung, und eine meint sehr treffend: „Wenn wir schon im Regen stehen gelassen wurden, können wir auch durch diese Gewitter marschieren!“ In ähnlicher Stimmung entsteht der Wunsch unserer Frauengruppe einen gemeinsamen Namen zu geben: „Pitty-Party“! Traurig sein.... und dann aber immer wieder auch gute Gefühle: Zusammen feiern, zusammen-halten, zusammen-arbeiten.

Unsere Symptome im Jahr 2003: leichte bis mittelschwere Identitätskrisen, sich völlig verloren vorkommen, lauter kleine Mädchen allein im Wald, verirrt,

ausgesperrt. Wohin? Wie weiter? Wir empfinden unser Versagen und fühlen uns völlig überfordert.

Gefühlslage: Manchmal zornig und wütend, manchmal sich in Selbstzweifeln ergehend, manchmal todtraurig, manchmal sich aufrappelnd und Anstrengungen unternehmend, zumindest mal die Nase aus diesem Loch zu schieben, in das wir uns gestoßen fühlten. In der Gruppe erfahren die meisten (wohl alle die, die dabei geblieben sind) sehr schnell: Ich erkenne mich in den Äußerungen und Gefühlen der anderen wieder, und ich fühle mich verstanden, wenn ich etwas erzähle.

In den ersten Sitzungen sind wir etwa 15 Frauen. Wenige springen nach kurzer Zeit ab. Dort „passt“ manches einfach nicht, die zu weite Anfahrt, der scheinbar zu große Altersunterschied oder der Umstand, in der Trennungssituation die Rolle der Verlassenden (im Unterschied zu den Verlassenen) gehabt zu haben. Einige Frauen sind später noch hinzu gekommen. Aber sie alle sind nicht lange geblieben. Es scheint uns, als hätten die ersten gemeinsamen Treffen einen Grundstein in uns gelegt, Nähe geschaffen, die so einfach zu den später Hinzugekommenen nicht mehr herzustellen ist.

Besonders bemerkenswert an unserer Gruppe ist, dass wir – nachdem gleich am Anfang einige abgesprungen sind – in gleicher Konstellation nun schon etwa dreieinhalb Jahre zusammen sind. Wenn eine von uns jemand zum Ausheulen oder Reden brauchte oder jemanden für gemeinsame Unternehmungen suchte, verteilte sich das auf mehrere Personen, ohne eine einzelne zu überfordern, und wir wurden verstanden, weil wir ja alle in etwa derselben Situation waren.

Auch viele private Unternehmungen von Teilen der Gruppe, sowie gegenseitige Hilfe bei Umzug oder handwerklichen Kleinigkeiten kommen hinzu. Am Frühling 2004 fahren die meisten von uns ein paar Tage gemeinsam mit den kleineren Kindern in Urlaub.

In der ersten Zeit enden viele Sitzungen nicht wie vereinbart um 22 Uhr, sondern sie dauern bis 23 Uhr oder 23:30 Uhr. Auf das sogenannte „Blitzlicht“ zu Beginn der Runde, das man uns empfohlen hatte, versuchen wir uns einzulassen, aber es funktioniert nicht. Zu wenig Disziplin? Oder erfrischend viel Emotion? Wir steigen immer gleich „richtig“ ein. Es findet sich sehr schnell, spontan und ohne feste Regel diejenige, die beginnt. Vielleicht weil sie etwas auf dem Herzen hat, weil sie etwas gefragt wird, weil sie beim letzten Mal bis zum Schluss warten musste...

Anlass für Gespräche sind Äußerungen der im Kreis herum Erzählenden. Da erzählt beispielsweise Eine von einem aufwühlenden Telefonat mit ihrem Ex-Ehemann, den Verletzungen, die dabei hochkommen, dem Gefühl des Nicht-Verstanden-Werdens, vielleicht auch des sich zur Wehrsetzen wollen und dem dennoch ein „liebes-Mädchen-sein-wollen“. Alle verstehen, wovon sie spricht, fügen ähnliche eigene Erfahrungen hinzu, fragen nach, unterstützen. Nur selten gibt es kritische Äußerungen.

Die Verfasserinnen dieses Erfahrungsberichts haben den Eindruck, dass es als Gruppe nicht gelungen ist, uns *gemeinsam* weiter zu entwickeln. Sicher, jede von uns hat sich entwickelt, fast allen geht es heute wieder gut, aber wie viel davon hat die Gruppe bewirkt? Sie ist ein starker Rückhalt, weil wir dort alles los werden können und Ausgesprochenes nicht mehr so schwer zu tragen ist. Es war und ist immer möglich, das eigene Innere auf den Tisch zu legen, und das ist schon ganz schön viel! Die Gruppe ist immer das Seil gewesen, um sich auf dem steilen Weg aus dem Loch festzuhalten. Auf der anderen Seite ist es ganz schwer, den Spagat zwischen Rücksichtnahme und Toleranz einerseits, sowie Kritik und Andersein andererseits auszuhalten und anzusprechen.

Nach wie vor treffen wir uns vierzehntägig, von 20:00 bis 22:00 Uhr. Wie es weiter gehen wird, wagen wir nicht einzuschätzen.

Unsere Treffen sind nach drei Jahren noch immer wichtig für uns, obwohl die Konstanz der Teilnahme nicht mehr ganz so hoch ist. Aber es ist auch zu spüren, dass neben dem Gefühl der Nähe auch das Gefühl des Anders-Seins wieder zunimmt.

Diese Selbsthilfegruppe von Frauen nach Trennung / Scheidung gab sich den selbstironischen Namen „Pitty Party“ (Jammerclub), nachdem bei der Gründungsveranstaltung vom Selbsthilfe-Berater mit diesem Begriff deutlich gemacht worden war, worum es gerade *nicht* gehen dürfe bzw. wo man auf keinen Fall stecken bleiben sollte. Diese Chance, ihren Humor unter Beweis zu stellen, hat sich die Gruppe nicht entgehen lassen.

Entstehung und Organisation der Ulmer ILCO-Gruppe

1. Der glückliche Zufall

Es war einer dieser Momente, bei dem der richtige Ton, die richtige Idee den richtigen vier Männern den Beginn einer Vision begünstigte. Einer Vision, in die Tat umgesetzt, die jetzt mehr als 30 Jahre Bestand hat. Eine Selbsthilfegruppe für Stomapatienten, also Menschen mit einem künstlichen Darm- oder Blasenausgang, meist nach einer Krebsoperation.

Wie kam es dazu ?

Mit 45 Jahren musste der spätere Mitorganisator erfahren, dass er an Darmkrebs erkrankt ist, und um überhaupt Überlebenschancen zu haben, musste er einen künstlichen Ausgang bekommen. Damals, es war das Jahr 1972, war diese Operation noch eine lebensbedrohende Angelegenheit, und die Patienten hatten oft nur noch wenige Jahre zu leben. Die Operationstechniken waren noch nicht so ausgefeilt, und es kam öfters zu Nachoperationen. Die Hilfs- und Reinigungsmittel waren für heutige Verhältnisse unvorstellbar. Das Verlangen nach Information und nach Verbesserung über die Stomaversorgung war bei den Patienten riesengroß. Der Wunsch, mit jemandem darüber zu reden, der ähnliches durchgemacht und überlebt hatte, war ebenfalls sehr stark.

Zufällig lag er wieder einmal im Krankenhaus mit drei Stomapatienten und diskutierte. Prof. Dr. Ch. Herfarth im Krankenhaus Ulm taxierte die vier Überlebenschancen richtig ein und empfahl ihnen: „Schließt euch doch zusammen und helft euch gegenseitig.“ Diesen Appell haben sich Georg Gröner, Paul Irtenkauf, Hans Merkle und Rudolf Maile zu Herzen genommen. Sie trafen sich regelmäßig, später kam noch Adolf Gravenhorst und die Frauen Olga Wirkner, Sonja Reiner und Edith Förchner dazu, bevor zur Gründungsversammlung geladen wurde. Herr Irtenkauf, Herr Gravenhorst und die drei Frauen nehmen heute noch (2007) aktiv am Gruppenleben teil.

2. Gruppenarbeit – Selbsthilfe?

Selbsthilfe ist eine wichtige Kraft in der Entwicklung und Ausgestaltung einer demokratischen Bürgerkultur. Gruppenarbeit als Methode bietet Konzepte für die Leitung und Entwicklung von Gruppen. Seit Kurt Lewin, dem Vater der Gruppendynamik, wurden verschiedene Richtungen und Schwerpunkte beschrieben. Wir blicken auf ca. 60 Jahre Gruppendynamik zurück. Gruppen sind lebendige soziale Systeme. Sie verändern sich durch ihre Teilnehmer und deren Austausch. Es hängt viel davon ab, wie sich die Mitarbeiter einbringen, mit

welchen Absichten sie dies tun, mit welchen persönlichen Eigenarten, ob und wie sie über ihre Potentiale verfügen und diese auch zur Verfügung stellen. Es kommt darauf an, ob sie bereit sind, selbstverantwortlich zu handeln und gemeinsame Ziele zu verfolgen. Gruppen leben von der Art, wie sich Teilnehmer gegenseitig führen und folgen. Gruppen finden zusammen oder scheitern am Zusammenspiel zwischen Aufgaben und persönlichen Bedürfnissen. Es war immer eine zentrale Frage, welche Kräfte eine Gruppe zusammenhalten. Persönliche Sympathie ist zwar im Spiel, reicht aber nicht aus für eine tragfähige Gruppenentwicklung. Entscheidend ist, ob die Menschen zu einer passenden Organisation finden, die es ermöglicht, zu erreichen, was dem Suchenden wichtig ist. Den sozialen Anliegen muss Spielraum gegeben werden. Es muss eine akzeptierte Ordnung der Rollen und der Einflussnahme gefunden werden. Dieser Balanceakt ist für selbstorganisierte Gruppen noch schwieriger, da sie auf freiwilliger Basis bestehen. Ziele sind in Selbsthilfegruppen nicht vorgegeben, sie werden im Idealfall gemeinsam erarbeitet. Manche Gruppenmitglieder engagieren sich besonders, scheitern aber trotzdem an der Verwirklichung, da sie offensichtlich in ihrer Grundhaltung nicht gut vorbereitet sind auf dieses Mehr an Eigenverantwortung und Eigengestaltung für gemeinsame Prozesse. Nur wenn wir der Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Menschen und Lebensschicksale in unseren Gruppenprozessen Raum geben, können wir Menschen für ein zufriedenstellendes Engagement gewinnen.

3. Die Gruppengründung

Die Betroffenen um Georg Gröner ahnten bald, dass noch weit mehr Stomaoperierte auf Informationen und Hilfestellung wartete. Zunächst ohne zu wissen, dass es bereits eine überregionale Gruppe gab, wurde eine Gründungsversammlung anberaunt. Während der Vorbereitung dazu erfuhren die Macher erst von der Existenz der nationalen Dachorganisation. 25 Jahre später gratulierte Prof. Herfarth, jetzt Ärztlicher Direktor der Chirurgischen Klinik der Uni Heidelberg: die Gruppe war die erste in Ulm, vielleicht sogar eine der ersten in Deutschland. Die Idee entstand spontan bei einer Visite in der Klinik auf dem Ulmer Safranberg. Die Gründungsversammlung 1974 in Ulm war ein Riesenerfolg. Ca. 60 Personen kamen, um sich zu informieren. Der Name: Deutsche ILCO, Regionalgruppe Ulm, setzt sich zusammen aus: IL (Ileostomie, den Dünndarm betreffend) und CO (den Dickdarm, das Colon, betreffend). Die ersten Jahre waren die Orientierungsphase. Starke Persönlichkeiten brachten sich in die Gruppenarbeit ein, um optimale Informationen und ein ansprechendes Begleitprogramm anbieten zu können. Der Draht zur Chirurgischen Klinik war bestens. Gegenseitig wurden Forderungen und Wünsche besprochen. Georg Gröner regte damals schon an, eine Krankenschwester zur Stomatherapeutin ausbilden zu lassen, was etwas später auch geschah. Verschiedene Frauen und Männer erklärten sich bereit, Besuchsdienst im Krankenhaus zu machen. So waren Gespräche und Informationen schon *vor* der Operation wie auch nachher möglich, und sie wurden dankbar von Patienten und Angehörigen, wie auch vom Klinikpersonal angenommen. Schon damals

kam der Slogan auf: „Betroffene helfen Betroffenen“. Unter seiner Anleitung wurden Kontaktstellen von Aalen im Norden bis Friedrichshafen im Süden gegründet. Georg Gröner organisierte Schulungen für aktive Mitglieder, bildete Arbeitskreise mit den Pflegedienstleitungen, Klinikseelsorgern und Psychologen. So bekamen lernwillige Helferinnen und Helfer eine Anleitung für ihre nicht einfache Aufgabe des Krankenhaus-Besuchsdienstes.

4. Das Programm oder: was wollen wir ?

Nach dem Motto „Der Mensch ist des Menschen beste Medizin“ sind bei uns ausschließlich Betroffene oder Angehörige von Betroffenen als Mitarbeiter oder Betreuer tätig. Wir sind der Meinung, ein Betroffener kann überzeugender und realistischer über auftretende Probleme und deren Lösung sprechen als ein Unbeteiligter. Er kann aus eigener Erfahrung berichten, das wirkt glaubwürdiger. Wir wollen zeigen, dass es wieder möglich ist, am täglichen Leben teilzunehmen. Wir leben wieder Normalität vor, wir zeigen, Du bist nicht der Einzige mit Stoma, wir ermutigen zu neuem Anfang. Wir helfen bei privaten Problemen, geben Tips bei Behördengängen, kurzum, wir versuchen die Lebensqualität zu verbessern.

Dies ist aber nur ein Teil unseres Programms. Zu den regelmäßig stattfindenden Gesprächskreisen laden wir Referenten aus den verschiedensten Wissensgebieten ein. Ärzte klären über Zusammenhänge unseres Organismus auf, Krankenkassenfachleute erläutern Gesetzesänderungen, Notare geben Anregungen über Patientenverfügungen oder über das Verfassen eines Testaments. So versuchen wir, die Gruppenabende interessant und abwechslungsreich zu gestalten. Wir treffen uns zu diesen Gesprächskreisen regelmäßig am 2. Donnerstag eines jeden Monats, in einem bestimmten Lokal zu einer bestimmten Zeit. Auch Unterhaltung und Geselligkeit gehört zum Angebot. Wir führen Spiel- und Konzentrationsabende durch, diskutieren über Sport und Politik. Hat ein Teilnehmer das Bedürfnis, über Privates zu sprechen, gehen wir selbstverständlich in kleinem oder größeren Kreis darauf ein.

Da manche Mitglieder in ihrer Freizeit künstlerisch tätig sind, veranstaltet eine Gruppe jährlich eine Ausstellung mit Bildern, Krippen, Puppen und anderen handwerklichen Kleinoden. Einmal im Jahr geht es auf eine Tagesreise in die nähere Umgebung, da werden Museen, Klöster, historische Bauten, Fabriken, Flughafen, Seen und anderes besichtigt. Als Höhepunkt organisiert die Ulmer Gruppe seit 25 Jahren eine fünf- bis sechstägige Reise. Oslo, Prag, Wien und Moskau wurden besucht. Besonders beeindruckt war die Gruppe von Rom, wo ein Teil sogar von Papst Johannes Paul mit Handschlag begrüßt wurde. Der Papst hatte ja selber nach einem Attentat vorübergehend ein Stoma. Das Lebenspuzzle, das durch die OP auseinandergebrochen war, fügt sich durch diese Aktivitäten wie Mosaiksteine wieder zusammen und gibt neuen Mut zurück.

5. Neue Ideen

Mit Stoma-Sprechstunde und Krankenhaus-Besucherdienst waren die Ideen von Georg Gröner noch nicht zu Ende. Um die starke nervliche Belastung der Mitarbeiter zu lindern, wurde ein Psychologe engagiert. Vierteljährlich wurden für interessierte Helfer Schulungen durchgeführt. Themen wie Gesprächsführung, Angstbewältigung, Körpersprache und Menschenkunde standen auf dem Programm. Aus Betroffenen wurden „Wissende“ gemacht. Ein ganz neues Mittel der Information schlug die Ulmer Gruppe Anfang der 80er Jahre auf. Unter großem finanziellen und zeitlichen Aufwand wurde der Film „Stoma und Psyche“ gedreht. „Die Krankheit“, „Der Patient“ und „Die Gruppe“ waren die drei Untertitel des Films. Betroffene sprachen offen über ihre Ängste und Wünsche. Sie gaben bereitwillig Einblick in ihre Empfindungen, sprachen über Resignation und Verzweiflung, aber auch über Hoffnung, Zuversicht und ein neues Leben nach dem Krankenhausaufenthalt. Dieser Film fand große Beachtung und Interesse bei Fachleuten und Betroffenen.

6. Selbsthilfe im Wandel

Im Lauf der Jahre haben sich die Operationsmethoden weiterentwickelt und verfeinert. Die Krankenhausaufenthaltszeiten wurden stetig verkürzt. Hilfsmittel wurden patientengerechter gestaltet, im Angebot differenzierter und für die verschiedensten individuellen Stomaanlagen passend modelliert. Neue Materialien wurden eingesetzt, hautschonende Klebstoffe entwickelt, die Geruchsfilter verfeinert. Inzwischen ist eine ganze Palette von Firmen beschäftigt, umweltfreundliche praxisnahe Hilfsmittel herzustellen. Aber auch die Vertriebswege dieser notwendigen täglichen Verbrauchsgüter haben sich verändert. Während diese wichtigen Utensilien früher über die Sanitätshäuser oder Apotheken bezogen wurden, werden sie heute sehr stark über sogenannte „Home Care“ Vertriebe vermarktet. Obwohl derzeit jährlich ca. 60 bis 80.000 neue Darmkrebserkrankungen, viele mit Stoma, hinzukommen, geht die Zahl der Hilfesuchenden zurück. Eine Stomaanlage ist heute Routine. Die Patienten werden von Anfang an von einer Stoma-Therapeutin betreut und mit dem richtigen Umgang mit den Hilfsmitteln vertraut gemacht. Auf die Psyche wird oft nicht eingegangen, hier müssen wir in naher Zukunft unsere Aufgabe sehen. Psychologische Begleitung ist sehr zeitaufwendig, aber gerade diese Zeit haben wir in unseren Gesprächskreisen. Unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter beraten selbstverständlich kostenlos und völlig neutral.

Wir sind aber auch an einer formalen Verbandsmitgliedschaft interessiert, denn auch hier gilt, „Je größer die Herde, desto angesehener der Schäfer“. Die Deutsche ILCO ist bundesweit Organisiert und wird vom Bundesvorsitzenden Prof. Dr. Gerhard Englert von Bonn aus geleitet. Dort ist die Bundesgeschäftsstelle und die Redaktion der Verbands-Zeitschrift „ILCO-Praxis“. Dieser redaktionell breit gefächerte Report ist im Mitgliedsbeitrag enthalten und wird kostenlos vierteljährlich an die Mitglieder versandt. Er ist bereits mehr

als 130 mal erschienen, mit seinen ca. 170 Seiten in handlicher Größe und übersichtlich gestaltet. Er greift aktuelle Themen auf, die gut verständlich und ausführlich bearbeitet sind. In diesem Informationsheft kommen auch Mitglieder zu Wort, die auftretende Probleme zur Diskussion stellen, oder Leserzuschriften, die Problemlösungen anbieten. Ein Teil des Heftes ist den Neuheiten aus dem Versorgungsartikelmarkt reserviert, in einem anderen wird aus der Arbeit der Landesverbände, Regionen und Gruppen berichtet.

7. Selbsthilfe im Wandel

Übersichtlich und klar konzipiert eignet sich dieses Begleitbuch auch als Nachschlagewerk. Kurzum, mit dieser Informationsbroschüre sind auch Betroffene, die nicht an Gruppenabenden teilnehmen können, immer auf dem neuesten Stand der laufenden Aktivitäten. Die ILCO ist national wie international in vielen Entscheidungsgremien vertreten. Europaweit ist sie über die EOA (European Ostomy Association), und weltweit über die IOA (internationale Stomavereinigung) organisiert. Ein besonders enges Verhältnis pflegen wir zur Ukraine. Dort wurde von Prof. Dr. Y. S. Lozinsky die erste Stomaträger-Organisation gegründet. Die Deutsche ILCO ist seit Jahren mit den dortigen Ärzten und Betroffenenengruppen freundschaftlich verbunden und stellt ihnen in der Bundesgeschäftsstelle gesammelte Hilfsmittel zur Verfügung.

Sie sehen, es gibt die verschiedensten Möglichkeiten, benachteiligten Patienten auf der ganzen Welt zu helfen. Zur ILCO gehören heißt neue Lebensfreude erhalten und geben.

Walter Ammann ist seit 15 Jahren Sprecher der Ulmer ILCO-Gruppe und nimmt am Krankenhausbesuchsdienst teil. Darüber hinaus ist er im Landes- und Bundesverband engagiert.

Bernadette

Ich heiÙe Bernadette und gehöre zu Al-Anon

Wie bin ich bloÙ in eine Selbsthilfegruppe geraten?

Bei mir fing es so an. Ich war 18 Jahre alt und hatte einen netten jungen Mann kennen gelernt, in den ich mich über beide Ohren verliebt hatte. Dass er trockener Alkoholiker war und regelmäßig zu den anonymen Alkoholikern ging, war für mich eher toll und interessant als abstoÙend. Eines Tages sagte er mir, dass es auch Gruppen für Angehörige gäbe, wo ich hingehen könnte. Oh super! Ich war bereit alles zu tun, um ihn zu unterstützen. Und so dackelte ich am nächsten Mittwoch los, um mir diese Gruppe einmal anzusehen und mir Tipps zu holen, was ich für meinen Freund alles machen könnte.

Ich wurde herzlich begrüÙt und legte sofort mit einer Kanonade von Fragen los. Sie lächelten und erklärten mir erst einmal, dass Alkoholismus eine Familienkrankheit ist und dass sie für sich selber zu Al-Anon gingen, um ihre Probleme zu lösen und nicht die des Alkoholikers. Was sollte das denn? Dieser Gedanke war für mich ganz neu. Mir fiel sofort mein Vater ein, der soff, mal mehr mal weniger, solange ich denken kann und das sollte mich krank gemacht haben? Blödsinn! Aber ich war neugierig genug, um wiederzukommen.

Schnell merkte ich, wie gut es mir tat, jede Woche mit Menschen zusammenzusein, die mir ohne Unterbrechung oder gute Ratschläge nur zuhören konnten und denen ich ohne schlechtes Gewissen alles erzählen konnte, was mich bewegte und welche Probleme ich hatte. Keiner verurteilte mich, ja viele bestätigten aus ihren Erfahrungen ähnliche Gefühle und Erlebnisse.

Was als Erstes bei mir hängen blieb, war die Aussage, dass ich ein Recht darauf habe glücklich zu sein und die Verantwortung für mein Leben übernehmen muß. Der Alkoholiker hat die Verantwortung über sein Leben und ich bin machtlos über sein Trinken und die daraus resultierenden Taten. Und ich darf Fehler machen.

Das widersprach allem, was mir zu Hause beigebracht worden war. Bei uns hieß es, mein Vater ist schwach und labil und wir (meine Mutter, meine Schwester und ich) müssen dafür sorgen, dass der Laden läuft. Hatte er abends „über die Stränge geschlagen“, rief meine Mutter auf der Arbeit an und meldete ihn krank. Wenn mein Vater von der Arbeit kam, beobachtete ich genau, ob er getrunken hatte und welche Stimmung herrschte und spielte dann genau die Rolle, mal den Clown oder die Unsichtbare, die von mir erwartet wurde, damit der Abend friedlich verlief. Wenn's nicht funktionierte, fühlte ich mich schuldig, denn ich hatte ja wieder mal versagt. Er erklärte mir dann auch immer sehr genau, wie enttäuscht er über mich ist. Über Stunden mit viel Bier und ein paar Schnäpschen, weil Reden ja durstig macht. Meine Überlebensstrategie wurde, immer lustig zu sein, und jedem zu helfen, weil meine Schuld so groß war. Dafür bekam ich immer viel Anerkennung, weil ich ja so gut drauf war und so verantwortungsbewusst. Jeder konnte seinen Müll bei

mir abladen und unangenehme Arbeiten an mich delegieren. Mein Stresspegel war auf Anschlag!

Mit Hilfe der Al-Anons erkannte ich mit der Zeit, wo meine Probleme herkommen und wie ich durch den Alkoholismus geprägt worden bin. Das zu ändern, war schwieriger als ich mir je vorgestellt hatte. Konflikte einzugehen, mal nein zu sagen oder nur etwas zu machen, weil ich Lust darauf hatte ohne schlechtes Gewissen, war äußerst mühselig und auch oft schmerzhaft für mich. Ich war voller Zweifel, ob ich das wirklich tun dürfte. Aber so Schritt für Schritt bekam ich Spaß am Leben, natürlich auch öfters eine blutige Nase. Ich wurde von meiner Gruppe aber immer aufgefangen und wenn ich mich verrannte wieder auf die richtige Spur gesetzt.

Haben sich meine Probleme heute aufgelöst? Na ganz bestimmt nicht. Keiner hat behauptet, dass das Leben einfach ist. Aber ich bin zufrieden und oft glücklich und habe Freunde, denen ich nichts vorzuspielen brauche, um Anerkennung zu bekommen. Ich bin immer noch sehr harmoniebedürftig und Streit macht mir Angst, aber ich übe jeden Tag und es macht mir Spaß.

P.S. Den Freund, der mich zu Al-Anon gebracht hat, hab ich dann auch geheiratet.

Sucht-Selbsthilfe – Familie – Kinder

Suchtprobleme in Deutschland – Zahlen und Fakten

Suchtprobleme sind in Deutschland eine der großen „Volkskrankheiten“. Einige Zahlen belegen dies eindrücklich:

- 1,6 Millionen Menschen im Alter zwischen 18 und 69 Jahren sind alkoholabhängig, 2,7 Millionen Menschen in dieser Altersspanne konsumieren Alkohol missbräuchlich.
- Mindestens 1,5 Millionen Menschen sind von Medikamenten abhängig.
- Circa 290.000 Menschen sind von illegalen Drogen abhängig, rund 145.000 konsumieren illegale Drogen missbräuchlich.
- Hinzu kommen nichtstoffgebundene Formen, die erhebliche Auswirkungen auf Familie und soziales Umfeld haben, wie z.B. pathologisches Glücksspiel mit schätzungsweise 80.000 bis 140.000 behandlungsbedürftigen Betroffenen (DHS 2005).

Zählt man pro Betroffener / Betroffenem nur drei Angehörige hinzu, sind damit rund 18 Millionen Menschen unmittelbar von den Auswirkungen eines problematischen oder abhängigen Konsums oder Verhaltens betroffen. Deutschlandweit wachsen mehr als 2,5 Millionen Kinder unter 18 Jahren mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil auf, circa 40.000-60.000 Kinder mit einem drogenabhängigen Elternteil (DHS 2005). Alkoholismus ist seit 1968 als Krankheit anerkannt (andere Abhängigkeitsformen folgen der zugrunde liegenden Definition nach ICD 10). Das heißt, es gibt ein Recht auf Behandlung – aber nur für die / den Abhängige/n selbst, nicht für die Angehörigen, zumindest nicht im Hinblick auf die ‚*Familienkrankheit Alkoholismus*‘.

Auswirkungen auf die Familie

Märta Tikkanen beschreibt treffend, wie es der Frau eines Alkoholikers (meistens) geht, die Hilfe für sich und ihre Kinder sucht:

„Der Psychiater blättert bekümmert in den Adressen der Unfehlbaren.

Hier habe ich zwei, sagt er, die ganz hervorragend sein sollen.

Den besten, sagt er, heben wir uns vorsichtshalber für Ihren Mann auf, falls er mal Hilfe haben möchte.

Aber hier, sagt er freundlich, ist die Adresse des Nächstbesten für Sie und die Kinder.“

(Tikkanen 1981, S. 34)

Nur langsam setzt sich die Erkenntnis durch, dass Angehörige Suchtkranker eine eigenständige Problematik zu bewältigen haben und nicht nur „Anhängsel“ der / des Betroffenen sind, zuständig für deren / dessen Genesungsprozess.

zess. Frauen halten eher die Beziehung zum suchtkranken Partner aufrecht als umgekehrt (circa 7:3). Das hängt zusammen

- zum einen mit der Rolle, die Frauen in unserer Gesellschaft zugeordnet wird: als die Sorgenden, Gebenden, Bewahrenden, für das Wohl der Familie verantwortlich (und sich verantwortlich fühlend)
- und zum anderen mit oft immer noch schlechteren ökonomischen Erwerbs- und Versorgungsmöglichkeiten vieler Frauen.

Aber auch geringes Selbstvertrauen und die Identifikation mit bzw. eine Selbstwert-Definition über Mann und Familie spielen eine Rolle.

Diese „Verantwortungsfalle“ prädestiniert die Partnerin des Alkoholikers dazu, die Rolle des „Enablers“ zu übernehmen – die Rolle der Unterstützerin einer Sucht. Selbstverständlich wird niemand bewusst oder gar aus Bosheit zur Unterstützerin oder zum Unterstützer einer Sucht. Vielmehr besteht das Gefühl, überhaupt keine Wahl zu haben: „Wer soll sich denn um ihn kümmern, wenn nicht ich?“ Nicht selten übernehmen auch die Kinder diese Rolle, besonders häufig die Mädchen. Oder sie sind gezwungen, die Aufgaben der Erwachsenen in der Familie zu übernehmen, um überhaupt ein leidliches Funktionieren sicherzustellen.

Bei Angehörigen Suchtkranker – also in der gesamten betroffenen Familie – dreht sich das Denken, Fühlen und Handeln fast ausschließlich um die Sucht und die Fragen: „Wie kann ich ihm / ihr helfen?“ „Was muss ich tun, damit er / sie nicht mehr trinkt?“ „Wie kann ich verhindern, dass die Umgebung etwas merkt?“ und: „Was habe ich falsch gemacht?“

Häufig sind Angehörige, meist Partnerinnen, die ersten, die Kontakt zum Hilfesystem suchen. Aber Hilfe suchen sie nicht für sich, sondern für den Partner, denn schließlich hat er das Problem. Und wenn er nur nicht mehr trinkt, dann wird schon alles gut! Sie selbst erleben sich als nicht so wichtig, ihre eigenen Bedürfnisse kennen sie kaum, sie sind verschwunden unter der Last der Abhängigkeit. Sie erleben sich gleichzeitig als ohnmächtig und allmächtig: Alle Mühen, alle Versuche, alle Drohungen und Versprechungen haben nichts verändert in der Problematik, auf der anderen Seite aber glauben sie, dass sie das ‚Familien-Mobile‘ aufrechterhalten müssen und können. Einerseits glauben sie, dass sie mit ihrem Verhalten Situationen und auch das Verhalten der/des Betroffenen beeinflussen können. Andererseits erleben sie, dass sich trotz aller Mühen und Anstrengungen nichts an der Situation verbessert. Sie zweifeln daher an sich und ihren Fähigkeiten, strengen sich eben noch mehr an und entwickeln eine Bereitschaft, Leiden auszuhalten und zu schweigen. So entstehen häufig psychosomatische Krankheiten oder sie entwickeln selbst eine Abhängigkeit (z.B. bei fortdauerndem Konsum von Psychopharmaka).

Schuld – Scham – Schande – die drei großen Begriffe, die zum Schweigen, zum Aushalten, zum Verleugnen führen und die Aufrechterhaltung einer Sucht begünstigen. Nicht Sehen, nicht Reden, nicht Fühlen – das beschreibt die Situation einer Familie mit Suchtproblemen. Angehörige – Partner/innen und Kinder – fühlen sich oft schuldig an der Situation, bemühen sich um „Rettung“

– aber nicht um ihre eigene, sondern um Rettung des ‚Symptomträgers‘, also der / des Abhängigen. Ihre eigenen Probleme sehen sie lange Zeit nicht, und so verfestigt sich eine Abhängigkeitsproblematik in der Familie über Jahre und Jahrzehnte.

„Mein Mann hat das Problem, und wenn er nur nicht mehr trinkt ist alles wieder gut!“ – diesem Trugschluss unterliegen die meisten Partnerinnen von Abhängigen. Denn wenn er dann – vielleicht nach einer Therapie, in der er viele seiner Fragen und Probleme aufarbeiten konnte – nicht mehr trinkt, muss sich das ganze Familiensystem neu arrangieren. Die Sorge um den Betroffenen, das Verheimlichen und Verstecken, das Verdrängen und Verleugnen waren jahrelang Dreh- und Angelpunkt der Familie. Verantwortung übernehmen für den Betroffenen und für das leidliche Funktionieren der Familie war Lebensinhalt. Und jetzt will der ‚Symptomträger‘ auf einmal wieder einen Platz in der Familie, will selbst Verantwortung übernehmen und braucht die Sorge nicht mehr – was für eine erneute Kränkung für die Partnerin und auch für diejenigen Kinder, die bisher Sorge und Verantwortung in einem Übermaß mitgetragen haben! Und hat früher die Umwelt die Partnerin bedauert und bewundert für alles, was sie erleidet und für ihre Fähigkeiten, die Familie zu managen, erntet nun der Betroffene die Bewunderung dafür, dass er es „geschafft“ hat. Möglicherweise ergreift er auch die Chance, in der Selbsthilfegruppe oder in einem der Verbände der Sucht-Selbsthilfe aktiv zu werden, sich weiter zu entwickeln, die Seminar- und Schulungsangebote wahrzunehmen, Anerkennung und Stärkung über freiwillige / ehrenamtliche Tätigkeiten zu erhalten.

Wenn dann die Partnerin und die Kinder nicht auch diese Chance zur Auseinandersetzung mit der Suchtgeschichte und zur Weiterentwicklung erhalten, entfernt sich die Familie fast unweigerlich voneinander, im schlimmsten Falle entwickeln sich neue „Symptome“ (Depressionen, Krankheit, auffälliges Verhalten u.a.) bei einem anderen Familienmitglied, häufig bei einem der Kinder. Mit dem Ende des Suchtmittelkonsums löst sich keines der zugrunde liegenden Probleme von selbst – aber das Aufhören ist die wichtigste Voraussetzung, um die Probleme überhaupt lösen zu können und eine Basis für Entwicklung zu schaffen!

Suchtkreisläufe

Kinder suchtkranker Eltern sind in hohem Maße gefährdet, selbst wieder suchtkrank zu werden oder andere Störungen und Beeinträchtigungen zu entwickeln. Circa 1/3 der Kinder, die in einer Familie mit Suchtproblemen aufwachsen, werden in späterem Lebensalter selbst abhängig, ein weiteres Drittel entwickelt mehr oder weniger ausgeprägte psychische Probleme, die oftmals das ganze Leben überschatten. Etwa ein Drittel der Kinder aus Suchtfamilien verkraften die Familiensituation relativ „unbeschadet“. Spannend ist die Frage, welche ‚*protektiven Faktoren*‘ hier wirksam werden. Zum einen – das ist bekannt – sind es andere positive Bezugspersonen (wie z.B. Großeltern oder andere Verwandte), die die belastenden Erlebnisse abfangen können, mit denen das Kind reden kann, wo es Wärme, Verlässlichkeit und Geborgenheit

erlebt. Natürlich spielen auch die mitgebrachten konstitutionellen Fähigkeiten eine Rolle, wenn es um die Bewältigung belastender Lebenssituationen geht. Weiterhin können Familienrituale (gemeinsame Mahlzeiten, gemeinsame Freizeitgestaltung, verlässlich wiederkehrende Erlebnisse wie abendliches Vorlesen usw.) einen wichtigen Ankerpunkt im sonst so unstrukturierten und verwirrenden Alltag einer Suchtfamilie spielen und eine Schutzfunktion entwickeln.

Nicht die so oft bemühte ‚*Vererbung*‘ spielt die große Rolle bei diesen Wiederholungen von Suchtgeschichten, sondern viel mehr die ‚*gelernte Erfahrung*‘, wie mit Konflikten und Krisen umgegangen wird (bzw. wie diese unbearbeitet bleiben), die Unfähigkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und durchzusetzen, die Abspaltung von Gefühlen, massive Ängste und die Ohnmacht, trotz aller Bemühungen und Anstrengungen die Lebenssituation der Familie nicht ändern zu können. „Nicht sehen, nicht sprechen, nicht fühlen“ – das sind oftmals Leit(d)-Sätze, die Kinder in Suchtfamilien internalisiert haben und die sie selbst in Leid und Krankheit führen. Die wichtigste Voraussetzung und Chance für die Kinder, ihr eigenes Leben zu bewältigen und die Kränkungen der Suchtphase zu bearbeiten ist – wie schon erwähnt – die Beendigung des Suchtmittelkonsums. Aber das alleine reicht nicht, wenn die alten Familienmuster beibehalten werden. Daher wird z.B. in den Helfer-Schulungen der Selbsthilfeverbände die Thematik Angehörige / Familie / Kinder aus Suchtfamilien intensiv behandelt und es gibt Hilfen, die Gespräche zu dieser belasteten Thematik in Gruppen anzuregen und zu begleiten (z.B. Videofilm mit Begleitheft „Nichts für Kinder“, das Büchlein „Den Suchtkreislauf durchbrechen“ [Lindemann 2006] mit Hintergrundwissen und praktischen Hilfen für die Selbsthilfegruppen-Arbeit u.a.).

Trotz aller Belastung in einer Suchtfamilie entwickeln Angehörige – Partner/innen und Kinder – oftmals auch Stärken und Eigenschaften, die sie vor den Folgen der krankmachenden Familienumwelt schützen sollen: Einsicht, Unabhängigkeit, Beziehungen, Initiative, Kreativität, Humor und Moral (vgl. Lindemann / Flügel / Michaelis 1999, S. 15). Die Stärkung dieser Eigenschaften und Fähigkeiten ist demzufolge auch ein wichtiger Aspekt in der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern und mit Partner/innen von Suchtkranken – und selbstverständlich auch in der Selbsthilfe.

Selbsthilfe Sucht und ihre Ausrichtungen

In Deutschland gibt es ein breites und vielfältiges Spektrum im Sucht-Selbsthilfe-Bereich. Neben den ‚*Anonymen*‘ (AA / Al-Anon / Al-Ateen / NA) Gruppen sind dies insbesondere die Angebote der 5 Selbsthilfe- und Abstinenzverbände *Blaues Kreuz in Deutschland*, *Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche*, *Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe*, *Guttempler*, *Kreuzbund*. Diese Verbände bieten Beratung, Motivation, „Hilfe zur Selbsthilfe“ in Gruppen, Nachsorge, Freizeitangebote etc. Sie arbeiten gemeinsam an der Weiterentwicklung ihrer Hilfen. Im Bereich der *Arbeiterwohlfahrt* und des *Deutschen Roten Kreuzes* sind ebenfalls Selbsthilfegruppen zu finden, ebenso sog.

„freie Gruppen“, die keiner Organisation angehören oder nur lose angebunden sind.

Familie stärken – Kinder unterstützen: Ansätze, Möglichkeiten und Angebote in der Selbsthilfe

Vom „Symptomträger zum System“ – diese Blickrichtung findet auch langsam Einzug in die Suchtkrankenhilfe und damit auch in die Sucht-Selbsthilfe. Damit wird aber auch deutlich, dass alle Beteiligten im „Mobile Sucht“ Hilfe und Unterstützung benötigen. Für Partner/innen von Suchtkranken gibt es mittlerweile in der Selbsthilfe Angebote, sei es in Gruppen, in denen sie sich mit ihrer betroffenen Partnerin bzw. dem betroffenen Partner gemeinsam auseinandersetzen können oder aber in eigenständigen Gruppenangeboten für Angehörige. In diesen Gruppen geht es darum, zu sich selbst zu finden, den eigenen Zorn, die Ohnmacht und Hilflosigkeit, das Kontrollbedürfnis und die Schuld- und Schamfragen zu thematisieren – und zu überwinden. Damit ist eine Basis für die eigene persönliche Weiterentwicklung gelegt. Die Erkenntnis, dass Kinder aus Suchtfamilien (mindestens) eben so viel Unterstützung benötigen wie die Erwachsenen, setzt sich immer mehr durch. Eine wichtige Voraussetzung für eine Gesundung aller Betroffenen im Familienumfeld ist zunächst die Abstinenz der / des Abhängigen. Aber dann geht die Arbeit der Veränderung erst richtig los – die krankmachenden und kränkenden Familienstrukturen, das eingeübte Rollenverhalten und das selbst schädigende Verhalten – bislang die einzig bekannten und geübten Verhaltensweisen – müssen sich ändern. Autonomie, sich um sich selbst kümmern, Distanz erproben, sich nicht mehr für die Andere / den Anderen verantwortlich oder schuldig fühlen, nicht mehr kontrollieren – das alles müssen auch die Kinder suchtkranker Eltern lernen, um *un-abhängig* zu werden und nicht die in der Kindheit erfahrenen Verhaltensmuster in späterem Erwachsenenalter selbst wieder zu leben und den Suchtkreislauf zu wiederholen.

Angebote der Selbsthilfe reagieren inzwischen unterschiedlich auf diesen Bedarf: Da sind, wie bereits erwähnt, zum einen die Angehörigen-Gruppen und -Seminare, aber auch die Thematisierung der Problematik als Angehörige/r in der „gemischten“ Selbsthilfegruppe. Viele Gruppen bieten Kinderbetreuung parallel zur Gesprächsgruppe der Eltern an. Damit ist nicht nur die Möglichkeit gegeben, dass beide Elternteile an einer Gruppe teilnehmen können, sondern die Kinder erfahren auch direkt, dass ihre Eltern „etwas tun“ und gleichzeitig bekommen sie Kontakt zu anderen Kindern und Erwachsenen, erfahren neue Beziehungen und Aufmerksamkeit.

Einige Gruppen „trauen“ sich auch, die Kinder direkt mit in die Gruppe einzubeziehen. Das beinhaltet aber auch immer, dass die Kinder nicht gezwungen werden dürfen, über ihre Erfahrungen zu reden, sondern dass es selbstverständlich wird, dass sie dabei sind, sich selbst beschäftigen, mit den anderen Kindern spielen oder einfach mit am Tisch oder im Kreis sitzen und sich beteiligen, wenn sie es denn wollen. Diese Form der Einbeziehung der Kinder ist besonders hilfreich, weil dadurch ein Stück Normalität wiederhergestellt wird

– die Kinder gehören eben ganz selbstverständlich mit dazu, das „Familiengeheimnis Sucht“ wird aufgelöst und es wird normal, dass die ganze Familie an einem Tag in der Woche zur Gruppe geht. Für einige Kinder ist dieser Gruppenbesuch so wichtig geworden, dass sie sich nicht nur darauf freuen, sondern sogar freiwillig einen Mittagschlaf machen, damit sie abends „fit für die Gruppe“ sind!

Neben den Gruppen gibt es inzwischen zum Teil verbandsübergreifende Angebote für Familien (Familien-Seminare), in denen die Suchtgeschichte angesehen und besprochen werden kann und ggf. weitere Schritte zur Genesung der ganzen Familie geklärt werden können. Überaus wichtig ist bei allen Aktivitäten in der Selbsthilfe, dass es sich *nicht um therapeutische Maßnahmen* handelt (wenngleich Selbsthilfe sehr wohl „heilend“ wirkt!), *sondern um Unterstützung auf Gegenseitigkeit.*

Familien-Clubs: Ein Selbsthilfe-Modell für die ganze Familie?

Ein Selbsthilfe-Modell der Einbeziehung der ganzen Familie sind die sog. ‚*Familien-Clubs*‘. Diese Gruppen, begleitet durch freiwillige Kräfte, konnten sich z.B. in Italien, in Osteuropa, in Südamerika und in Asien gut entwickeln und arbeiten dort sehr erfolgreich. In Deutschland war es bislang trotz umfassender Bemühungen nicht möglich, Familienclubs zu installieren. Das liegt sicher mit daran, dass es in Deutschland ein ausgesprochen gut ausgebautes System der Sucht-Selbsthilfe mit vielen unterschiedlichen Gruppen und Verbänden gibt. Zum anderen aber hält sich in der Behandlung von Suchtstörungen zäh die Haltung, dass es in erster Linie darum geht, das Symptom zu beseitigen, also die bereits erwähnte Fixierung auf die Symptomträgerin / den Symptomträger eine Einbeziehung der ganzen Familie verhindert. Familienclubs wirken durch das Selbsthilfeprinzip. Alle Familienangehörigen sind aktiv im Gruppenprozess beteiligt und alle versuchen gemeinsam mit den anderen Familien des Clubs, ihre alltäglichen Probleme zu besprechen und zu lösen. Dabei gilt, dass es keine „Geschichten aus der Vergangenheit“ gibt, sondern alle Gespräche auf das *Hier und Jetzt* und auf die *Zukunftsgestaltung* ausgerichtet sind. Ziel ist nicht alleine die Suchtmittelfreiheit, sondern die Verbesserung der Lebensqualität und die Entwicklung eines neuen Lebensstils. Dieser Ansatz respektiert, dass die Familien selbst Experten für ihre eigenen Probleme und Lebenssituationen sind und auch selbst und in der gegenseitigen Unterstützung Antworten auf ihre Fragen finden können.

Letztlich ist es gelungen, in den vergangenen Jahren mehr Aufmerksamkeit für die Problematik „Sucht als Familienkrankheit“ zu wecken und sowohl im professionellen Hilfebereich als auch in der Selbsthilfe dieser Tatsache Rechnung zu tragen – durch Angebote für die ganze Familie und durch spezifische Unterstützung für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Als Guttempler sind wir sehr stolz und froh, dass unsere in den Jahren 1995 - 1997 mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten Projekte „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ und „Den Suchtkreis-

lauf durchbrechen“ offenbar einen Stein ins Rollen gebracht haben und zunehmend Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien entwickelt und bereitgestellt werden. Der Bedarf bleibt und es gibt noch viel zu tun. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen aber zum Glück, dass Veränderung möglich ist und dass die Sucht-Selbsthilfe sich bewegt!

Literatur und Anmerkungen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): Daten und Fakten, Hamm 2005

Lindemann, Frank / Flügel, Anke / Michaelis, Heidrun: Den Suchtkreislauf durchbrechen. Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familiengemeinschaften. Geesthacht 1999; Lindemann, Frank (Hrsg.): Den Suchtkreislauf durchbrechen. Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften. Geesthacht 2006, 2., erw. Aufl.

Rode, Gruscha: Nichts für Kinder: Kinder und Jugendliche alkoholabhängiger Eltern berichten. Videoproduktion (VHS). Geesthacht 1995, 1. Aufl. Als Begleitmaterial ist im Neuland-Verlag das Buch „Den Suchtkreislauf durchbrechen – Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften“ erschienen, das dem Film beiliegt.

Tikkanen, Märta: Die Liebesgeschichte des Jahrhunderts. Reinbek 1981

Wiebke Schneider ist Sozialpädagogin und Diplompädagogin mit Zusatzausbildung als Supervisorin. Sie ist seit fast 20 Jahren als hauptamtliche „Selbsthilfeunterstützerin“ bei den Guttemplern in Deutschland als Geschäftsführerin und Suchtreferentin tätig. Zu diesem Aufgabenbereich gehören auch die Vernetzung der Selbsthilfe im Suchtbereich, die Entwicklung von Kooperationen mit professionellen Hilfebereichen und die Unterstützung und Weiterentwicklung der ehrenamtlichen Suchtkrankenhilfe.

Karin Gövert

„Brücken Bauen“ – Ein Projekt geht zu Ende, die Arbeit beginnt

In NRW geboren und aufgewachsen, bin ich langjährige Hörerin von WDR 2. Vor einiger Zeit spielte dieser Radiosender Musikärsel, bei denen englische Originaltexte wörtlich ins Deutsche übersetzt und von der Original Musik begleitet wurden. Ich hörte dort das Lied: „*Brüh--hücke über un—ruhig--ges Wasser*“, und, mittlerweile die vierzig hinter mir lassend, habe ich den Originaltitel aus den 60ern natürlich sofort erkannt. Zugegeben, mit der entsprechenden Musik ist es leichter. Aber rätseln Sie doch selber einmal. Fällt Ihnen das Original ein? Und fragen Sie sich: „Bin ich etwa so alt, dass mir das schon nichts mehr sagt? Bin ich vielleicht so alt (oder so jung?), dass ich den Titel sofort erkenne und in Erinnerungen schwelge? Oder bin ich so jung, dass mir der Titel antiquiert vorkommt und ich sowieso nichts damit anfangen kann?“

Die Auflösung des Rätsels erfolgt weiter unten. Mit der Fragestellung jedoch sind wir genau an dem Punkt, um den es in dem Projekt „Brücken bauen – Junge Menschen und Selbsthilfe“ ging. Die Ansprache junger Menschen und der Versuch, für sie ein angemessenes Angebot zu entwickeln, hängt immer auch damit zusammen, welche Haltung und welche Einschätzung jemand von seinem persönlichen Standpunkt aus vornimmt. Anders ausgedrückt: 72jährige schätzen ein und den selben Sachverhalt anders ein als 56jährige, und die wieder anders als 38jährige oder als 22jährige.

Deshalb sollte mit dem Projekt versucht werden, einheitliche Grundlagen zu entwickeln und in die Sucht-Selbsthilfe zu transportieren, damit das Ziel, die Einbindung einer größeren Spanne an Altersgruppen, verwirklicht werden kann. Lassen sich unterschiedliche Altersklassen mit dem Angebot der Sucht-Selbsthilfe erreichen und wenn ja, was muss dafür getan, möglicherweise verändert werden?

Mit dieser Fragestellung wandten sich die fünf in der Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen organisierten Sucht-Selbsthilfeverbände¹ an das Bundesministerium für Gesundheit, um ein Projekt zur Verbesserung der Integration junger Menschen in die Selbsthilfe ins Leben zu rufen. Von dort wurde das Anliegen unterstützt, so dass vom 01. Juni 2003 bis 31. Mai 2006 zu diesem Thema gearbeitet werden konnte.

Brücken bauen – Eine neue Verbindung schaffen

Der Titel des Projektes, „Brücken Bauen – Integration junger Suchtkranker in die Suchtselbsthilfe“, war Name und Programm zugleich. Ausgangsthesen waren:

Der Anteil der jungen Menschen in den Sucht-Selbsthilfegruppen aller fünf Verbände ist sehr gering. Die unter 35jährigen wurden bisher kaum von den

Angeboten der Sucht-Selbsthilfe erreicht. Der Altersschwerpunkt der Mitglieder und Gruppenteilnehmer liegt bei etwa 55 Jahre. Dagegen ist festzustellen, dass dort, wo bereits junge Menschen Gruppen besuchen, auch weitere junge Leute angezogen werden (Peergroup-Effekt).

Während in der traditionellen Sucht-Selbsthilfe überwiegend Alkohol- und Medikamentenabhängige zu finden sind, liegt bei jungen Menschen häufig eine Mehrfachabhängigkeit vor. Sie entwickeln unterschiedliche Suchtformen. Die einseitige Orientierung der Verbände auf *ein* Suchtmittel deckt sich nicht mit der Realität junger Abhängiger und spricht sie deshalb auch nicht an. Ihr Ziel ist häufig *nicht* eine lebenslange Abstinenz, sondern die Bewältigung der aktuellen Lebensphase sowie die Minderung des Suchtmittelkonsums.

Junge Menschen sehen im Gegensatz zur traditionellen Sucht-Selbsthilfe keine Notwendigkeit, sich über Jahre zu einem Gruppenbesuch zu verpflichten. Vielfach ist dies aufgrund ihrer notwendigerweise hohen privaten und beruflichen Mobilität auch gar nicht möglich.

Brücken bauen – Von Verband zu Verband

Durchgeführt wurde das Projekt in Kooperation mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen und mit der finanziellen Unterstützung des BMG. Nun liegen die Ergebnisse, unter anderem in Form eines Handbuchs, vor. Es geht darum, die nächsten Schritte zu planen.

Struktur und Ablauf des Projektes werden an dieser Stelle nur kurz umrissen, da es an dieser Stelle um die Darstellung der Ergebnisse gehen soll. Nach einer ausgiebigen Befragung zur Ausgangssituation in unterschiedlichen Einrichtungen der Sucht-(selbst)hilfe, erstellte die leitende Projektgruppe einen Ausbildungsplan für die Schulung von Verbandsmitgliedern. In regionalen, verbandsübergreifenden Workshops wurden Interessierte zu verschiedenen Fragen angeleitet. Inhaltlich ging es um spezielle Lebenssituationen und Erfordernissen junger Menschen. Außerdem beschäftigten sich die Workshops mit unterschiedlichen Angebotsformen, Methoden der Gesprächsführung und Möglichkeiten kreativer gestalterischer Prozesse als Methoden der Gruppenarbeit. Parallel dazu existierte in jedem Verband eine interne Begleitgruppe, die die jeweils verbandspezifischen Fragestellungen in das Projekt einbrachten.

Am Ende entwickelte wiederum die Projektgruppe aus dem gesamten Material eine abschließende Handreichung, mit der nun auch andere Interessierte in die Arbeit mit und für junge Menschen eintreten können.

Dass in den Workshops tatsächlich anwendbares Wissen vermittelt wurde und die Teilnehmenden ermutigt wurden, diese neuen Kenntnisse und Erkenntnisse umzusetzen, zeigt sich an folgender Zahl: 42 der 55 befragten Workshopteilnehmer gaben in einer Auswertungsbefragung an, dass sie während der Workshop-Phase konkret ein neues Angebot für junge Suchtkranke gestartet, entwickelt oder zumindest in Planung haben. Das Spektrum reicht dabei weit: regelmäßige Gruppenangebote speziell für junge Suchtkranke, für

Kinder von Suchtkranken bzw. junge Angehörige, Familiengruppen, Seminare und Freizeitaktivitäten, die Bildung von Arbeitskreisen, Integration in bestehende Selbsthilfegruppen, Aktivitäten im Bereich der Prävention.

Welche Erkenntnisse brachte dieses Projekt aber nun konkret für die Arbeit vor Ort. Worauf ist zu achten, sollen die erworbenen Erkenntnisse nicht einfach versanden? Antworten auf diese Frage, werden im Handbuch unter Berücksichtigung verschiedener Facetten geliefert.

Brücken bauen – Von Erfahrenen zu Jungen

Integration in bestehende Gruppen oder Initiierung spezifischer Angebote?

Um jungen Suchtkranken eine Beheimatung in der traditionellen Selbsthilfe zu ermöglichen, existieren im Wesentlichen zwei Wege. Bestehende Selbsthilfegruppen können sich erstens so verändern, dass sie für junge Suchtkranke attraktiv werden. Dieser Weg verlangt eine erhebliche Anforderung an die Veränderungsbereitschaft der bisherigen Gruppenteilnehmer, eine stabile und transparente Gruppenstruktur sowie die Fähigkeit und Bereitschaft der Gruppe sich auf neue, fremde Erfordernisse einzustellen. Er gelingt in der Regel nur dann, wenn alle Gruppenmitglieder „an einem Strang“ ziehen und klar und deutlich ihre Positionen vertreten, sich gemeinsam und einheitlich für eine neue Form der Arbeit aussprechen. Die zweite Möglichkeit besteht darin, die Arbeit mit jungen Suchtkranken als eigenständigen Zweig der Selbsthilfearbeit zu betrachten. Es geht hierbei nicht um die Integration der jungen Leute in die bestehenden Gruppen, sondern um zusätzliche, spezifische Angebote für sie. Auch dieser Weg ist nicht frei von Hindernissen. Wen im Verband kann man motivieren, sich mit Lust, Zeit und Engagement der Aufgabe zu widmen, ein neues Angebot zu entwickeln? Wer besitzt einen ausreichend langen Atem, um auch Phasen der Stagnation zu überstehen, ohne das Vorhaben aufzugeben? Wer ist persönlich geeignet, einen unverkrampften, möglicher Weise unkonventionellen Kontakt zu jungen Leuten herzustellen? Für alle Verbände wie für alle Gruppen ist es wichtig, diese Fragen zu beantworten, damit das Vorhaben zur Schaffung eines neuen Angebotes Erfolg haben kann.

Auf Grund der Ergebnisse der Befragungen, die im Rahmen des Projektes durchgeführt wurden, ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der jungen Suchtkranken sich in den vorhandenen Selbsthilfegruppen der Verbände nicht wohl fühlen würde. Sie suchen Gleichaltrige mit vergleichbaren Fragen, Problemen, Themen und Interessensgebieten. Dies legt den Schluss nahe, dass bei der bestehenden Altersstruktur in den meisten traditionellen Gruppen (55+) die Initiierung neuer, zielgruppenspezifischer Angebote der geeigneter Weg zu sein scheint.

Grundhaltungen

Wichtig bei allen Angeboten ist die Herstellung einer Vertrauensbasis, auch dieser Grundsatz ist in der Arbeit der traditionellen Sucht-Selbsthilfe hinlänglich bekannt. Vertraulichkeit und Anonymität sowie Wertschätzung des Einzel-

nen sind unabdingbar für das Gelingen einer guten Zusammenarbeit. Jeder muss spüren, wertgeschätzt zu sein und ernst genommen zu werden. Dazu zählt auch, sich gut in die Lebenssituation junger Menschen einfühlen zu können und bedarfsgerechte Angebote zu schaffen. Den jungen Menschen ausreichend Gestaltungs- und Mitwirkungsspielräume zu bieten, ist dabei ein Mosaikstein zur Schaffung einer selbstverantwortlichen „jungen Selbsthilfe“.

Wissenswertes zur Neugründung von Gruppenangeboten

Selbsthilfegruppen für junge Abhängige werden unter Umständen durch (ebenfalls junge) engagierte Helfer initiiert, die die Ideen der jungen Menschen fördern und ihnen anfangs vor allem bei praktischen Problemen (Räume, organisatorische Belange, Praxisberatung etc.) helfend und begleitend zur Seite stehen. Außerdem benötigen Selbsthilfegruppen junger Abhängiger oftmals Anleitung und Unterstützung bei den Gesprächen und im Umgang miteinander. Mit zunehmender Stabilität gewinnen sie an Autonomie und Eigenverantwortlichkeit. Zur Gestaltung einer altersgerechten Selbsthilfe ist es zudem hilfreich, frühzeitig klare Strukturen mit nachvollziehbaren, wohl aber flexiblen Gruppenregeln (Gesprächsmoderatoren, wechselnde Gruppenleitung etc.) zu etablieren.

Arbeits- und Veranstaltungsformen

Neben Gruppenaktivitäten spielt für jungen Menschen eine Rolle, dass auch die Möglichkeit zu Einzelberatung besteht. Dabei möchten sie sich die beratende / begleitende Person, die ihnen als kompetent und vertrauenswürdig erscheint, selbst aussuchen (dürfen).

Reine Gesprächsangebote reichen jungen Menschen häufig nicht aus, um sich aus ihrer Sucht lösen zu können. Ein großer Teil der Selbsthilfe-Angebote sollte deshalb aus Freizeitaktivitäten und Veranstaltungen bestehen. Es geht nicht nur darum, dass „etwas los sein“ muss, was Spaß macht. Junge Menschen brauchen Felder, um sich in sucht- und drogenfreien Räumen selbst auszuprobieren und Verhaltensalternativen zum Suchtmittelgebrauch zu entwickeln. Deshalb ist Freizeitgestaltung so wichtig. Hierdurch bekommt die Selbsthilfe mit jungen Suchtkranken eine ganz besondere Ausprägung. Die Gruppentreffen werden also nicht immer nach dem gleichen Muster stattfinden. Flexibilität und Ideereichtum sind von der Leitung wie von den Gruppenmitgliedern gefordert. Die Möglichkeit einer bewusst entschiedenen, zeitlich befristeten Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist für junge Menschen notwendig, weil sie sich vor allem in beruflichen Belangen flexibel und mobil zeigen müssen. Grundhaltung muss hier also sein, ein Kommen und Gehen von Gruppenmitgliedern zu akzeptieren und keine langfristige Festlegung der Teilnehmenden zu erwarten. Das erfordert von der Gruppe, eine Fluktuation der Mitglieder zuzulassen und gleichzeitig selber eine stabile und verlässliche Größe zu sein.

Themenspektrum der Angebote

Die traditionelle Selbsthilfe behandelt in den Gruppenabenden Fragestellungen, die über die Beschäftigung mit der Suchtmittelabstinenz hinausgehen. Das gleiche Bedürfnis haben auch junge Menschen, wenn sie mit anderen zusammen kommen, um über ihre Anliegen zu sprechen. Altersspezifische Themen sind beispielsweise: Freizeitgestaltung, Schulausbildung, berufliche Entwicklung oder Partnerschaftsprobleme. Eine Möglichkeit zu schaffen, sich mit anderen, ähnlich strukturierten Gruppen zu treffen und sich auszutauschen, ist zudem ebenfalls sinnvoll. Solche Treffen stärken das Selbstverständnis der Gruppenbesucher hinsichtlich ihrer Akzeptanz der eigenen Identität als suchtkranke, junge Menschen, die auf dem Weg sind, Alternativen für eine gesündere Lebensführung zu entwickeln.

Brücken Bauen – Von der traditionellen Selbsthilfe zur neuen Zielgruppe

Der Beginn eines Angebotes für junge Menschen ist dann sinnvoll, wenn bereits im Vorfeld z.B. über persönliche Kontakte einige Interessierte zur Mitarbeit gewonnen werden konnten. Hilfreich kann es sein, aus bestehenden Selbsthilfegruppen einige jüngere Teilnehmer einzuladen, beim Start der neuen Gruppe mitzuhelfen bzw. durch ihre Teilnahme unterstützend zu wirken. Sie können zudem für die neuen, jüngeren Besucher eine Art Mentorenfunktion erfüllen und ihnen damit den Schritt in die Gruppe erleichtern.

Insbesondere, wenn es um ein separates Angebot für junge Menschen geht, ist es klug, sich über die Altersspanne Gedanken zu machen und Ausschlusskriterien zu formulieren. Wenn suchtmittelabhängigen jüngeren Erwachsenen (+/- 30) ein Angebot gemacht wird, sind – zumindest konzeptionell – 18jährige Suchtgefährdete fehl am Platz. Dass, je nach Ausrichtung der Gruppe, auch ein Mischkonzept hin und wieder funktionieren kann, sei dahin gestellt. Gleichwohl gilt es, in den Vorüberlegungen ein möglichst klares Bild davon zu bekommen, wie man sich als initiierte Person die Gruppe vorstellt, wem sie in erster Linie Unterstützung bieten soll. Bei der Erstellung eines solchen Profils können z.B. die Suchtberatungsstellen vor Ort meist gute Hilfe leisten, sofern sie eine partnerschaftliche Kooperation Ehrenamt / Hauptamt befürworten und sich als Selbsthilfe-Unterstützer verstehen.

Kontakte zur professionellen Selbsthilfe und zur Jugendhilfe nutzen

Die persönliche Ansprache ermutigt junge Suchtkranke und Suchtgefährdete eher, den Schritt in eine Selbsthilfegruppe zu wagen, als die anonyme Weitergabe von Handzetteln oder das Aufhängen von Plakaten. Daher ist es sinnvoll, Kontakt zu jenen Stellen und Personen zu pflegen, die mit potentiellen Teilnehmenden zu tun haben. Man kann das neue Angebot beispielsweise Drogenkontaktlehrern, Mitarbeitern aus Drogen- und Suchtberatungsstellen oder auf Entgiftungsstationen vorstellen (oder sogar gemeinsam mit ihnen entwi-

ckeln) oder Mitarbeiter von Jugendämtern und Jugendzentren ansprechen. Diese können junge Leute gezielt auf das Angebot hinweisen, ihnen Handzettel oder Telefonnummern aushändigen. Weitere Personen, die man ansprechen und informieren kann, sind Hausärzte, Fahrlehrer (Stichwort: Nachschulung bei Führerscheinverlust), Polizeibeamte etc.

Welche Außenwirkung ist erwünscht?

Um konkrete Zielgruppen zu erreichen, muss die Form der Vorstellung des Angebotes zielgruppengerecht ausgelegt sein. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, hat die Selbsthilfe bei jungen Menschen vielfach ein etwas „verstaubtes“ Image. Daher ist es wichtig, dass die Beschreibung des Angebots attraktiv und altersgemäß erfolgt, ohne anbiedernd und aufgesetzt zu wirken. Die Inhalte und die Aufmachung müssen stimmig sein, sie müssen zu dem passen, was tatsächlich angeboten wird; und die Initiatoren müssen sich damit wohl fühlen. Welche Botschaft will ich vermitteln? Wie kann das Angebot kurz und prägnant beschrieben werden? Welchen Namen soll die Gruppe tragen? Soll dieser bereits im Vorfeld festgelegt oder gemeinsam mit den zukünftigen Mitgliedern erdacht werden?

Brücken Bauen – Vom internen Vorhaben in die Öffentlichkeit

Neue Gedanken, neue Erkenntnisse, neue Angebote benötigen immer ein „Transportmittel“, um auch von außen wahrgenommen werden zu können. Es hilft kein noch so guter Ansatz, wird er nicht bekannt gegeben und der Zielgruppe nahe gebracht. Unterschiedliche Vorgehensweisen sind hier denkbar.

Auftaktveranstaltungen und „Blickfänger“

Über eine Aufsehen erregende Aktion, z. B. eine Aktion in der Fußgängerzone, die Durchführung eines Konzerts oder eines Aktionstages, kann ein neues Angebot, vor allem in kleineren Städten und Gemeinden, bekannt gemacht werden. Dieses ist besonders dann sinnvoll, wenn Personen, die bei den Veranstaltungen Interesse bekunden, auch gleich eingeladen werden können. Die Vorarbeit – Raumsuche, Kontaktpersonen, festgelegte Zeiten und Angebote – muss also bereits geleistet worden sein, sonst verläuft die Aktion im Sande. Rein formal ist bei derartigen Aktionen zu prüfen, ob das Ordnungsamt zu informieren ist oder sonstige Genehmigungen eingeholt werden müssen. Selbstverständlich sollte die Presse eingeladen und informiert werden.

Für das Thema „Junge Menschen und Sucht“ sensibilisieren

Öffentlichkeitsarbeit beginnt, sobald über das Vorhaben geredet und weitere Interessierte gesucht werden. In Gesprächen kann immer wieder auf die Problematik hingewiesen werden, dass zu wenige Angebote für junge Suchtkranke bestehen und dass daher eine neue Initiative gestartet werden soll. Allerdings ist zu vermeiden, zu lange über „ungelegte Eier“ zu sprechen, weil dann niemand mehr an die Realisierung des Vorhabens glaubt.

Flyer und Plakate zum Thema „Junge Menschen und Sucht“

Allgemein verwendbare Materialien, die sich mit dem Thema „Junge Menschen und Sucht“ befassen, existieren in unterschiedlichen Ausführungen, z. B. als Informationsbroschüren, Handzettel, Aufkleber oder großflächige Plakate. Es lohnt sich, bei den Selbsthilfeverbänden, bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nachzufragen und Materialien für die jeweilige Zielgruppe anzufordern. Im Rahmen des Projekts wurde beispielsweise eine Kampagne mit dem Titel „Drogen sind Dreck – du nicht!“ gestartet, zu der verschiedene Materialien existieren.

In der Öffentlichkeitsarbeit gilt der Grundsatz, dass alle Vorgehensweisen und Materialien mit den Augen der Zielgruppe betrachtet werden müssen, gemäß dem Motto: „Der Köder muss dem Fisch schmecken, nicht dem Angler“. Gleichwohl bleibt zu beachten, was oben bereits angeklungen ist: Das Profil, die Angebote und Möglichkeiten müssen realistisch transportiert werden und im Einklang mit der eigenen Haltung stehen.

Werbung für das neu zu startende Angebot

Die konkrete Werbung für das Angebot kann erst starten, wenn die Rahmenbedingungen feststehen. Plakate und Handzettel sind zur Werbung geeignet, bringen aber nur gezielt eingesetzt den erhofften Erfolg. So zeigten Erfahrungen aus dem Projekt, dass es nicht sinnvoll ist, ein ganzes Stadtviertel zu plakatieren, sondern besser an wenigen Orten, wo sich die Zielgruppe häufig aufhält, einige wenige „Hingucker“ zu platzieren.

Die Arbeit ins Gespräch bringen – im Gespräch bleiben

In kleineren Städten und Gemeinden ist es sicherlich leichter, mit einem Angebot für junge Suchtkranke bekannt zu werden als in Großstädten. Gerade regionale Zeitungen lassen sich gerne mit (neuen) Themen versorgen. So kann man eine Pressemitteilung verfassen, eine Pressekonferenz abhalten oder einen kurzen Artikel schreiben sowie bei verwandten Themen mit Leserbriefen antworten. Manche Lokalreporter oder Rundfunksender nehmen die Gelegenheit gerne wahr, über Veranstaltungen der Selbsthilfe zu berichten. Eine andere Möglichkeit, im Gespräch zu bleiben, besteht darin, sich an örtlichen Aktivitäten zu beteiligen, z. B. bei Veranstaltungen von Selbsthilfe-Kontaktstellen mitzuwirken, bei Kinder- oder Stadtteilstesten präsent zu sein, an regionalen Wettbewerben teilzunehmen o. ä. Es gilt, die Augen offen zu halten und abzuwägen, wo ein Engagement Ziel führend die Arbeit bekannt macht. Und auch hier bleibt zu beachten: nicht jedes Mittel heiligt der Zweck. In der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern sollte immer geprüft werden, ob sie sich mit der eigenen Auffassung von gesunder Lebensführung decken. Beispielsweise bleibt eine Zusammenarbeit mit einer Bierbrauerei weiterhin fragwürdig, selbst wenn diese sich im Jugendschutz engagieren will.

Brücken Bauen – Vom Anbieter zur Zielgruppe

Viele junge Suchtkranke hoffen, in der Selbsthilfegruppe neue, möglichst gleichaltrige Freunde zu finden und mit diesen auch die Freizeit zu verbringen. Bisher war der Suchtmittelkonsum Dreh- und Angelpunkt des Lebens. Diese Lücke muss nun anders sinnvoll geschlossen werden. Freizeit- und erlebnisorientierte Aktivitäten können einerseits ein eigenständiges Gruppenangebot darstellen (z. B. im präventiven Bereich eine Jazztanz-Gruppe oder eine Streetballmannschaft), andererseits können solche Angebote ergänzend zu einer gesprächsorientierten Selbsthilfegruppe stattfinden. Sie können ebenfalls regelmäßig durchgeführt werden (z. B. abwechselnd ein Gesprächsabend und eine Aktivität) oder sporadisch nach Bedarf. Auch beim Freizeitprogramm gilt der Grundsatz, Angebote in der Gruppe gemeinsam zu planen. Je nach Wünschen, Interessen, Wetter, Möglichkeiten vor Ort, und natürlich den finanziellen Gegebenheiten sind viele Aktivitäten denkbar. Wichtig ist, dass sich jedes Gruppenmitglied in irgendeiner Weise angesprochen fühlt. Einzelne auszuschließen, weil das Angebot z.B. zu teuer ist oder sie wegen eines körperlichen Handicaps grundsätzlich nicht an sportlichen Angeboten teilnehmen können, darf nicht vorkommen.

Zum Mitmachen anregen

Gemeinsame Aktivitäten und gemeinsames Erleben stärken den Zusammenhalt und ermöglichen den Aufbau intensiverer Beziehungen. Das Gruppengefühl und auch das Gefühl des Einzelnen können Aktionen stärken, etwas Sinnvolles zu tun, die zum Mitmachen anregen. Auch hier spielen vornehmlich das Interesse und der Ideereichtum der Gruppenmitglieder eine Rolle. Zum Beispiel kann man Briefmarken sammeln und für einen guten Zweck spenden, im Herbst Kastanien sammeln und von dem Geld ein Bratapfelessen organisieren oder ähnliches. Bei solchen Aktionen ergeben sich immer gute Gelegenheiten, ungezwungen miteinander ins Gespräch zu kommen.

Brücken Bauen – Das Fundament ist gelegt, erste Pfeiler stehen

Jeder der beteiligten Verbände hat – sofern nicht schon vorhanden – spezielle Schwerpunkte geschaffen, um den Transfer der Projektergebnisse in die Arbeit zu sichern. Im Vordergrund stehen dabei Ausbildung und Schulung von Multiplikatoren, mit Ziel adäquate Ansprechpersonen für die junge Zielgruppe zu gewinnen. Die Diskussionen innerhalb der Verbände auf Gremientagungen und Gruppenebene gehen weiter im Hinblick auf Sucht- und Selbstverständnis, Abstinenzgebot und Ausstiegsbegleitung. Verbandsübergreifende Gruppenangebote, die insbesondere in strukturärmeren Gebieten initiiert werden, sind als synergetische Zusammenschlüsse willkommen und erhalten Unterstützung durch die Verbandsspitze. Was anfänglich indifferent wirkte – die Vermeidung einer klaren Benennung der Altersspanne für die Zielgruppe –, zählt sich heute in unterschiedlichsten Angebotsansätzen für Kinder von

Suchtkranken über jugendliche Substanzmissbraucher bis hin zu jungen Erwachsenen und reiferen Abhängigen mit einer frühen Sucht-Sozialisation aus.

Brücken Bauen – „Bridge over troubled water“

Eingangs des Berichtes ging es natürlich um den Titel „Bridge over troubled water“ von Simon & Garfunkel. Die meisten von Ihnen werden ihn kennen. Womöglich gehören auch Sie zu der Altersklasse, die mit diesen Klängen aufgewachsen ist und die den Altersdurchschnitt in den Sucht-Selbsthilfeverbänden bestimmt. Heute hören junge Leute andere Musik. Sie führen ein anderes Leben. Sie suchen neue Lebensformen, auch neue Formen der Begegnung. Wenngleich das Projekt einige Antworten gegeben hat: Nun kommt es auf die Mitglieder der Sucht-Selbsthilfeverbände an, welchen Ton sie anschlagen, welchen Rhythmus sie vorgeben, wie viel Taktgefühl sie mitbringen. Nach dem, was angeklungen ist, kann ich mir gut vorstellen, dass ein noch umfassenderes, harmonisches Werk entstehen kann.

Zu danken haben wir abschließend dem Bundesministerium für Gesundheit wie auch der Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) für ihre finanzielle und fachliche Unterstützung. Danken möchten wir an dieser Stelle aber auch unseren beteiligten Verbands-Mitgliedern, die sich zeitweise oder dauerhaft in dem Projekt engagiert haben. Nur mit ihnen war die umfangreiche Arbeit möglich und konnte so gut verlaufen. Mit ihnen und mit hoffentlich vielen anderen wird die Arbeit nun weitergeführt. Vielen Dank dafür!

Anmerkung

1. Blaues Kreuz in Deutschland e.V. (BKD), Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e.V. (BKE), Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe e.V., Guttempler in Deutschland e.V. (IOGT) und Kreuzbund e.V.

Karin Gövert ist Diplom-Sozialarbeiterin, Sozialtherapeutin, Supervisorin i.A. Sie arbeitet als Suchtreferentin beim Kreuzbund e.V. Teile des Textes sind dem Handbuch „Brücken Bauen – Junge Suchtkranken in der Selbsthilfe“ entnommen, das im Rahmen des geschilderten Projekts entstanden ist. Dieses kann man kostenlos im Internet herunterladen unter http://www.kreuzbund.de/download/kreuzbund_handbuch_bruecken_bauen.pdf

Frank Omland

Roundtables: Möglichkeiten und Grenzen einer Methode und ihrer Anwendung beim Hamburger Suchtselbsthilfetag

Roundtables sind eine Gesprächsmethode, die sich für Veranstaltungen anbietet, bei denen eine Vielzahl von Themen angesprochen und gleichzeitig kurz und intensiv Diskussionen geführt werden sollen. Die Vor- und Nachteile dieser Methode lassen sich anhand der Anwendung beim Hamburger Suchtselbsthilfetag aufzeigen, einer jährlichen Veranstaltung, die im Kern von der Selbsthilfe organisiert wird.

Im Folgenden soll zuerst etwas zum Hintergrund und der Entstehung des Fachtages sowie der beteiligten Gremien gesagt werden, um im Anschluss kurz die Anwendung der Roundtables beim Suchtselbsthilfetag zu beleuchten und in einem Ausblick eine Bewertung zu den Grenzen bei einer fortlaufenden Wiederholung abzugeben.

Der Hamburger Suchtselbsthilfetag

Auf Initiative der Gesundheitsbehörde und einiger Selbsthilfeorganisationen wird seit dem Jahr 2005 der Hamburger Suchtselbsthilfetag als eintägige Veranstaltung für Selbstbetroffene, Angehörige und Professionelle veranstaltet. Seit 2006 liegt die inhaltliche Gestaltung in Obhut des neu gegründeten Ausschusses Selbsthilfe (FASH) in der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS). Im FASH treffen sich regelmäßig Vertreter/innen der größeren Alkoholselbsthilfe-Verbände (AA, Al-Anon, Blaues Kreuz, Bund alkoholfrei lebender Kraftfahrer Hamburg e.V., Evangelische Arbeitsgemeinschaft Sucht, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler), Vertreter/innen weiterer Suchtselbsthilfegruppen sowie Professionelle aus Beratungsstellen und ein Mitarbeiter der Hamburger Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS).

Der FASH hat zwei gewählte Vorsitzende, deren Aufgabe in der Vertretung nach außen und der Moderation der Sitzungen besteht. Die Protokolle des Ausschusses werden von Hauptamtlichen der Landesstelle verfasst und verschickt. Der FASH hat sich primär zur Aufgabe gemacht, den jeweils nächsten Suchtselbsthilfetag zu organisieren und durchzuführen. Sekundär geht es um Information, Austausch und Diskussion der neueren „Trends“ in der Suchthilfe. Dazu werden Referenten/innen eingeladen, die etwa zu Themen wie „Junge Suchtkranke und Selbsthilfe“ kurze Vorträge halten. Derzeit stellen die Nichtberufstätigen bzw. Selbständigen aus der Selbsthilfe die Mehrheit im FASH, während Vertreter von Einrichtungen in der Minderheit sind. Gleichzeitig kann man von einer Dominanz der großen Verbände, insbesondere zum Thema Alkohol, und der verschiedenen 12-Schritte-Gruppen sprechen. Der FASH spiegelt damit einerseits die „Kräfteverhältnisse“ in der Suchtselbsthil-

feszene wieder, andererseits schließt er faktisch die Berufstätigen, junge Selbstbetroffene und größtenteils die freie, nicht verbandsgebundene Szene aus. Deren indirekte Vertretung durch die KISS ist gegenüber der tatsächlichen Teilnahme von diesen nur die zweitbeste Lösung.

Abläufe und Themen des Hamburger Suchtselbsthilfetags

Die Hauptaktivität des FASH ist die Vorbereitung und Ausrichtung des Hamburger Suchtselbsthilfetags, der sich als Fachtag, zu dem man sich voranmelden muss, in 2007 zum dritten Mal jährt. Der erste Suchtselbsthilfetag hatte das Ziel, sowohl Selbstbetroffene, Angehörige und Professionelle zusammenzubringen, miteinander zu vernetzen und die Diskussion miteinander voranzubringen. In 2005 hieß das Thema „Suchtkrankenhilfe zwischen Selbsthilfe und professioneller Hilfe“. Es folgte 2006 einfach der 2. Hamburger Suchtselbsthilfetag und für 2007 steht als Motto „Gesellschaft im Umbruch – neue Herausforderungen für die Selbsthilfe?“ fest.

Zielgruppe waren zum einen Selbstbetroffene und Angehörige aus der Selbsthilfe, zum anderen Professionelle aus Beratungsstellen, Behörden und der Politik. Auswertungen zu den Teilnehmer/innen belegen, dass mit knapp 60 % aus der Selbsthilfe und 40 % aus dem Profi-Bereich beide Gruppen gleichermaßen angesprochen werden konnten. Wie von der Mehrheit erwartet, aber nichtsdestotrotz von einer Minderheit doch gehofft, fanden Ärzte/Ärztinnen *keinen* Weg zum Suchtselbsthilfetag. Diese Zielgruppe ist tatsächlich nur zu erreichen, wenn es eine Anerkennung des Fortbildungscharakters durch die Ärztekammer gibt, wie das Beispiel des Fachtags „Gewichtige Essstörung“ im März 2007 in Hamburg belegt.

Die ersten beiden Suchtselbsthilfetage folgten einem einfachen Schema: Nach der obligatorischen Begrüßung führte ein Referent in das Thema ein, und anschließend wurde etwas Zeit mit einer Diskussion verbracht. Danach kamen die so genannten Roundtables zu ihrem Recht.

„Roundtable“ ist eine Methode, die sich für Gruppengespräche anbietet und folgendermaßen funktioniert: An jedem Tisch sitzen insgesamt drei Referent/innen, die jeweils für ihr Thema einen zehnmütigen Impuls geben dürfen. Im Anschluss sind je zehn Minuten Nachfragen und zehn Minuten Diskussion möglich. Dann folgen die zweite und dritte Referentin, und alles geht noch einmal von Vorne los (zu Details siehe die Zusammenfassung der Methode „Moderation Roundtable“ und die Darstellung der Roundtables des 2. Hamburger Suchtselbsthilfetages in den separaten Informationsblöcken).

Der Verfasser stand anfangs sowohl der vorgegebenen Zeitspanne von zehn Minuten für den Impuls als auch der Tatsache, dass in den Roundtables insgesamt dreimal ein solcher Ablauf durchgeführt wird (also drei Themen in insgesamt 1 1/2 Stunden besprochen werden), eher skeptisch gegenüber. Abgesehen davon, dass die Kürze insbesondere Selbstbetroffene, aber auch einige Professionelle, manchmal überforderte¹, ist die Praxis erst einmal überzeugend: Die Roundtable-Methode fördert es, sich kurz und knapp auf das Wesentliche zu beschränken und den Focus auf das Gespräch miteinander zu le-

Die Roundtables des 2. Hamburger Suchtselbsthilfetages im Mai 2006

Roundtable Runde 1 15:30	Organisation Runde 2 18:30	Themengeber	Thema
1	4	EA	Selbsthilfe im Umgang mit Gefühlen
1	6	Freundeskreise	Männerseminare
1	7	BAK Hamburg e.V.	Durch Selbsthilfe zurück zum Führerschein
2	2	SHG Schwindelfrei	Mehrfachabhängigengruppe für Jüngere
2	4	Freundeskreise	Frauseminare
2	-	Jugend hilft Jugend e.V. (Beratungsstelle)	Kooperation zwischen Beratungsstelle und Selbsthilfe
3	2	AA	Angebot für junge Menschen
3	5	Extra Dry	Suchtmittelübergreifende Gruppen / Depression und Sucht
3	6	Guttempler	Vormittagsgruppen
4	2	NA	12 Schritte: ein Programm zur Genesung von der Krankheit Sucht
4	7	ELAS	Prävention mit Jugendlichen / Konfirmanden
4	8	KISS-Altona	Braucht Selbsthilfe Qualifizierung und Fortbildung?
5	1	Al-Anon	Machtlos gegen den Alkohol – Hilfe für Angehörige und Freunde
5	9	Guttempler	Von der Beratungsstelle in die Selbsthilfegruppe
5	11	ELAS	Treffpunktarbeit mit Ehrenamtlichen
6	5	Suchtthilfezentrum Hamburg Ost – LUKAS (Beratungsstelle)	Selbsthilfe und kontrolliertes Trinken
6	7	NA	12 Schritte: ein spirituelles, kein religiöses Programm
6	10	Blaues Kreuz	Von der Selbsthilfegruppe in die Beratungsstelle
7	3	Nar-Anon	Bin ich als Angehörige/r auch süchtig?
7	9	ELAS	Was benötigen Ehrenamtliche für ihre Selbsthilfearbeit?
7	11	Freundeskreise	Tai-Chi in der Selbsthilfe
8	4	OA	OA ist kein Diätverein – zwanghaftes Essen oder Hungern als Sucht
8	12	ELAS	Angehörigenhilfe der ELAS
8	-	Sucht- und Wendepunkt e.V. (Beratungsstelle)	Selbsthilfe für Eltern von Kindern aus suchtbelasteten Familien
9	1	Nar-Anon	Bin ich Angehörige/r eines/einer Süchtigen?
9	3	Jugend hilft Jugend e.V. (Beratungsstelle)	Sucht und Migration: Handlungsstrategien in Migrantenfamilien bei Suchterkrankung
9	10	ELAS	Selbsthilfe in Bewegung: Tanzen in der Selbsthilfe
10	8	Guttempler	Fortbildung in der Selbsthilfe
10	9	Nar-Anon	Was kann ich als Angehörige/r tun
10	11	Blaues Kreuz	Aktion lohnender Verzicht
11	1	GamAnon	Selbsthilfe für Angehörige von Spielern
11	10	AA	12 Schritte in ein spirituelles Genesungsprogramm von der Krankheit Alkoholismus
11	12	Blaues Kreuz	Gotteshilfe in der Selbsthilfe
-	3	Sucht- und Wendepunkt e.V. (Beratungsstelle)	Selbsthilfe für Großeltern von Kindern aus suchtbelasteten Familien
-	5	Freie Spieler/innen-Gruppe	Methode der freien Spieler/innen-Gruppe
-	6	Jugend hilft Jugend e.V. (Beratungsstelle)	Wege in die suchtmittelübergreifende Arbeit

Die Namen der Themengeber der Roundtables sind bewusst weggelassen, meines Erachtens reichen die Namen der Gruppen und Beratungseinrichtungen (Frank Omland).

gen. Gleichzeitig führt sie in der Praxis auch zu Selbstbeschränkungen auf Seiten der Zuhörenden: Gerade die Neigung auf Seiten der Selbsthilfe, erst einmal ausführlich zu sich selbst Stellung zu nehmen, nimmt angesichts des Zeitkorsetts ab, und es kommt zu einer Kultur des „Sich-wirklich-nur-zu-Wort-Meldens“, wenn Mann oder Frau „etwas Wichtiges zu sagen hat“ (wobei dies den Männern deutlich schwerer als den Frauen fällt und die Moderation der Roundtables dann natürlich eingreifen sollte).

Alle Themen werden zwar nur kurz besprochen, für einige manchmal zu kurz und ohne große Vertiefung, doch überwiegen die Stärken dieses Gesprächs-systems die Schwächen. Durch eine kluge inhaltliche Mischung der Gesprächsrunden mit sehr verschiedenen Themen wird erreicht, dass sich jede und jeder auch auf Beiträge einlassen kann, die er oder sie sich sonst nicht angehört hätte.

So etwa beim 1. Suchtselbsthilfetag, wo an einem Tisch mit den Themen

- „Erstkontakt als Hausbesuch“, Guttempler
- „Spiritualität – Sinn statt Sucht“, evangelische Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtkrankenhilfe
- „Selbsthilfe im illegalen Bereich – Wie kann das funktionieren?“, Beratungsstelle Aktive Suchthilfe

ein Spektrum abgedeckt wurde, das bei einer Aufteilung auf einzelne Workshops eine deutlich andere Zusammensetzung der Teilnehmer/innen zur Folge gehabt hätte.

Die ungewöhnliche Mischung bei den Roundtables fördert zum einen den Dialog zwischen Selbstbetroffenen und Professionellen und zum anderen den Dialog innerhalb der Szene über die eigenen Interessen hinaus.

Weitere Hilfsmittel – wie etwa der „Reißverschluss“, d.h. die Vorgabe, dass jeweils Frauen / Männer im Wechsel Beiträge liefern dürfen und bei späteren Wortmeldungen das jeweilige Geschlecht zuerst drankommt oder die weniger strenge Regelauslegung zwischen Nachfrageteil und Diskussionsteil – führten in der Praxis zu Denkanstößen und lebhaften Gesprächen.

Der informelle Austausch wurde in 2005 und 2006 durch eine großzügige Pause zwischen der ersten und zweiten Roundtable-Runde ermöglicht. So blieb Zeit für „Klönschnack“, der Selbstdarstellung auf einem „Markt der Möglichkeiten“ sowie für den Anschluss von Berufstätigen an einem erneuten Roundtable-Gespräch, der sich thematisch fast durchgängig als Wiederholung der ersten Runde darstellte. Neben der neuen Zielgruppe sollte es so auch anderen Teilnehmer/innen möglich werden, sich weiteren drei Themen zu widmen. In der Praxis zeigte sich allerdings schon beim Suchtselbsthilfetag 2006 eine abbröckelnde Teilnahmebereitschaft an der „Wiederholungsrunde“. Ob dies nun am frühzeitigen Weggehen von Professionellen lag oder einfach zu wenige neue Teilnehmer/innen hinzukamen, ist offen geblieben.

Die Roundtable-Methode hat also einerseits den Vorteil, dass eine Vielzahl von Themen bearbeitet bzw. angesprochen werden können (siehe das Beispiel in dem separaten Informationsblock), zugleich in der Praxis aber den Nachteil, dass es zu einer thematischen Beliebigkeit bzw. „Unschärfe“ in der Auswahl der Themen kommen kann. Abgesehen davon, dass Tische, die eher

Zusammenfassung der Methode „Moderation Roundtable“ für den Hamburger Suchtselbsthilfetag

Im Vordergrund der Roundtables stehen nicht die Themengeber, sondern die aktive Teilnahme aller Teilnehmer/innen am Gruppengespräch! Es geht also nicht um lange Impulsreferate, sondern um das intensive Gespräch mit allen Teilnehmer/innen.

Dafür ist es wichtig, dass Sie als Moderator/in die Regeln zu Beginn der Roundtable-Runde vorstellen und unbedingt auf die Einhaltung der Regeln des Roundtables achten.

Pro Roundtable sind in der Regel 3 Themengeber/innen vorgesehen.

Roundtable-Regeln

1. Die vorgesehenen Zeiten (siehe Ablauf unten) sind unbedingt einzuhalten!

Pro Thema stehen 30 Minuten zur Verfügung, davon 10 Minuten Impulsreferat und 20 Minuten Nachfragen und Diskussion. Damit jedes Thema gleich viel Zeit bekommt, werden die Impulsreferate nach 10 Minuten und die Diskussion nach weiteren 20 Minuten von der Moderatorin / vom Moderator beendet. Jede Abweichung vom Zeitplan führt zu einer Ungerechtigkeit für die nachfolgenden Themengeber/innen und die Teilnehmer/innen, die sich wegen des 2. oder 3. Themas zum Roundtable angemeldet haben.

2. Die / der Moderator/in führt eine Rednerliste nach Eingang der Wortmeldungen. Die Rednerliste wird eingehalten, Dialoge sind zu vermeiden. Lange Monologe werden von der Moderatorin / vom Moderator unterbrochen, damit alle Teilnehmer/innen zu Wort kommen können.

3. Die Teilnehmer/innen stellen sich vor ihrem ersten Wortbeitrag mit Namen und ihrer Organisation / Einrichtung kurz vor! Eine Vorstellungsrunde zu Beginn des Roundtables ist nicht vorgesehen!

4. Die / der Moderator/in ist unparteilich und nimmt nicht an der inhaltlichen Diskussion teil!

5. Zum Abschluss von Runde 1 und Runde 2 bitten wir alle Teilnehmer/innen eines Roundtables auf einer Karteikarte die Frage sichtwortartig zu beantworten: „Was nehme ich mit aus der Diskussion?“ Auf jedem Tisch steht ein Kästchen für die Abgabe der Karteikarten bereit.

Ablauf Roundtable Runde 1 (16:00-17:30 Uhr)

16:00-16:10	Themengeber/in 1 (Impulsreferat)
16:10-16:30	Nachfragen und Diskussion zu Themengeber/in 1
16:30-16:40	Themengeber/in 2 (Impulsreferat)
16:40-17:00	Nachfragen und Diskussion zu Themengeber/in 2
17:00-17:10	Themengeber/in 3 (Impulsreferat)
17:10-17:30	Nachfragen und Diskussion zu Themengeber/in 3

Ablauf Roundtable Runde 2 (18:30-20:00 Uhr)

18:30-18:40	Themengeber/in 1 (Impulsreferat)
18:40-19:00	Nachfragen und Diskussion zu Themengeber/in 1
19:00-19:10	Themengeber/in 2 (Impulsreferat)
19:10-19:30	Nachfragen und Diskussion zu Themengeber/in 2
19:30-19:40	Themengeber/in 3 (Impulsreferat)
19:40-20:00	Nachfragen und Diskussion zu Themengeber/in 3

Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V., Christian Bölcrow, 26.4.2006

monothematisch waren, wenig Zuspruch bekamen (wenn etwa nur Angehörigen-Themen behandelt wurden oder nur bestimmte Gruppenprofile vertreten waren), ist es mit Roundtables schwierig, ein klares inhaltliches Konzept zu transportieren. Der Anspruch, sich auf ein gemeinsames Motto einzulassen

und dies auch in allen Roundtables widergespiegelt zu sehen, kann praktisch nur schwer eingelöst werden. Die Methode stößt dann an Grenzen, wenn seitens der Beteiligten zwar ein gemeinsames Motto postuliert wird, dies aber in den Roundtables aufgrund der unterschiedlichen Herangehensweisen in der Selbsthilfe tatsächlich nur eingeschränkt zum Tragen kommt.

„Was nehme ich aus der Diskussion mit?“ – Rückmeldungen

Aufgrund der Erfahrungen aus dem Jahr 2005 – hier gab es die Möglichkeit zur „Bepunktung“ auf öffentlichen Stellwänden – folgte im Jahr 2006 die Rückmeldung durch Mitteilungen auf insgesamt 122 Karteikarten. Inhaltlich ging es zusammenfassend um die Bereiche „Vernetzungsaspekte – Erkenntnisse – positive Rückmeldungen“, „Methoden der Selbsthilfe“, „spezifische Themen“, „Fortbildung“ und „Verbesserungsvorschläge“.

Aus meiner Sicht hervorzuheben ist die eindeutig positive Rückmeldung darüber, dass es vielen Teilnehmer/innen wichtig war, mehr über die vielfältigen Angebote der unterschiedlichen Selbsthilfegruppen zu erfahren und über die Gespräche miteinander auch die Akzeptanz gegenüber anderen Gruppen zu erhöhen. Dieser Vernetzungs- und Akzeptanzcharakter wurde auch immer wieder als positives Phänomen innerhalb der Vorbereitungsgruppe des FASH genannt, was belegt, dass sonst in der Regel kein Austausch untereinander außerhalb des eigenen Systems gesucht wird.

Interessanterweise wurden sowohl der Wunsch nach mehr teilnehmenden Organisationen und mehr Diskutant/innen – also nach Inputs Dritter – geäußert als auch Überlegungen dazu angestellt, ob weniger „Roundtables“ sinnvoller wären. Und natürlich wurde es bedauert, dass es keine Dokumentation der Beiträge gab.

Der Hamburger Suchtselbsthilfetag: Wünsche und Wirklichkeiten

Grundsätzlich hat sich die Einführung der Methode der Roundtable-Gespräche beim ersten Mal im Jahr 2005 als interessant und sehr hilfreich herausgestellt. Durch die Kürze der Vorträge und den Zwang, sich als Interessierte/r mit unterschiedlichen Themen auseinanderzusetzen, belebte sich die Diskussion und wurden Erfahrungen möglich, die sonst „freiwillig“ – etwa bei monothematischen Workshops – nicht gemacht worden wären.

Gleichzeitig birgt die Methode aber ein Problem in sich, wenn sie jedes Jahr wiederholt wird: Die Tische müssen mit je drei interessanten Themen „bestückt“ werden. Und hier kommen die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten zum Vorschein: Die Behörde bzw. die Politik gibt bestimmte Inhalte vor, die sie gerne berücksichtigt haben möchte (etwa Migration und Sucht, Familie und Sucht, illegale Drogen), und die Suchtselbsthilfeverbände möchten sich selbst – sowohl gegenüber der Behörde, als auch gegenüber den Professionellen – als innovativ und gute Arbeit leistend darstellen. Hinzu kommt die faktisch nicht ausgesprochene, aber vorhandene Konkurrenz zwischen ein-

zelen Gruppen bzw. inhaltlichen Ansätzen, etwa zwischen den 12-Schritte-Gruppen und denjenigen, die nicht danach arbeiten. Und schließlich haben die Professionellen ebenfalls den Anspruch, sich als diejenigen zu zeigen, die interessante neue Angebote machen.

Es gibt also auf jeder Seite den Wunsch zur Selbstdarstellung des eigenen Vorgehens, sei es in der Gruppe, sei es aus einer Beratungsstelle heraus. Dieser Wunsch kollidiert aber immer mit dem sowohl selbstgesetzten als auch von außen kommenden Anspruch an den Suchtselbsthilfetag, Neues, Innovatives, Interessantes zu präsentieren. Ob sich Selbsthilfe einem solchen Anspruch überhaupt und wenn ja, wie, zu stellen hat, ist durchaus umstritten bzw. angesichts der 12-Schritte-Gruppen und ihres festen Gesprächsregelsystems eindeutig zu beantworten.

Die Rolle einer Selbsthilfekontaktstelle kann es sein, übergreifende Themenstellungen einzubringen, Anstöße zur kritischen Reflexion zu geben, mindestens diejenigen ins Boot zu holen, die institutionell nicht eingebunden sind, und Themen zu benennen, die aufgrund der Zusammensetzung des Gremiums aus dem Blick geraten. Hilfreich kann es auch sein, andere Methoden der Vermittlung einzubringen bzw. Anstöße zur Diskussion um die gewünschte Zielgruppe zu geben.

Ausblick: Der Hamburger Suchtselbsthilfetag 2007

Die praktischen Erfahrungen aus den beiden Vorjahren und eine schleichende Unzufriedenheit bei einem Teil des Vorbereitungskreises haben dazu geführt, sich im Jahr 2007 etwas anders auszurichten. Diesmal wird es nach der obligatorischen Begrüßung einen *Trialog* (in Anlehnung an das System, wie es aus der psychiatrischen Bewegung bekannt ist) geben. Unter dem Motto „Selbsthilfe für junge Abhängige und Abhängige illegaler Drogen“ werden sowohl eine Angehörige, ein Selbstbetroffener aus einer 12-Schritte-Gruppe der Narcotics Anonymous sowie ein Professioneller miteinander ins Gespräch kommen und für Fragen und Diskussionsbeiträge aus dem Publikum bereit sein. Im Anschluss an eine Pause soll es diesmal lediglich zu *einer* Roundtable-Runde kommen und der Suchtselbsthilfetag diesmal deutlich früher enden als in den Vorjahren.

Für 2008 wird sich aus meiner Sicht – methodisch, wie inhaltlich – die Frage nach einer Denkpause stellen. Der 3. Hamburger Suchtselbsthilfetag wird zeigen, ob die jährliche Wiederholung von Roundtables zielführend ist und tatsächlich so beibehalten werden sollte.

Unabhängig davon, hat sich auch bei anderen Veranstaltungen in der KISS-Altona gezeigt, wie hilfreich es ist, Referent/innen jeweils maximal 15 Minuten für ein Impulsreferat zu geben und danach Nachfragen und Diskussionen zu eröffnen.

Die Roundtable-Methode an sich stellt auf jeden Fall eine gute Möglichkeit dar, miteinander ins Gespräch zu kommen, und bereichert das Repertoire von Selbsthilfekontaktstellen bei größeren Veranstaltungen ungemein.

Anmerkung

1 Hier muss es im Vorwege die klassischen Hilfestellungen geben: „Lese es Dir zu Hause mit Uhr laut vor“; „Nicht mehr als drei bis vier Seiten mit dem PC geschrieben“; „Du kannst die Vertiefungen als Antwort auf Fragen einbringen“.

Literatur

Zum Suchtselbsthilfetag sind natürlich viele informelle Beiträge aus Protokollen vorhanden, unter anderem die Rückmeldungsauswertung 2006 und 2005 sowie ein kleiner Beitrag für die Homepage der KISS in Hamburg (<http://www.kiss-hh.de/>), doch leider nichts, was einfach so an Dritte weitergegeben werden kann.

Frank Omland ist Dipl. Sozialpädagoge und arbeitet in der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS-Altona) in Hamburg. Seine Themenschwerpunkte sind Sucht, Männergesundheit, Online-Sucht.

Rolf Hüllinghorst

Von der Entzugsklinik in die Selbsthilfegruppe

Zur therapeutischen Kette in der Suchthilfe

Institution oder Intervention?

Wenngleich in gesundheitspolitischen Diskussionen häufig von einer „Therapeutischen Kette“ gesprochen wird, so trifft dieser Begriff selten ins Schwarze. Theoretisch ist es wünschenswert, wenn sich eine Intervention an die nächste nahtlos anschließt – praktisch aber ist es so, dass die aktuelle Situation der Klientin / des Klienten berücksichtigt werden muss und dass aufgrund der Diagnostik häufig eine Mehrfach-, manchmal eine Einfach-, seltener eine Ring-Behandlung indiziert ist.

Gerade in der Suchtkrankenhilfe galt lange Zeit die lineare Betrachtungsweise – erst in die Beratungsstelle, dann in die Fachklinik, und dann zur Nachsorge in die Selbsthilfegruppe – als der Ansatz der Wahl. Obwohl sich diese Betrachtungsweise schon lange überlebt hat, steckt sie noch immer in den Köpfen. Aber warum hat sie sich überlebt?

Erstens: Die Behandlung Abhängigkeitskranker erfolgt auf der Basis verlässlicher Diagnostik durch unterschiedliche Interventionen in verschiedenen Settings. Nicht die vorhandene Institution ist für die Hilfe ausschlaggebend, sondern es geht um die jeweils erforderliche und notwendige Intervention.

Zweitens: Selbsthilfegruppen sind nicht Teil des Versorgungssystems, über die beliebig verfügt werden kann. Selbsthilfe ist eigenständig. Sie entscheidet selbst darüber, wie, wann und in welchem Zusammenhang sie ihre Hilfe anbietet.

Selbsthilfe ist eigenständig

Immer wieder sehen sich Selbsthilfegruppen mit Anforderungen von außen konfrontiert. Selbstverständlich sollen sie Menschen in der Nachsorge nach einer ambulanten oder stationären Rehabilitation betreuen. Sie sollten sich eigentlich mehr um junge Menschen kümmern. Oder sie sollten nicht nur für Menschen mit Alkoholproblemen da sein, sondern sich auch um Abhängige von illegalen Drogen kümmern. Diese Beispiele von Anforderungen könnten noch lange fortgeführt werden. Interessanterweise nehmen Selbsthilfeverbände diese Aufforderungen an und geben sie – quasi als Auftrag – an ihre Gruppen weiter. Das ist falsch und entspringt dem alten Verständnis, dass die Selbsthilfegruppen im Suchtbereich Teil des Hilfesystems seien. Aber können Selbsthilfegruppen Teil eines – weitgehend professionell tätigen – Hilfesystems sein? Natürlich nicht, sondern Selbsthilfegruppen haben eher den Charakter von Patientenvertreter/innen, die die Arbeit der professionellen Systeme von außen beobachten und ab und zu auch kontrollieren, zumindest aber im Sinne der Patient/innen oder Klient/innen beeinflussen sollten.

Selbsthilfe ist eigenständig, Selbsthilfegruppen sind eigenständig. Selbsthilfegruppen können immer in Anspruch genommen werden bzw. besucht werden – auch schon während eines Klinikaufenthaltes. Ganz bestimmt sollten sie aber nach einem Klinikaufenthalt besucht werden. Selbsthilfegruppen sind nicht therapeutisch – aber sie wirken. Selbsthilfegruppen unterstützen ambulante und stationäre Behandlung. Selbsthilfegruppen entscheiden selbst, welche Schwerpunkte sie setzen. Und: Selbsthilfegruppen fordern „bedingungslose“ Unterstützung durch professionelle Helferinnen und Helfer.

Prozesse in der Selbsthilfegruppe

Aufgabe und Ziel einer Sucht-Selbsthilfegruppe ist es, durch Gruppengespräche, Vorbild und menschliche Zuwendung Selbsthilfepotenziale zu wecken und Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen. Neue Mitglieder sorgen dafür, dass die Gruppe „beweglich“ bleibt, dass die Aufgabenstellung immer wieder thematisiert wird. Langjährig abstinent lebende Mitglieder sind die Identifikationsfiguren. Sie zeigen, dass es möglich ist, dauerhaft ohne Suchtmittel zu leben. Die Gruppenbesucher dazwischen entwickeln sich, und können sowohl positive als auch negative Beispiele abgeben, die dann wieder durch jedes einzelne Gruppenmitglied aufgenommen und bewertet werden und damit wiederum ihr weiteres Verhalten (im Umgang mit dem Suchtmittel, in der Rolle in der Gruppe) beeinflussen.

Nach einer gewissen Zeit (für die Dauer des Besuches gibt es keine Regel) wird entweder die Gruppe verlassen, oder aber es gibt den Wunsch, mehr zu tun: anderen Menschen in der gleichen Situation wie beim eigenen Eintritt in die Gruppe, vielleicht direkter und früher, zu helfen.

Selbsthilfe – freiwillige Hilfe – Ehrenamt

Der Begriff der Selbsthilfe wird heute sehr unreflektiert und breit eingesetzt. Vieles wird unter „Selbsthilfe“ eingeordnet, was vor wenigen Jahren noch Interessenverband, zum größten Teil ohne Gruppenarbeit, war. Ist alles Selbsthilfe, wo Selbsthilfe draufsteht? Man sollte viel stärker auf die Begriffe achten, um eine Verständigung über die tatsächlichen Aktivitäten und um eine Bewertung der Arbeit zu finden.

Die Basis der *Selbsthilfe* ist der *Besuch einer Selbsthilfegruppe*, in der sich Menschen mit demselben Problem treffen, um sich gegenseitig zu helfen und zu fördern. Hier liegt der Anfang der Hilfe, in der Gruppe geht es um „Hilfe zur Selbsthilfe“. Die Gruppe ist der Ausgangspunkt für weiteres Engagement, hier behält man die „Bodenhaftung“, hier findet man seinen Freundeskreis, denn weitergehendes Engagement kostet Kraft und macht nicht immer Spaß. Da ist es gut, eine „Heimat“ zu haben.

Freiwillige Mitarbeit bedeutet in erster Linie: Ich möchte etwas von dem, was ich empfangen habe, weitergeben. Dazu gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Prinzipien der freiwilligen Arbeit sind: Jede Arbeit ist wichtig. Und: Ich bestimme über meinen Dienst, über Inhalte, Umfang und Dauer.

Ehrenamtliche Mitarbeit bedeutet: Ich übernehme Verantwortung. Das bedeutet in der Regel Mitarbeit in einem Verband, in dem ich dann in eine Position gewählt werden (in ein „Ehrenamt“). Das Prinzip: Ich bestimme über meinen Einsatz, auch über den Umfang meines Einsatzes. Ich verpflichte mich für eine bestimmte Aufgabe und lege mich auf eine Dauer (Wahlperiode) fest.

Dabei hat freiwillige, ehrenamtliche Arbeit einen eigenen Stellenwert. Helfen kann zur heilenden Kraft werden. Ich helfe anderen Menschen und erhalte durch die Erfahrungen, durch Zuwendung, durch Dankbarkeit etwas zurück bzw. in mir wird eine positive Kraft aktiviert. Allan Luks liefert in seinem Buch „Der Mehrwert des Guten“ den wissenschaftlichen Beweis für das, was viele Menschen in Gruppen erlebt haben: Helfen ist ein Weg zu einem erfüllteren und gesünderen Leben.

Wenn ich diesen Weg in der Selbsthilfegruppe begonnen habe, so kann ich sicher sein, dass meine Arbeit dicht an den Menschen bleibt, dass ich ihre Probleme kenne oder aber besser nachfühlen kann, und gemeinsam mit ihnen zu guten Lösungen kommen kann. Das bedeutet aber auch, dass ich die Verbindung zur eigenen Gruppe nicht abreißen lassen sollte.

Krankenhausarbeit als Teil freiwilligen Engagements

In der Sucht-Selbsthilfe gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, anderen Menschen zu helfen. Da ist auf der einen Seite der Verband, in dem Funktionen übernommen werden können; da sind die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, die immer wieder Unterstützung gebrauchen können (und viel zu wenig davon nutzen) und da gibt es viele eigene Initiativen – von der Mitarbeit in der betrieblichen Suchtkrankenhilfe bis zur Prävention in Schulen.

Eine Möglichkeit des freiwilligen Einsatzes, der freiwilligen Hilfe ist die aufsuchende Arbeit im Krankenhaus und / oder in der Fachklinik für Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik. Mitglieder von Selbsthilfegruppen gehen regelmäßig auf die Suchtstationen in den psychiatrischen Krankenhäusern oder auf spezielle Entgiftungsstationen in Allgemeinkrankenhäusern. Der Aufenthalt im Krankenhaus (Entzugsbehandlung) ist eher kurz, deshalb sind die Besuche häufig und regelmäßig erforderlich. Der Vorteil ist, dass ich im Krankenhaus Menschen treffe, die am Ort wohnen, denen ich von „meiner“ Gruppe erzählen kann, und die ich direkt „mitnehmen“ kann.

Der Aufenthalt in der Fachklinik (medizinische Rehabilitation) ist eher mittel- bis langfristig, und in der Regel sind die Patienten nicht aus der eigenen Stadt, dem eigenen Ort. Die Arbeit in der Fachklinik wird eher für den Verband getan, um dafür zu werben, dass nach der Fachklinik überhaupt eine Gruppe besucht wird, und wenn möglich eine des eigenen Verbandes. Nur als Zwischenbemerkung: Immer mehr Entwöhnungsbehandlungen finden in der Region statt, und alles spricht dafür, diese gemeindenahe Behandlung zu forcieren. Gerade auch wegen der frühzeitigen Kontaktmöglichkeiten zu den Selbsthilfegruppen.

Krankenhausarbeit konkret

Konkret geht es darum, dass in den Kliniken dafür geworben wird – manchmal auch mit sanftem Druck –, dass die Gruppen der Selbsthilfegruppenvertreter/innen besucht werden. Das bedeutet, dass hier nicht nur Menschen sitzen, die sich bereits für einen Gruppenbesuch entschieden haben, sondern dass hier auch Menschen sitzen, die weder ihre Abhängigkeit akzeptiert haben noch der Meinung sind, dass sie nach dem Klinikaufenthalt etwas für sich tun müssten, etwas in ihrem Leben ändern müssten.

Vertreter/innen aus Selbsthilfegruppen können nicht das an Motivation schaffen, was Aufgabe der Therapeutinnen und Therapeuten ist. Nein, sie können nur dasselbe wie in der eigenen Gruppe tun: Von sich selbst erzählen, die eigene Geschichte und darauf hoffen, dass das Vorbild wirkt. Dabei ist die Versuchung im Klinik-Setting groß, nicht bei sich zu bleiben (weil man ja nicht in der eigenen Gruppe ist) und mit den Patient/innen nicht über sich, sondern über etwas Anderes zu sprechen. Über andere Verbände, über die Schuld am Rückfall, die immer auf andere Menschen geschoben wird, über all das, was in der Therapie anders laufen könnte – und was den Patient/innen nicht gefällt.

Was soll mit dem Besuch in der Klinik erreicht werden? Auch wenn es oft vehement abgestritten wird, geht es in erster Linie darum, neue Besucher/innen für die eigene Gruppe zu gewinnen. Das ist berechtigt, deshalb geht es darum zu erzählen, was mir die Gruppe bedeutet und wie sie mir geholfen hat. Wenn ich hier ehrlich bin – auch schon einmal, wie es die Anonymen Alkoholiker beschreiben, meine *innere Inventur* gemacht habe – springt der Funke über. „Komm in meine Gruppe“ – das ist der Wunsch, das sind die Gedanken, und das spüren die Patient/innen. Sie interessiert nicht der Verband, sondern sie sind neugierig auf genau diese Gruppe, die dem Menschen geholfen hat, der da extra – für mich, zu mir – in die Klinik gekommen ist.

Wenn ich diese Bindung herstellen möchte, wenn ich jemanden in meine Gruppe holen möchte, dann muss ich Anknüpfungspunkte schaffen. Das bedeutet nicht ununterbrochen zu erzählen, sondern es bedeutet, ununterbrochen zu fragen, genau zu hören, und als Antwort nicht Lösungen anzubieten, sondern mit Beispielen zu arbeiten. Den Gruppenbesucher/innen das Gefühl zu lassen, dass bei ihnen alles anders und einzigartig ist, und ihnen dennoch einen Spiegel vorzuhalten. Also bereits jetzt das zu tun, was auch in der Gruppe geschieht und wirkt. Anknüpfungspunkte finden und Verbindungen herstellen, die den Wunsch wecken, in die Gruppe zu kommen. Da kann es auch hilfreich sein, wenn angeboten wird, die neuen Freundin / den neuen Freund abzuholen, eine Fahrgemeinschaft anzubieten, ihn am Tag vorher noch einmal anzurufen: Verbindungen knüpfen.

Das Angebot auf einen Gruppenbesuch muss immer freibleibend sein, denn Hilfe (und Selbsthilfe) ist kein Tauschgeschäft. Mit dem Besuch in der Klinik wird ein Angebot gemacht, ein sehr gutes Angebot, doch die Entscheidung darüber liegt beim Gegenüber. Noch einmal: Hier wirkt die Person, hier wirken weder Name noch Verband.

Was kann unterstützend getan werden?

In der Klinikarbeit können sich freiwillige Mitarbeiter/innen schon manchmal wie Vertreter/innen oder Verkäufer/innen vorkommen. Sie haben ein tolles Produkt anzubieten und müssen trotzdem dafür werben: für ihre Gruppe, für den Besuch der Gruppe. Deshalb bringen sie Unterlagen mit: Die Verbandszeitung, Handzettel, die über den Verband informieren, manchmal werden auch Bücher ausgeliehen. Ich bin davon überzeugt: Wie und ob es gelesen wird, hängt ab von der Begegnung, die stattgefunden hat.

Zum Schluss des Besuches wird das Wichtigste oft vergessen. Es sind freundlich gestaltete Visitenkarten, die auf der einen Seite den bisher guten Eindruck unterstützen sollen, auf der anderen Seite aber eine gute und nachvollziehbare Wegbeschreibung zur Gruppe haben müssen. Denn darum geht es doch: Komm zu mir in die Gruppe und ich zeige Dir den Weg (Erst in die Gruppe, und dann geht es weiter ...).

Erwartungen an die professionellen Mitarbeiter/-innen in den Kliniken

Die verbesserten Erfolgsquoten durch Gruppenbesuche sind keine Geheimwissenschaft, sie sind belegt. Dennoch fragt man sich häufig, warum die Mitarbeiter/innen in den Kliniken sich dann nicht stärker für Gruppenbesuche einsetzen. Hier wird die Selbsthilfe häufig als Konkurrenz erlebt, und es gilt, die Vorteile der Selbsthilfe deutlich zu machen, „selbsthilfefreundliche Kliniken“ zu schaffen. Es sind einfache Botschaften:

- Eine Selbsthilfegruppe schadet nie.
- Gruppenbesuche haben keine schädlichen Nebenwirkungen.
- Gruppen haben immer bessere Lösungen.
- Ich muss nicht wissen, was in der Gruppe passiert.
- Ich kann Vertrauen in die Gruppe haben.

Gerade das Vertrauen darauf, dass in den Gruppen etwas passiert, was ich als Therapeut/in nicht kontrollieren kann, was aber gut für meinen Patienten und meine Patientin ist, gilt es immer wieder neu zu schaffen. Denn es gibt auch Enttäuschungen – aber es gibt keine Alternative. Abhängigkeitskranke sind gerade in der Zeit der Genesung sehr empfindlich. Sie spüren den Unterschied, ob ein Mitarbeiter sagt: „Geh’ doch in die Gruppe, die gleich angeboten wird“, und möglicherweise selbst nicht so ganz davon überzeugt ist, oder ob er voller Vertrauen darauf hinweist, dass es wichtig und richtig ist. Gerade in der Entzugsbehandlung, der Klinik vor Ort, ist der Besuch einer Selbsthilfegruppe die beste Möglichkeit, um Wiederaufnahmen zu verhindern.

Wenn die Patientin / der Patient in die Gruppe kommt

Der Besuch in der Fachklinik war erfolgreich: Der Patient kommt in die Gruppe. Er sucht – und findet hoffentlich – den Freund, den er in der Klinik ge-

troffen hat. Da kann es auch hilfreich sein, sich zusammen in den Kreis zu setzen. Das war es aber auch. Denn jetzt gelten die Regeln der Gruppe, es bedarf keiner speziellen Regelungen für Menschen, die aus der Klinik kommen.

Was in den Gruppen geschieht, was die Regeln sind, worauf zu achten ist: Das wäre ein neuer und eigenständiger Artikel. Auch darüber zu reden ist wichtig, denn neue Besucher/innen bleiben auf Dauer nur dann in der Gruppe, wenn sie diese als hilfreich erleben und zwischenmenschliche Kontakte geknüpft werden konnten.

Das Ziel des freiwilligen Engagements im Krankenhaus / in der Fachklinik: Was ist wessen Aufgabe?

Die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe im Anschluss sowohl an eine Entzugs- als auch an eine Entwöhnungsbehandlung verbessert dauerhaft die Ergebnisse der therapeutischen Interventionen.

Aus diesem Grunde müssen professionelle Mitarbeiter/innen alles daran setzen,

- die Patienten vom Besuch einer Selbsthilfegruppe zu überzeugen,
- die Mitarbeiter/innen der Selbsthilfegruppen, die in die Klinik kommen, zu unterstützen und auf die stattfindenden Gruppen hinweisen
- und sich darüber klar sein, dass diese Arbeit freiwillig getan wird.

Die freiwilligen Mitarbeiter/innen müssen wissen,

- dass sie ihre Gruppe in einer Einrichtung durchführen, deren Regeln zu beachten sind,
- dass es ihre persönliche Ansprache ist, die wirkt
- und dass sie nichts versprechen sollten, was sie nicht halten können.

Der Kreis schließt sich

Ein freiwilliger Helfer geht in die Klinik, er motiviert einen Patienten, in die Gruppe zu kommen. Dieser tut das, und besucht die Gruppe regelmäßig. Er spürt, wie es ihm besser geht, wie ihm die Enthaltsamkeit vom Suchtmittel immer weniger Probleme macht, und ... dass er in der Gruppe alle Geschichten schon einmal gehört hat.

Deshalb entscheidet er sich, mehr zu tun, freiwillig etwas über den Gruppenbesuch hinaus zu tun. Er besucht, zunächst gemeinsam mit einem Freund, regelmäßig die Klinik und freut sich, dass er jetzt in einer ganz neuen Rolle dort ist. Wenn er seine Sache gut macht, kommen neue Patient/innen mit in die Gruppe – hier schließt sich der Kreis.

Literatur

Luks, Allan / Paine, Peggy: Der Mehrwert des Guten. Wenn Helfen zur heilenden Kraft wird. Freiburg 2000

Rolf Hüllinghorst ist Sozialpädagoge (grad.) und seit 1990 Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), dem Zusammenschluss der bundesweit tätigen Verbände im Suchtbereich. Seine Schwerpunkte seit vielen Jahren sind die Suchtmittelpolitik und die Sucht-Selbsthilfe. Sein Beitrag basiert auf einem Vortrag, den er am 23.5.2006 auf der Jahrestagung 2006 der DAG SHG „Selbsthilfekontaktstellen als Partner der gesundheitlichen Versorgung – Kooperation und Teilhabe“ in Mannheim gehalten hat.

Thomas Finkbeiner

Zur Bedeutung von Selbsthilfe für Zielplanung im Krankenhaus – Persönliche Erfahrungen eines Psychiaters

1984 begann ich meine Tätigkeit als junger Assistenzarzt in der Essener Psychiatrischen Universitätsklinik. Frisch von der Uni kommend war ich froh, die diagnostischen und therapeutischen Abläufe einigermaßen zu beherrschen. Ich war froh zu merken, dass mein theoretisches Wissen unter Mithilfe engagierter Oberärzte den Alltagstest bestand.

Als junger Assistenzarzt lernte ich zunehmend, mich in der Arzt-Patienten-Begegnung sicherer zu fühlen und freute mich, wenn sich eine gute Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient herstellen ließ und wenn sich Therapiefortschritte einstellten.

Trotz des Hineinwachsens in die ärztliche Rolle, trotz der zunehmenden Sicherheit in der Ausübung des Berufs des psychiatrischen Assistenzarztes, erlebte ich aber über lange Zeit Angehörigengespräche, die Begegnung mit Selbsthilfegruppen und mit Angehörigengruppen als schwierig.

Durch unser Studium hatten wir den Umgang mit der ärztlichen Rolle gelernt. Wir hatten auch von Ärzten als Vorbildern gelernt, welche wir im Studium oder während der Praktika oder des praktischen Jahres in Krankenhäusern erlebt hatten. Der Umgang mit Angehörigen, aber auch mit Selbsthilfegruppen und mit Angehörigengruppen, war nicht Bestandteil meines Studiums und nicht Bestandteil meiner praktischen Erfahrung in Krankenhäusern während des Studiums gewesen.

Erst allmählich begriff ich, welchen wichtigen Bestandteil die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Angehörigengruppen an meinem ärztlichen Alltag haben sollte und zunehmend hatte.

Kristallisationspunkt für diese Erkenntnis war später die enge Zusammenarbeit mit Frau Twardon, heute im Vorstand des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen der Angehörigen psychisch Kranker e.V., welche damals an der Essener Universitätsklinik eine Angehörigengruppe gründete. Ich habe Frau Twardon bei dem Aufbau dieser Angehörigengruppe organisatorisch unterstützt und stand als Arzt für die Teilnahme an dieser Gruppe zur Verfügung, wenn die Gruppe dies wünschte. Für die praktische Ausübung meines Berufs des Psychiaters, für die Bereiche der Rolle des Psychiaters, welche über das rein Fachliche hinaus gehen, habe ich kaum in einem anderen Bereich soviel gelernt und begriffen wie in dieser Zusammenarbeit mit der Angehörigengruppe. Meine eigene Erfahrung, meine eigene persönliche berufliche Entwicklung hat ihre Bestätigung durch die Sichtweise vieler anderer Psychiater gefunden: Die Teilnahme an einer Angehörigengruppe ist heute verbindlicher Bestandteil der Weiterbildungsordnung zum Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie.

Nirgends sonst wird unsere ärztliche Rolle so auf den Prüfstand gestellt wie in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Angehörigengruppen. Durch die Begegnung auf Augenhöhe, durch die statusgleiche Gesprächsatmosphäre, müssen wir bestimmte, teilweise eingespielte Verhaltensweisen, welche wir uns als Attribute der ärztlichen Rolle zugelegt haben, hinterfragen oder ablegen. Wir werden hingeführt zu einem ehrlichen, offenen, empathischen und wertschätzenden Umgang miteinander.

Mit dieser Vorerfahrung trat ich 1999 meine Tätigkeit als Chefarzt der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie am Evangelischen Krankenhaus Lütgendortmund an.

Ich fand hier eine Abteilung vor, in welcher die Mitarbeiter patientenzentriert, sehr engagiert und professionell die Wertschätzung der Patienten in den Mittelpunkt stellten. Das ist einer der Gründe dafür, dass wir in Lütgendortmund trotz Vollversorgungsauftrag keine geschlossene Station benötigen („Open-door-Prinzip“).

Von Anfang an bemühte ich mich auch um eine enge Zusammenarbeit mit Beratungsstellen, sozialpsychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen der Region. Ein wichtiger Baustein wurde hierbei die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen aus Dortmund (www.depression-do.de), über welche ich berichten will.

Am 12. April 2003 schrieb mir Herr Sonnabend im Auftrag dieser Selbsthilfegruppe ein Telefax, aus dem ich ausschnittsweise zitiere: „Wir möchten gemeinsam mit Ihnen feststellen, ob eine Zusammenarbeit mit dem Evangelischen Krankenhaus Lütgendortmund möglich ist. Wir besuchten Sie, Ihr Oberarzt Dr. Schmidt hielt einen Vortrag vor den Mitgliedern der Selbsthilfegruppe. Zu einer wirklichen Zusammenarbeit (Austausch von Erfahrungen, Vorschläge zur Behandlung, Umsetzung dieser Vorschläge, usw.) ist es nicht gekommen...“.

Auf Grund meiner Essener Vorerfahrungen nahm ich diese kritische Anmerkung auf und beschloss daraufhin, diese enge Zusammenarbeit zu ermöglichen. Mitglieder der Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen und Mitarbeiter der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Evangelischen Krankenhaus Lütgendortmund trafen sich zu etlichen Sitzungen und Projekten. Es fand eine Klinikbegehung statt, es wurde der Ablauf bei einer Aufnahme durchgesprochen, es wurden grundsätzliche Themen wie „Leitlinien zur Behandlung depressiver Patienten“ aber auch praktische Themen wie Ausgleich von „Therapieausfall“ in Urlaubszeiten erörtert.

In der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie hatten wir 2003 zwei große Stationen (2 x 34 Betten) ohne Diagnoseschwerpunkte neben Tagesklinik und Institutsambulanz.

Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe für Depressionen, die Sitzungen, bei denen Details der Abläufe einer Krankenhausorganisation durchgesprochen wurden, hatten entscheidenden Anteil daran, dass wir die Struktur unserer Abteilung veränderten. Glücklicherweise erlebten wir hierbei eine sehr konstruktive Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung und mit der Verwaltungsleitung unseres Krankenhauses.

1. Die beiden großen Stationen wurden aufgeteilt in vier kleinere Stationen. Durch diese kleineren Einheiten mit vier therapeutischen Teams entstand eine sehr viel persönlichere Atmosphäre.
2. Jede Station erhielt einen Kompetenzschwerpunkt:
 - Depression und Angst
 - Gerontopsychiatrie
 - Krisenintervention und Sucht
 - Allgemeine Psychiatrie.

Durch diese Einführung von Kompetenzschwerpunkten konnte das therapeutische Angebot auf den Stationen noch krankheitsspezifischer weiterentwickelt und ausgebaut werden.

Hier hat die Zusammenarbeit mit einer Selbsthilfegruppe unmittelbar Einfluss auf die Entwicklung einer Krankenhausstruktur gehabt. Natürlich wäre diese Entwicklung hin zu Kompetenzschwerpunkten vielleicht auch ohne diese Zusammenarbeit entstanden. Natürlich war die konstruktive Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung und der Verwaltungsleitung genauso wichtig wie die Arbeit mit der Selbsthilfegruppe. Aber als zentraler Punkt bleibt bestehen: Aufgrund dieser konstruktiven Zusammenarbeit mit einer Selbsthilfegruppe wurde eine entscheidende Entwicklung unserer Abteilungsstruktur mit hoher Priorität, rasch und zügig umgesetzt.

Durch die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe, durch die Gespräche mit einzelnen Mitgliedern der Selbsthilfegruppe und durch persönlichen Erfahrungsaustausch wurde mir in besonderer Weise deutlich, wie wichtig auch viele Kleinigkeiten in der Struktur und in den Abläufen einer Krankenhausabteilung sind: Farbgestaltung, Platz für persönliche Gegenstände, wohnliche Atmosphäre sind wichtige Rahmenbedingungen, welche die persönliche und professionelle therapeutische Zuwendung ergänzen. Solche Rahmenbedingungen müssen mit guter und klarer Organisation (kurze Wartezeiten, klare Terminstrukturen, klare Tagesabläufe) Hand in Hand gehen.

Auch hier konnte der konstruktive Dialog mit der Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen unmittelbar in einem konstruktiven Dialog mit der Geschäftsführung und Verwaltungsleitung fortgesetzt werden.

Aktuell wird die Depressionsstation (Kompetenzschwerpunkt Depression und Angst) vollständig renoviert und umgestaltet.

Basierend auf den Vorgesprächen mit der Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen haben Verwaltung, Technischer Dienst und therapeutische Mitarbeiter des Krankenhauses mit der Designerin Frau Breuker (Cajo-Design, Herne) ein Gestaltungskonzept für die Station entwickelt. Nach Abschluss der Renovierungsarbeiten ist die Station jetzt wieder bezogen. Die weiteren Bausteine der Neugestaltung werden Schritt für Schritt umgesetzt.

Zusammenfassung:

Durch die Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Krankenhaus entsteht ein konstruktives kreatives Potenzial, das ich auf Grund eigener beruflicher Erfahrungen nicht mehr missen möchte.

Als Krankenhausmitarbeiter können wir auf die Sichtweise, die Anregungen, die kritische Auseinandersetzung und die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen nicht verzichten.

Das Beispiel der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen zeigt die praktische Relevanz solcher Zusammenarbeit.

Natürlich könnte ich hier etliche weitere Beispiele nennen (z. B. Grüner Tisch des HKW e.V.: Haus der kürzeren Wege, Verein zur Verbesserung der Lebenssituation psychisch Belasteter). Insbesondere hoffe ich aber, dass auch in Zukunft eine Atmosphäre realisierbar ist, in der Selbsthilfe und Krankenhausabteilung die Zusammenarbeit als einen neugierigen Entwicklungsprozess erleben.

Für die partizipative Entscheidungsfindung wurden in den letzten Jahren Modelle der Einbeziehung von Patienten in die individuelle Therapieplanung entwickelt.

Diese Modelle stellen viel versprechende Konzepte der Entscheidungsfindung dar, bei welchen versucht wird, eine Brücke zwischen patientenzentrierter und evidenzbasierter Medizin zu schlagen.

Meine persönliche Erfahrung hat aber gezeigt, dass darüber hinaus auch in konzeptionellen Fragen einer psychiatrischen Krankenhausabteilung Partizipation von Selbsthilfegruppen unerlässlich ist und eine effektive Zielplanung fördert.

Dr. Thomas Finkbeiner ist Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut. Seit 1999 leitet er die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Evangelischen Krankenhaus Lütgendortmund.

Ein selbsthilfefreundliches Krankenhaus – was soll das sein?

Qualitätskriterien als Orientierung für gelingende Zusammenarbeit

Mit der Vergabe des „Qualitätssiegels Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ hat die Kontakt- und Informationsstelle (KISS) Hamburg im Rahmen eines zweijährigen Modellprojekts¹ bundesweit erstmalig den Versuch unternommen, die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller stationärer Versorgung gezielt und auf verbindliche Weise zu befördern. Grundlage für die Qualifizierung zum Qualitätssiegel ist das erfolgreiche Durchlaufen eines standardisierten Vergabeverfahrens, in dem das Krankenhaus oder eine Fachabteilung die systematische Erfüllung von vereinbarten *Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit* nachweist.

Die Qualitätskriterien für Selbsthilfefreundlichkeit wurden in einem breit angelegten Abstimmungsprozess entwickelt, an dem VertreterInnen von Selbsthilfegruppen und MitarbeiterInnen von Selbsthilfekontaktstellen ebenso beteiligt waren wie die Qualitätsbeauftragten aus drei ausgewählten Krankenhäusern in Hamburg.

Übereinstimmend wurde definiert, dass ein Krankenhaus – bzw. eine Fachabteilung – sich dann als „selbsthilfefreundlich“ bezeichnen kann, wenn das ärztliche und pflegerische Handeln durch das Erfahrungswissen der Selbsthilfe erweitert wird, der Kontakt zwischen Patientinnen und Patienten und Selbsthilfegruppen gefördert wird und kooperationsbereite Selbsthilfegruppen aktiv unterstützt werden. Mit den vereinbarten Qualitätskriterien sollte die lediglich „passive Akzeptanz“ der Selbsthilfe im Krankenhaus überwunden werden. Die Qualitätskriterien nehmen das Krankenhaus bzw. eine Fachabteilung in die Pflicht, auf verschiedenen Ebenen und auf geregelte Weise „selbsthilfefreundlich“ zu handeln. Sie zielen darauf ab, dass

- sich Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige bereits während des Klinikaufenthaltes ausreichend über Selbsthilfe informieren bzw. sich an eine geeignete Selbsthilfegruppe oder an eine Selbsthilfe-Kontaktstelle wenden können,
- für Selbsthilfegruppen kostenlos Infrastruktur bereit gestellt und Dienstleistungen erbracht werden,
- eine etablierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfe durch krankenhauserne Rahmenbedingungen unterstützt und sichergestellt wird.

Besonders der letzte Punkt dürfte ein Novum in der Praxis der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller stationärer Versorgung darstellen. Bisher ist Kooperation meistens punktuell, d.h. auf ein bestimmtes Krank-

heitsbild bezogen, und abhängig von persönlichem Engagement auf beiden Seiten. Sie wird daher so gut wie nie über Abteilungsgrenzen und Hierarchieebenen hinweg wahrgenommen und in den übergreifenden Zielsetzungen, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten des Hauses entsprechend berücksichtigt. Es hat sich in dem Hamburger Modellprojekt jedoch gezeigt, dass eine für beide Seiten verbindliche und systematische Zusammenarbeit nur dann dauerhaft erfolgreich ist, wenn innerhalb der Institution die Bereitschaft besteht, „selbsthilfefreundliche Standards“ festzulegen und zu dokumentieren. Mit dieser Qualitätsanforderung verbanden die am Modellprojekt Beteiligten die Hoffnung, dass im Krankenhaus bzw. in der Fachabteilung „Selbsthilfefreundlichkeit“ in Haltung und Tun strukturell etabliert wird und so deutlicher zur Patientenorientierung beiträgt. Dennoch wird auch in Zukunft das persönliche Engagement einzelner Fachkräfte wichtig bleiben, um den Gedanken der Selbsthilfefreundlichkeit im Hause mit anzustoßen oder weiterzutragen, im aktiven Kontakt mit Selbsthilfegruppen den Anspruch auf Selbsthilfefreundlichkeit tatsächlich zu leben und sich nicht auf „geduldiges Papier“ zu verlassen.

Unabhängig davon, ob sich ein Krankenhaus explizit für das Qualitätssiegel bewirbt, stellen die nachfolgend beschriebenen *acht Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit* eine wertvolle Orientierung für die Ausgestaltung der Zusammenarbeit dar. Die Qualitätskriterien sind bewusst allgemein gehalten und können von einer Selbsthilfegruppe, die mit einer Fachabteilung zu ihrem spezifischen Krankheitsbild kooperiert, ebenso genutzt werden wie von einer Selbsthilfe-Kontaktstelle, die den Gedanken der Selbsthilfefreundlichkeit in „ihr“ Krankenhaus vor Ort hineinbringen möchte.

Die hier vorgestellten Beispiele für geeignete Maßnahmen stellen nur eine Auswahl dar, auf welche Weise die Qualitätskriterien erfüllt werden können. Die Maßnahmen berücksichtigen zwar die besonderen Bedingungen des Hamburger Modellprojekts, sind jedoch in den ausgewählten Fachabteilungen der kooperierenden Krankenhäuser inzwischen verwirklicht².

Qualitätskriterien und Beispiele für Maßnahmen

1. Um über Selbsthilfe zu informieren, werden Räume, Infrastruktur und Präsentationsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt, deren Gestaltung sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen sowie der Selbsthilfegruppen orientiert.

Schon im Eingangsbereich signalisiert das Krankenhaus oder die Fachabteilung über gut sichtbare und leicht zugängliche Informationen Selbsthilfefreundlichkeit. Für eine ansprechende Gestaltung im Eingangs-, Warte- und Besucherbereich eignen sich beispielsweise Anschlagtafeln und Prospektständer, elektronische Informationssäulen und Wegweiser. Plakatwände und Ausstellungen können auf Aktionen von Selbsthilfegruppen hinweisen. Informationen und Materialien sollten ständig aktualisiert und gepflegt werden.

Auskunftsstellen im Zentralbereich des Hauses und Fachkräfte in der Abteilung sind für Selbsthilfe ansprechbar. Sie kennen die örtliche Selbsthilfekontaktstelle, den Namen der Kontaktperson der Selbsthilfegruppe, die mit dem Krankenhaus kooperiert, und sie können Patientinnen und Angehörige über deren Besuchs- und Sprechzeiten informieren.

Selbsthilfegruppen wird die Möglichkeit geboten, sich in den Räumen des Krankenhauses zu treffen. Das erleichtert den Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen, sich schon während des stationären Aufenthalts mit der Selbsthilfegruppe in Verbindung zu setzen.

Besprechungsräume und Hörsäle können von Selbsthilfegruppen für ihre regelmäßigen Treffen oder für besondere Veranstaltungen genutzt werden. Dies muss auch in Abendstunden möglich sein, da Selbsthilfegruppen in aller Regel auch berufstätige Mitglieder haben.

Krankenhäuser können Selbsthilfegruppen ein Dach für ihre Aktivitäten anbieten, d.h. Räume und eine Büroinfrastruktur im Hause werden kostenlos zur Verfügung gestellt. Das erleichtert Patientinnen und Angehörigen, Beratungszeiten der Selbsthilfegruppe zu nutzen, und die Selbsthilfegruppe hat die Nähe zum Patienten und kann ggf. unaufwändig einen Besuchsdienst am Krankenbett anbieten.

2. Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft und persönlich über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert. Sie erhalten Informationsmaterial und werden ggf. auf deren Besuchsdienste oder Sprechzeiten im Krankenhaus aufmerksam gemacht.

In der Praxis gibt es vielfältige Anlässe, den passenden Moment zu finden, Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige regelhaft und persönlich über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe zu informieren. Je nach Indikation und individuellem Fall kann der Hinweis auf eine Selbsthilfegruppe zu Beginn oder sogar vor der Behandlung günstig sein, manchmal während der Behandlung, wenn der Kontakt zwischen ÄrztInnen, Pflegekraft und anderen Berufsgruppen zu Betroffenen bzw. deren Angehörigen besonders intensiv ist. Spätestens jedoch im Entlassungsgespräch ist der Hinweis auf eine Selbsthilfegruppe regelhaft in Erwägung zu ziehen.

Die Erfahrung im Modellprojekt hat gezeigt, dass in der Praxis der Hinweis auf eine Selbsthilfegruppe oft trotz bester Absicht nur zufällig erfolgt. Dieses Qualitätskriterium kann daher besonders darüber unterstützt werden, dass eindeutige Zuständigkeiten und die Dokumentation des Hinweises festgelegt werden. So wird beispielsweise der persönliche Hinweis auf eine Selbsthilfegruppe und die Aushändigung von Informationsmaterial in der Patientendokumentation und im Entlassungsbericht eindeutig vermerkt. Dies ist in vielen Reha-Kliniken bereits Standard.

Eine besondere Rolle kommt hier auch dem Sozialdienst zu. Er kann PatientInnen und deren Angehörige zu Unterstützungsmöglichkeiten der Selbsthilfe informieren, insbesondere im Zusammenhang mit der Überleitung bzw. der Entlassung nach Hause.

3. Selbsthilfegruppen werden in ihrer Öffentlichkeitsarbeit unterstützt und treten gegenüber der Fachöffentlichkeit als Kooperationspartner auf.

Von Seiten des Krankenhauses / der Fachabteilung kann die Selbsthilfefreundlichkeit durch ein breites Maßnahmenspektrum deutlich nach innen und nach außen herausgestellt werden:

- Fachabteilungen beziehen Selbsthilfegruppen, wann immer dies möglich und sinnvoll ist, in eigene Veranstaltungen ein, und zwar schon ab der Planungsphase, nicht nur als Anhängsel in letzter Minute.
- Selbsthilfegruppen und Krankenhaus / Fachabteilung wirken zusammen als Partner in klinischen Projekten. Die Zusammenarbeit kann öffentlichkeitswirksam dargestellt werden.
- Selbsthilfegruppen und Selbsthilfe-Kontaktstellen erhalten die Möglichkeit, ihre Arbeit an Informationsständen darzustellen. Sie können Räume und Infrastruktur des Hauses für Veranstaltungen, z.B. Mitgliederversammlungen, nutzen und erhalten dazu organisatorische Unterstützung.
- Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen bzw. Selbsthilfe-Kontaktstelle treten als ReferentInnen in thematisch geeigneten Veranstaltungen der Klinik bzw. der Abteilung auf. Im Gegenzug stehen Klinikmitarbeiter als Referenten für die Selbsthilfeveranstaltungen zur Verfügung.
- Auf der Homepage der Fachabteilung / des Krankenhauses wird die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen dargestellt und ggf. über links der Zugang zur Homepage der Selbsthilfegruppe bzw. der Selbsthilfeunterstützungsstelle erleichtert.
- Falls es eine Patienten- und Mitarbeiterzeitung gibt, wird dort regelmäßig über die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe berichtet.

4. Das Krankenhaus hat eine(n) Selbsthilfebeauftragten benannt.

Die Zusammenarbeit zwischen einer Fachabteilung / einem Krankenhaus und Selbsthilfe ist umso Erfolg versprechender, je systematischer und geregelter sie aufgebaut und aufrechterhalten wird. Auf diese Weise kann die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe in den Fachabteilungen besser koordiniert und der Standard auf den Stationen vereinheitlicht werden. Die Benennung eines Selbsthilfebeauftragten unterstützt dieses Vorhaben. Sie kann als Sig-

nal gewertet werden, dass auf Leitungsebene beschlossen ist, Selbsthilfe-freundlichkeit mit Leben zu füllen und Selbsthilfegruppen in relevante Bereiche der stationären Versorgung mit einzubeziehen (z.B. Berücksichtigung im Leitbild des Krankenhauses, Mitwirkung in Qualitätszirkeln).

Ein Selbsthilfebeauftragter ist Ansprechpartner für beide Seiten – Selbsthilfe und Krankenhaus-Mitarbeiter. Als aktiver „Kümmerer“ für die systematische Weiterentwicklung der Zusammenarbeit sorgt er dafür, dass alle MitarbeiterInnen über die Kooperation mit Selbsthilfe und über die Zielen der Zusammenarbeit informiert sind. Er stellt den zentralen Auskunftsstellen im Hause und den Fachabteilungen aktuell ein Verzeichnis der kooperierenden Selbsthilfegruppen zur Verfügung und hält aktiv den Kontakt zu Selbsthilfegruppen und zur Selbsthilfe-Kontaktstelle.

5. Zwischen Selbsthilfegruppen / Selbsthilfe-Kontaktstellen und Krankenhaus findet ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch statt.

Für den Informations- und Erfahrungsaustausch ist es wichtig, nicht nur die Ärztinnen und Ärzte im Blick zu haben. Oft haben gerade Pflegekräfte, Therapeuten oder sozialpädagogische Fachkräfte aus dem Sozialdienst einen intensiven Zugang zu den PatientInnen und deren Angehörige, so dass sie eine wichtige Zielgruppe für den Informations- und Erfahrungsaustausch mit Selbsthilfegruppen bzw. der Selbsthilfe-Kontaktstelle werden.

Zwischen VertreterInnen der Fachabteilung bzw. dem Selbsthilfebeauftragten und der Selbsthilfe-Kontaktstelle sollte in regelmäßige Treffen der Unterstützungsbedarf der Fachabteilung ermittelt werden, z.B.

- zur Weiterempfehlung einer Selbsthilfegruppe
- zur Neugründung einer Selbsthilfegruppe zu einem bestimmten Krankheitsbild
- zur Planung gemeinsamer Veranstaltungen, Aktionen im Haus etc.
- zur Klärung von wechselseitigen Bedingungen, die eine gelingende Zusammenarbeit befördern.

Im regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustausch mit Selbsthilfegruppen können Themen für Selbsthilfegruppen sein

- Besuchsdienste von Selbsthilfegruppen
- Informationsveranstaltungen zum Thema Selbsthilfe
- Einbezug der Selbsthilfe in die Fort- und Weiterbildung
- Einbezug der Selbsthilfe in das Aufnahme- und Entlassungsmanagement
- Selbsthilfeliteratur in der Klinikbibliothek
- Hinweise an PatientInnen und Angehörige auf Selbsthilfegruppen

Umgekehrt stehen Fachkräfte den kooperierenden Selbsthilfegruppen kontinuierlich als ReferentInnen zur Verfügung. Neben aktuellen Behandlungs- und Therapieverfahren, informieren sie über Klinikstrukturen und Bereiche,

die für Selbsthilfegruppen von Interesse sind, z.B. den Ablauf des Beschwerdemanagements, über Projekte und Patientenumfragen, in die Selbsthilfegruppen auf Wunsch mit einbezogen werden, um Verbesserungsvorschläge zur Versorgung der PatientInnen mit einzubringen.

6. In die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Selbsthilfe sind Selbsthilfegruppen bzw. die Selbsthilfe-Kontaktstellen mit einbezogen.

Je besser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über Selbsthilfe Bescheid wissen und sie über die in der Fachabteilung aktiven Selbsthilfegruppen informiert sind, umso eher sind sie in der Lage, zu erkennen, welchen komplementären Nutzen Selbsthilfe für die Versorgung der PatientInnen hat, welches Unterstützungspotential für Angehörige, aber auch für ihr eigenes professionelles Handeln. Berufsübergreifend und regelmäßig sollte daher bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Informations- und Fortbildungsbedarf zu Selbsthilfe erhoben werden.

Selbsthilfegruppen stellen ihre Arbeit in Abteilungsbesprechungen bzw. in Klinikkonferenzen vor.

Inhaltlich berücksichtigt das Jahresfortbildungsprogramm das Thema Selbsthilfe, und VertreterInnen von Selbsthilfegruppen werden als Referenten einbezogen.

Im Rahmen der jeweiligen Facharztweiterbildungen wird das Thema Selbsthilfe angesprochen.

Im Rahmen der Ausbildung der Pflegekräfte ist Selbsthilfe ein Unterrichtsmodul.

Selbsthilfegruppen werden ggf. in die Planung und Durchführung von Patientenschulungsprogrammen mit einbezogen.

7. Das Krankenhaus ermöglicht Selbsthilfegruppen die Mitwirkung an Qualitätszirkeln, Ethik-Kommission u.ä.

Selbsthilfegruppen werden zu Sitzungen solcher Gremien eingeladen und haben die Möglichkeit, selber dort Themen vorzuschlagen.

Selbsthilfegruppen und Selbsthilfe-Kontaktstellen werden von PatientInnen bzw. deren Angehörige oft als erste Ansprechpartner mit Kritik an der Klinik konfrontiert. Selbsthilfe sollte daher als Ressource in das Beschwerdemanagement mit einbezogen werden.

8. Die Kooperation mit Selbsthilfegruppen bzw. mit der Selbsthilfe-Kontaktstelle ist formal beschlossen und dokumentiert.

Eine Kooperationsvereinbarung dokumentiert die Absprachen, die zwischen einer Fachabteilung / einem Krankenhaus und einer Selbsthilfegruppe bzw. einer Selbsthilfeunterstützungsstelle getroffen wurden. Beispielfhaft ist hier auf Seiten der Selbsthilfeorganisationen die Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V., die für ihre Selbsthilfegruppen vor Ort Leitlinien für die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern erstellt hat, u.a. eine Muster-Kooperationsvereinbarung³. Diese beschreibt die Zielsetzung der Zusammenarbeit und den Umfang der Leistungen, der von beiden Seiten dafür eingebracht wird. Ebenso interessant ist die Kooperation mit Krankenhäusern der KIBIS (Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle im Selbsthilfebereich) Hannover⁴.

Um die Zusammenarbeit für PatientInnen und für die interessierte Fachöffentlichkeit transparent zu machen, sollten solche Kooperationsvereinbarungen vom Krankenhaus bzw. von der Fachabteilung wie auch von der Selbsthilfegruppe bzw. der Selbsthilfe-Kontaktstellen auf der Homepage veröffentlicht werden.

Erfolgreiche Kooperation zwischen Krankenhaus und Selbsthilfe – eine Aufgabe für beide Seiten

Die Beispiele illustrieren lediglich, was ein Krankenhaus bzw. eine Fachabteilung zur Entwicklung der eigenen Selbsthilfefreundlichkeit tun könnte, und sollten nicht einfach unkritisch nachgeahmt werden. Vielmehr müssen die Kapazitäten auf beiden Seiten, die spezifische Kultur des Krankenhauses und andere lokale Besonderheiten berücksichtigt werden. Sicherlich könnten manche Leserinnen und Leser sogar von viel weiterreichenden und kreativeren Maßnahmen berichten, die sie individuell, abgestimmt auf das Krankheitsbild ihrer Selbsthilfegruppe, oder als Selbsthilfe-Kontaktstelle zu dem einen oder anderen Qualitätskriterium mit „ihrem“ Krankenhaus bereits erfolgreich verwirklicht haben.

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen stationärer Versorgung und Selbsthilfe ist jedoch nicht nur Sache des Krankenhauses oder einer Fachabteilung, und sie kann auch nicht im Alleingang bewältigt werden. Sie ist abhängig von den speziellen lokalen Gegebenheiten wie auch von Partnern, die gegenseitige Erwartungen realistisch einschätzen und für beide Seiten akzeptable Bedingungen der Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe aushandeln können. Vor allem dort, wo ein Krankenhaus bzw. eine Fachabteilung auf eine gewachsene Selbsthilfelandchaft zurückgreifen kann – z.B. indem es zu den Erkrankungen, die stationär behandelt werden, vor Ort auch passende und gut etablierte Selbsthilfegruppen gibt oder eine Selbsthilfe-Kontaktstelle, die den Aufbau von Kooperation professionell unterstützen und begleiten kann – wird

es einfacher sein, die Qualitätskriterien für Selbsthilfefreundlichkeit als ernsthafte Anregung für eine bessere Zusammenarbeit aufzugreifen.

Die Praxis im Modellprojekt hat jedenfalls gezeigt, dass viele Ergebnisse im stationären Alltag Schritt für Schritt und teilweise erst nach jahrelanger ebenso geduldiger wie nachdrücklich verfolgter Zusammenarbeit zwischen einzelnen Beteiligten erreicht werden konnten. Die vorgelegten Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit haben aber auch bewirkt, auf neue und ermutigende Weise miteinander ins Gespräch zu kommen. So haben die Kooperationspartner im Modellprojekt darin neue Ideen und konkrete Anregungen gefunden, wie sich auch bereits langjährig bestehende Kooperation künftig verbessern und weiter entwickeln lässt.

Anmerkungen

- 1 Das Ende 2006 abgeschlossene Modellprojekt „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ von KISS Hamburg wurde inhaltlich und finanziell gefördert vom BKK Bundesverband, Essen. Eine ausführliche Darstellung findet sich in Werner, Bobzien, Nickel, Trojan (Hrsg.): Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern, 2006, sowie unter www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de
- 2 Siehe auch die Qualitätsberichte der am Hamburger Modellprojekt beteiligten Fachabteilungen der Asklepios Klinik Nord Campus Ochsenzoll und des Klinikums Eilbek – Schön Kliniken, die unter www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de veröffentlicht sind.
3. Die Muster-Kooperationsvereinbarung der Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V. ist veröffentlicht in BKK Bundesverband Essen (Hrsg.): Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus – die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe systematisch entwickeln. Leitfaden für interessierte Krankenhäuser. Die Praxishilfe erscheint voraussichtlich im Frühjahr 2007
- 4 Siehe unter www.kibis-hannover.de und den Beitrag in „Kooperation mit Krankenhäusern“ in NAKOS-INFO 88, September 2006, S. 45, www.nakos.de

Monika Bobzien, Diplom-Psychologin und Organisationsberaterin, ist seit 1984 in der Selbsthilfeeunterstützung engagiert. Zu praktischen und theoretischen Ansätzen von Partizipation, Empowerment und Qualitätsmanagement hat sie mehrfach veröffentlicht. Seit 2005 führt sie im Auftrag der KISS Hamburg das Projekte „Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ durch. Kontakt: kiss@paritaet-hamburg.de oder monika.bobzien@arcormail.de

Heinz Lohmann

Patient im Krankenhaus

Markenmedizin, Kundenorientierung und Versorgungsqualität

Aller Anfang ist schwer

Es war irgendwann im Herbst 1984 im Intercity zwischen Bremen und Hamburg. Die norddeutsche Tiefebene lag im Nebel. Der Blick aus dem Abteiffenster vermittelte eine große Ruhe. Das war auch dringend nötig. Die Leiterin der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen einer deutschen Großstadt war auf dem Rückweg aus Bonn. Dort sollte sie an einer Gesprächsrunde zur Zukunft des Gesundheitssystems teilnehmen. Aber es war anders gekommen. Die ebenfalls eingeladenen Ärzteverbände hatten gegen die Anwesenheit von „unwissenden Laien“ schwere Bedenken vorgetragen. Deshalb hatten die Vertreter/innen der Selbsthilfegruppen letztendlich nur einen ganz kurzen Auftritt vor den versammelten Expert/innen. Und auch darauf mussten sie lange Zeit auf einer Bank vor dem Tagungsraum warten.

Selbsthilfegruppen mussten viele Jahre dafür kämpfen bis ihre Informationsblätter in Kliniken ausgelegt werden durften. Nur wenige waren von Anfang an davon überzeugt, dass das Profisystem und die Selbsthilfebewegung eng kooperieren sollten. Es gab Missverständnisse und Ablehnung auf beiden Seiten. Auch wenn viele Beteiligte von diesen schwierigen Annäherungsbemühungen längst nichts mehr wissen wollen, so war es.

Heute ist die Selbsthilfe vielerorts etabliert, auch wenn sich einige Aktivist/innen noch etwas mehr Anerkennung wünschen. Trotzdem gibt es Probleme. Die Ursachen dafür liegen vor allem in den knappen Ressourcen der öffentlichen Kassen. Die bescheidenen Mittel für die Selbsthilfeeats sind im Schwinden begriffen. Dabei hat der Selbsthilfegedanke durchaus erhebliche pekuniäre Potenziale, die allerdings aktiv erschlossen werden müssen. Dazu ist ein kühler Kopf Voraussetzung. Auch müssen Berührungsängste überwunden werden. Finanzen haben nun mal mit Geld zu tun, und das hat bekanntlich seine eigenen Gesetze.

Gesundheitssystem im Umbruch

Wer vor fünf Jahren in Hessen die Zusammenlegung der Universitätskliniken Gießen und Marburg propagiert hätte, wäre aus dem Land gejagt worden. Wer dann noch die Privatisierung dieser fusionierten Institutionen gefordert hätte, wäre „geteert und gefedert“ worden. Heute ist längst beides Realität. Kettenapotheken, Zahnklinikfilialen, Fernsehwerbung für medizinische Behandlungen und vieles mehr ist nicht nur nicht mehr wie bis vor kurzem undenkbar sondern

gilt als selbstverständlich. Kurzum: Auch die Welt der Gesundheit ist vom gesellschaftlichen Umbruch am Beginn des 21. Jahrhunderts erfasst.

„Ich denke viel an die Zukunft, weil das der Ort ist, wo ich den Rest meines Lebens verbringe.“ (Woody Allen)

Der Gesundheitssektor normalisiert sich. Was andere Branchen hinter sich haben, erleben die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft jetzt auch. Darauf müssen sich alle Akteurinnen und Akteure neu einstellen. Da dieser Bereich des gesellschaftlichen Lebens bisher abgeschottet von der sonstigen Entwicklung war, sind die Betroffenen mit Wandel nicht vertraut. Sie reagieren häufig mit Abwehr auf den Veränderungsdruck. Sie hoffen immer noch, die überkommenen Strukturen und Prozesse auch in die Zukunft retten zu können. Da das angesichts der realen Probleme nicht gelingen kann, ist schnelle Neuorientierung von Nöten. Wer sich nicht bewegt, wird bewegt. Aktives Agieren verschafft Vorteile in einem rasanten Veränderungsszenario. Es lohnt sich Visionen und Strategien zu entwickeln, die sich den Herausforderungen der Zukunft stellen.

Moderne Medizin durch Wettbewerb

Was ist das Motto einer künftigen erfolgreichen Entwicklung des Gesundheitssystems? „Gute Medizin zu bezahlbaren Preisen für alle“! Und die gute Nachricht für die gesamte Branche ist: Die Nachfrage steigt. Die Demografie und die Innovationskraft der Medizin in postindustriellen Gesellschaften sichert diese Situation auch in den kommenden Jahren nachhaltig. Damit hebt sich die Gesundheitswirtschaft von vielen anderen Branchen positiv ab. Die Wachstumserwartungen, die von vielen Wirtschaftswissenschaftler/innen seit langem und von einer Reihe von Wirtschaftspolitiker/innen seit kurzem prognostiziert werden, sind realistisch. Dafür sorgt bereits aktuell der steigende Anteil der privat finanzierten Nachfrage an den Gesamtausgaben im Gesundheitssektor. Insbesondere auf Grund der stabilen Finanzkraft des größten Teils der Menschen in der zweiten Lebenshälfte wird auch in Zukunft diese Nachfrage weiter wachsen. Das Problem hier ist das fehlende Angebot an geeigneten Produkten und Dienstleistungen. Andere Branchen sind da inzwischen viel attraktiver. Sie haben den Markt längst entdeckt, den ältere Menschen in unserer Volkswirtschaft ausmachen. Ausgerechnet die Gesundheitswirtschaft, die sich traditionell als Wahrer der Interessen und Bedürfnisse von Senior/innen versteht, ist noch weit im Hintertreffen. Hier gilt es schnell aufzuholen und den Anschluss zu gewinnen.

Richtig ist aber auch, dass die Finanzierungsmöglichkeiten im Sozialtransfer wegen andersartiger politischer Prioritäten begrenzt sind und bleiben. Alle postindustriellen Gesellschaften positionieren sich auf dem Weltmarkt mit innovativen Produkten und Dienstleistungen. Sie forcieren daher den Forschungsbereich und versuchen, die öffentlichen Mittel in diesen Sektor umzusteuern. Die Belastung der Volkswirtschaften mit Sozialausgaben wird deshalb reduziert.

Die aufgehende Schere zwischen steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen einerseits und begrenzten Mitteln aus dem Sozialtransfer erfordert politisches Handeln. Da die Einschränkung von Leistungen der staatlichen Sozialsysteme außerordentlich konfliktträchtig ist und außerdem den gesellschaftlichen Konsens bedroht, sind Politiker/innen mehr und mehr bereit, auch im Gesundheitssystem durch den Einbau von Wettbewerbselementen die Produktivität zu steigern. Das ist der Grund, dass inzwischen das Selbstkostendeckungsprinzip bei den Krankenhäusern geopfert wurde und bei der „Integrierten Versorgung“ (IV) das herkömmliche Prinzip des „einheitlichen und gemeinsamen“ Handelns aller Akteur/innen tendenziell durch ein Vertragssystem zwischen Anbieter/innen und Nachfrager/innen ersetzt wurde.

Vertrags- statt Budgetsystem

Im Wettbewerb spielt die Geschwindigkeit der Entwicklung und Umsetzung geeigneter Betriebsziele eine entscheidende Rolle. Deshalb ist es unerlässlich, die Zeichen der Zeit zu erkennen und umgehend zu einer Neuorientierung zu kommen. Der Paradigmenwechsel ist in vollem Gange. Während in der Vergangenheit Institutionen alimentiert worden sind, werden in Zukunft mehr und mehr Leistungen honoriert. Nur so lassen sich Unwirtschaftlichkeiten bekämpfen und die Produktivitätsreserven heben, die im System stecken. Die Medizin selbst rückt ins Zentrum des Geschehens. Das ist der Kern der Modernisierung.

Die wichtigste Voraussetzung für einen Leistungswettbewerb ist eine akzeptierte Definition dessen, was Gegenstand des Wettbewerbs sein soll. Deshalb war es unabdingbar, Medizin beschreibbar und damit verhandelbar zu machen. Die gesetzlichen Regelungen zur „Integrierten Versorgung“ sind geeignet, den Weg zu einem Vertragssystem zwischen Krankenkassen bzw. Gruppen von Krankenkassen auf der einen Seite und Gesundheitsanbieter/innen bzw. Gruppen von Gesundheitsanbieter/innen auf der anderen Seite frei zu machen.

Für künftige Anbieter/innen von kombinierten Gesundheitsleistungen ergeben sich in einer solchen Entwicklung große Chancen. Sie sind erstmalig in der Lage, Gesundheitsangebote in gemeinsamer Verantwortung zwischen Industrie, Service und Medizin zu entwickeln und auf den Markt zu bringen. Daraus wird sehr schnell ein Qualitätswettbewerb erwachsen, weil für Anbieter/innen entscheidende Marktvorteile darin entstehen, den gesetzlich vorgeschriebenen Mindeststrahlen zu überschreiten. Hierfür sind bestehende IV-Verträge der Beleg.

Im Interesse der Versicherer liegt es, eine Medizin, die in Verträgen exklusiv zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird, mit Markencharakter zu versehen. Entsteht daraus doch die Chance, auf dem Versicherungsmarkt mit Markenmedizin zu werben. Eine Krankenkasse, die ein besseres Leistungsversprechen abgeben und belegen kann, darf mit Wettbewerbsvorteilen rechnen. Deshalb wird diese Entwicklung von aktiven Krankenkassen und Gesundheitsanbieter/innen im gemeinsamen Interesse befördert.

Der Weg vom Budget- zum Vertragssystem lässt sich kurz wie folgt skizzieren: Das Prinzip des „Einheitlich-und-Gemeinsam“ des bisherigen Budgetsystems wird im Wettbewerb der Gesundheitsanbieter/innen durch ein Vertragssystem schrittweise ersetzt. Die Beteiligten werden dabei in die Verantwortung für ihre gemeinsamen Kunden als Krankenversicherte und Patient/innen gezwungen. Mit der Einführung der DRG-Methodik¹ ist die zentrale Bedingung für ein Vertragssystem im Gesundheitssektor, nämlich die eindeutige Definition der Leistung, erfüllt. Sie wird in den kommenden Jahren deshalb den heutigen Rahmen der stationären Versorgung verlassen und in anderen Leistungsbereichen der Medizin zum Einsatz kommen. Das DRG-System und standardisierte Behandlungsabläufe stellen die Basis zur Entwicklung von „Lösungen für Patient/innen“ dar. Notwendig für ein funktionierendes Vertragssystem ist dann nur noch die ebenfalls aus dem DRG-Ansatz zu entwickelnde Preiskalkulation.

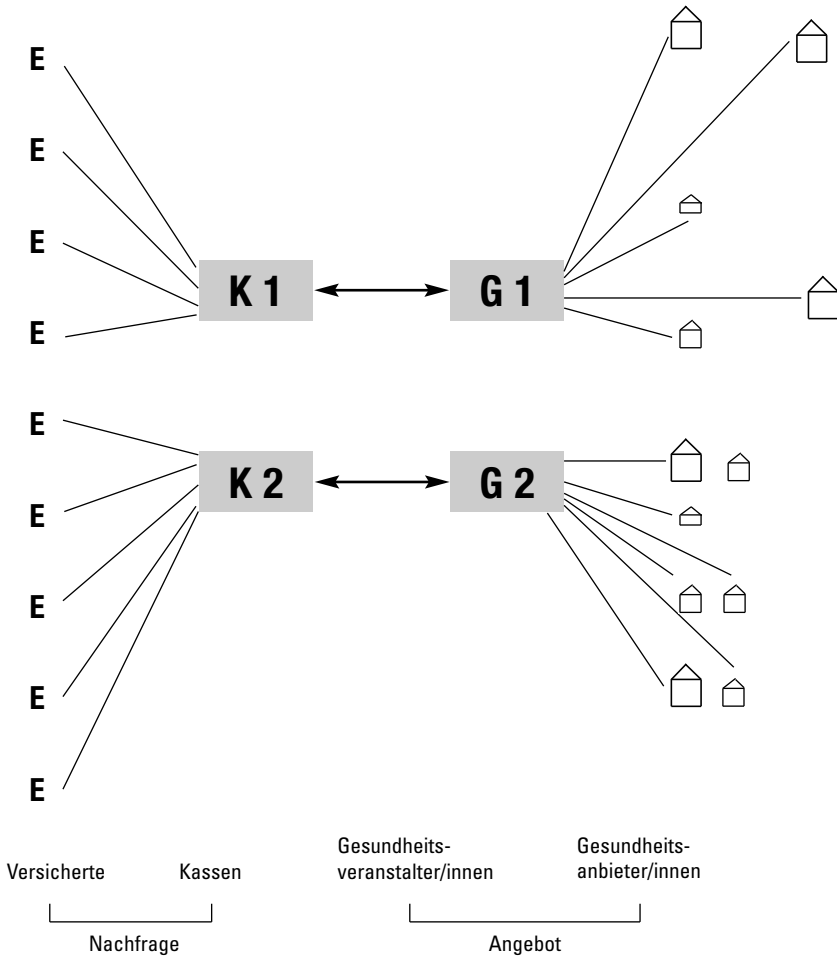
*„In Zukunft gibt es nur noch zwei Arten von Firmen: schnelle und tote.“
(David Vice, Geschäftsführer der Northern Telecom)*

Künftig wird darum in Leistungsverträgen der Inhalt der „Lösung für die Patientin / den Patienten“, also die Dienstleistungs-Produkt-Kombination und die ablauforganisatorische Durchführung festgelegt, bei Eignung der jeweils medizinischen Leistung eine Gewährleistung vereinbart, zusätzliche Unterbringungs- und Pflegeleistungen sowie etwaige weitere Verpflichtungen definiert. Außerdem werden natürlich Preise und ggf. Rabatte vertraglich bestimmt. Die Zukunft wird darin bestehen, nicht nur einzelne Leistungspakete für eine komplizierte Behandlung zu vereinbaren, sondern „Container“, die mehrere solche Leistungspakete enthalten. Auch werden nicht einzelne Krankenhäuser mit einzelnen Krankenkassen dieserart Verträge schließen, sondern Gruppen von Gesundheitsanbieter/innen mit Gruppen von Nachfragenden.

Für solche Vertriebsmodelle gibt es in anderen Branchen durchaus vergleichbare Vorbilder. Beispielsweise ist die Reisewirtschaft mit ihrem Agentursystem gut geeignet, Patin bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu stehen. Auf der Nachfrageseite sind Reisebüros im Auftrage der Reisenden tätig. Sie bündeln die Einzelnachfrage und vermitteln neben Markttransparenz insbesondere auch wirtschaftliche Leistungen. Eine solche Funktion können aktive Krankenkassen in den kommenden Jahren in der Gesundheitswirtschaft mehr und mehr einnehmen. Sie sind die Nachfrageagenturen der potenziellen Patient/innen. Krankenversicherte wählen in Zukunft die Krankenversicherung aus, die die gewünschten medizinischen Lösungen mit entsprechenden Anbieter/innen kontrahiert haben.

Auf der anderen Seite können Reiseveranstalter Vorbild für Managementgesellschaften im Gesundheitssystem sein, die ihre Aufgabe darin sehen, aus einzelnen Gesundheitsleistungen komplexe Behandlungslösungen zusammenzustellen. Wie bei Pauschalreisen sind solche medizinischen Leistungspakete geeignet, die Interessen der Patient/innen nach umfassender Versorgung und Betreuung zu erfüllen.

Agenturen im Gesundheitsmarkt



© Prof. Heinz Lohmann

Gesundheitswirtschaft gestaltet Markenmedizin

Viele Jahre nur unter der Kostenproblematik diskutiert, wird die Gesundheitswirtschaft mehr und mehr als Chance für wirtschaftliches Wachstum erkannt. In Gesellschaften, in denen die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der Leistungsfähigkeit der Medizin wächst, ist eine solche Erwartung naheliegend. Hinzu

kommt, dass in den kommenden Jahren eine große private Finanzkraft zur Verfügung steht, die aus der Chance Realität werden lassen kann. Gesundheitsanbieter/innen sind aufgerufen, entsprechende Produkte und Dienstleistungen sowie Kombinationen aus beidem zu entwickeln. In weiten Bereichen, etwa in der Touristik, insbesondere bei den Gaststätten, aber auch im Wohnungsbau und bei den zentralen Gesundheitsleistungen selbst, stehen wir erst am Anfang dieser Entwicklung. Erste Untersuchungen zeigen, dass die Potenziale auf dem Markt der Gesundheitswirtschaft gewaltig sind.

Eine solche Entwicklung wird mit gesellschaftlicher Akzeptanz nur dann rechnen dürfen, wenn es gelingt, moderne Medizin auch denjenigen zugänglich zu machen, die nicht dazu in der Lage sind, die Kosten dafür selbst aufzubringen. Dieses Ziel kann nicht erreicht werden, indem ständig die Einnahmen des Gesundheitssektors erhöht werden. Vorrangig geht es darum, die Organisation der Medizin zu modernisieren. Gutes Geld in ein antiquiertes System zu stecken, kann die Probleme nicht nachhaltig lösen. Die Produktivitätsreserven können aber nur dann aktiviert werden, wenn die Kreativität aller Beteiligten herausgefordert wird. Deshalb gilt es, die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu mehr Wettbewerb zu ermöglichen. Der Staat muss in einem solchen System eine neue Rolle einnehmen. Er hat künftig die Aufgabe, die Marktordnung zu bestimmen und den Patient/innenschutz sicherzustellen. Er muss das System deshalb umregulieren.

Wer heute den notwendigen Veränderungsprozess verlangsamt, behindert die Hebung der Produktivitätsreserven und gefährdet das Ziel, gute Medizin zu bezahlbaren Preisen zu erreichen. Deshalb sind innovative Gesundheitsanbieter/innen gefordert, initiativ zu werden und die Politik zu mehr Mut aufzufordern, die notwendigen gesetzgeberischen Schritte zu wagen. Es geht darum, nicht durch immer mehr Paragraphen die Unternehmen zu lähmen, sondern durch Gestaltungsräume die unternehmerische Kraft im Wettbewerb zu aktivieren. Markenmedizin ist dazu ein innovativer, Erfolg versprechender Ansatz.

Selbsthilfe in neuer Rolle

Viele Menschen erleben diese Veränderungsprozesse angstbesetzt. Sie fürchten eine grundlegende Änderung der Einstellung zur Medizin in unserer Gesellschaft. Nicht mehr die Gesundheit der Menschen ist aus ihrer Sicht im Zentrum des Interesses, sondern die Chancen für das eingesetzte Kapital. Humanitäre Ziele geraten hierbei in Konflikt mit ökonomischen Zielen. Kurz: Die Ökonomie dominiert künftig die Medizin, so glauben sie.

Eine Reihe von therapeutisch Tätigen sieht in Folge der Veränderungen einen Verlust an Bedeutung der eigenen Rolle. Immer wird die Befürchtung der Statusminderung in der Diskussion mit unvermeidlichen Nachteilen für die Patient/innen verbunden. Sie werden als Opfer der „Ökonomisierung“ beschrieben. Ihre Interessen werden häufig bemüht, wenn es um die Mobilisierung der öffentlichen Meinung gegen Veränderungen geht. Nicht die realen Probleme der Gegenwart werden als Ausgangspunkte für Überlegungen zu Reformen genutzt, sondern denkbare Verschlechterungen in der Zukunft als Argument

gegen den Wandel an sich. Nicht das bestehende Übel, sondern die vorgeschlagenen Lösungsansätze werden vehement bekämpft. Diese Verhaltensmuster sind nicht neu. Sie sind auch nicht auf den Gesundheitssektor begrenzt. Überall dort, wo Umbrüche Menschen verschrecken, laufen ähnliche Debatten ab.

Viele Argumente, die in anderen Branchen, bei deren Rationalisierungsprozessen auch vorgetragen worden sind, werden im Gesundheitssektor jetzt umso vehementer artikuliert. Zu allererst wird die Individualität der Behandlung ins Feld geführt. Abgeleitet wird daraus eine angebliche Singularität, die jegliche Standardisierung verbietet. Im Handel, im Fremdenverkehr und in weiteren Wirtschaftsbereichen hat es ähnliche Debatten in der Vergangenheit gegeben. Die Siegeszüge der Supermärkte und der Pauschalreisen sind dadurch nicht gestoppt worden. So wird es auch in der Medizin sein.

„Die besten Reformen, die die Welt je gesehen hat, sind jene, welche bei sich selbst anfangen.“ (George Bernhard Shaw)

Deshalb sollte auch die Selbsthilfebewegung etwaige Berührungängste schnell überwinden. Sie muss ihre Rolle zwischen Markenmedizin und Patient/inneninteresse neu definieren. Sie muss sich in einem zunehmend von Wettbewerb geprägten Gesundheitssystem der Zukunft aktiv positionieren. Diese Herausforderung gilt es ohne Scheuklappen zu meistern. Dabei haben die Vertreter/innen von Selbsthilfegruppen eine Ausgangssituation, die außerordentlich komfortabel ist. Sie sind bei ihren Aktivitäten extrem glaubwürdig, weil ihre Betroffenheit Erfahrung und Unabhängigkeit vermittelt. Dieser Hintergrund kann der Selbsthilfebewegung bei weiterem Rückgang der institutionenbezogenen Förderung im Gesundheitssystem neue Finanzquellen eröffnen. Das wird auch dringend erforderlich sein, weil mehr und mehr der Leistungsbezug auch in diesem gesellschaftlichen Bereich Einzug hält.

Wenn die öffentliche Pauschalfinanzierung schwindet, können Selbsthilfekontaktstellen ihre Vermittlungstätigkeiten bestimmten Anbieter/innen zur Verfügung stellen. Ihre Leistungen werden damit zum Bestandteil der Markenmedizin. Ein Gutschein, der Patient/innen im Rahmen eines Behandlungspaketes zur Verfügung gestellt wird, ermöglicht die kostenlose und freiwillige Inanspruchnahme der Beratungsleistung einer Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen. Die Behandlungslösung wird mit dieser Zusatzleistung aufgewertet und damit wertvoller. Sie ist zudem qualitativ hochwertiger. Die Refinanzierung der Kontakt- und Informationsstelle erfolgt durch vertragliche Teilhabe am Vertriebs Erfolg des Markenmedizinanbieters, also etwa des Gesundheitsveranstalters. Die von der Kontakt- und Informationsstelle im Rahmen einer solchen Behandlungslösung angebotenen Beratungsleistung kann sich von der allgemeinen, jedermann ohne „Gebühr“ zugänglichen Grundinformation beispielsweise durch die Intensität abheben. Es besteht bei dieser Vorgehensweise somit auch künftig ein offenes neben einem exklusiven Beratungsangebot der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen.

Anbieter/innen und auch Nachfrager/innen von Gesundheitsleistungen müssen sich auf die neue Situation eines patient/innenorientierten Wettbewerbssystems schnell und intensiv einstellen. Sie sind gezwungen, sich mit den Wünschen und Bedürfnissen von Patient/innen in bisher nicht gekannter Weise zu beschäftigen. Ihre eigenen Apparate sind auf solche Aufgaben deshalb nicht vorbereitet, weil sie bisher diese Qualitäten nicht entwickeln mussten. Deshalb suchen sowohl Anbieter/innen als auch Nachfragende, also Dienstleister/innen und Produzent/innen, als auch Krankenversicherer nach Partnern, die die gewünschten Informationen vermitteln können. Selbsthilfekontaktstellen können von den Mitgliedern der Selbsthilfegruppen Betroffenerfahrung generieren. Diese Informationen können dann zur Optimierung von Lösungen bestimmter Anbieter/innen oder auch Nachfrager/innen verwendet werden. Sie können von den Selbsthilfekontaktstellen zur Finanzierung der eigenen Arbeit herangezogen werden. Die Informationen haben nämlich einen Marktwert, der entsprechende Honorierung ermöglicht. Auch Zertifizierungsgesellschaften, die zurzeit im großen Stil auf den Gesundheitsmarkt drängen, können gleiche Angebote gemacht werden. Sie werden zur Transparenz in dieser Branche beitragen. Das wiederum erhöht die Patient/innensouveränität. Die Kontakt- und Informationsstellen können ihren Service zur Unterstützung den Selbsthilfegruppen im Gegenzug zur Informationsvermittlung kostenlos anbieten.

Da der Staat in einem Wettbewerbssystem neue Aufgaben übernehmen muss, ist auch bei den öffentlichen Stellen eine Umorientierung unerlässlich. Selbsthilfekontaktstellen können hierbei ihre Systemkompetenz auf der Grundlage der aggregierten Betroffenerfahrung in die Gestaltung der Marktordnung und den Verbraucherschutz gegen entsprechende Honorierung einbringen.

Die skizzierten Beispiele einer erweiterten Basis der Finanzierung der Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen beruhen auf dem Prinzip von Leistung und Gegenleistung. Sie sind mithin marktkonform und somit geeignet, in dem sich stark wandelnden Gesundheitssystem erfolgreich eingesetzt zu werden. Selbsthilfe ist heute gesellschaftsfähig geworden. Auf der Bank vor der Tür sitzen andere Leute. Sie sollten dort nicht ewig warten. Der Wandel erfordert von allen Beteiligten Offenheit und eine vorurteilsfreie Diskussion bei der Neuorientierung der Aufgaben. Geschäftsmodelle müssen angeglichen werden. Das gilt für Unternehmen genauso wie für die sonstigen Institutionen der Gesundheitswirtschaft – Selbsthilfe eingeschlossen.

„Die Wahrheit ist dem Menschen zumutbar.“ (Ingeborg Bachmann)

Anmerkung

1 DRG = Diagnosis Related Groups; deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen

Heinz Lohmann ist Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler und Professor an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg. Mit „LOHMANN konzept“ ist er als Berater in der Gesundheitswirtschaft tätig und Gesellschafter des Kongressveranstalters „WISO HANSE management GmbH“. Er ist wissenschaftlicher Leiter des Kongresses „Krankenhaus, Klinik, Rehabilita-

tion“ des Hauptstadtkongresses in Berlin, Präsident des Gesundheitswirtschaftskongresses Hamburg, Gastgeber der Fernsehreihen „Mensch und Wirtschaft“ bei HH 1 und „Perspektive Gesundheit“ bei TV Berlin sowie Autor zahlreicher Publikationen.

Bernd Janota

Neue Anforderungen an die Selbsthilfe – oder: Ein Tag im Leben von Frau Hellmann

Frau Hellman, seit 13 Jahren Vorsitzende der Selbsthilfeorganisation ‚Morbus Imaginensis‘ – MI Deutschland e.V., hat heute einen anstrengenden Tag hinter sich. Eigentlich sollte sie an einer Fachtagung teilnehmen, hat es aber nicht geschafft. Ihr ‚Morbus Imaginensis‘ macht ihr zurzeit mal wieder schwer zu schaffen, und schon der Gang zum Arzt erforderte viel Kraft und Zeit. Eine Vertretung sollte eigentlich kommen, aber Frau Wiesner, zweite Vorsitzende, die zusammen mit Frau Hellmann den Laden schmeißt, hat mal wieder ihre Enkelkinder zu versorgen, da die Tochter neuerdings einen Ganztagsjob hat.

240 Mitglieder zählt die Selbsthilfeinitiative mittlerweile, ganz schön viele, wenn man bedenkt, dass vor 13 Jahren kaum jemand die Krankheit kannte, geschweige denn sich zwei oder drei mit derselben Erkrankung über den Weg liefen. Heute ist vieles besser geworden, nicht zuletzt Dank des unermüdlichen Einsatzes von Frau Hellmann und einiger treuer Mitstreiter und -streiterinnen.

Gerade als Frau Hellmann sich erschöpft auf die Couch nieder sinken lässt, klingelt das Telefon. „Nicht schon wieder“, denkt sie und hofft, dass es kein Betroffener ist, der ganz dringend Rat und Hilfe braucht. Ist es auch nicht, sondern Herr Müller von der regionalen Selbsthilfegruppe Köln. Er berichtet von seiner ersten Teilnahme als Patientenvertreter in einem Zulassungsausschuss, zu dem er entsandt wurde. Herr Müller, der von Frau Hellmann in ausdauernder Überredung für diese Aufgabe gewonnen werden konnte, gibt ein skeptisches Resümee. Komisch sei das gewesen, man wisse gar nicht so recht, was man da solle, und überhaupt: die anwesenden Vertreter der Ärzte und Krankenkassen hätten sich ziemlich abweisend verhalten. In Anbetracht der vielen Stunden, die ihn das Ganze gekostet habe, sei er sich nicht sicher, ob er weiter daran teilnehmen solle. Er soll, findet Frau Hellmann, die froh ist, dass sie nicht selber diesen Part auch noch übernehmen muss. Patientenbeteiligung ist schließlich eine wichtige Angelegenheit.

Dennoch: Immer mehr muss sie sich fragen, wie es weiter gehen soll mit dem Verein. Auf der letzten Mitgliederversammlung hat sie vorsichtig angekündigt, in spätestens drei Jahren endgültig aufzuhören. Aber wer soll den Job dann machen? Gemeldet hat sich bisher niemand. Frau Wiesner auf jeden Fall nicht, die kann ja auch nicht mehr. 240 Mitglieder – wo zum Teufel stecken die alle? Wieder klingelt das Telefon, und diesmal ist es wirklich ein Betroffener, frisch diagnostiziert. Er habe aus dem Internet von der MI Deutschland erfahren und brauche dringend Beratung.

Frau Hellmann kann sich nach den vielen Jahren der eigenen Diagnose-Odyssee immer noch sehr gut in die Lage des jungen Mannes hineinversetzen. Sie hilft gerne und kompetent – kaum jemand kennt sich so gut aus mit medizini-

schen Fachfragen, Behandlungsmöglichkeiten und Ansprechpartnern auf der Ärzteseite.

Zwei Stunden später beendet sie das Gespräch. Sie fühlt sich erschöpft aber auch irgendwie gut. „Nichts entschädigt einen für die Anstrengungen besser als die Möglichkeit, ganz konkret und praktisch zu helfen!“

Aus dem Internet hatte der junge Patient die Information. Das hört sie neuerdings häufiger, seit ihr Bruder, gelernter Informatiker, der Organisation eine Website kostenlos erstellt hat. So toll sieht die aus, richtig professionell und mit vielen guten Informationen, die sie von ihrem Computer aus zusammenstellt. Ansprechpartner sind mit Foto und Telefonnummer zu finden; na ja, eigentlich nur sie und Frau Wiesner. Seitdem haben die Beratungsgespräche zugenommen, mitunter gehen bis zu 20 Stunden in der Woche damit drauf. Manchmal weiß sie wirklich nicht, wie das weiter gehen soll, besonders an Tagen wie diesem. Eigentlich würde Frau Hellmann jetzt gerne nur noch den Fernseher an- und sich dafür abschalten. Aber die Vorbereitungen für das Familientreffen sind voran zu bringen, und das Mitgliederinfo wartet auch auf Fertigstellung ...

Als Frau Hellmann zu fortgeschrittener Stunde doch noch mit einem Glas Wein vor dem Fernseher sitzt, ‚zappt‘ sie zufällig in einen Beitrag eines Politmagazins. Darin geht es um Pharma-Unternehmen und deren Versuche, die Selbsthilfe für ihre Interessen einzuspannen. Auch die Praxis einiger Selbsthilfegruppen wird kritisch beleuchtet. Frau Hellmann kann den ganzen Ärger nicht verstehen. Sie hat ein anderes Problem: Pharmaunternehmen spenden immer weniger! Und dabei wird das Geld dringend gebraucht! Wie sollen sie denn die nächste Fachveranstaltung sonst finanziert bekommen? Sie fühlt sich unverstanden. Ihre Unabhängigkeit sieht sie nicht in Gefahr. Ärger über die Berichterstattung löst das Gefühl aus, jahrelang fast unbemerkt für Betroffene tätig zu sein, dann aber wegen einer guten Schlagzeile das ganze Engagement in Frage gestellt zu sehen.

Kurz bevor sie ins Bett gehen will, klingelt wieder das Telefon. Ein Ratsuchender, der keine Skrupel hat, abends um elf anzurufen. Frau Hellmann findet das eigentlich unverschämt, verkneift sich aber eine entsprechende Bemerkung. Die Beratung fällt diesmal allerdings erheblich kürzer aus. Den Vorschlag, doch zum nächsten Gruppentreffen zu kommen, wiegelt der Betroffene ab mit den Worten: „Mal sehen, ich weiß nicht, ob mir das wirklich was bringt.“

„Irgendwas hat sich doch sehr verändert“, findet Frau Hellmann. Am Anfang war alles recht überschaubar in der Selbsthilfe. Aber mittlerweile sind die Erwartungen von verschiedenen Seiten immer höher geworden. Immer mehr Menschen suchen Beratung und Betreuung, werden jedoch nicht Mitglied, geschweige denn zu aktiven Mitarbeitern. Überhaupt ist die Mitgliederentwicklung in den letzten Jahren stagnierend oder sogar sinkend gewesen. Vielen sei der Mitgliedsbeitrag zu hoch, war auf der letzten MV zu hören. Als

wenn das nicht genug wäre, haben Termine von Dachverbänden und Fachgesellschaften zugenommen. „Aber, wir wollten ja auch, dass es voran geht“, denkt Frau Hellmann. Doch wer soll das alles leisten? Ein Angestellter wäre gut, wenigstens für die viele Büroarbeit. Doch das ist leider kaum zu finanzieren.

Wie sagte neulich ein Hauptamtlicher zu ihr? Gerade die Tatsache, dass in der MI-Selbsthilfe alle selber betroffen und außerdem ehrenamtlich tätig sind, mache doch das Besondere und die Qualität der Selbsthilfe aus. „Schön, schön“, denkt sie noch, bevor sie einschläft, „ich lade dich nächste Woche mal zum Briefmarken kleben ein!“

Liebe Leserinnen und Leser, wenn Sie jetzt auch gerne einmal bei Frau Hellmann anrufen möchten, muss ich Sie leider enttäuschen. Es gibt sie natürlich nicht, ebenso wenig wie die ‚MI Deutschland e.V.‘ – zumal der genannte Morbus Imaginensis von der ärztlichen Wissenschaft ja noch gar nicht entdeckt wurde. Als ich mir diese kleine Geschichte ausdachte, standen aber durchaus viele lebendige Gesichter vor meinen Augen. In meiner Arbeit als Unterstützer und Berater von Selbsthilfeorganisationen in Nordrhein-Westfalen höre ich von vielen verschiedenen Verbänden immer wieder ähnliche Geschichten. Angesprochen werden die einseitige Arbeitsverteilung durch fehlende aktive Mitarbeit, bei gleichzeitigem Zuwachs an Aufgaben und gestiegenen Erwartungen von Seiten der Gesellschaft und der Politik. Höhere Bekanntheit und bessere Erreichbarkeit von Ansprechpartnern der Selbsthilfe durch Kontakt- und Informationsstellen, Internetdatenbanken und die Webauftritte der Organisationen selber lassen das Beratungsaufkommen z. T. gewaltig anwachsen. Dazu wird ein verändertes Nachfrageverhalten vieler ratsuchender Menschen berichtet, die Selbsthilfe zunehmend als Informations- oder Dienstleistungsangebot in Anspruch nehmen, ohne das grundlegende Prinzip der Selbsthilfe als ein wechselseitiges ‚Für-einander-Leisten‘ zu verstehen oder verstehen zu wollen. Zugleich wird Selbsthilfe durch die fortgesetzte kritische Berichterstattung in den Medien zum Thema Pharmasponsoring teilweise entidealisiert und in ihrer Glaubwürdigkeit hinterfragt.

In den Gesprächen mit vielen verschiedenen Organisationen werde ich mit diesen Problemen und Fragestellungen fast jedes Mal konfrontiert. Dabei fällt mir immer wieder auf: Abhilfe, so denken viele Vertreter der Selbsthilfe, müsste von außen kommen: Andere Betroffene mögen sich endlich auch mal engagieren, mehr Geld müsste zur Verfügung gestellt werden, und all diejenigen, die Selbsthilfe als von der Pharmaindustrie abhängig bezeichnen, könnten sich ja bei ihnen mal persönlich informieren!

Solches hörend frage ich mich, was ich denn hier tun könnte. Ehrenamtliche stehen mir leider nicht auf Abruf zur Verfügung. Geld habe ich ebenso wenig zu verteilen. Und zudem fehlt mir die Überzeugung, dass sich damit die Problemlage ursächlich verbessern ließe. Dabei haben die vorgeschlagenen Lösungen sicher ihre Berechtigung. Die Verärgerung und den Unmut vieler Vor-

stände und anderer Aktiver kann ich auch sehr gut nachvollziehen. Was also bleibt an Möglichkeiten der Unterstützung?

Oft sind es bereits kleine Anstöße und Impulse, die hilfreich sind. Bei vielen aktiven Menschen in der Selbsthilfe erlebe ich sehr hohe Erwartungen an die eigene Rolle und das eigene Tun. Aus dem Gefühl der Verpflichtung gegenüber den Betroffenen gerät die Grenze der eigenen Belastbarkeit schnell aus dem Blickfeld. Erst in der Spiegelung durch den Betrachter fällt manchen auf, was sie eigentlich alles leisten. Hier frage ich dann nach: Müsst ihr das alles machen, oder darf es auch etwas weniger sein? Der Berater fungiert als Rückversicherer: Ja, es ist völlig legitim, Grenzen zu ziehen. Es ist sogar notwendig. Das mag banal klingen, ist aber in den Ohren vieler Vertreter der Selbsthilfe tatsächlich eine ganz neue Musik. Natürlich ist jedem klar, dass das, was er oder sie als Ehrenamt ausübt, auf der Grundlage freiwilliger Entscheidungen beruht und jederzeit kündbar ist, was aber im Zugzwang täglicher Verpflichtungen nicht als echte Option erscheint. Es ist auch nicht einfach, die Verteilung von Arbeit und Verantwortung zu organisieren, Grenzen klar zu ziehen und auch einzuhalten, wenn dazu im Verband keine Erfahrungen und daraus folgend kein entsprechendes Handlungsrepertoire existieren. Dazu gehören umfangreiche, gemeinsam von allen Beteiligten der Organisation getragene Entwicklungs- und Veränderungsprozesse, die nicht unbedingt konfliktfrei ablaufen. Machtkonstellationen werden womöglich thematisiert und die eigene Rolle im Verband hinterfragt. Noch dazu sind solche Prozesse meist langwierig und erfordern viel Kraft. Dass hier Widerstände und Hemmnisse bestehen, ist verständlich.

Ohne die Bereitschaft zur Veränderung geht natürlich nichts. Meine Erfahrung ist: selbst dauerhafte Überlastungszustände einzelner Vorstandsmitglieder werden oft erstaunlich lange ausgehalten. Veränderungen im System erscheinen bis zu einem – meist plötzlich erreichten – Punkt als noch schlimmer oder gar undenkbar. An diesem Punkt aber hört man dann plötzlich, Herr X oder Frau Y könnten so nicht weiter machen und legten ihr Amt nieder. Dann ist natürlich helle Aufregung, die Nachfolge muss unter Zeitdruck organisiert werden; kein guter Start für die Nachfolger.

Wie kann es dazu kommen?

Das Beispiel von Frau Hellmann steht stellvertretend für viele Verbandsbiographien. Alles hat einmal klein angefangen und wurde von einigen wenigen Personen getragen. Die Ziele waren klar, die Pioniere hoch motiviert. Die Zusammenarbeit im kleinen Kreis war vertraut und bedurfte nicht allzu vieler Absprachen. Kleine Erfolge wurden gemeinsam erlebt und gaben Kraft und Energie für den weiteren Weg. Die Mittel waren bescheiden: die erste Broschüre wurde noch in Eigenregie am Küchentisch gebastelt.

Auf die Gründungs- folgte die Wachstumsphase. Fast unmerklich wuchsen nicht nur die Mitgliederzahlen, sondern auch die Aufgaben. Der kleine Aktivenkreis professionalisierte sich, sammelte Wissen und Erfahrung. Nach eini-

gen Jahren ist aus einer eher informellen Gruppe eine Organisation mit Rechtsform geworden. Das Layout der Broschüre kommt jetzt vom Graphikdesigner. Ein Webaufttritt wird gestaltet. Hier werden Fachinformationen angeboten, die schnell und unkompliziert Betroffene und auch Ärzte über die Erkrankung informieren.

Und wer leistet das alles? Außer vereinzelt neuen Mitarbeitern ist die Leitungsgruppe wahrscheinlich immer noch dieselbe, vielleicht ist sie sogar geschrumpft. Gleichzeitig hat sich das Niveau der jährlich zu organisierenden verbandlichen Aktivitäten enorm gesteigert. Jetzt kommt es bereits dem einen oder anderen aus dem Vorstand so vor, als jage eine Verpflichtung die nächste, während das Gefühl der Selbstbestimmung in der Aufgabenwahl und im Grad der Arbeitsbelastung sich verringert. Ich nenne es das ‚ICE-Gefühl‘: man sitzt im fahrenden Zug, die Landschaft rast vorbei. Unterwegs aussteigen geht nicht, ebenso ist es nicht möglich, die Richtung zu ändern. Was bleibt, ist die Notbremse. Aber wie man weiß, ist der Gebrauch derselben nur in Notfällen erlaubt – also doch lieber noch ein Stückchen durchhalten.

Doch untergründig ist noch mehr passiert. Während sich das Wissen und die Erfahrung in der Selbsthilfearbeit bei der Aktivengruppe stetig vermehren, konnten sich die anderen Mitglieder größtenteils nicht mitentwickeln. Vielleicht im Bereich des Wissens über die Erkrankung, aber sicher nicht bei Organisations- und Leitungskompetenzen. ‚Frau Hellmann‘ und der harte Kern haben sich unersetzbar gemacht, sicher ohne es zu wollen oder es anfangs überhaupt zu bemerken. In der entstandenen Situation war es zunächst auch keine Arbeitserleichterung, neue Mitarbeiter mit einzubeziehen. Das erfordert Einarbeitung und vermehrte Absprachen, außerdem, zumindest zu Beginn, die Kontrolle der Ergebnisse. Das jahrelange Allein-Wirtschaften hat zudem besondere Erwartungen an die Ausführung der Arbeit geprägt – für Neue oft kein Vergnügen, sind doch Konflikte mit der/dem „Alteingessenen“ fast vorprogrammiert. Die eingefahrenen Arbeitsweisen bleiben in der Folge für Außenstehende intransparent, der Vorstand arbeitet in einer „Black-box“. So entstehen hartnäckige Hürden für potentielle Neueinsteiger, erscheint doch die Messlatte für den Einstieg und eine erfolgreiche Tätigkeit für viele zu hoch gelegt: „Also was Frau Hellmann leistet, das könnte ich nie schaffen!“ Und wollten Sie das überhaupt? Wie wirkt das voll- oder überbeschäftigte Dasein einer gehetzten Vorsitzenden mit „Manager-Terminkalender“ auf potentielle Nachfolger?

An dieser Stelle kommt oft eine tiefgreifende Fehlkommunikation in Gang. Je größer die Belastungen im Vorstand werden, je weniger bleibt Zeit für Absprachen und Arbeitsverteilung. Bei den Mitgliedern kommt aber eine andere Botschaft an: Wir werden nicht gebraucht – oder sogar nicht gewollt. Gleichzeitig beginnen häufig Vorhaltungen der wenigen Aktiven, verdeckt oder offen ausgesprochen (gerne auf der MV): Wir müssen alles allein machen! Wenn das so weiter geht, dann hören wir ganz auf! Doch die Drohungen verhallen ungehört, Resonanz kommt keine. Warum?

Erstens glauben die meisten sowieso nicht an eine konsequente Umsetzung des Angekündigten („Das hat sie ja schon oft gesagt“). Zweitens fühlt sich

keiner persönlich angesprochen. Drittens wird mit solchen generellen Ansagen keine einzige konkrete Aufgabe genannt, bei der Mitarbeit gewünscht wird. Viertens wäre selbst im Falle, dass eine Aufgabe benannt würde, erst eine weitere Hürde zu überwinden: Die/der potentielle Ehrenamtliche fragt sich: Woher soll ich wissen, dass die mich dann nicht gleich ganz vereinnahmen? Hinzu kommende bereits besagte Zweifel an den eigenen Fähigkeiten lassen einen unsicheren Kandidaten dann ganz abrücken von der Vorstellung, sich einzubringen.

Je länger sich solche oder ähnliche Muster einprägen, umso schwieriger wird es, den Verband wieder in andere Gewässer zu lenken. Manchmal ist nur noch die große Krise der Ausweg, ausgelöst durch den Weggang einer ganzen Vorstandsgeneration. Die Angst von Veränderungen, dass etwas von dem (mühsam) Erreichten zurück gelassen werden müsste, ist meist die am tiefsten sitzende Barriere für vielleicht hilfreiche Kurskorrekturen. Erst wenn alles auf dem Spiel steht, werden neue Wege sichtbar und möglich – z.B. bestimmte Aufgabenbereiche nicht mehr oder nur eingeschränkt zu erfüllen, um die Selbsthilfeorganisation im Kern zu bewahren. In der Außenbewertung mag das dann als Verlust gewertet werden, obwohl doch die Organisation im Sinne ihrer Krisen- und Konfliktfähigkeit enorm gewachsen ist!

Der Blick auf die Selbsthilfe ist oft sehr „Output-orientiert“: Was rauskommt, zählt: das neue Infoblatt, die tolle Fachveranstaltung, die Anzahl der Mitglieder und der eingenommen Spenden. Auch intern stehen diese Werte häufig im Vordergrund. Folglich werden die Taten der Vorsitzenden auch daran gemessen, was es ihnen nicht eben leicht macht, weniger „Output“ als Erfolg zu verkaufen. Die Folge ist: weniger Veränderungsspielraum und mehr Erfolgsdruck. Wenn dann die Rahmenbedingungen sich verändern, gerät das System unter Druck. Beispiel: immer weniger Menschen möchten sich der Selbsthilfegruppe dauerhaft anschließen. Es reicht ihnen, Informationen einfach und schnell zu erhalten. Das können sie vielfach auch über telefonisch erreichbare Ansprechpartner oder den Internetauftritt.

Dabei haben die Verbände selbst dazu beigetragen, diese Situation zu schaffen. In mühseliger Kleinarbeit habe sie jahrelang Informationen zusammengetragen und den Wissensstand über ihre Erkrankung verbessert. Unter Nutzung moderner Kommunikationsmittel sind diese Informationen nun auch leichter zugänglich und für jedermann nutzbar. Als beachtlicher Sekundäreffekt greifen sogar Ärzte immer mehr darauf zurück, gerade bei seltenen Erkrankungen. Ansprechpartner der Selbsthilfe bei vor wenigen Jahren noch gänzlich unbekanntem Erkrankungen lassen sich binnen Sekunden „googeln“. Da ist es doch klar, dass sich das Verhalten der Betroffenen verändert. Sie erhalten einfachen Zugriff auf Informationsquellen und nutzen sie.

Was aber bei der entstehenden Vielzahl an Patienteninformationen, auch außerhalb der Selbsthilfe, notwendiger wird als das Bereitstellen derselben, ist die Aufgabendifferenzierung: Was können und wollen Selbsthilfeorganisationen Betroffenen anbieten? Worin unterscheidet sich dieses Angebot von anderen? Was können oder wollen sie nicht anbieten? Wo wird auf die Arbeit

der Selbsthilfegruppe verwiesen? Wo wird Ratsuchenden auf der Internetseite vermittelt, dass hier Ehrenamtliche aus heimischen Wohnzimmern beraten und nicht ein geschulter Servicemitarbeiter der ‚Wir-sind-immer-für-Sie-da-24-Stunden-Beratungshotline‘?

Diese Betrachtungsweise kann auch auf andere Aspekte der Organisation angewendet werden: Was strahlt eine Organisation aus, die z.B. in den Mittelpunkt von Broschüren oder auf ihrer Internetseite, recht professionell aufbereitete und umfassende Informationsangebote zur Verfügung stellt? Deren Tagungsprogramme voll von Vorträgen hochkarätiger Ärzte sind, aber die Selbsthilfe kaum Erwähnung findet? Wirkt das nicht eher wie eine gut funktionierende Institution, die zwar Mitgliedsbeiträge, aber nicht unbedingt aktive Mitarbeit ihrer Mitglieder benötigt?

Aber auch der Umstand, dass manche Gesundheitspolitiker Selbsthilfe am liebsten verordnen würden, verändert deren öffentliche Wahrnehmung, verändert ihr Gesicht: von der kritischen und basisorientierten Gegenbewegung hin zur gesundheitsfördernden Maßnahme in ordentlich organisierten Vereinen. Auch das kann neues Engagement von außen hemmen, zumindest für die Menschen, die in der Selbsthilfe anderes suchen.

Um nicht falsch verstanden zu werden: An manchen Umständen lässt sich wahrscheinlich wenig ändern. Gerade bei Selbsthilfeorganisationen zu seltenen Erkrankungen sind die Rahmenbedingungen m. E. besonders schwierig: wenige Betroffene, die durch die Erkrankung hoch belastet sind und zudem auch noch weit verstreut voneinander wohnen – dies macht die Verteilung von Arbeit und Verantwortung auf viele Schultern nicht gerade einfach.

Dennoch trifft für große wie kleine Organisationen zu, dass sich die Rahmenbedingungen, in denen sie sich bewegen, verändert haben. Wie gesagt, auch und gerade durch die Früchte der eigenen Arbeit! Diese Veränderungen wirken wiederum auf die Organisationen zurück, deren Selbstverständnis in der Folge zwangsläufig in Frage gestellt wird.

Deshalb wird die Auseinandersetzung mit eben diesem Selbstverständnis so wichtig: Was wollen *wir* eigentlich? Wie verstehen *wir* uns als Selbsthilfeorganisation? Was sind unsere primären Ziele? Das „*wir*“ steht hier bewusst kursiv gesetzt für die Notwendigkeit des gemeinsamen Prozesses, der sich nicht auf die Leitungsebene beschränken darf.

Dazu gehört die Frage der Umsetzung, der Arbeitsbewältigung. Wer seine Mitglieder zu mehr Mitarbeit auffordert, braucht auch entsprechende Strategien und Konzepte, um evtl. bestehende Hürden (wie beschrieben) abzusenken. So ist es wichtig, herauszufinden, welche Erwartungen und Bedürfnisse potentielle Mitarbeiter haben, wie Ängste abgebaut und fehlende Voraussetzungen durch Fortbildung und Qualifizierung behoben werden können. Oder auch anders herum gedacht: Was weiß die Organisation über die Kompetenzen ihrer Mitglieder?

Das wichtigste aber ist: die Pflege von Austausch und Gemeinschaft. Ob in der Selbsthilfegruppe vor Ort, in Form von Aktiventreffen oder Familienfreizeiten,

Selbsthilfe wird nur hier konkret erlebbar und mitgestaltbar. Hier findet Einbindung statt, hier werden die Voraussetzungen für ein nachfolgendes und weitergehendes Engagement überhaupt erst geschaffen. Denn die soziale Gemeinschaft ist es, die für viele zur zentralen Erfahrung von ‚Selbsthilfe‘ wird. Für einige (längst nicht für alle) kann das der Auslöser für eine ehrenamtliche Mitarbeit werden: „Dafür möchte ich mich einsetzen, das möchte ich bewahren helfen.“

Aus Studien zum Ehrenamt wissen wir heute aber auch, wie wichtig es ist, Aufgaben zu beschreiben und zu begrenzen. Die zunehmend komplexeren persönlichen Lebenskonstellationen und -aufgaben zwischen Erwerbsarbeit und Familienleben etc. lassen für viele derjenigen Menschen, die für ehrenamtliche Aufgaben besonders geeignet wären (z.B. wegen der in der Erziehungs- und Familienarbeit erworbenen sozialen Kompetenzen), nur ein begrenztes Zeitkontingent zu freien Verfügung. Daher werden flexible und zugleich zeitlich begrenzte Tätigkeitsbereiche wichtig. Das ist nicht nur bei Projektarbeiten der Fall (die zwar einen zeitlich begrenzten, aber dafür in der Regel hohen Arbeitsinsatz bedeuten), sondern auch bei kleinen Arbeitsbereichen, die kontinuierlich erbracht werden, z.B. im Bürobereich. Gerade Email und Web lassen hier ganz neue Möglichkeiten der dezentralen Arbeitsverteilung entstehen, bei der die sonst aufwendigste Komponente entfällt oder reduziert werden kann: die Zeit für Hin- und Rückreise bei persönlichen Treffen.

Aber um es noch einmal zu verdeutlichen: Es geht hier nicht um die selektive Ausarbeitung und Anwendung von Sozialmanagement-Konzepten. Die Anlehnung und teilweise Adaption von Unternehmensstrategien sind, bezogen auf den Bereich der organisierten Selbsthilfe, aus meiner Sicht gerade nicht sinnvoll.

Um auf die eingangs gestellte Frage zurückzukommen: Wie aber können Selbsthilfeorganisationen in diesen Prozessen unterstützt werden?

Die erste Frage dazu ist, ob sie das überhaupt wollen. Meine Erfahrung mit den Angeboten der Unterstützungsstelle lassen mich diesbezüglich ein differenziertes Bild zeichnen. Der Berater geht dabei einen schwierigen Weg. Spiegelt er offen und ehrlich, was aus seiner Sicht im Gespräch deutlich wird, läuft er Gefahr, schnell einen wunden Punkt zu treffen. Gerade wenn viele Jahre ‚einsamen Kämpfens‘ im Hintergrund des ehrenamtlichen Mitarbeiters stehen, werden Hinweise auf – aus Betrachterseite – sinnvolle Veränderungen leicht als Angriff auf das persönliche Wirken verstanden. Hier sind eine respektvolle Haltung und das Vermeiden von voreiligen Interpretationen der Verbandssituation inklusive gleich mitgelieferter Lösungsansätze unbedingt erforderlich. Auf der anderen Seite kann gerade die individuelle Beratung genutzt werden (und wird es auch), mit dem neutralen Berater die eigene Situation zu reflektieren um z.B. ein schwieriges Gespräch im Vorstand vorzubereiten. Je größer die Fähigkeit zur Rollendistanz ist, desto leichter gelingt der Umgang mit Veränderung. Und umso leichter fällt es dann dem Betroffenen, die sachliche Ebene von persönlicher Kritik zu unterscheiden. Aus diesen Begegnungen entstehen häufig längerfristige Begleitungen, die z.B. in die Erar-

beitung eines Handlungsplanes im Vorstand oder mit aktiven Mitarbeitern münden kann.

So sind einige Organisationen mit diesen Fragen auf dem Weg. Was liegt also näher, als den gegenseitigen Austausch anzuregen? In NRW hat die Unterstützungsstelle ein Forum für Vorstände und aktive Mitarbeiter aus unterschiedlichen (kleineren) Selbsthilfeorganisationen initiiert. Hier werden die eigene Situation und Rolle im Verband thematisiert, als auch verbandliche Probleme angesprochen, Handlungs- und Erfahrungswissen ausgetauscht und Lösungsstrategien erarbeitet.

Ehrenamtliche bringen viele Kenntnisse und Kompetenzen für ihre Tätigkeit mit: im beruflichen Leben erworbene Qualifikationen, Lebenserfahrung, Erfahrungen mit der eigenen Erkrankung und Therapie usw. Für die Mitarbeit in einer Selbsthilfeorganisation fühlt sich aber dennoch nicht jeder ausreichend gut gerüstet. Obwohl an sich nahe liegend, folgt daraus nicht selbstverständlich, neue (und auch ältere) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Entwicklung neuer Kompetenzen durch Fortbildung und Qualifizierung zu unterstützen. Zugegeben: Entsprechende Angebote sind nicht so leicht zu finden, aber es gibt sie¹. Wünschenswert wäre aus Sicht der Unterstützungsstelle eine besser etablierte und auch finanzierte Bildungslandschaft, die Menschen in der Selbsthilfe oder im sozialen Ehrenamt besser auf ihre Aufgaben vorbereitet, aber auch Sicherheit und Selbstkompetenz im Umgang mit Möglichkeiten und Grenzen in ihrer Arbeit vermittelt. Darüber hinaus geht es nicht nur um individuelle Qualifizierungsgewinne einzelner Mitarbeiter, sondern eine Kompetenz- und Organisationsentwicklung auf allen Ebenen der Organisation angeht. Ein Vorstandsmitglied, das sich z.B. im Bereich Ehrenamtsentwicklung qualifiziert, wird mit seinen neu gewonnenen Ideen bisherige Organisationsstrukturen hinterfragen und langfristig Veränderungsprozesse initiieren.

Trotz der steigenden Bedeutung der Ehrenamtsförderung ist der Kompetenz- und Organisationsentwicklung in der Selbsthilfe bislang noch ein Nischendasein beschieden. Selbsthilfe-Kontaktstellen gehen hier zwar auf Problemstellungen von regionalen Selbsthilfegruppen ein, wie z.B. die Schwierigkeit vieler Gruppen, junge Betroffene anzusprechen oder Nachfolger für Gruppensprecher zu finden etc., die Bedarfe und die Situation von Selbsthilfeorganisationen hingegen werden kaum wahrgenommen und thematisiert (abgesehen von einer Vernetzung zur Interessenbündelung und -vertretung). Dabei wird heute die Bedeutung von Selbsthilfe unermüdlich und gebetsmühlenartig gepriesen. Die Frage, wie die darin involvierten ehrenamtlichen Aktiven stetig steigenden Erwartungen nachhaltig entgegenzutreten sollen, bleibt aber offen. Wo werden sie ermutigt und unterstützt, Grenzen zu ziehen? Und wer traut sich, allzu großes ‚Überengagement‘ auch mal kritisch zu hinterfragen, statt nur allzeit ehrfürchtig die ehrenamtlichen Leistungen zu bewundern?

Bei alledem ist es letztlich ureigenste Angelegenheit der Selbsthilfeorganisationen, wie sie sich gegenüber steigenden Erwartungen verhalten und in welche Richtung sie sich entwickeln wollen. Die Wahrung dieser Autonomie ist

sicherlich eine Messlatte für das Selbstverständnis professioneller Unterstützer, ohne allerdings auf ehrliche und kritische Auseinandersetzung verzichten zu müssen. Mein Wunsch an die Selbsthilfe wäre hier: mehr Offenheit und weniger Abschottung in bewährter Vereinsmanier – auch im Dialog mit professionellen Selbsthilfeunterstützern.

Zuletzt die unvermeidliche Nagelprobe: Was sagt Frau Hellmann zu all dem? Ich sehe eine tiefe Falte auf ihrer Stirn, nachdenklich und vielsagend. Frau Hellmann schweigt. Schließlich aber bekomme ich doch noch eine Antwort: „Das ist ja ganz schön, junger Mann, was Sie sich hier zusammengestellt haben. Ich denk da mal drüber nach“, sagt Sie, und ich bin schon regelrecht entzückt, – „..... wenn ich mal Zeit habe.“

Anmerkung

¹ Konzeptionell beispielhaft, da mit spezifischem Bezug auf Selbsthilfeorganisationen erscheint mir die Seminarreihe "Kompetenzentwicklung in österreichweit tätigen themenspezifischen Selbsthilfevereinen", veranstaltet von der ArGe Selbsthilfe Österreich. Es zielt neben der Erweiterung von Handlungskompetenzen im gesundheitspolitischen Bereich auch ganz dezidiert auf soziale Kompetenzen ab: <http://www.selbsthilfe-oesterreich.at/intern/upload/Seminarreihe.pdf>. Weitere Fortbildungsangebote zur Kompetenzentwicklung im Ehrenamt finden Sie z.B. unter www.akademie.org. und www.ehrenamt.de.

Bernd Janota ist Leiter der ‚Unterstützungsstelle der Gesundheitsselfhilfe NRW‘, ein Projekt zur Beratung, Unterstützung und Kompetenzentwicklung für Selbsthilfeorganisationen, gefördert durch den BKK Landesverband NRW. Träger ist der Paritätische Wohlfahrtsverband Nordrhein-Westfalen. Die Geschichte von Frau Hellmann stammt aus dem Vortrag: „Selbsthilfe und ihre veränderten Anforderungen und Kompetenzen“, den er auf dem BKK-Selbsthilfetag am 19.10.2006 in Düsseldorf hielt.

Führung von Selbsthilfeorganisationen

Auch wenn in der Selbsthilfe die Prinzipien von Gleichberechtigung, Freiwilligkeit und wechselseitiger Hilfe vorherrschen, die mit *Führung* und den assoziierten Begriffen wie *Herrschaft* und *Macht* schwerlich vereinbar sind, handelt es sich bei Selbsthilfeorganisationen (SHO) bekanntermaßen nicht um „führungsfreie Zonen“. In der Regel werden auf allen hierarchischen Ebenen einer SHO Führungsaufgaben übernommen. Der vorliegende Beitrag will das Phänomen *Führung* in seiner Bedeutung und Ausgestaltung für SHO bzw. Selbsthilfeverbände näher beleuchten.

Begründung und Funktionen von Führung

In demokratisch verfassten Gesellschaften und in Organisationen, die aus sozialen Bewegungen mit breiter Partizipation und formaler Gleichberechtigung hervorgehen, wirft Herrschaft von Menschen über Menschen die Frage auf, wie sie gegenüber den Geführten und der Umwelt legitimierbar ist. Sachlich begründen lässt sich Führung dann, wenn Organisationen arbeitsteilig gegliedert sind und die Abläufe der organisationalen Ebenen bzw. die Aufgaben der Mitarbeiter aufeinander abgestimmt und miteinander verzahnt werden müssen. Dazu bedarf es einer übergeordneten strategischen Perspektive, die eine reibungslose *Koordination* und *Integration der Abläufe* ermöglicht. Je komplexer die Organisation, desto existenzieller wird die von der Führung zu erbringende *Lokomotionsfunktion* zur Gewährleistung der Zielerreichung und die *Kohäsionsfunktion* zur Sicherung der sozialen Integration. Die Übertragung formaler Macht an eine explizite Leitungsstruktur dient vornehmlich der Bestandssicherung nach außen wie innen. In der Umsetzung bedeutet das *Planung*, *Entscheidung*, *Steuerung* und *Kontrolle* – die klassischen Managementaufgaben – außerdem *Information*, *Delegation* und *Motivation der Mitarbeiter* sowie *Vertretung der Organisation* nach innen und außen

Betrachtet man diese Aspekte in SHO, so ergibt sich folgendes Bild: In Reaktion auf die wachsenden Mitgliederzahlen, die bundesweite Präsenz und die Ausdifferenzierung ihres Angebotes haben SHO längst geeignete Formen der Arbeitsteilung entwickeln müssen. In den nunmehr hierarchischen Organisationen mit mehreren Ebenen (Bund, Länder, Gruppen vor Ort) müssen Instrumente und Mechanismen gefunden werden, die geeignet sind, die Basis mit der Spitze zu verbinden und einen Umgang mit der Ausbildung lokaler Rationalitäten zu ermöglichen. Durch die in ehrenamtlichen Strukturen vorherrschende Organisationsabwehr („die Gruppe ist mir näher als der Verband“, vgl. dazu auch Krainz et al. 1995) stellt die Förderung der Identifikation mit dem Gesamtverband eine schwierige Führungsaufgabe dar. Neben der vertikalen Arbeitsteilung wird innerhalb der Bundes- und Landesebene (in einigen Orga-

nisationen auch auf der Gruppenebene) eine horizontale Form der Arbeitsteilung praktiziert, die gleichermaßen von zentralen Ansprechpersonen koordiniert werden muss. SHO haben in ihrem z.T. 20- bis 30jährigen Bestehen also einen Übergang von Gruppen- zu Organisationsstrukturen vollzogen¹ sowie formale Leitungen und ein stabiles Regelsystem aus Selbstverständnis, Normen, Routinen und Kompetenzen etabliert, dessen Fortbestehen nicht mehr vom Handeln einzelner Personen abhängig ist.

Durch die räumlichen Distanzen, die insbesondere innerhalb der Verbände für seltene Erkrankungen sehr groß sind, werden *effektive Kommunikationsstrukturen* und die rechtzeitige und gezielte *Information* zum Engpass. Das gilt für die Informationsübermittlung von der Spitze zur Basis genau so wie umgekehrt: Ohne den aktuellen Kenntnisstand der Versorgungssituation und der Probleme der Betroffenen, der im wesentlichen durch die Verbandsbasis vermittelt werden muss, kann die Verbandsspitze beispielsweise keine wirksame, auf Tatsachen beruhende Interessenvertretung betreiben.

Führung und der damit einhergehende *Handlungs- und Entscheidungsspielraum* unterliegt regelmäßig organisationalen Zwängen: In vielen Selbsthilfeverbänden gibt das demokratisch ausgerichtete Vereinsrecht den rechtlichen Rahmen vor. Als gewählter Vertreter des Vereins kann der Vorstand zwar Beschlüsse fassen, je nach Ausgestaltung der Satzung sind die Mitglieder aber mehr oder weniger zu beteiligen. Wenn die verbandliche Ordnungsstruktur zudem auf Landesebene rechtsfähige Untergliederungen vorsieht, dann ist der Bundesvorstand auf den Rückhalt seiner Landesvorstände angewiesen, um Entscheidungen nachhaltig umsetzen zu können. Ansonsten riskiert er massive Widerstände bis hin zu einer Abspaltung einzelner autonomer Einheiten. Vorteil der Dezentralisierung von Entscheidungskompetenzen nach dem föderalen Prinzip ist die Verhinderung unkontrollierbarer Machtanhäufung. Die Vorstände selber agieren formal als Team; in den meisten Satzungen wird ausgeschlossen, dass ein Vorstandsmitglied mehrere Ämter gleichzeitig besetzen kann; Beschlüsse werden in der Regel mit einfacher Mehrheit gefasst; bei Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt. Die Akzeptanz des Bundesvorstandes stellt sich in den untersuchten Verbänden unterschiedlich dar: Je nachdem, ob er als Dienstleister für die Länderebene und die Mitglieder oder als anerkannte, richtungsweisende Führungsinanz wahrgenommen wird.

Weitere führungsrelevante Faktoren bilden das *Ehrenamt* und die *Betroffenheit*: Der Vorstand verfügt gegenüber seinen ehrenamtlichen Mitarbeitern bzw. Mitgliedern weder über eine dem Arbeitsrecht vergleichbare Weisungsbefugnis noch über Sanktionsmacht. Zwar lässt sich aus dem Vertragsrecht eine „allgemeine Loyalitäts- und Treuepflicht“ ableiten, konkreter zu fassen als „dass das Mitglied alles zu unterlassen hat, was dem Verein und dem von ihm verfolgten Ziel schadet“, ist sie jedoch nicht (vgl. Brünsing 2005). In ehrenamtlich getragenen Organisationen ist zudem oft eine besonders ausgeprägte Ablehnung formaler Macht erkennbar – „auch dort, wo sie notwendig

und sinnvoll wäre“ (Krainz et al. 1995). Das zeigt sich z.B. in der Schwierigkeit, Ämter zu besetzen. Wenn wichtige Ämter längere Zeit vakant sind, droht die Gefahr eines Machtvakuum, und organisatorische Prozesse rutschen u. U. ins Informelle ab, wo sie sich einer Steuerungsmöglichkeit fast gänzlich entziehen. Die *Betroffenheit* führt mitunter dazu, dass man sich scheut, hart gegen einzelne durchzugreifen oder unpopuläre Entscheidungen zu treffen, was sich auf die Konfliktkultur auswirken kann. Andererseits begründet sich das Engagement der Mitglieder bzw. der Funktionsträger entscheidend aus ihrer Betroffenheit heraus und stellt somit ein hohes, für die Führung der Verbände relevantes Kohäsionspotenzial dar.

Was die Kontrollfunktion von Führungsarbeit angeht, so verfügen SHO über kein eindeutiges objektives Erfolgsmaß. Der Organisationszweck, der sich u. a. auf die Bekämpfung der jeweiligen Erkrankung und die sozial- und gesundheitspolitischen Interessenvertretung bezieht, lässt sich nicht in einer Kennzahl ausdrücken. Im Grunde tut man – will man dem Satzungszweck vollends genüge tun – nie genug. Zur Entlastung des Bundesvorstandes werden häufig administrative und z. T. geschäftsführende Tätigkeiten an hauptamtliche, bezahlte Mitarbeiter in einer Geschäftsstelle delegiert (in einigen Verbänden kann auch die Landesebene darauf zurückgreifen). Wichtig ist eine hinreichende Klärung der Zuständigkeiten und die Entwicklung von Strategien im Spannungsverhältnis *Ehrenamt versus Hauptamt*. Der Vorstand ist das zentrale Steuerungsgremium und muss in seiner Mitarbeiterführung den unterschiedlichen Motivlagen und Anerkennungsmechanismen von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern Rechnung tragen.

Rollen und Rollenwandel von Führungskräften

Die Erwartungen, die von den verschiedenen internen und externen Anspruchsgruppen an Führungskräfte von SHO herangetragen werden, sind vielfältig. Die ehrenamtlichen Führungskräfte nehmen deshalb unterschiedliche Rollen ein: sie sind Betroffene, Interessenvertreter, Arbeitgeber, Koordinatoren, Repräsentanten, Laienberater, Mediatoren, Krisenmanager etc. Hier soll eine Einteilung der Rollen in die Bereiche *Interessenvertretung*, *Verbandsmanagement* und *gemeinschaftliche Selbsthilfe* vorgeschlagen werden. Die Interessenvertretung ist stark nach außen gerichtet und beinhaltet alle Rollen, die dazu angetan sind, die Interessen des Verbandes effektiv zu vertreten (z. B. Repräsentant, Netzwerker, Verhandlungsführer, Stratege, Lobbyist). Das Verbandsmanagement bezieht sich auf die Rollen, die zur Koordination und Integration der organisationalen Abläufe notwendig sind und ist insofern nach innen gerichtet. Schließlich spielt die klassische Selbsthilfe zur Krankheitsbewältigung – *der ursprüngliche Grund, warum man sich der Organisation überhaupt zugewandt hat* – auch auf der Führungsebene von SHO noch eine Rolle. Zwar findet der Austausch mit anderen Betroffenen nur selten in einem Gruppentreffen statt, sondern eher informell, scheinbar nebenher; er schafft sich offensichtlich seinen Platz und hat dann eine hohe Kohäsionsfunktion. Die

Ausprägung der einzelnen Bereiche und ihre spezifische Kombination ist je nach Ebene und Professionalisierungsgrad der SHO unterschiedlich. V.a. durch die vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeiten der Patientenbeteiligung hat die Interessenvertretung insbesondere im Tätigkeitsfeld der Verbandsspitzen erheblich zugenommen. Die Rollenanforderungen der drei Bereiche sind teilweise nur schwer miteinander vereinbar. Die Führungskräfte sind gezwungen Rollendilemmata auszubalancieren, die von folgenden strukturellen Antagonismen geprägt sind: Demokratie versus Hierarchie, Ehrenamt versus Hauptamt, Laientum versus Professionalität, Innenorientierung versus Außenorientierung, Bewahrung versus Veränderung, Autonomie versus Zentralität. Bisweilen ist zu beobachten, dass unauflösbare Widersprüche die strategische Entscheidungskraft (mitunter auch die operative) lähmen.

Das für SHO relevante Umfeld ist von massiven Veränderungen gekennzeichnet: dazu zählen v.a. der steigende Kostendruck im Medizinsystem, die Entwicklung neuer Therapieansätze (je nach Krankheitsbild) und die Forderung nach Qualitätsnachweisen und Transparenz. Gleichzeitig spiegelt sich die zunehmende Subjektivierung und Flexibilisierung der Erwerbsarbeit in den Ansprüchen des „neuen Ehrenamtes“ an Inhalte, Formen und Zyklen des Engagements wider (vgl. Pankoke 2002). Der so entstandene Professionalisierungs- und Gestaltungsdruck verlangt neue Antworten. Um diese zu finden, nehmen die Vorstände in ihren Suchbewegungen neue Rollen ein, die stärker auf externe Vernetzung, strategische Positionierung und Sicherung von Wettbewerbsvorteilen zielen. Gleichzeitig müssen sie bei der Bewertung und Auswahl neuer Strategien das für die Organisation und ihre Mitglieder zumutbare Ausmaß an Veränderungen sowie das Tempo seiner Umsetzung richtig einschätzen. Führungskräfte in SHO schlüpfen also in die Rolle von Veränderungsmanagern, internen Beratern und Coachs. Eine der größten Herausforderungen dürfte in der gleichzeitigen Bewältigung verbandsinterner Veränderungen und des eigenen Rollenwandels liegen sowie der Ausbildung einer Veränderungsfähigkeit im Sinne der Organisationsdialektik.

Führung als Gestaltungsmittel

Der organisationale Rahmen in SHO wird maßgeblich durch die Faktoren Laientum, Ehrenamt und Betroffenheit sowie durch die föderale Ordnung und die Rechtsform geprägt. *Wie gestalten Führungskräfte in SHO unter diesen Bedingungen ein Führungssystem, das ja gleichzeitig den Mitarbeitern, den Umweltanforderungen und der Zielerreichung dienlich sein muss?* Im Zuge der Professionalisierungstendenzen ist in den Verbandsspitzen von einigen SHO der Wunsch laut geworden, den Verband nicht nur satzungsmäßig zu verwalten, sondern aktiv zu gestalten (vgl. auch Schulte et al. 2006) und nach außen gezielt Akzente zu setzen, um als integraler Akteur im Versorgungssystem wahrgenommen zu werden. Als hilfreich hat sich aus Sicht der Beteiligten eine selbstreflexive Klärung von *Daseinszweck* und *-form* sowie der *strategischen Ausrichtung* erwiesen. Um letztere transparent und überzeugend kom-

munizieren zu können, formulieren die Beteiligten konkrete *Ziele* wie Qualitätsverbesserung der Selbsthilfe-Angebote, Generationenablöse bzw. Neubesetzung wichtiger Ämter und Funktionalisierung der Kommunikationsstrukturen. Wenn es gelingt, geeignete Indikatoren zur Messung der Ziele zu finden, schafft man die Voraussetzungen für eine Erfolgskontrolle.

Leitfäden, Geschäftsordnungen und Rundbriefe, die auf die Implementierung verbandsinterner Standards zielen, stellen ein regelmäßig angewandtes Führungsinstrument in SHO dar. Da ihre mangelnde Akzeptanz regelmäßig beklagt wird, ergänzen zunehmend mehr SHO dieses Material durch selbst entwickelte, maßgeschneiderte Schulungs-Programme. Neben der Wissensdokumentation und -vermittlung erfüllen diese durch die Beteiligung *aller* verbandlichen Ebenen eine wichtige *Integrationsfunktion*. Die neu entstandenen Foren des Austauschs zwischen Basis und Spitze ermöglichen wechselseitige Rückmeldung und Anerkennung und unterstützen so das für SHO führungsrelevante *Ehrenamtsmanagement* (vgl. z.B. Kirchner 2007). Die Kommunikationsstrukturen werden verfeinert und eröffnen Chancen für gezielte, direkte Information und Motivation.

Um die existenziell bedeutsame Generationenablöse bzw. die Neubesetzung wichtiger Ämter zu begünstigen, wurde in einigen Verbänden eine Altersbegrenzung eingeführt. Zusätzlich versucht man für die frühzeitige Einbindung potenzieller Nachfolger und die Notwendigkeit der Einarbeitung ein Bewusstsein zu schaffen. Oft fehlt – selbst wenn Konzepte vorhanden sind – entweder die Zeit der gezielten Einarbeitung oder die Bereitschaft der Amtsinhaber, sich mit dem drohenden Abschied und der eigenen Entbehrlichkeit auseinanderzusetzen. Nur langsam scheinen sich die Verbände für die Erfordernisse der „neuen Ehrenamtlichen“ zu öffnen: Erste Ansätze findet man, wenn die Verbände so genannte „*Gelegenheitsstrukturen*“ schaffen, Projektarbeit einführen, die von vorne herein begrenzt ist, unterschiedliche Fachlichkeiten und Motivlagen berücksichtigen und Verantwortung an teilautonome Arbeitsgruppen delegieren, die sich quer zur Hierarchie formieren. So entstehen innerverbandliche Netzwerke, die durch ihre flexiblen Strukturen und ihre Kompetenzen eher anschlussfähig sind an strategisch bedeutsame externe Kooperationspartner. Der Wunsch, sich strategisch günstig zu verorten, sowie die zunehmende Öffnung nach außen drückt sich auch in der Bereitschaft aus, neben Betroffenen (und in vielen Fällen Angehörige) auch fördernde oder außerordentliche Mitglieder aufzunehmen.

In der konfliktträchtigen Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlichem Vorstand und hauptamtlich besetzter Geschäftsstelle sind kaum einheitlich praktizierte Vorgehensweisen erkennbar. Die Modelle unterscheiden sich v. a. hinsichtlich der Machtausstattung der hauptamtlichen Mitarbeiter, den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen, der Autorität und Akzeptanz des ehrenamtlichen Vorstandes und der Frage, ob die hauptamtlichen Mitarbeiter be-

treffen sind oder nicht. Um die Geschäftsstellen effizienter zu gestalten und sich auf Kernaufgaben konzentrieren zu können, werden Einzelaufgaben ausgelagert.

Je nach Reflexionsgrad der Vorstandsarbeit erkennen einige Führungskräfte in SHO die Bedeutung von Führungssubstituten. Dazu zählt in erster Linie die Beeinflussung der Verbandskultur (z.B. Umgang mit Fehlern, neuen Ideen, Konflikten). Geführt wird auch durch die soziale Kontrolle unter den Mitgliedern, und geführt wird, wenn die Arbeitsergebnisse selbsterklärend sind und keinerlei Feedback mehr notwendig ist (z.B. Wachstum des Verbandes, Rückmeldung der Ratsuchenden, Stimmung in der Gruppe). Explizite Führungsgrundsätze existieren nicht. Auffällig ist der hohe Zeiteinsatz an den Verbandsspitzen. Mittlerweile selbstverständlich erscheinen Fortbildungen (im Bereich Recht, Öffentlichkeitsarbeit und Lobbyarbeit, aber auch Maßnahmen der Teamentwicklung auf Vorstandsebene) und die Bereitschaft, zu (mindestens) bundesweiter Mobilität. Unterschiede in der Gestaltung des Führungsprozesses zeigen sich v. a. in Abhängigkeit von der Größe der SHO, vom Grad der Professionalisierung, von Art und Verbreitung der Erkrankung, von der finanziellen und personellen Ausstattung und von der Verbandskultur.

Ausblick

Führungsrelevante Besonderheiten von SHO und die speziellen Anforderungen an ihre Führungskräfte wurden noch wenig untersucht. Nach einer Phase, in der es notwendig war, stabile und verlässliche Strukturen auszubilden, erfordert die gegenwärtige Situation zunehmend wieder mehr Flexibilität und Möglichkeiten einer rascheren Entscheidungsfindung, um zeitnah und angemessen auf Veränderungen der relevanten Umwelt reagieren zu können. Hierarchische Koordination wird zugunsten partnerschaftlicher Koordinationsinstrumente zurückgenommen. In der Folge von fortschreitender Professionalisierung und der Öffnung der Verbände nach außen müssen die Grenzen der Organisation neu definiert werden. Hierbei entstehen Aufgaben für die Selbsthilfeforschung hinsichtlich der Frage, wie die Betroffenenorientierung gewahrt werden kann (vgl. dazu auch Englert 2004). Darüber hinaus ist Führungsarbeit insbesondere an der Verbandsspitze einer SHO mit vielfältigen Anstrengungen verbunden, die von der Diagnostik mikropolitischer Zusammenhänge bis zur überzeugenden Lobbyarbeit reichen können. Unklar ist, ob die Funktionsträger bestimmte persönliche Voraussetzungen und Fähigkeiten bereits mitgebracht oder durch Erfahrung in ihrer Ehrenamtskarriere erworben haben. Des Weiteren ist von Interesse, welche Belohnungssysteme bei dieser zeitaufwendigen, kraftraubenden, unbezahlten Tätigkeit greifen und wie sie sich mit Familie oder anderen Lebensbezügen vereinbaren lässt. *Gibt es soziale Kontexte, die eine Führungsfunktion stützen bzw. erschweren? Wie wirkt sie sich aus auf die Gesundheit oder die Krankheitsbewältigung?* Letztlich geht es um die Frage, ob und ggf. welche Unterstützungssysteme hilf-

reich oder notwendig wären. Möglicherweise gibt die in einigen Selbsthilfeverbänden bevorstehende Generationenablöse bereits erste Antworten.

Anmerkung

1 In einigen Fällen haben SHO erst Organisations- und dann Gruppenstrukturen entwickelt. In jedem Fall musste jedoch eine geeignete Struktur gefunden werden, um die unterschiedlichen Aufgaben zu erfüllen.

Literatur:

- Brünsing, P.: Ratgeber Vereinsrecht, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Düsseldorf (Hg.) 2005
- Englert, G.: Aufgaben der Selbsthilfeforschung. In: Borgetto, B. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsselfhilfe. Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, Band 15, 2004
- Kirchner, C.: Das Schulungs-Programm der Frauenselbsthilfe nach Krebs ist fertig. In: Leben? Leben! Verbandszeitschrift der FSH 01/2007
- Krainz, E. und Simsa, R.: Zur Beratung von Freiwilligenorganisationen. In: Grossmann, Krainz, Oswald (Hrsg.): Veränderungen in Organisationen, 1995
- Pankoke, E.: Ehren-Amt und Bürger-Kompetenz: Freies Engagement als soziales Kapital. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Nr. 3/ 2002
- Schulte, H. und Kirchner, C.: Lernen lernen in Selbsthilfeorganisationen am Beispiel der Frauenselbsthilfe nach Krebs. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2006, Gießen (Eigenverlag)

Christine Kirchner ist Mitarbeiterin des Instituts für gesundheits- und sozialwissenschaftliche Forschung und Beratung (IFB) in Freiburg. Als Personal- und Organisationsentwicklerin berät sie u.a. Selbsthilfeorganisationen. Dieser Artikel basiert auf Projektarbeiten mit ehrenamtlich geführten Selbsthilfeverbänden zur Entwicklung verbands eigener Schulungsprogramme oder zur Begleitung der Vorstandsarbeit.

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“¹ (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 Befragung². 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 Chi² - 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):**
Vorgeschlagen 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.

Theresa Keidel

Freud und Leid in der Selbsthilfeberatung

Blitzlichter aus der kollegialen Beratung

Viele Jahre eigener Erfahrung in einer Selbsthilfe-Kontaktstelle, Beratungs- und Fortbildungsarbeit mit anderen KollegInnen, sowie überregionale Netzwerkarbeit haben mich immer wieder an den eigentlichen Kern der Selbsthilfeunterstützung herangeführt. Zu den Herzstücken der Selbsthilfeunterstützung zählen Gruppengründung, Gruppenberatung und Gruppenbegleitung. Hier zeigt sich das ganze Spannungsfeld unseres professionellen Handelns. Gerade in der Anfangszeit unseres Berufszweiges wurde immer wieder kontrovers diskutiert und Extreme ausgelotet. So gab es Kolleginnen, die es Anfang der 90er Jahre als Grenzüberschreitung und eine Gefährdung der Gruppenautonomie ansahen, auch nur bei *einem* Gruppentreffen als Selbsthilfeberater anwesend zu sein. Wieder andere begleiteten eine Gruppe ein Jahr oder länger und mußten sich von anderen die Frage gefallen lassen, ob sie nicht selber ein Ablösungsproblem hätten.

Neben der geläufigen Begleitung in der Gründungsphase erweckte das Wort „Krisenintervention“ bei vielen KollegInnen einen hohen Erwartungsdruck und Ängste. Wie soll ich in einem solchen Fall den Besuch in der Gruppe gestalten? Steht wirklich die gesamte Gruppe hinter dem Wunsch, in der schwierigen Situation Hilfe von außen zu erhalten? Verfüge ich wirklich über das entsprechende Handwerkszeug, um den Gruppenkonflikt zu lösen?

Doch auch heute ist die Gruppenbegleitung ein breites Lernfeld, deren Qualität nur durch den kollegialen Austausch immer weiter verbessert werden kann.

Da die Selbsthilfe in die Jahre gekommen ist, sind außerdem Themen wie Abschied und Ablösung wichtiger geworden. In Gesprächen im Kollegenkreis wurden vermehrt Überlegungen laut, wie auch das Ende einer Selbsthilfegruppe oder ein Generationswechsel mit unserer Hilfe gut gestaltet werden kann.

Nachdem ich selbst in meiner aktiven Phase als Selbsthilfeberaterin immer am meisten an konkreten Fällen lernen konnte und mich ergänzend in den letzten Jahren mit Kolleginnen aus ganz Deutschland ausgetauscht habe, möchte ich hier drei Fallbeispiele aus der kollegialen Beratung vorstellen.¹

Die Kunst, so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig zu tun

Eine Kontaktstelle im Aufbau: Die junge Kollegin ist noch ganz neu im Bereich der Selbsthilfeunterstützung tätig. Die Kontaktstelle arbeitet in Trägerschaft eines großen Wohlfahrtsverbandes. Der Geschäftsführer ist dynamisch und

möchte schnellstmöglich Erfolge sehen. Gerade die Anzahl der Selbsthilfegruppen im Einzugsgebiet sollte seiner Meinung nach dringend wachsen. In die kollegiale Beratung bringt die Selbsthilfberaterin folgenden Fall ein:

Frau A., eine Frau mittleren Alters, kommt in die Selbsthilfe-Kontaktstelle und äußert den Wunsch, eine Gruppe zum Thema „Restless Legs“ zu gründen. Beim weiteren Verlauf des Gespräches kommt von Frau A. der Vorschlag, ein Faltblatt in Arztpraxen und Beratungseinrichtungen auszulegen und einen Presstext an die örtliche Presse, Rundfunk und Fernsehen zu verschicken. Als „Hausaufgabe“ bittet die Beraterin Frau A., mit einem Textentwurf und einer Pressemitteilung zum nächsten vereinbarten Termin zu kommen. Den vereinbarten Termin sagt die Betroffene ab, sie kommt jedoch unangemeldet zu einem anderen Zeitpunkt – ohne die „Hausaufgaben“. Danach hört die Beraterin über einen Zeitraum von mehreren Monaten nichts mehr von Frau A.

In die Kollegenrunde stellt die Selbsthilfeunterstützerin folgende Frage: Habe ich zuviel Eigeninitiative von Frau A. eingefordert? Wie kann ich mich in Zukunft verhalten, damit ein Gruppengründungsgespräch auch zum Erfolg führt?

Nach der Methode der kollegialen Beratung haben nun alle die Möglichkeit, frei zu assoziieren, eigene Erfahrungen zu berichten, bzw. Antworten auf die Frage zu geben. Die Fallberichterstatterin hört entspannt zu und schweigt. In der Beratungsrunde werden folgende Ideen und Einschätzungen geäußert:

- Viele Menschen haben Probleme mit schriftlichen Formulierungen. Es wird vermutet, daß die Klientin durch die hohe schriftliche Hürde abgeschreckt wurde. Hilfreich wäre es vielleicht, gleich beim ersten Termin gemeinsam mit der Gruppengründerin erste Textpassagen für Flyer oder für einen Presstext zu formulieren.
- Bewährt hat sich – so eine andere Kollegin –, beim ersten Treffen Textbeispiele anderer Gruppengründer mitzugeben. Außerdem hält sie es für sinnvoll, weitere Hilfe zum Formulieren für das zweite Treffen anzubieten.
- Als weitere Möglichkeit wird ein kleines, vertrauliches Pressegespräch vorgeschlagen. Die Hürde wird von vielen Personen niedriger eingestuft als intensive schriftliche „Hausaufgaben“.
- Muß es unbedingt immer gleich eine Gruppe werden? Einzelkontakte können bei spezielleren Themen auch eine gute Möglichkeit sein, Hilfe zur Selbsthilfe zu vermitteln. So könnte die Selbsthilfberaterin beim ersten Treffen die Gruppengründerin in „eine Selbsthilfebörse“ aufnehmen und erste Kontakte zu anderen Betroffenen vermitteln.
- Ein Kollege vermutet, dass die Klientin von einem anderen Profi geschickt wurde und daß Frau A. gar keine hohe Eigenmotivation hat. Er findet, die Beraterin hat sich vollkommen richtig verhalten.
- Dagegen hält eine weitere Selbsthilfberaterin die Motivation von Frau A. für relativ hoch, denn drei Kontakte (zwei persönlich, einmal telefonische Absage) zeigen, dass sie wirklich interessiert ist.

- Eine Abfrage nach einer Rückrufnummer beim ersten Treffen wird dringend angeraten, denn dann besteht die Möglichkeit, direkt nachzufragen, warum die Klientin eigentlich nicht mehr kommt. Vielleicht liegt ja auch ein ganz anderer Grund für das Wegbleiben vor (z.B. Erkrankung oder Wohnortwechsel).

Anschließend gibt die Falldarstellerin der Beratungsrunde ein Feedback:

Die Beratung wurde von der Kollegin als sehr hilfreich erlebt. Sie fühlt sich jetzt sicherer, was sie anbieten kann und warum es eventuell zu keinem guten Kontakt mehr gekommen ist. Vor allem der Gedanke, dass nicht immer gleich eine Gruppe entstehen muß, sondern auch einzelne Kontakte hilfreich sein können, ist für sie ein guter Arbeitsansatz. Wichtig ist für sie auch, dass die erfahrenen KollegInnen die schriftliche „Hausaufgabe“ als schwierig einstufen. Sie wird in Zukunft hier mehr Hilfen oder Alternativen, wie z. B. das kleine Pressegespräch, anbieten.

Vorsicht „Ansprechpartnerin“ – Vermittlung um jeden Preis?

Ein erfahrener Kollege bringt nun folgenden Fall ein:

Seit Jahren gibt es eine Selbsthilfegruppe für Umweltgeschädigte, die von einer sehr aktiven, aber auch schwierigen Person, Frau B., geleitet wird. Nur sie alleine (kein anderes Gruppenmitglied) ist bei der Selbsthilfe-Kontaktstelle bekannt. Sie erscheint auf allen Gesamttreffen und nimmt hoch engagiert an Veranstaltungen teil. Beim letzten Selbsthilfe-Fest hat sie als Letzte noch die Stühle weggeräumt und gekehrt. Andererseits ist Frau B. leicht reizbar und droht schon bei geringen Anlässen mit Anzeigen, Anwälten oder dem Weg in die Öffentlichkeit.

Da Frau B. aufgrund ihrer Umweltschädigung schon lange in ihrem Beruf als Bürokauffrau arbeitslos geworden ist, hat sie eine Ausbildung zur „Gesundheitsberaterin mit persönlichem Schwerpunkt Baubiologie“ absolviert und berät gegen Honorar auf selbständiger Basis Kunden, wie sie ihren Wohnraum gesundheitsverträglich umgestalten können. Nach Auskunft von Frau B. trennt sie diese Beratung jedoch streng von allen Selbsthilfegruppen-Aktivitäten.

Die Kontaktstelle macht sich in letzter Zeit Sorgen: Frau B. macht einen erregten, geradezu psychotischen Eindruck, der sich in den letzten Monaten sogar noch verschlimmert hat.

An die Kollegenrunde stellt der Kontaktstellen – Mitarbeiter folgende Frage: Soll ich an diese Gruppe weitervermitteln oder nicht?

Folgende Antworten werden gegeben:

- Zuerst wird folgende Meinung geäußert: Ja, der Kollege soll weitervermitteln. Schließlich sind das alles erwachsene Menschen, die selbst entscheiden können, ob diese Gruppe sie weiterbringt und ihnen gut tut.

- Dann wird von einer erfahrenen Kollegin die Gegenmeinung vertreten, dass die Kontaktstelle auch eine Verantwortung den Anrufenden gegenüber ernst nehmen muß. Eine Vermittlung durch die Kontaktstelle ist für viele wie eine Empfehlung oder ein Gütesiegel.
- Ein Kompromiß wird vorgeschlagen: Bei einer Neuvermittlung sollte vorgewarnt werden. Zum Beispiel kann die anrufende Person darüber informiert werden, dass wenig Kontakt zur Gruppe besteht und dass die momentanen Gruppenaktivitäten nicht genügend bekannt sind. Deshalb könne die Kontaktstelle die Qualität und die Inhalte der Gruppenarbeit momentan schlecht beurteilen.
- Ergänzend wird vorgeschlagen, dass vermittelte Personen genau aus diesen Gründen um Rückmeldung an die Kontaktstelle gebeten werden. Außerdem bestehe die Möglichkeit, sie bei negativen Erfahrungen bei einer eigenen Gruppengründung zu unterstützen.
- Eine weitere Beraterin benennt den Interessenkonflikt von Frau B. zu ihrer freiberuflichen Beratungstätigkeit. Dies ist unbedingt in einer Aussprache zu thematisieren.
- Vielleicht gibt es gar keine stabile Gruppe, sondern nur diese eine Person, die immer wieder neue Betroffene für eine kurze Zeit um sich scharft, vermutet eine Kollegin.
- Grundsätzlich ist es sinnvoll, eine zweite Ansprechpartnerin von der Gruppe benennen zu lassen, die der Kontaktstelle bekannt sein muß: dann läßt sich bei Bedarf eine „zweite Meinung“ einholen.
- Auch ein angekündigter Besuch bei einer Gruppensitzung wäre eine weitere Möglichkeit, um die Situation mit der gesamten Gruppe zu klären.

Rückmeldung des Falldarstellers:

Der Kontaktstellenmitarbeiter empfand die Runde als sehr entlastend. Gleichzeitig wurde ihm nochmals der Ernst der Situation bewusst. Er gesteht ein, dass er vor einer direkten Konfrontation mit Frau B. bisher Angst hatte. Frau B. schüchtert mit ihren Drohungen schnell ein und (miß-)braucht die Gruppe als Eintrittsbillett für die Angebote der Kontaktstelle. Gleichzeitig erlebt der Kollege während der Beratungsrunde die Phantasie, dass es tatsächlich gar keine Gruppe mehr gibt.

Er wird die Idee aufgreifen, vermittelte Personen um Rückmeldung zu bitten, sowie in Zukunft auf einer zweiten Ansprechpartnerin zu bestehen. Außerdem plant er gemeinsam mit einer Kollegin ein Gespräch mit Frau S. zu führen, um seine Bedenken offen anzusprechen. Auch ein angekündigter Gruppenbesuch kommt für ihn in Frage. Von den Ergebnissen des Gesprächs macht er seine weitere Vorgehensweise abhängig.

Etiketteschwindel oder Gruppenautonomie?

Im dritten Fall beschreibt eine Kollegin Probleme mit einer Gruppenbegleitung:

Eine Gruppe von „jungen Alleinstehenden“ wurde von der Kollegin sechsmal moderiert und ist ihr sehr ans Herz gewachsen. In der Gruppe sind alle nicht nur alleinstehend, sondern von sozialen Ängsten und anderen massiven psychischen Problemen betroffen. Dies hat sich im Laufe der ersten Monate so entwickelt, denn andere, seelisch gesündere TeilnehmerInnen sind nach und nach weggeblieben.

Die Kollegin befindet sich in der Ablösungsphase von der Gruppe und macht sich Sorgen, ob diese auch alleine funktionieren kann. Ihrer Einschätzung nach sind die TeilnehmerInnen aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigungen nicht in der Lage, gut für sich zu sorgen.

Außerdem findet sie, dass sich die Gruppe dringend umbenennen müsste, z.B. in Gruppe für „Junge Menschen mit sozialen Ängsten“. Ihrer Meinung nach würde die Gruppe dann ein klareres Bild nach außen vermitteln und könnte evtl. noch „passende“ neue Mitglieder an sich ziehen.

Folgende Frage stellt sie an die Beratungsrunde: Wie kann ich es schaffen, dass sich die Gruppe umbenennt und gut weiterläuft?

Hier eine Zusammenfassung der wichtigsten Themen der kollegialen Beratung:

- Die Einschätzung überwiegt, dass die Namensgebung eine autonome Gruppenentscheidung ist. Es gibt sogar eine Rückmeldung, dass es richtig ist, das Thema "harmloser" zu fassen, um neue Alleinstehende zu werben. Vielleicht kommen dann nicht so stark belastete Gruppenmitglieder wieder neu dazu.
- Ein Kollege vertritt eine Gegenmeinung: er findet, dass „passgenaue“ Gruppennamen von Vorteil sind, denn nur so treffen gleich die Richtigen in der Gruppe zusammen, und es kommt zu keinem großen Wechsel (siehe erste Phase).
- Auch ohne eine enge Namensgebung kann die Selbsthilfe-Kontaktstelle im Vermittlungsgespräch mit Interessenten über die Beschreibung der Gruppe passende Gruppenmitglieder vermitteln. So kann die Gruppenautonomie gewahrt und trotzdem passend vermittelt werden.
- „Ist das immer realistisch?“, wendet eine Beraterin ein. Oft erfahren neue Interessenten auch über andere Kanäle (z.B. Zeitung, Internet) von Gruppentreffen.
- Die Kollegen machten Mut, die Gruppe alleine arbeiten zu lassen, mit allen Risiken, und wirklich ein Stück loszulassen.
- Als Idee wird eine langsame, schrittweise Ablösung vorgeschlagen: z. B. ein Wechsel von angeleiteten und Gruppentreffen ohne Beraterin im Wechsel.
- Eine Kollegin empfiehlt dagegen eine rigorose Ablösung ohne weitere Treffen. Sie vermutet, dass die Anleitungsphase vielleicht zu lang und zu intensiv war.

- Es wird angeregt, das gesamte Gruppenkonzept und den Namen in einer moderierten Abschlussitzung gemeinsam zur Diskussion zu stellen.
- Weitere Möglichkeiten sind, der Gruppe auf Wunsch oder bei drohendem Scheitern andere professionelle Hilfe zu vermitteln, sie zum Beispiel auf Dauer als angeleitete Gruppe von einer Beratungsstelle unterstützen zu lassen.

Folgende Rückmeldung kommt nach der Runde von der Falldarstellerin:

Eine mögliche Namensänderung mit der Gruppe zu diskutieren, dann aber auch die Entscheidung, egal wie sie fällt, zu akzeptieren, ist für sie eine kluge Vorgehensweise. Zu diesem Zweck plant sie einen Besuch in einer der nächsten Sitzungen. Sie empfindet es als entlastend, danach endgültig die Verantwortung an die Gruppe zu geben, und wird die gefaßte Entscheidung zum Namen der Gruppe je nach Diskussionsergebnis einfach akzeptieren. Auf der geplanten letzten gemeinsamen Sitzung wird sie sich der Gruppe als Beraterin im Hintergrund anbieten, so dass sich die Gruppe in Krisen wieder an die Kontaktstelle wenden kann.

Kritische Reflexion erhöht die Beratungsqualität

Diese Beispiele zeigen, wie unterschiedlich und kontrovers im Kollegenkreis schwierige Einzelfälle bewertet und diskutiert werden. Die unterschiedliche Beurteilung wird meist als Bereicherung und nicht als zusätzliche Belastung und Unklarheit erlebt. In der Beratungsrunde erfährt die Falldarstellerin nochmals ihre verschiedenen inneren Sichtweisen und erhält zudem noch neue Impulse von außen. Immer wieder zeigt sich der Spannungsbogen zwischen der Autonomie der Gruppengründerin bzw. der Gruppe und der Schutzfunktion, die jede Kontaktstelle gegenüber neuen Interessenten hat.

Nur am Einzelfall lassen sich Handlungsalternativen aufzeigen und die Qualität der Beratung und Begleitung verbessern. Deshalb wünsche ich allen Kolleginnen und Kollegen den Mut, sich über solche inhaltlichen Fragen auszutauschen. Die Qualität von Selbsthilfegruppen-Beratung steht und fällt mit der Bereitschaft zur kritischen und ehrlichen Reflexion. Fort- und Weiterbildung, Erfahrungsaustausch und Fallbesprechungen, Supervisionen und – wie hier beschrieben – kollegiale Beratung sind entscheidende Voraussetzungen dafür.

Anmerkung

¹ Da eine doppelte Anonymisierung notwendig war, um sowohl die Falldarstellerinnen, als auch die jeweilige Gruppe zu schützen, stammen die beschriebenen Fälle aus der Praxis, aber wichtige Eckdaten wurden geändert.

Theresa Keidel ist Diplom-Sozialpädagogin. Nach langer Tätigkeit im Würzburger Selbsthilfe-Büro leitet sie seit 2002 die Selbsthilfekoordination Bayern und ist im Fortbildungsbereich als Referentin aktiv.

Jürgen Matzat

„Psycho“-Gruppen – eine besondere Herausforderung für die Selbsthilfe-Unterstützung

Der hier verwendete Begriff „Psycho“-Selbsthilfegruppen ist keineswegs abwertend gemeint. Er soll vielmehr alltagssprachlich all jene Themen zusammenfassen, die man als psychologisch, psychotherapeutisch, psychiatrisch oder psychosozial bezeichnen könnte.

Im Selbsthilfegruppenjahrbuch 2005 berichtete Hans-Christian Sander, Diplom-Psychologe an der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Marburg, über eine Befragung von Selbsthilfe-Kontaktstellen in Hessen zu der Art und Weise, wie dort Beratung stattfindet. Eine Fragestellung bezog sich naturgemäß auf die Themen, zu denen die Anrufer Selbsthilfegruppen suchen. Dabei ergab sich folgende Verteilung:

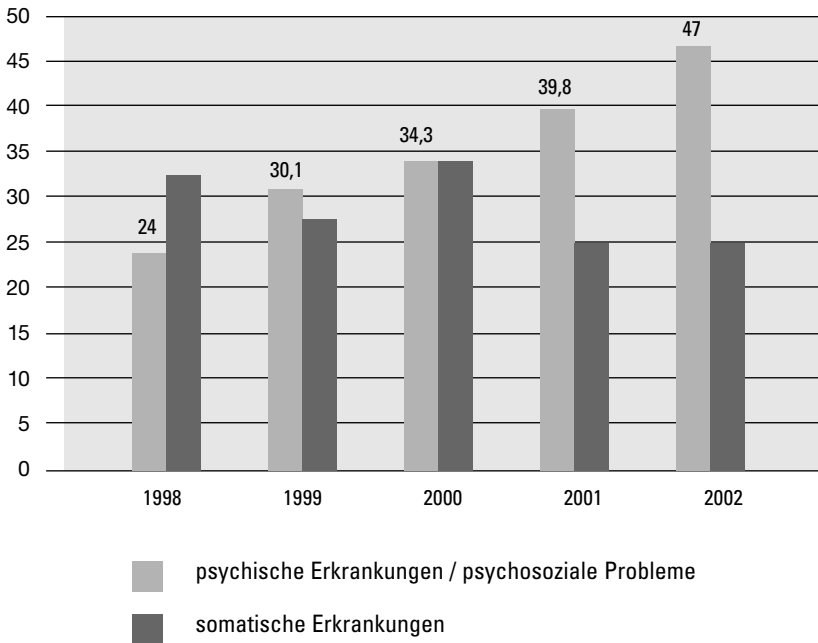
46,6 %	Psychosoziale Probleme (Depression, Angst, Sucht, Psychiatrie, Eßstörung,)
19,4 %	Lebensprobleme (Paarbeziehung, Mobbing, Trennung / Scheidung, Eltern von erkrankten Kindern)
14,1 %	Somatische Erkrankungen
20,0 %	Sonstiges

„Psycho“-Themen bilden also rein quantitativ den wichtigsten Teil der Beratungsleistungen, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Kontaktstellen erbracht werden. Diese Zahlen bestätigen empirisch einen Trend, der seit langem aus der Diskussion unter den Fachleuten bekannt ist: „Psycho“-Anfragen stellen einen erheblichen Anteil der Beratungsarbeit in Selbsthilfe-Kontaktstellen dar, und sie nehmen zu.

Dass es sich hierbei tatsächlich um eine Entwicklung handelt, läßt sich sehr schön zeigen am Beispiel der Selbsthilfeberatung im Gesundheitsamt Bremen. Dort wurde auf einer Fachtagung im Jahre 2003 eine Tabelle vorgestellt, welche auswies, dass sich der Anteil von Beratungen zu „psychischen Erkrankungen / psychosozialen Problemen“ in den vergangenen Jahren folgendermaßen entwickelt hatte (Gesundheitsamt Bremen, 2004, S. 23), siehe nächste Seite.

Der Anteil der „Psycho“-Beratungsfälle in Sachen Selbsthilfe hat sich also innerhalb von nur fünf Jahren ziemlich genau verdoppelt, während die Anfragen zu somatischen Erkrankungen in reziproker Weise abnahmen.

Eine Befragung aller Selbsthilfe-Kontaktstellen in Deutschland im Rahmen des Gießener Projekts über „Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke“ (vgl. Matzat 2004 a) erbrachte den Befund, dass 23,5 % der beteiligten Selbsthilfe-Kontaktstellen angaben, mehr als 30 „Psycho“-Anfragen pro Monat zu erhalten; weitere 31,6 % berichteten von 11 bis 30 Anrufen



pro Monat. Wenn man annimmt, dass diese Kontaktstellen im Durchschnitt an 15 Werktagen pro Monat telefonische Sprechstunden anbieten, dann würde dies bedeuten, dass in mehr als der Hälfte der beteiligten Kontaktstellen (55,1 %) täglich mindestens ein oder zwei solcher Beratungsfälle bearbeitet werden. „Psycho“-Anrufe gehören also – im wahrsten Sinne des Wortes – zum Alltagsgeschäft von Selbsthilfe-Kontaktstellen.

In der Untersuchung wurde erfragt, inwieweit die Selbsthilfe-Beraterinnen und -Berater bei solchen Gesprächen mit den Ratsuchenden auch über Psychotherapie (sozusagen als Alternative oder mögliche Ergänzung zur Selbsthilfe) sprechen. Hier ergab sich ein höchst interessanter Befund: Die Antworten reichten von 0 % bis 100 %! Dabei lag das obere Viertel der beteiligten Kontaktstellen bei 80 %, sie sprechen also fast immer auch über Psychotherapie, das untere Viertel bei 20 %, sie sprechen also selten über Psychotherapie. Dies ließe sich so interpretieren, dass es offenbar eher „Psycho-nahe“ und eher „Psycho-ferne“ Selbsthilfe-Kontaktstellen gibt. Man kann vermuten, dass dies mit einer mehr oder weniger starken psychologischen Orientierung der dort tätigen Kolleginnen und Kollegen zu tun hat, mit ihrer persönlichen Qualifikation bzw. Vertrautheit mit psychologisch-therapeutischen Fragestellungen sowie mit der Trägerschaft bzw. institutionellen Anbindung der jeweiligen Einrichtung, welche entsprechende Erwartungshaltungen der Nutzer eher begünstigt oder eher unwahrscheinlich macht. Möglicherweise ließe sich hier auch ein spezifischer Fortbildungsbedarf für das Personal in Selbsthilfe-Kontaktstellen ableiten.

Ganz sicher zeigt sich hier aber eine besondere Herausforderung für die Selbsthilfegruppen-Unterstützung: die Beraterinnen und Berater müssten – zumindest in Ansätzen – über psychotherapeutische Verfahren (vor allem über die sogenannten „Richtlinienverfahren“ der Verhaltenstherapie, der Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und der Analytische Psychotherapie) sowie über die örtliche Versorgungslandschaft (Praxen, Kliniken, Beratungsstellen) informiert sein. Hier scheint mir ein prinzipieller Unterschied zu „organmedizinischen“ Themen zu liegen. Einen anrufenden Diabetiker oder eine Krebspatientin würde man wohl kaum fragen, ob er oder sie auch in fachlicher Behandlung ist (ggf. auch noch, wo und nach welchem Verfahren), und wir würden von Selbsthilfegruppen-Unterstützern natürlich nicht verlangen, über diese Behandlungsmethoden auch nur halbwegs Bescheid zu wissen.

Andererseits wäre es ebenfalls günstig, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Selbsthilfe-Kontaktstellen die (expliziten oder impliziten) Konzepte verschiedener „Psycho“-Selbsthilfegruppen kennen würden und den Nachfragenden entsprechend erklären könnten. Was z. B. ist ein „12-Schritte-Programm“? Welche Störungsbilder finden sich bei OA oder EA? Welche Selbsthilfegruppen folgen eher tiefenpsychologischen oder verhaltenstherapeutischen oder sozialpsychiatrischen Ansätzen? Versuchen sie eher, eine „Gruppentherapie ohne Therapeut“ zu sein, oder eher, ein „Leben mit einer Krankheit“ zu erleichtern? Ist die Gruppe diagnostisch (scheinbar) homogen oder (scheinbar) heterogen zusammengesetzt (Panikattacken, Angststörungen oder seelische Probleme)? Welche professionelle Unterstützung (Beratung, Supervision, spezialisierte Gesamttreffen) steht der jeweiligen Gruppe bei Bedarf zur Verfügung? All diese Fragen können helfen, mit einem Anrufer zusammen zu klären, ob für ihn oder sie eine Selbsthilfegruppe in Frage kommen könnte, und ggf. welche.

Eine ähnliche „Bipolarität“ hatte sich in der Gießener Untersuchung bei der Frage ergeben, ob die Fachleute dort den Eindruck haben, dass „Psycho“-Selbsthilfegruppen enger oder weniger eng an die Kontaktstellen gebunden sind als andere Selbsthilfegruppen, etwa im Bereich chronische Erkrankungen, Süchte oder sozialer Probleme. Die Antworten zeigten folgende Verteilung:

- 13,8 % der KS: „deutlich enger“
- 29,4 % der KS: „etwas enger“
- 41,3 % der KS: „gleich eng / distanziert“
- 12,8 % der KS: „etwas distanzierter“
- 2,8 % der KS: „deutlich distanzierter“

Demnach empfinden 43,2 % der Kolleginnen und Kollegen eine etwas oder sogar deutlich engere Anbindung, 41,3 % empfinden keinen systematischen Unterschied, während lediglich 15,6 % die „Psycho“-Gruppen deutlich oder zumindest etwas distanzierter erleben. Das Ergebnis zeigt also insgesamt, dass „Psycho“-Selbsthilfegruppen tendenziell eine größere Nähe zu Kontakt-

stellen haben als andere Gruppen, was sich unter anderem sicherlich dadurch erklären läßt, dass diese in der Regel keine Unterstützung von Bundes- und Landesverbänden haben, wie es im Bereich vieler organmedizinischer Gruppen üblich ist. Vielleicht sind Selbsthilfe-Kontaktstellen auch in höherem Ausmaß bei der Gründung solcher Gruppen beteiligt, so dass es von Anfang an eine Art „Prägung“ auf diese „mütterliche“ Institution gibt, während chronisch Kranke und Behinderte vielleicht eher Unterstützung in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen suchen und finden können. Vermutlich verbergen sich hinter den „gefühlten Distanzen“ aber auch unterschiedliche Einstellungs- und Verhaltensmuster der in den Kontaktstellen tätigen Profis selber, welche ihrerseits mehr oder weniger Neigung haben, sich mit dem „Psycho“-Bereich und den dort tätigen Selbsthilfegruppen zu befassen.

Jedenfalls ergibt sich aus dieser engeren Bindung auch eine besondere Verpflichtung der Kontaktstellen zur Anregung, Unterstützung und Beratung solcher „Psycho“-Selbsthilfegruppen, gewiss eine besondere Herausforderung. Hierfür müßten Idealerweise von den Kontaktstellen spezielle Angebote von supervisionsartiger Gruppenberatung oder gesonderten „Gesamttreffen“ (vgl. Moeller 1992) vorgehalten werden. Dabei müßte geklärt werden, ob beim eigenen Personal entsprechende Qualifikation vorhanden ist, oder ob man diese von außerhalb hinzuziehen muß. (In letzterem Fall würde sich die hoch interessante Frage stellen, welche psychotherapeutischen oder supervisorischen Profis für eine solche Aufgabe im Selbsthilfe-Bereich gut geeignet wären.)

Eine vom BKK-Bundesverband geförderte gemeinsame Untersuchung der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Giessen und der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Giessen (Höflich et al. 2007) in fünf psychosomatischen Kliniken ergab, dass etwa 11 % der dort behandelten Patientinnen und Patienten bereits *vor* der stationären Aufnahme Kontakt zu Selbsthilfegruppen gehabt hatten und dass 7,4 % im ersten Jahr danach (wieder) eine Selbsthilfegruppe besuchten – in aller Regel parallel zu einer professionellen Psychotherapie. Solche Patienten sollten in den oft überregional versorgenden Psychosomatischen Kliniken auf die Kontaktstellen in ihrem Heimatort hingewiesen werden zur Weitervermittlung an „geeignete“ Selbsthilfegruppen. Den Kontaktstellen wächst dann eine neue Rolle zu als Drehscheibe zwischen stationärer psychotherapeutischer Behandlung / Rehabilitation und Nachsorgemöglichkeiten zur Sicherung der Therapieerfolge (vgl. Matzat 2003).

Die Beratungssituation mit einzelnen Interessenten – nach meiner Auffassung eine der Kernaufgaben von Selbsthilfe-Kontaktstellen – unterscheidet sich sehr stark, je nach Art der Problematik des Anrufers. „Angst, Panik, Depression, Borderline“ usw., welche übrigens beim Anruf in einer Selbsthilfe-Kontaktstelle vielfach unter Nutzung anderer Begriffe zum Ausdruck gebracht

werden (man denke an Trennung, Scheidung, Einsamkeit, Schüchternheit, Kontaktprobleme, Mobbing, Umweltbelastungen oder psychosomatische Symptome), erfordern sicherlich höhere „diagnostische“ und Gesprächsführungsfähigkeiten bei den Beraterinnen und Beratern in Selbsthilfe-Kontaktstellen als Fälle meist eindeutiger organischer Erkrankungen (wie z. B. Rheuma, Krebs, MS, Neurodermitis), wo das Telefonat sich vielfach auf die Weitergabe von Informationen beschränken kann, wie die Namen von Gruppenleitern, Ort und Zeit der Gruppentreffen etc. *Beratungsgespräche* und *Informationsgespräche* sind etwas Unterschiedliches, wenn auch die Grenzen mitunter fließend sein können. In einem Falle geht es um Klärung bzw. Unterstützung von Selbst-Klärung; im anderen Falle ist (jedenfalls auf den ersten Blick) alles klar.

Beim Erstkontakt, meist per Telefon, sind bei psychischen Störungen einige Aspekte in besonderer Weise zu beachten, jedenfalls stärker als bei vielen Anfragen zu körperlichen Erkrankungen oder sozialen Problemlagen:

- Schamproblematik (oft erkennbar am „Herumdrucksen“) bei Anrufern mit psychischen Störungen berücksichtigen.
- „Diagnose“ in Frage stellen. (Hat ein Fachmann sie gestellt, stammt sie aus einem Test im Internet, oder hat sich jemand in einem Aufklärungsbuch gut beschrieben gefunden?) Dabei ist die relative Unschärfe psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnosen zu beachten. Deswegen könnten gemischte Selbsthilfegruppen „für seelische Gesundheit“ oft sinnvoller sein als scheinbar hoch spezifische (etwa für Menschen mit Panikattacken).
- „Überweiser“ erfragen. Wurde bereits hinreichend über Selbsthilfegruppen informiert und Ambivalenz beim Betroffenen geklärt?
- Therapeutische Vorerfahrung erfragen (ambulant, stationär, frühere Selbsthilfegruppe) wegen möglicher „Passung“ zu bestimmten Selbsthilfegruppen.
- Nach aktueller Behandlung fragen. Viele Anrufer, die (noch) nicht in Behandlung sind, suchen in Wirklichkeit nach einer Therapie, nicht nach einer Selbsthilfegruppe !
- Motivation erfragen („geschickter“, gut aufgeklärter oder hoch eigenmotivierter Anrufer?). Gerade in „Psycho“-Selbsthilfegruppen werden auch „Produzenten“ gebraucht, nicht nur „Konsumenten“ !
- Gruppen-Konzepte erläutern (homogen vs. heterogen, eher „tiefenpsychologisch“, eher „verhaltenstherapeutisch“ oder eher „sozialpsychiatrisch“ orientierte Selbsthilfegruppen, „12-Schritte“ etc.).
- Leiterlosigkeit von Selbsthilfegruppen ansprechen (im Unterschied zu Gruppentherapie). Manche – schlecht informierte oder missverstehende – Anrufer bekommen dann einen gehörigen Schrecken, der zu bearbeiten ist.
- Evtl. Beratungs- / Supervisionsangebote der Kontaktstelle – oder auch anderer Fachkräfte – erläutern, um den Interessierten klar zu machen:
- Selbsthilfegruppen arbeiten ohne professionelle *Leitung*, aber nicht ohne professionelle *Unterstützung*.

Literatur:

Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2004)

Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen

Bremen: Eigenverlag

Höflich, A., Meyer, F., Matzat, J., Beutel, M.E. (2007)

Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke – Versorgungsangebot, Inanspruchnahme, Wirksamkeit

Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

Matzat, Jürgen (1999)

Selbsthilfe als therapeutisches Prinzip. Therapeutische Wirkungen der Selbsthilfe

In: Günther, P., Rohrmann, E. (Hrsg.):

Soziale Selbsthilfe – Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit?

Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter

Matzat, Jürgen (2003)

Zur Kooperation von Selbsthilfe und Rehabilitation. Bemerkungen aus der Selbsthilfekontaktstellen-Perspektive.

In: Möller, B., Balke, K.:

Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken. NAKOS-Extra 34, 2003, 69-77

Matzat, Jürgen (2004 a)

Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke – Ergebnisse einer Umfrage bei Selbsthilfe-Kontaktstellen

In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.):

Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004, S.153 ff.

Gießen: Eigenverlag

Matzat, Jürgen (2004 b)

Wegweiser Selbsthilfegruppen

Gießen: Psychosozial-Verlag

Moeller, Michael Lukas (1992)

Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen

Frankfurt: Fischer

Moeller, Michael Lukas (1996)

Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen

Reinbek: Rowohlt

Sander, Hans Christian (2005)

Beratungsqualität in neun Hessischen Selbsthilfe-Kontaktstellen. Ergebnisse einer Dokumentation der Beratungen im Mai und Juni 2003

In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.):

Selbsthilfegruppenjahrbuch 2005, S. 73 ff.

Gießen: Eigenverlag

Jürgen Matzat ist Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut. Er leitet die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Gießen. Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag, den er am 1. Dezember 2006 in Essen hielt auf einer Fortbildungstagung der KOSKON zum Thema „Grenzen überschreiten. Borderline und Selbsthilfe“.

Zur Migrantenorientierung in der Selbsthilfeunterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen

Einleitung

Allen in Deutschland lebenden Menschen eine möglichst gleiche Chance zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit zu ermöglichen bzw. bei bestehender Erkrankung und/oder Behinderung gesellschaftliche Teilhabe zu erhalten oder herzustellen ist ein wichtiges Ziel sozial- und gesundheitspolitischer Steuerung. Dazu zählt im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere auch die Information und Beratung von Bürgerinnen und Bürgern zu Möglichkeiten der Inanspruchnahme sozialer und gesundheitlicher Leistungen. Zentrales Problem hierbei ist die schlechte Erreichbarkeit bestimmter Personengruppen aufgrund ihrer schlechten sozialen Lage und ihrer geringen materiellen wie immateriellen Ressourcen. Es sind also genau diejenigen besonders betroffen, bei denen ein hoher Bedarf an Unterstützung vermutet werden muss.

Auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen gilt die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen bei schwer erreichbaren Betroffenen als eine zentrale Herausforderung. Als schwer Erreichbare wurden hier in einer 2005 durchgeführten Befragung von 95 Selbsthilfekontaktstellen genannt: Langzeitarbeitslose, sozial Benachteiligte, psychisch Erkrankte oder Belastete, Wohnungslose sowie Migrantinnen und Migranten – und in allen Untergruppen insbesondere Männer (Trojan, Nickel 2006). In Abgrenzung zu einer mehrheitlich sprachkompetenten Mittelschicht werden insbesondere desintegrierte Migrantinnen und Migranten als ein Personenkreis beschrieben, der sich auszeichnet durch geringe Sprach- und Gesundheitskompetenz sowie schwach ausgeprägtes Selbstmanagement, aber mit vermutlich hohem potenziellen Gewinn an Gesundheitskompetenz durch Selbsthilfegruppen-Beteiligung (ebd.). Die Fokussierung auf diese Problemlagen verdeutlicht, dass in der Selbsthilfeunterstützung Wege erst noch entwickelt werden müssen, den in Deutschland lebenden, sozial benachteiligten Migrantinnen und Migranten die gleiche Chance auf Maßnahmen der Selbsthilfeunterstützung zu geben, wie den sozial Integrierten (vgl. Hundertmark-Mayser et al 2004, S. 31). Dies führt zu der Frage, wie der derzeitige Wissensstand zum Thema „gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Migrantinnen und Migranten“ bestellt ist.

Stand der Literatur

Um das Ergebnis der im Folgenden dargestellten Recherche gleich vorwegzunehmen: eine wissenschaftliche Aufbereitung des Themas „gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Migrantinnen und Migranten“ existiert im nennenswer-

ten Umfang weder national noch international. Um diese Aussage nachvollziehbar zu machen, insbesondere auch wegen der vielen unterschiedlichen Anwendungen und Operationalisierungen der relevanten Begriffe, erscheint es sinnvoll und erforderlich, das Suchvorgehen etwas näher zu beschreiben. Zur Orientierung und Annäherung an das Thema „Selbsthilfe, Gesundheit und Migration“ wurden die ersten Recherchen mit Google™ durchgeführt. Die Abfrage <selbsthilfe migration gesundheit> ergab 156.000 Treffer, für <selbsthilfe migranten gesundheit> warf Google™ 230.000 Treffer aus. Bei der Begrenzung auf ausschließlich aus Deutschland stammende Seiten blieben immer noch 204.000 Einträge (Stand: Januar 2007). Derart hohe Trefferquoten lassen vielfältiges Material zu diesem Thema vermuten, doch bereits der erste Blick auf die höchsten Rangplätze verdeutlicht schnell zwei zentrale Probleme:

1. Die Begriffe „Selbsthilfe“, „Migranten/Migration“ und „Gesundheit“ treten selten in einem geschlossenen Zusammenhang oder in einem zusammenhängenden Text auf. In der Regel sind die Begriffe für sich stehende Unterkategorien von Internetportalen öffentlicher oder Wohlfahrtsdienste, Länder, Kommunen oder Behörden, Wegweiserdienste und/oder mancher Nichtregierungsorganisationen.
2. Das Bedürfnis nach wissenschaftlichen oder Meta-Informationen zum Thema „gesundheitliche Selbsthilfe für Migrantinnen und Migranten“ lässt sich auf diese Weise nicht befriedigen, zu viele der Suchergebnisse sind zu allgemein und unspezifisch. Als Beispiele hierfür seien genannt: Seminarankündigungen, persönliche Stellungnahmen oder Arbeitsbereichsbeschreibungen der städtischen Gesundheitsämter etc.

Erst die Spezifizierung auf den Ausdruck „Gesundheitsbezogene Selbsthilfe“ (analog SGB V § 20, Abs. 4) sowie der sinnverwandten Begriffskombinationen führt zu einer sinnvollen Eingrenzung. Der in wissenschaftlichen Datenbanken übliche Einsatz von Operatoren ist auch in Google™ in gewissem Umfang möglich¹: (*migrant OR migranten OR migrantin OR migrantinnen OR ausländer OR zuwanderer OR übersiedler*) (*gesundheitliche selbsthilfe* OR *gesundheitsbezogene selbsthilfe* OR *gesundheitsselfhilfe* OR *krankheitselfhilfe* OR *indikationsbezogene selbsthilfe* OR *diagnosebezogene selbsthilfe*). Diese Suchkombination ergibt bei Google™ 196 nicht-redundante² Treffer (14.2.2007). Das ist eine überschaubare Größenordnung mit einer dennoch hohen inhaltlichen Sättigung. Auf den ersten Blick schon zu erkennen, reihen sich „die üblichen Verdächtigen“ aneinander (wie z.B. NAKOS, DAG SHG e.V., SHZ München, der Paritätische NRW, Aktion Courage, Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement, ...), und man erhält eine Übersicht der Selbsthilfe-Community sowie der relevanten kommunalen Dienste und Wohlfahrtsverbände. Google Scholar™ generiert mit dem gleichen Suchbefehl 24 Treffer. Die Abfrage der wissenschaftlichen Datenbanken führt allerdings zu ernüchternden Ergebnissen: Die über infoconnex angesteuerten pädagogischen, sozialwissenschaftlichen und psychologischen Datenbanken (u.a. PSYNDX, SOLIS, FORIS) ergaben für die begrifflich sogar weiter gefasste Suche <selbsthilfe+migr*+gesundheit*> insgesamt nur 16 Treffer, die sich zudem als inhaltlich irrelevant herausstellten (18.2.2007).

Neben der Abfrage von Datenbanken besteht auch die Möglichkeit einer gezielten Durchsuchung von themenspezifisch bedeutsamen Domains. So ergab z.B. eine Tiefensuche zu <selbsthilfe+migr*> auf einer dokumentenindexierten Kopie des GESIS-Server³ 30 von 5.996 Dokumenten, von denen aber nur zwei bis drei von inhaltlicher Relevanz waren. Mehr zu finden war auf einer indexierten Kopie des NAKOS-Server: 23 Dokumente (von 161 nicht-redundanten), davon relevant ca. 6 (Bobzien 2002, 2005, Bauer 2005, Naz 2006, Bleckmann 2006 und angelehnt auch Fehren und Hinte 2006).

Wie ist nun der Dokumentationsstand in anderen Ländern? Nach Sichtung der internationalen Datenlage kann im Prinzip nur der Schluss gezogen werden, dass die gesundheitsbezogene Selbsthilfe eine deutsche Spezialität ist. Analog zur deutschen detaillierten Suchabfrage⁴ produziert GoogleTM nur 65 nicht-redundante Treffer und Google ScholarTM gar nur 19, davon etwa ein Drittel deutschen Ursprungs oder mit deutscher Beteiligung. Eine weitere, tiefere Suche in den medizinischen, sozialwissenschaftlichen und pädagogischen Literaturdatenbanken förderte gar keine relevanten Ergebnisse zu Tage, zumindest wenn mit Reintext nach „health related self-help“, „health oriented self care“ oder ähnlichem gesucht wird.

Der kürzlich erschienene systematische Review zum Thema „clinical effectiveness of self care support networks in health and social care“ (Woolacott et al 2006) beinhaltet eine extensive weltweite Suche mit allen erdenklichen Abfragekombinationen auf höchstem wissenschaftlichen Niveau; doch bezogen auf unsere Fragestellung zeigt aber auch dieses 300-Seiten-Dokument keine Ergebnisse.

Migrantenorientierung in den Selbsthilfekontaktstellen

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Selbsthilfekontaktstellen stehen demnach bislang nicht viele dokumentierte Modelle, Konzepte oder Empfehlungen zur Verfügung, von denen sie Elemente in ihre Arbeit integrieren könnten⁵. Immer häufiger stellt sich ihnen aber die Frage, ob und wie sie eine Selbsthilfeunterstützung bei Migrantinnen und Migranten vermitteln sollen und können (vgl. Bobzien 2005). Dies wird nicht zuletzt auch durch die aktuelle sozialpolitische Diskussion um die Situation der Bürgerinnen und Bürger mit Migrationshintergrund forciert, die manche kommunalen Träger und Fachabteilungen veranlasst, von den Selbsthilfekontaktstellen eine stärkere Migrantenorientierung zu fordern. Dazu ist bereits im Vorfeld eine Reihe von Aspekten zu klären. So bereiten schon die Definition der Zielgruppe und insbesondere die Bedeutung des Kriteriums „Migration(s)hintergrund“ erhebliche Schwierigkeiten. „Am besten wird dies immer wieder an dem Beispiel deutlich, dass sich wahrscheinlich ein deutscher Müllfahrer mit seinem türkischen Kollegen besser versteht und mehr Gemeinsamkeiten hat, als z.B. derselbe Müllfahrer mit einem deutschen Professor für Physik.“ (Schüle-Wolfsfellner 2006, S. 1).

Bis vor Kurzem existierte in den amtlichen Statistiken hinsichtlich des Migrationsstatus nur die Unterscheidung „Deutsche“ und „Ausländer“ (vgl. Razum,

Geiger 2003, S. 686-688). Eine Binnendifferenzierung der Ausländer erfolgte im Wesentlichen mit der Unterscheidung zwischen der großen Gruppe der Gastarbeiter und der deutlich kleineren Gruppe der Asylbewerber und Asylanten. Von beiden Gruppen wurde ausgegangen, dass sie nur vorübergehend in Deutschland weilen würden. So wurden in den Bevölkerungsstatistiken herkunftsbiographische Faktoren außer Acht gelassen und nur die Staatsbürgerschaften gezählt und der Ausländerstatus für die soziodemografischen Berechnungen zugrunde gelegt. Selbst in einem aktuellen Lehrbuch der Gesundheitsförderung und Prävention werden Migrantinnen und Migranten noch als Ausländer definiert und mit ihnen gleichgesetzt (Hornung 2004, S. 329). Eine solche Verkürzung wird jedoch der gesellschaftlichen Realität nicht gerecht, weshalb konsequenterweise ab 2005 der Migrationshintergrund auch unabhängig von der Staatsbürgerschaft in die Mikrozensus-Erhebungen aufgenommen wurde (vgl. MZG 2004), nachdem allenfalls das bereits seit 1984 laufende sozioökonomische Panel (SOEP) zusätzliche Fragen zum Migrationshintergrund beinhaltete.

Etwa ab 2006 erfuhr der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ eine plötzliche, starke Verbreitung (vgl. Integrationsbeauftragte der Bundesregierung 2006). Er unterscheidet im Sinne der Mikrozensus-Operationalisierung in erster Linie die in Deutschland geborenen deutschstämmigen Bürger von den 15,3 Millionen (deutsch- und nicht-deutschstämmigen) zugewanderten Bürgern und ihren Nachkommen der 2. und ggf. der 3. Generation (Statistisches Bundesamt 2006, S. 73-79). Diese Gruppe ist im Sinne einer klassifikatorischen Ordnung noch deutlich heterogener als die der in Deutschland geborenen Deutschstämmigen.

Der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ ist in dieser definitorischen Weite zur Zielgruppenbestimmung für mögliche Maßnahmen zur Selbsthilfeaktivierung nicht brauchbar. Eine bedarfs-, situations- oder regionsgerechte Eingrenzung auf spezifische soziale und kulturelle Lagen, den Grad der Integration, Akkulturation und Assimilation erscheint für verschiedene Konzepte und Vorgehensweisen jeweils notwendig. Zu den schwer Erreichbaren zählen in der Regel nicht diejenigen, die sich sprachlich und kulturell assimiliert haben, sondern diejenigen, die Sprachbarrieren überwinden müssen, die eine nur niedrige soziale, gesundheitliche und System-Kompetenz besitzen, und die ein kulturell anders geprägtes Verständnis von Gesundheit und Krankheit haben (vgl. Naz 2006, Schüle-Wolfzellner 2006). Als Beleg hierfür mag der telefonische Gesundheitssurvey 2003 des RKI (Kohler, Ziese 2004) gelten, der interessanterweise bei Menschen mit Migrationshintergrund eine nur unwesentlich geringere Beteiligung an Selbsthilfegruppen herausfand als bei gebürtigen Deutschen. Allerdings wurden hier – bedingt durch die Methodik der Befragung – nur Deutschsprachige mit Festnetzanschluss eingeschlossen (Schenk, Neuhauser 2005). Die hier befragten Personen mit Migrationshintergrund stellen also keine repräsentative Gruppe dar, sondern vermutlich diejenigen, die wesentlich integrierter und akkulturierter sind als diejenigen, die gar nicht erst erreicht oder wegen Sprachbarrieren ausgeschlossen wurden.

Die professionelle Selbsthilfeunterstützung in Deutschland mit ihren zurzeit 282 Selbsthilfekontaktstellen ist überwiegend auf den deutschen Kulturkreis ausgerichtet. „Die Unterstützung von Selbsthilfe, wie sie von Selbsthilfe-Kontaktstellen ausgeht, ist bisher wenig auf die Belange von Migrant/Innen zugeschnitten und kann deshalb von einem größeren Teil der Bevölkerung zur Bewältigung ihrer Probleme nicht wahrgenommen werden.“ (Bobzien 2005, S. 57) Viele Mitarbeiter/innen der Selbsthilfekontaktstellen stellen sich demzufolge die Frage, mit welchen Maßnahmen sie eine Migrantenorientierung in ihre Arbeit aufnehmen und umsetzen sollen und können bzw. wieweit die Bemühungen und Maßnahmen reichen sollen – oder fragen noch grundsätzlicher: „Warum ist es der professionellen Seite eigentlich ein Anliegen „deutsche“ Selbsthilfegruppen für Migranten zu öffnen?“ (Schüle-Wolfsfellner 2006, S. 1) Zentral berührt sind hier die Kriterien „Relevanz“, „interkulturelle Kompetenz“ und „Machbarkeit“. Kontrovers wird auch die Frage diskutiert, ob das „abendländische“ Modell der Selbsthilfe überhaupt mit dem kulturellen Verständnis verschiedener Migrantengruppen in Einklang zu bringen ist (Bobzien et al 2002).

Es besteht zudem ein Mangel an Wissen darüber, ob und in welchem Ausmaß Menschen mit Migrationshintergrund gesundheitliche Selbsthilfe untereinander und in ihrem Verständnis leisten, denn Selbsthilfenetzwerke gibt es durchaus: in Form von informellen nachbarschaftlichen Netzwerken sowie einigen tausend mehr oder weniger stark organisierten Migrantenselbstorganisationen (MSO) (vgl. Gaitanides 2003). Allerdings mangelt es auch hier an systematischem und empirischem Wissen um Verbreitung, Nutzung und Funktionalität dieser ethnischen Selbsthilfenetze (Thränhardt 2005). In der Selbstdarstellung der MSO spielen gesundheitliche Themen gegenüber religiösen, ethnisch-kulturellen, sozialen, schulischen Sport- und Freizeitaktivitäten eine deutlich untergeordnete Rolle (was nicht ausschließen muss, dass sie nicht doch behandelt werden). Der Nordrhein-Westfälische MSO-Wegweiser (www.mso-online.de) zeigt allerdings zum Stichwort „Gesundheit“ nur 19 Treffer bei insgesamt 2.264 in der NRW-Datenbank erfassten MSO (5.2.2007). Jede andere der insgesamt 13 Suchkategorien führt zu deutlich mehr Ergebnissen.

Eine Verknüpfung der MSO mit der etablierten und gesetzlich verankerten gesundheitsbezogenen Selbsthilfeunterstützung über eine der vielen Selbsthilfekontaktstellen scheint kaum zu existieren. Vielen Menschen mit Migrationshintergrund ist der Zugangsweg zur Selbsthilfeunterstützung über die Kontaktstellen unbekannt, und in den Fällen, in denen es eine Sprachbarriere zu überwinden gilt, ist die Vermittlung in Selbsthilfegruppen von beiden Seiten – den Selbsthilfekontaktstellen-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern wie den betroffenen Migrantinnen und Migranten – erschwert.

Ausblick: Entwicklung von Handlungs- und Klärungshilfen für die Selbsthilfeunterstützung für Menschen mit Migrationshintergrund

Mögliche Wege zu einer Migrantenorientierung in der Selbsthilfeunterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen sind derzeit Gegenstand einer bundesweiten Projektgruppe von ca. 20 Selbsthilfekontaktstellen-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern im Rahmen des vom BKK Bundesverband geförderten Entwicklungsprojekts „Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen“ (www.uke.uni-hamburg.de/extern/asp/). In zwei Workshops im April 2006 und im Februar 2007 in Hamburg ist deutlich geworden, dass Klärungsbedarf besteht, wie mit dem Anliegen „(Gesundheitsbezogene) Selbsthilfe bei Migrantinnen und Migranten“ umgegangen werden soll:

- Was wissen wir zum Thema „Migranten-Selbsthilfe“?
- Wieweit sind wir eigentlich zuständig? Wie sind meine Aufgaben bzgl. der Selbsthilfeunterstützung bei Migrantinnen und Migranten definiert? Wo sind unsere Grenzen? Was sind Kriterien für die Zielgruppe, für die ich besondere Anstrengungen und alternative Vorgehensweisen entwickeln muss?
- Wo erreichen wir welche Migrantinnen und Migranten, und wo können wir sie „abholen“? Bleibe ich bei der „Komm-Struktur“ oder verstärke ich meine aufsuchende Arbeit?
- Wer sind meine strategischen Partner und Kooperanden in dem Feld? Wer und wo sind andere relevante Netzwerke?
- Wie grenze ich Selbsthilfeunterstützung von bürgerschaftlichem Engagement ab?
- Wie gehe ich mit besonderen kulturspezifischen Anliegen um?
- ...

Zu diesen Themen werden gemeinschaftlich Ideen, Erfahrungen und Praxisbeispiele gesammelt und aufbereitet. Sie sollen in einer Handlungs- und Klärungshilfe veröffentlicht werden. Dieser Prozess ist offen, und alle Mitglieder von Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen sowie Selbsthilfeinteressierte und -engagierte können ihre Ideen dazu beisteuern, z.B. in Beiträgen zu gelungenen Kooperationen oder Projekten. Für eine mögliche Aktivierung gesundheitsbezogener Selbsthilfe bei benachteiligten Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen der örtlichen Selbsthilfekontaktstellen, aber auch der Selbsthilfeorganisationen, könnten in einer ersten Idee die Ausarbeitung der folgenden möglichen Schritte und Voraussetzungen hilfreich sein:

1. Klärung der Relevanz durch regionale Bedarfsanalysen (welche ethnischen Gruppen gibt es in meiner Region?).
2. Schulung und Beratung der Selbsthilfekontaktstellen-Mitarbeiter/innen zur Förderung ihrer interkulturellen Kompetenz.
3. Kontaktierung von mutter- und deutschsprachigen Mitgliedern der örtlichen MSO, ggf. mit Unterstützung durch kompetente Sprach- und Kulturmittler.
4. Kontaktierung von mutter- und deutschsprachigen Mitgliedern der örtlichen Kirchen/Glaubensgemeinschaften.

5. Gewinnung von kulturspezifischen Multiplikatoren oder „Selbsthilfegruppen-In-Gang-Setzern“.

Weitere wichtige Aspekte sind Informationen von, über und zu potenziellen Kooperationspartnern und Institutionen sowie der Vernetzung mit ihnen, um einer bestmöglichen Vermittlung auch sozio-kulturell spezifischer Anliegen eine Chance zu geben. Dazu sind seitens der Kontaktstellenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter Sicherheit und Selbstvertrauen im Kontakt mit Personen anderer kultureller Herkunft und Identität sowie im Umgang mit unterschiedlichem Verständnis von Krankheit, Gesundheit und Tod erforderlich. Je nach Bedarf sollten sie auf unterstützende Maßnahmen zur Förderung ihrer interkulturellen Kompetenz zurückgreifen können.

Somit zielen die Überlegungen grundsätzlich in drei Richtungen:

- *Zielgruppenorientierte Aktivitäten* (mögliche Maßnahmen, die auf Bedürfnisse der jeweiligen Betroffenenengruppe eingehen),
- *Selbsthilfekontaktstellen orientierte Maßnahmen* (mögliche Maßnahmen der internen Personal- und Organisationsentwicklung),
- *Vernetzung* (Entwicklung von Kooperationsbeziehungen der Kontaktstelle zu anderen Schlüsselpersonen und -organisationen, Gewinnung strategischer Partner und Multiplikatoren).

Fazit

Die Datenlage und der Stand der Literatur zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund sind zwar schlecht, es existiert aber Expertise und Erfahrung in der Selbsthilfeszene. Es lohnt sich sicherlich, diese zusammenzutragen und einem größeren Kreis verfügbar zu machen, um voneinander zu lernen. Dennoch wird es keine Kochbuchrezepte und keine harte Evidenz geben können, sondern allenfalls Impulse oder Anregungen, die einem die eigenen Überlegungen und Planungen in der eigenen Kontaktstelle und in der eigenen Region, im Bezirk, Stadtteil oder Quartier erleichtern, aber die eigentliche sozialkreative Arbeit natürlich nicht abnehmen können.

Anmerkungen

- 1 Die Verwendung von wild cards funktioniert leider nicht, so dass die Suchbefehle erhebliche Längen erreichen können. Ein in Datenbanken üblicher wild card Operator oder „Joker“ ist z.B. „*“ (migr* = migrant, migrantin, migration, migrieren ...)
- 2 Google™ zählt in der Regel auch die Treffer, bei denen es sich um im Prinzip gleiche Ergebnisse handelt, z.B. Nebenverzeichnisse innerhalb einer Domain etc. Erst am Ende der Treffer-Auflistung ist die eigentliche Zahl der relevanten Treffer zu erfahren.
- 3 Dazu wurde der komplette Server mit dem Download-Tracker WinHTTrack kopiert und daraufhin alle enthaltenen Dokumente mit der Desktop-Suchmaschine X1™ vollständig indiziert.
- 4 <("health related self-help" OR „health oriented self-help“ OR "health related self care" OR „health oriented self care“) (migration OR migrant OR migrants OR immigrant OR immigrants OR emigrant OR emigrants OR race OR "ethnic minority" OR "ethnic minorities" OR "ethnic origin" OR denizen OR alien)> Die Ergänzung von „health related support“ OR „health oriented support“ führt zu 429 Treffern
- 5 Mit dieser Aussage soll keineswegs die fruchtbare Arbeit der gegenseitigen Information durch Newsletter und Informationsbriefe wie z.B. der „einBlick“ des SHZ München, NAKOS-INFO, das

Selbsthilfegruppen-Jahrbuch oder Internetinformationen wie z.B. www.selbsthilfenetz.de aus-
geblendet werden. Sie sind allerdings relativ verstreut und punktuell.

Literatur

- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin 2006
- Bauer, U.: VAMV-Projekt „Heute weiss ich, ich bin stark. Allein erziehende Migrantinnen und deutsche Frauen im Dialog.“ In: NAKOS-INFO 83 (2005), S. 37-39
- Bleckmann, A.: Angehörigenverband informiert über psychische Erkrankungen in türkischer Sprache. In: NAKOS-INFO 87 (2006), S. 38
- Bobzien, M./ Hönigschmid, C./ Stark, W.: Entwicklungen und Trends in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Handlungsempfehlungen für die Zukunft der Selbsthilfe. Essen und München 2002
- Bobzien, M.: Das Interkulturelle in der Selbsthilfeunterstützung. Wie kann ein „selbsthilfefreundliches“ Klima für Migrantinnen und Migranten angeregt werden? – ein Beispiel aus München. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2005, Gießen 2005, S. 57-68
- Fehren, O./Hinte, W.: Professionelle Selbsthilfeunterstützung und Gemeinwesenarbeit – zwei Seiten derselben Medaille? In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2006, Gießen 2006, S. 139-146
- Gaitanides, S.: Selbsthilfepotenzial von Familien ausländischer Herkunft, freiwilliges Engagement und Selbstorganisation von Migranten – Struktur, Funktion, Förder- und Anerkennungsdefizite. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit 2 (2003) S. 21-29
- Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie die Wohnsituation der Haushalte (Mikrozensusgesetz 2005 – MZG 2005) Bonn BGBl. I S. 1350, 30.06.2004
- Hundertmark-Mayser, J./Möller, B./Balke, K./Thiel, W.: Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. In: RKI (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 23, Berlin 2004
- Hornung, R.: Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern 2004, S. 329-337
- Kohler, M./Ziese, T.: Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin 2004
- Naz, Ö.: Sind türkischsprachige Mitbürgerinnen und Mitbürger schwieriger zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe zu motivieren? In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2006, Gießen 2006, S. 72-75
- Razum, O./Geiger, I.: Migranten. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München 2003, S. 686-692
- Schenk, L., Neuhauser, H.: Beteiligung von Migranten im Telefonischen Gesundheitssurvey: Möglichkeiten und Grenzen. In: Gesundheitswesen 2005, 67, S. 719-725
- Schüle-Wolfsfellner, D.: Steter Tropfen höhlt den Stein. In: einBlick. Münchner Rundbrief für Selbsthilfe und Bürgerschaftliches Engagement, Nr. 11, 07/2006, S. 1-2
- Trojan, A./Nickel, S.: Ergebnisse der Literatur-Recherche. In: Nickel, S./Werner, S./Kofahl, C./Trojan, A. (Hrsg.): Aktivierung zur Selbsthilfe. Chancen und Barrieren beim Zugang zu schwer erreichbaren Betroffenen. Bremerhaven 2006. S. 67-80.
- Weiss, K./Thränhardt, D.: Selbsthilfe, Netzwerke und soziales Kapital in der pluralistischen Gesellschaft. In: Weiss, K./Thränhardt, D. (Hrsg.): Selbsthilfe. Wie Migranten Netzwerke knüpfen und soziales Kapital schaffen. Freiburg 2005, S. 8-26
- Woolacott, N./Orton, L./Beynon, S./Myers, L./Forbes, C.: Systematic review of the clinical effectiveness of self care support networks in health and social care. York 2006

Christopher Kofahl ist Diplom-Psychologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter und Leiter der AG Patientenorientierung und Selbsthilfe im Institut für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Susanne Auferkorte, Gisela Reinhardt

Ein Fall von Kooperation: Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe und Krebsberatungsstelle

„Der Vielzeller Mensch ist nach der Evolutionstheorie in 2,2 Milliarden Jahren das Ergebnis von Symbiose - Auf den ersten Blick schwache Organismen haben langfristig dadurch überlebt, dass sie Teile von Kollektiven waren, während die so genannten Starken, die nie den Trick der Kooperation lernten, zum Abfall der Evolution wurden.“ (John Biggs: ‚Die Entdeckung des Chaos‘)

Die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe KISS EN-SÜD (Gevensberg) in Trägerschaft des Ennepe-Ruhr-Kreises und die Krebsberatungsstelle des Diakonischen Werkes Ennepe-Ruhr/Hagen bieten in Kooperation ein spezialisiertes Beratungsangebot für tumorerkrankte Menschen und ihre Angehörigen sowie indikationsspezifische Selbsthilfeunterstützung an.

Seit August 2005 besteht die Kooperation zwischen der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS) und der Krebsberatungsstelle. Zweimal monatlich finden jeweils an einem 1. und 3. Dienstag eines Monats regelmäßige Beratungszeiten der Krebsberatungsstelle in den Räumlichkeiten der KISS im Gesundheitshaus in Gevelsberg, Hagener Straße 26 A, in der Zeit von 15.00 Uhr bis 19.00 Uhr statt.

Dieses Angebot wurde auf der Basis von Erfahrungen der KISS initiiert, die für die große Gruppe der tumorerkrankten Menschen und ihre Angehörigen in der Region – südlicher Ennepe-Ruhr-Kreis – einen großen Bedarf an indikationsspezifischen Angeboten sah. Anlass hierfür war u.a. die Erstellung einer Informationsschrift zum Thema Krebserkrankungen durch den Ennepe-Ruhr-Kreis, Fachbereich Gesundheit.

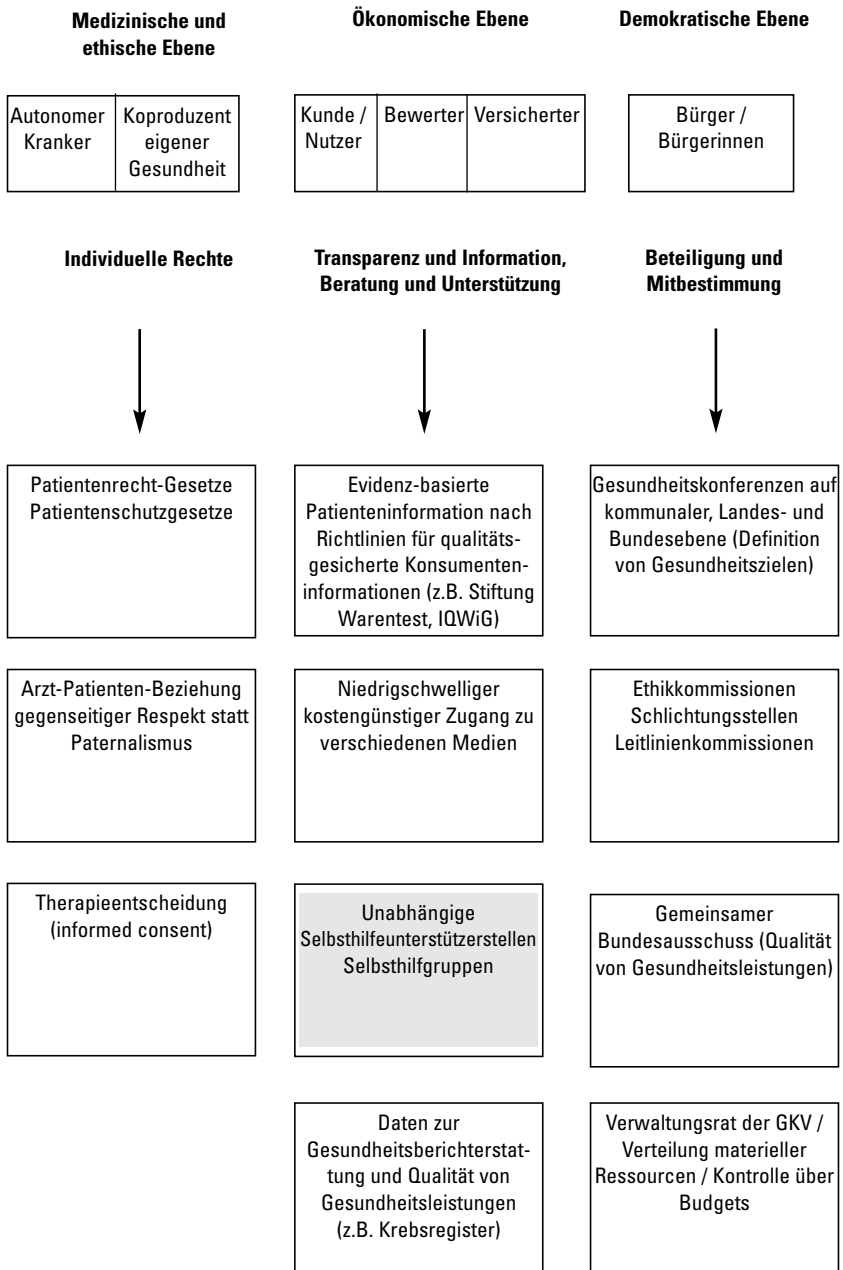
Im Frühjahr 2005 wurden erste Kontakte zu der benachbarten Krebsberatungsstelle in Hagen geknüpft, um zwischen den Trägern beider Einrichtungen Kooperationsvereinbarungen zu verhandeln.

Das bewährte Leistungsprofil der Krebsberatungsstellen in der Beratung und unterstützenden Begleitung wie auch der indikationsspezifischen gesundheitsbezogenen Selbsthilfeunterstützung traf auf die langjährige Präsenz und Erfahrung der KISS mit ihrer Beratung und Unterstützung breit gefächerter Selbsthilfeanliegen engagierter Mitbürger.

Beide Stellen folgen dem gesellschaftlichen Anliegen, die Formen bürgergesellschaftlichen Engagements im Rahmen der Selbsthilfegruppentätigkeit im Bedarfsfall professionell zu unterstützen.

Die Gesundheitsselbsthilfe stellt die so genannte vierte Säule des Gesundheitswesens dar. Für dessen Neugestaltung und Weiterentwicklung ist die unabhängige Selbsthilfegruppenunterstützung relevant (s. Schaubild: Bürgerengagement – wichtige Option als dritte Kraft bei der Neugestaltung des Gesundheitswesens¹⁾

**Bürgerengagement – wichtige Option als dritte Kraft
bei der Neugestaltung des Gesundheitswesens**
Relevanz unabhängiger Selbsthilfegruppenunterstützung



Eine wesentliche gesetzliche Voraussetzung der Förderung der Selbsthilfekontaktstellen im Gesundheitsbereich (§ 20 SGB V, sowie § 29 SGB IX) ist deren Neutralität und Unabhängigkeit:

Als neutral ist eine Beratungsstelle nur dann zu bezeichnen, wenn sie nach ihren rechtlichen Grundlagen und der tatsächlichen Ausrichtung ihrer Tätigkeit nicht einseitig den Interessen eines Beteiligten dient sowie die Objektivität und Sachlichkeit ihrer Information, Beratung und Aufklärung gewährleistet ist. Daher darf es sich nicht um eine von Kostenträgern, Leistungserbringern oder ihren Verbänden betriebene oder deren Interessen verfolgende Einrichtung handeln².

Unabhängigen Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen stehen an vielen Stellen des Gesundheitswesens finanzstarke Lobbyisten gegenüber, wie z.B. die pharmazeutische Industrie. Nicht immer steht die Aufklärung der Patienten im Vordergrund der werbenden Aktivitäten; Versicherte und Patienten werden nach wie vor häufig zur ‚compliance‘ aufgefordert, statt als Personen anerkannt, deren Subjektivität, Motivation und Eigenkompetenz wesentlich über den Erfolg und Wirtschaftlichkeit der Angebote mitentscheiden. Nur aufgeklärte Patienten können sich im Gesundheitswesen sowohl rational als auch rationell verhalten³.

Vor diesem Hintergrund bringt die Krebsberatungsstelle als regionale Anlaufstelle zum Thema Krebserkrankung einschließlich der Tumornachsorge ein landes- und bundesweites Netzwerk an Kooperationspartnern (z. B. überregionale Beratungsstellen, Tumorzentren) mit in die regionale Arbeit ein, wodurch auf der Basis beweisgestützter Medizin z.B. ermöglicht wird, Therapievor schläge bewerten zu lassen. Die Krebsberatungsstelle unterstützt die Selbsthilfearbeit auf Anfrage durch sozialarbeiterische Dienstleistungen und nimmt dabei insbesondere Aufgaben wahr, die von den allgemeinen sozialen Diensten und den professionellen Anbietern gesundheitlicher und sonstiger Dienstleistungen nicht erbracht werden können. Die Beratung zum Thema Krebs ist eine ganzheitliche, d.h. neben dem Aufzeigen von Hilfsstrukturen von außen wird auf das Selbsthilfepotenzial des Einzelnen eingegangen, es vertieft und gefördert. Die individuelle Beratung beinhaltet auch den Hinweis auf die Möglichkeiten von Selbsthilfeangeboten.

Die KISS EN-Süd als „Haus“ selbsthilfeinteressierter Menschen unterschiedlichster Ausgangssituationen greift mit der Kooperation einen Themenkomplex aus dem Bereich der chronischen Erkrankungen besonders auf. Sie bringt ihr know-how zu allen Fragen der Selbsthilfeunterstützung und -begleitung ein und stellt zudem die erforderlichen räumlichen, technischen und sachlichen Mittel zur Verfügung. Durch die hier vorliegenden umfassenden Informationen aus dem gesamten Selbsthilfebereich ist sie in der Lage, interessierte, mit einer Krebserkrankung konfrontierte Menschen auch auf themenübergreifende Selbsthilfeangebote hinzuweisen und gezielt zu beraten.

Anfang 2006 initiierten beide Stellen in Kooperation eine neue Gruppe für brust- und unterleibskrebserkrankte Frauen, die sich regelmäßig einmal monatlich trifft und die räumliche, sachliche und technische Ausstattung der KISS EN-Süd nutzt.

Im Oktober 2006 bereiteten die KISS EN-Süd und die Krebsberatungsstelle eine öffentliche Informationsveranstaltung zum Thema Rehabilitation bei Krebs vor, die im Gesundheitshaus Gevelsberg durchgeführt wurde. Die Sinnhaftigkeit der Kooperation dokumentierte sich am Ende der Veranstaltung u.a. dadurch, dass Teilnehmer/innen sich einerseits nach bestehenden Selbsthilfegruppen bei der KISS und andererseits nach individuellen Angeboten der Krebsberatungsstelle erkundigten.

Erstmalig im November 2006 luden beide Stellen gemeinsam zu einer Zusammenkunft für betroffene Menschen mit Tumoren des Mund-, Kiefer- und Halsbereiches ein, um Gelegenheit zu einem persönlichen Austausch zu geben. Diese Zusammenkunft wurde unterstützt durch die Vorsitzenden des Regionalverbandes der Kehlkopfoperierten der Region. Es steht bereits jetzt fest, dass sich hieraus ein regelmäßiges Treffen unter Beteiligung der genannten Akteure entwickeln wird.

Fazit im Rückblick auf die in Kooperation stattgefundenen Aktivitäten:
Eine lebendige, Synergieeffekte nutzende Zusammenarbeit ist weiterzuentwickeln.

Anmerkungen

1 Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Landesarbeitsgemeinschaft Krebsberatungsstellen NRW

2 Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, SGB V, Stand 2005

3 (Eckpunkte zur Gesundheitsreform vom März 1999)

Susanne Auferkorte, Diplom Sozialarbeiterin, KISS EN-Süd

Gisela Reinhardt, Diplom Sozialarbeiterin, Krebsberatungsstelle des Diakonischen Werkes Ennepe-Ruhr/Hagen

Anne Kaiser

Das Konzert der Selbsthilfeunterstützung in Nordrhein-Westfalen – ein Ausschnitt

37 Solisten ergeben noch kein Orchester. Auch wenn die einzelnen Musiker einem hohen professionellen Anspruch genügen und ihren jeweils eigenen Ton entwickeln, ergibt sich der Gesamtklang durch die Koordination. Die „Uraufführung“ fand im Jahre 2003 statt, als die KOSKON NRW – die landesweite Koordinationsstelle für Selbsthilfe – die Arbeit der zurzeit 37 Selbsthilfe-Kontaktstellen systematisch untersuchte und in der Bestandsanalyse veröffentlichte. Seitdem wird die Entwicklung vor allem mithilfe der Jahresberichte festgehalten und landesweit zusammengefasst. Ausschnitte aus den Werken wollen wir Ihnen vorstellen.

Selbsthilfe-Kontaktstellen – ein Einrichtungstyp nimmt Gestalt an

Bereits 1991 beschloss der Landesarbeitskreis Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW Qualitätskriterien in Bezug auf die personelle, räumliche und technische Ausstattung einer Selbsthilfe-Kontaktstelle. Bindend wurden solche Standards 1993 mit dem Landesförderprogramm des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Den Landeszuschuss bekommt eine Kontaktstelle bis heute nur, wenn sie unter anderem eine Stelle für eine Fachkraft und eine halbe Stelle für eine Verwaltungskraft einrichtet. Zwar bleiben diese Standards hinter den Forderungen des Landesarbeitskreises zurück, so lassen sie z.B. die Einwohnerzahl außer acht. Trotzdem hat das Ministerium der Selbsthilfeunterstützung vor allem mit der personellen Mindestausstattung zu einem bundesweit vergleichsweise hohen Niveau verholfen.

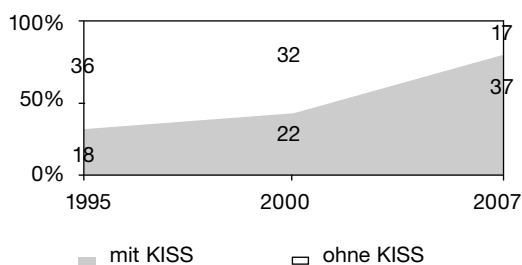
Die Finanzierung durch das Land brachte den Kontaktstellen mehr Stabilität: Von den heute 37 Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW können mittlerweile sieben auf ein 20jähriges Bestehen zurückblicken.

Im Jahre 2000 zog die gesetzlich verankerte Krankenkassenförderung mit dem §20 Abs.4 SGB V eine Kette von Neugründungen nach sich. 16 der Kontaktstellen (43%) sind seit 2000 gegründet worden.

Eine neue Entwicklung wurde 2004 wiederum durch die Landesregierung ausgelöst: Ein Positionspapier des Gesundheits- und Sozialministeriums forderte die flächendeckende Verbreitung der professionellen Selbsthilfeunterstützung vor dem Hintergrund, dass im Jahre 2003 von den 54 Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens knapp 2/3 mit den Dienstleistungen einer Selbsthilfe-Kontaktstelle versorgt waren.

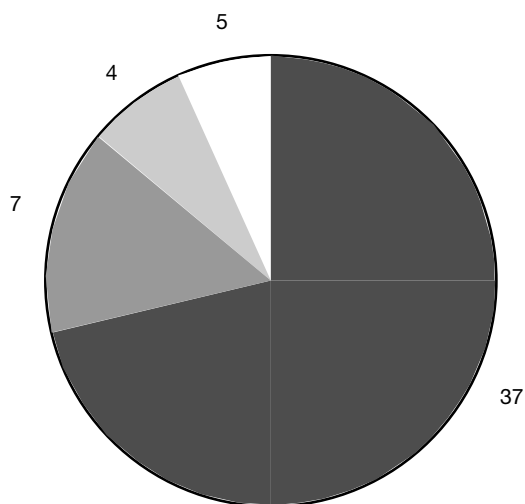
Im Zuge der finanziellen Engpässe der Kommunen ging nach der Gründungswelle von 2000 bis 2003 die Einrichtung neuer Selbsthilfe-Kontaktstellen nur noch schleppend voran. So vereinbarten die Verbände der Gesetzlichen Krankenkassen mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband, die Hürde für Neugrün-

Ausstattung der Kreise und kreisfreien Städte mit Selbsthilfe-Kontaktstellen



dungen niedriger zu hängen und entwickelten das Konzept der Selbsthilfebüros Typ 1 und 2. Selbsthilfebüros sind einer bestehenden Kontaktstelle ange-

Selbsthilfeunterstützung in den Kreisen / kreisfreien Städten von NRW 2007



- Kreise / kreisfreie Städte mit Selbsthilfe-Kontaktstelle
- Kreise / kreisfreie Städte mit Selbsthilfe-Büro (1/2 Stelle)
- Kreise / kreisfreie Städte mit Nebenstelle (3 Std. wöchentl. Beratung)
- Kreise / kreisfreie Städte ohne jegliche Selbsthilfeunterstützung

gliedert. Sie sind entweder mindestens drei Stunden wöchentlich oder mit einer halben Personalstelle besetzt und sollen die Selbsthilfeunterstützung in einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt, in der es noch keine Kontaktstelle gibt, abdecken.

Durch die Einrichtung von Selbsthilfebüros und vereinzelte Neugründungen von Selbsthilfe-Kontaktstellen konnte die Selbsthilfeunterstützung in NRW weiter ausgedehnt werden, so dass Anfang 2007 von den 54 Kreisen oder kreisfreien Städten nur noch fünf gänzlich ohne professionelle Einrichtung zur Selbsthilfeunterstützung auskommen müssen.

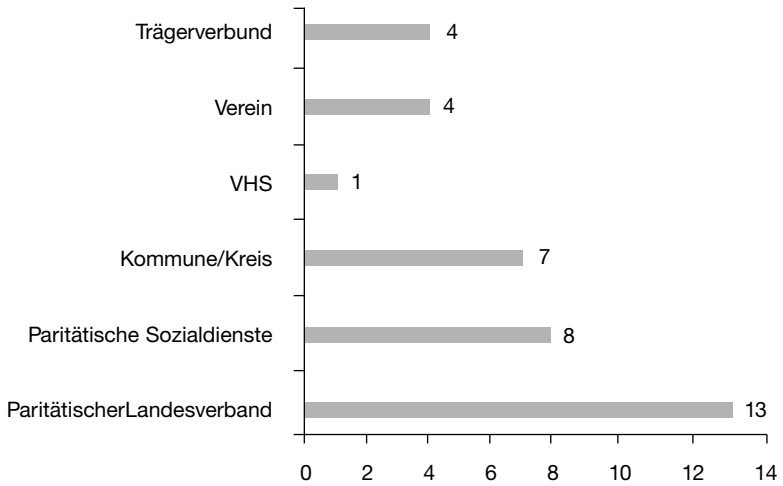
Das Ziel der flächendeckenden Selbsthilfeunterstützung ist damit in greifbare Nähe gerückt. Diese Entwicklung darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Service einer Selbsthilfe-Kontaktstelle mit mindestens 1,5 Personalstellen nicht zu vergleichen ist mit einer Nebenstelle, die 3 Stunden Sprechzeit wöchentlich anbietet. Hinzu kommt, dass zum Teil die Sprechzeiten durch Mitarbeiter/innen der Kontaktstelle angeboten werden und damit bei dieser Kapazitäten abgezogen werden.

Aber auch innerhalb der zum Teil flächenmäßig großen Kreise ist die Selbsthilfeunterstützung den Bürgerinnen und Bürgern in den letzten Jahren näher gekommen: Mittlerweile sorgen neun Kontaktstellen mit 15 Außenstellen in ihrem Kreisgebiet für kürzere Wege zur Selbsthilfeunterstützung.

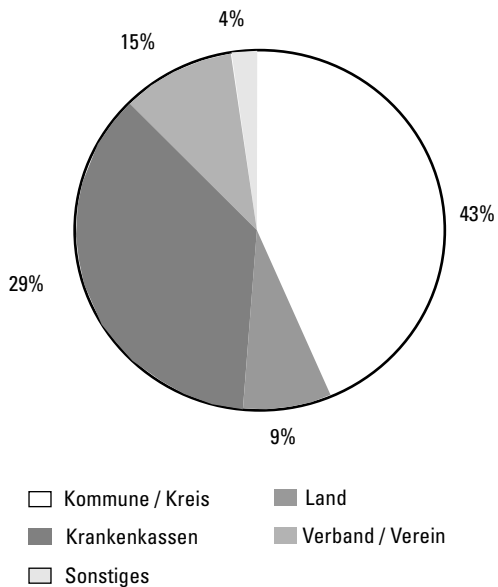
Eine Entwicklung, deren Auswirkungen zurzeit noch wenig absehbar sind, wurde 2006 von den Krankenkassen angestoßen. Sie erarbeiteten zusammen mit dem Paritätischen ein Qualitätssicherungskonzept und legten damit Kriterien fest, die zukünftig die Grundlage für die Förderung der Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW sein sollen. Das Konzept wurde mit dem Landesarbeitskreis Selbsthilfe-Kontaktstellen NRW abgesprochen. Es beschreibt weitgehend den bereits erreichten Arbeitsstandard der Kontaktstellen. Neu ist eine einheitliche Statistik, die in Zukunft landesweite Aussagen erleichtern wird. Selbsthilfe-Kontaktstellen werden in NRW vor allem von Wohlfahrtsverbänden, Kommunen und Vereinen getragen. In einigen Fällen haben sich mehrere Träger zusammengeschlossen. Anfang 2007 gestaltet sich die Trägerlandschaft folgendermaßen (siehe Seite 4).

Trotz der finanziellen Unterstützung des Landes und der Krankenkassen sind die Kommunen nach wie vor die größten Finanzgeber der Kontaktstellen in NRW, vor allem dort, wo die Kommune Träger der Kontaktstelle ist. 2003 untersuchte KOSKON die Finanzierung der Selbsthilfe-Kontaktstellen detailliert. Neuere Zahlen liegen nicht vor, allerdings kann vermutet werden, dass aufgrund der seit 2003 von vier auf sieben Einrichtungen verstärkten kommunalen Trägerschaft der Anteil der Städte/Kreise gestiegen sein dürfte. Für die Landesmittel steht unabhängig von der Anzahl der Selbsthilfe-Kontaktstellen ein gleich bleibender Betrag zur Verfügung, so dass der Kostenanteil des Landes mit jeder neuen Kontaktstelle relativ sinkt.

Träger der Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW 2007



Anteilige Finanzierung der Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW 2003



Selbsthilfegruppen in NRW – zahlreich und vielfältig

NRW ist mit 18 Millionen Einwohnern das bevölkerungsreichste Bundesland. Die Anzahl der Selbsthilfegruppen liegt schätzungsweise bei ca. 15.000.

Aber wie beständig sind denn eigentlich die Gruppen? Im letzten Jahr wollten es zwei Kontaktstellen genau wissen. Als Indiz erhoben sie die Dauer der Mitgliedschaft. Während die eine zu dem Ergebnis kam, dass über 40% der Teilnehmer/innen länger als fünf Jahre einer Selbsthilfegruppe angehören, fand die andere heraus, dass sogar über 60% länger als fünf Jahre in einer Gruppe bleiben.

Die Kontaktstellen geben die Themen der Selbsthilfegruppen in ihrem Zuständigkeitsbereich an KOSKON weiter. Mithilfe der daraus erstellten und auf der Website www.koskon.de präsentierten Themenliste wird interessierten Bürgerinnen und Bürgern sowie Professionellen die Orientierung und Suche nach Selbsthilfegruppen erleichtert. Die nachfolgende Liste zeigt die Themen mit der größten Verbreitung in NRW. Zu diesen Themen arbeiten mindestens eine oder auch mehrere Selbsthilfegruppen in den jeweiligen Kreisen bzw. kreisfreien Städten.

Alkohol- und Medikamentensucht gehören an die Spitze der Themenliste, gefolgt von einzelnen chronischen Erkrankungen. Bei den psychischen Erkrankungen nehmen Angehörige von psychisch Kranken und Depressionen den

Selbsthilfegruppenthemen bei 75% - 100% der Kontaktstellen	
Alkoholsucht Multiple Sklerose	100%
Rheuma Fibromyalgie Parkinson-Syndrom Alkoholsucht – Angehörige Alkoholsucht / Medikamentensucht	>90%
Alzheimer-Krankheit – Angehörige Bechterew, Morbus Osteoporose Krebs – Frauen Krebs, nicht näher bezeichnet Sehbehinderung / Blindheit Behinderung, körperliche Crohn, Morbus Diabetes, nicht näher bezeichnet Psychische Erkrankungen – Angehörige Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung - Eltern Depressionen – Betroffene Ertaubung Trauer – Eltern Alkoholssucht / Medikamentensucht – Angehörige	>75%

größten Platz ein. Die sozialen Themen sind mit Eltern, die um den Verlust eines Kindes trauern, am häufigsten verbreitet.

Selbsthilfe im Wandel – neue Fragen bedürfen neuer Antworten

Neuere Entwicklungen in der Selbsthilfe lassen sich unterer anderem bei den Neugründungen von Selbsthilfegruppen ablesen. Auch hier geben die *Spitzenreiter* einen Einblick, welche Themen die Menschen zurzeit in besonderem Maße veranlassen, sich in Selbsthilfegruppen zu organisieren: Von den insgesamt rund 250 Selbsthilfegruppen-Gründungen zu über 140 Themen zeigt folgende Tabelle aus dem Jahr 2005 die Themen, zu denen es zu den häufigsten Gruppengründungen kam. Nicht berücksichtigt sind dabei die zahlreichen Gründungsversuche, die nicht zu einer beständigen Selbsthilfegruppe führten.

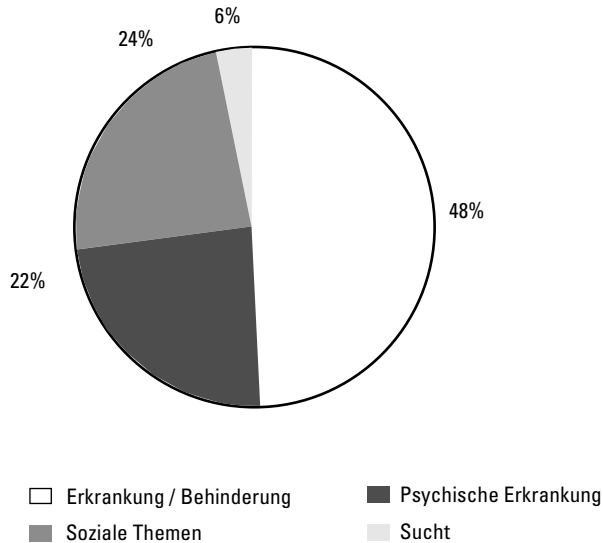
15% - 37% der Kontaktstellen gründeten Selbsthilfegruppen zu folgenden Themen	
Depression	37%
Alkoholsucht	26%
Alleinerziehend	22%
Trennung / Scheidung Pflegerische Angehörige	jeweils 19%
Adipositas Angststörungen Angststörungen und Depression Bipolare Störung Herz-, Kreislauferkrankungen Krebs Parkinson, Morbus Restless legs	jeweils 15%

Depression, Alkoholsucht und Themen der sozialen Lebensbewältigung führen das Feld an. Im Jahre 2005 bestätigte sich der von den Mitarbeiter/innen der Kontaktstellen beobachtete Trend, dass die psychischen Erkrankungen eine zunehmend große Rolle spielen.

Ordnet man die erfolgten Gruppengründungen den übergeordneten Themen zu, dann ergibt sich folgende Verteilung (siehe Seite 7).

Insgesamt erfolgte im Jahr 2005 also fast die Hälfte aller Gruppengründungen zu somatischen Themen. Dies erklärt sich durch die hohe Anzahl unterschiedlicher Themen in diesem Bereich: So stehen z.B. den 45 Themen innerhalb der psychischen Erkrankungen 361 Themen bei den somatischen Erkrankungen und Behinderungen gegenüber. Immer speziellere Anfragen erweitern die Themenliste ständig, erschweren aber auch, vor Ort weitere Betroffene für die Gründung einer Selbsthilfegruppe zu finden. Zu jedem einzelnen Thema wurde landesweit oft nur eine Gruppe im Jahr gegründet.

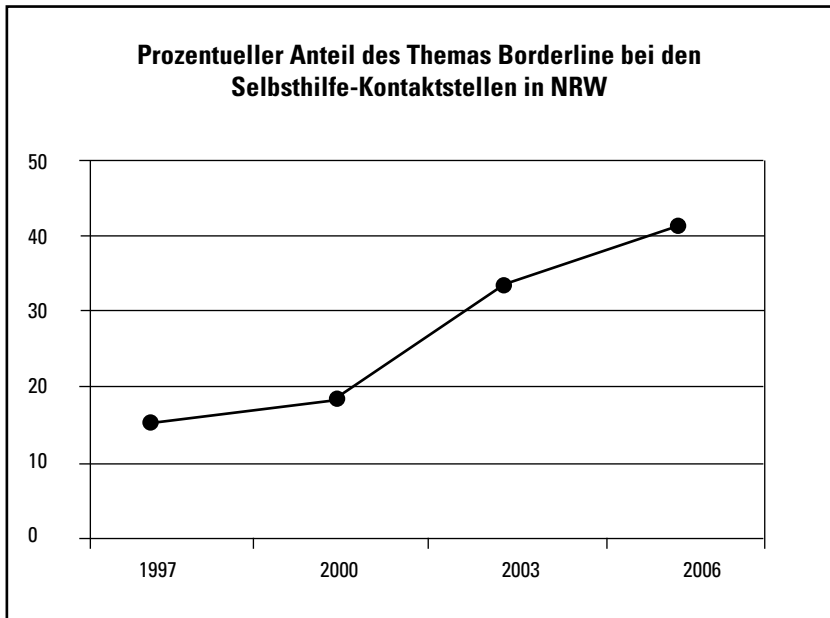
Selbsthilfegruppengründungen nach Themenbereichen



Ein weiteres Indiz für Themen, die die Menschen in besonderem Maße belasten, sind die Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern bei den Selbsthilfe-Kontaktstellen. Man könnte vermuten, dass die Anfragen im Verhältnis stehen zu den daraus erfolgenden Gruppengründungen, aber dieser Zusammenhang trifft nur bedingt zu. In ihren Jahresberichten berichten mehrere Kontaktstellen, dass die meisten Anfragen dem psychischen Bereich, vor allem der Depression gelten. Starke Zunahme der Anfragen wird auch zur Sucht und den Ess-Störungen gemeldet. Aber die Inhalte wandeln sich nicht nur, sie ziehen auch Änderungen der Selbsthilfeunterstützung nach sich. Die Kolleginnen und Kollegen berichten von wesentlich mehr umfangreichen Beratungsgesprächen, bei denen sich oftmals gar nicht das Interesse an Selbsthilfe herausstellt. Vielmehr suchen zahlreiche Bürgerinnen und Bürger irgendeine Hilfe und signalisieren ihre Orientierungslosigkeit wie auch Defizite im professionellen Gesundheits- und Sozialsystem. Die Kontaktstellen übernehmen mehr und mehr eine Lotsenfunktion und sind mit dem Problem konfrontiert, dass die Selbsthilfe stärker zum Lückenbüßer wird, wenn angemessene Hilfen nicht erreichbar sind.

Den doch relativ häufig gewordenen Gruppengründungen im Bereich der psychischen Erkrankungen stehen also noch wesentlich mehr Anfragen gegenüber, die viel Beratungszeit erfordern. Gleichzeitig berichten die Kolleginnen und Kollegen, dass sich neue Selbsthilfegruppen mit psychischen Themen oft nach kurzer Zeit wieder auflösen.

Andererseits können wir am Beispiel der Borderline-Gruppen zeigen, dass psychische Erkrankungen einen festen Platz in der Selbsthilfe eingenommen haben. Gaben 1997 noch 15% aller Kontaktstellen an, dass es in ihrem Zuständigkeitsbereich Selbsthilfegruppen zum Thema Borderline gab, so stieg der Anteil 2006 auf 42%. Die Steigerung fällt noch beachtlicher aus, wenn man bedenkt, dass sich im untersuchten Zeitraum auch die Zahl der Selbsthilfekontaktstellen mehr als verdoppelt hat.



Demgegenüber noch am Anfang steht die Arbeit mit muttersprachlichen Selbsthilfegruppen für Migrantinnen und Migranten. Zwar nur punktuell und in Großstädten angesiedelt, gibt es mittlerweile 20 meist türkischsprachige Selbsthilfegruppen zu somatischen und sozialen Themen. Ein Motor dieser Entwicklung ist die personelle Besetzung einer Kontaktstelle mit einer Sozialarbeiterin türkischer Herkunft. Interessant ist die Untersuchung einer Kontaktstelle, bei der 30% der befragten Selbsthilfegruppen angaben, dass zu ihrem Kreis ausländische Mitbürger/innen gehören.

Freiwilliges Engagement in der Selbsthilfeunterstützung

Dass Selbsthilfe mit freiwilligem Engagement einhergeht, muss hier nicht näher erörtert werden. Aber auch im Rahmen der professionellen Selbsthilfeunterstützung übernehmen freiwillig Engagierte mancherorts wichtige Funktionen: Sie unterstützen z.B. die Datenverarbeitung im PC oder führen eine umfangreiche Kartei mit Institutionen, die Räume für Selbsthilfegruppen anbieten. Ein ehrenamtliches Redaktionsteam beteiligt sich maßgeblich an der Gestaltung der regelmäßig erscheinenden Selbsthilfezeitung.

Unverzichtbar erscheint die Freiwilligenarbeit in einer Kontaktstelle, die einen großen Landkreis zu versorgen hat. Um die Präsenz und Erreichbarkeit zu erhöhen, hat sie fünf Außenstellen eingerichtet, in denen freiwillige Mitarbeiter/innen Sprechstunden anbieten. Ein relativ neues Betätigungsfeld öffnet sich bei der Begleitung von Selbsthilfegruppengründungen. Vor allem die zahlreichen psychischen Themen erfordern ein hohes Ausmaß an Begleitung in der Gründungsphase: Hier setzt das Ingangsetzer-Projekt an, in dem Freiwillige geschult werden, in Anbindung an die Mitarbeiter/innen der Kontaktstelle die Gruppen in ihrer ersten Phase zu unterstützen.

Platz genommen

Nicht nur die stark gestiegenen Kontakte zu Bürgerinnen und Bürgern zeigen, dass die Selbsthilfe-Kontaktstellen ihren Platz im Gesundheits- und Sozialsystem eingenommen haben, auch die vielfältige Zusammenarbeit mit professionell Tätigen weist darauf hin. 2005 kam im landesweiten Durchschnitt bereits ein Drittel aller individuellen Anfragen von Professionellen.

Mit großem Erfolg wurde in den letzten Jahren die Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Krankenhaus aufgenommen und ausgebaut. Während vor wenigen Jahren die Zusammenarbeit zum spezifischen Schwerpunkt einzelner Kontaktstellen gehörte, hat mittlerweile ein Viertel der Kontaktstellen den Kontakt systematisch aufgenommen. Mit Aktionen wie z.B. Ausstellungen, Sprechstunden von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe-Stammtisch und der Schulung an Pflegeseminaren haben Kontaktstellen und Selbsthilfegruppen vielfältige Wege beschritten. Deutlich wird, dass punktuelle Aktionen allein nicht weiterhelfen, sondern erst der kontinuierliche Kontakt zu unterschiedlichen Arbeitsebenen von der Geschäftsführung über die Verwaltung, Ärzteschaft und das Pflegepersonal die Basis für nachhaltige Kooperation darstellt. Ihren Platz gefunden haben Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung auch in kommunalen Gremien: Sie sind in hohem Ausmaß in die Gesundheits- und Pflegekonferenzen eingebunden und arbeiten in einer Vielzahl von Arbeitskreisen zu spezifischen Themen mit wie z.B. Behinderung, Sucht, Armut, Krebs, Demenz, Alter, Frauen. Problematisch ist an dieser Entwicklung der hohe Zeitaufwand, der nach Aussage von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kaum noch zu leisten ist und zu Lasten der Arbeit mit den Betroffenen und Selbsthilfegruppen gehen muss.

Die professionelle Selbsthilfeunterstützung hat in den letzten Jahrzehnten viel geleistet, um ihre Anerkennung und ihren Bekanntheitsgrad zu erhöhen. Das ist gelungen. Der damit verbundene Zuwachs an Beteiligung und Vernetzung ist die positive Seite der Medaille. Mit der Einbindung steigen aber auch Erwartungen und Anforderungen vonseiten der Gesundheitsdienstleister, der jeweiligen Träger, der Förderer und der Kommunen. Die Beschäftigung mit der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung ist zu einem Imagefaktor geworden, bei dem es nicht immer um die Sache geht. In der konkreten Arbeit entstehen zusätzliche und formalisierte Arbeitsanforderungen, deren Nutzen für die

Selbsthilfe oft fraglich ist. Also Platz genommen zwischen den Stühlen? Es bleibt die Aufgabe der Kontaktstellen, die Betroffenen und Selbsthilfegruppen in ihrem Selbstbestimmungsrecht nicht aus den Augen zu verlieren.

Anne Kaiser ist Diplom-Pädagogin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der KOSKON NRW, der Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in Nordrhein-Westfalen.

Die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit, Selbsthilfe, bürgerschaftlichem Engagement und Familie

Ergebnisse einer Studie auf der Basis exemplarischer Interviews mit Selbsthilfegruppen-Mitgliedern

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Projekts „Den Familienbezug von Selbsthilfegruppen verdeutlichen und die Familienorientierung der Selbsthilfe stärken“ führte die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) von November bis Dezember 2005 insgesamt fünf exemplarische Interviews mit Mitgliedern bundesweiter Selbsthilfevereinigungen, und zwar der thematischen Sektoren Gesundheit, Psycho-Soziales und Soziales, durch¹. Das Ziel der Studie war es unter anderem, die Zugänge und Barrieren zur Selbsthilfe aufzuzeigen, die konkreten Erfahrungen von Menschen in Selbsthilfevereinigungen und – damit verbunden – ihre Sorgen und Nöte vor und während des Selbsthilfeengagements zu verdeutlichen sowie die Zusammenhänge und Vereinbarkeiten von Berufstätigkeit, Selbsthilfeengagement und Familie auf individueller Ebene zu identifizieren.

Im Zentrum des Erkenntnisinteresses standen folgende Fragen:

1. Wie werden Probleme im Zusammenhang mit Erkrankungen oder Behinderungen, Alter, Diskriminierung, psychischen Problemen etc. auf individueller Ebene bearbeitet, welche Schwierigkeiten sind damit verbunden und mit Hilfe welcher Strategien wird auf diese Probleme reagiert?
2. Ab wann und auf welchem Wege wird Hilfe von Selbsthilfegruppen in Anspruch genommen, und wie wirken sich die Teilnahme bzw. die Inanspruchnahme solcher Angebote auf die Betroffenen und ihre persönliche, berufliche und soziale Situation aus?
3. Welche Erwartungen an die eigene Zukunft sind mit diesen Erfahrungen verbunden, und welche Forderungen und Bewertungen bezüglich der Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit dem Selbsthilfeengagement ergeben sich daraus?

In diesem Beitrag sollen nun die wichtigsten Befunde unserer Studie „Selbsthilfe, Familie, soziales Umfeld und bürgerschaftliches Engagement. Über die Zusammenhänge von Selbsthilfeengagement, biografischer Entwicklung und sozialer Integration“² zusammengefasst präsentiert werden. Besonderer Fokus liegt dabei auf der Beantwortung der Fragen:

1. Welche Zugänge nutzen Menschen in die Selbsthilfelandchaft Deutschlands und welche Schwierigkeiten und Probleme sind damit verbunden?
2. Welche Mechanismen führen über die eigene Problembewältigung zu einem Selbsthilfeengagement und dann darüber hinaus zu einem bürgerschaftlichen Engagement?

3. Wie werden das Zusammenspiel und die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit, Selbsthilfeengagement und Familie auf individueller Ebene beurteilt?

Zugänge und Barrieren zur Selbsthilfe

Die plötzliche Konfrontation mit einer Erkrankung oder einem psychischen oder sozialen Problem kann eine soziale, psychische, emotionale und materielle Ausnahmesituation auslösen, die sowohl das Kompensationspotenzial der / des einzelnen Betroffenen als auch das ihrer / seiner Angehörigen übersteigt, aber auch von den bestehenden Funktionssystemen oft nicht adäquat aufgefangen werden kann. Besonders bei schweren Erkrankungen, aber auch bei psychischen Problemen, steht diese Konfrontation häufig im Zusammenhang mit einer biografischen Schockerfahrung, die das Leben der Betroffenen komplett auf den Kopf stellt. Die anfängliche Rat- und Hilflosigkeit, die in der Darstellung unserer Befragten zu finden ist, wird zusätzlich durch den Umstand verstärkt, dass die Informationslage zu Beratungs- und Hilfsangeboten der verschiedenen Selbsthilfevereinigungen eher unzureichend ist.

Auch wenn sich in den letzten 20 Jahren bzgl. dieser Informationslage – teilweise durch stärkere Medienpräsenz, teilweise durch Öffentlichkeitsarbeit und Vermittlung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen – vieles verbessert hat: Die eigentliche Kontaktaufnahme scheint in aller Regel doch weniger über öffentliche Wege (z.B. Medien) und offizielle Stellen (z.B. Kliniken, Ärztinnen / Ärzte, Ämter) als (immer noch) über informelle Kanäle wie bspw. Empfehlungen von Freund/innen und Bekannten oder über spontane Begegnungen abzulaufen³.

Von der Konfrontation mit dem jeweiligen Problem über das Gefühl der Ratlosigkeit bis zu dem Entschluss, einer Gruppe beizutreten, bis zur tatsächlichen Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen-Angeboten, z.B. dem Austausch mit Gleichbetroffenen, führt in der Regel kein direkter Weg. Stattdessen wählen viele Betroffene – aufgrund von Erwartungen bzw. Zuschreibungen von fachlicher Kompetenz – zunächst den Weg zu anerkannten Expert/innen, wie bspw. Ärztinnen / Ärzten, Psycholog/innen, (Sozial)Pädagog/innen oder Anwält/innen. Das war auch bei unseren Befragten der Fall. Aber häufig – besonders bei seltenen Erkrankungen, Behinderungen oder Problemen – sind auch professionelle Kräfte – sei es in Arztpraxen oder Kliniken, sei es in Behörden oder Ämtern – damit überfordert, eine angemessene Information und Beratung zu leisten, da viele Fachleute zwar fachliches Wissen und möglicherweise eine langjährige Berufserfahrung vorweisen können, ihnen aber oft ganz spezifische Kenntnisse, vor allem aber die unmittelbare Betroffenheitserfahrung und die damit verbundene Perspektive fehlen. Auch sind viele Erkrankungen erst nach und nach entdeckt bzw. verstanden worden, bei anderen musste die Anerkennung als „Krankheit“ von den Betroffenen erst mühsam gegen herrschende gesellschaftliche Vorurteile und / oder gegen die Auffassungen von Fachleuten durchgeboxt werden, man denke etwa an Themen wie Glücksspiel-Sucht oder Essstörungen.

Oft sind Professionelle auch aufgrund ihrer Spezialisierung nicht in der Lage, umfassend zu beraten und zu informieren. Die Problemlagen der Betroffenen sind in aller Regel mehrdimensional, bspw. wenn auf psychische Erkrankungen von Seiten des Umfelds mit Diskriminierungen reagiert wird, wenn sie den familiären Lebenszusammenhang sprengt, wenn einer Erwerbstätigkeit nicht mehr nachgegangen werden kann. Selbsthilfegruppen sind im Gegensatz zu spezialisierten Fachleuten ganzheitlich ausgerichtet und damit eher in der Lage eine umfassende Beratung zu leisten, vor allem dann, wenn es um komplexere Problembewältigungen geht, bspw. bei Fragen der Verbindung von Versorgungswegen und -strängen, bei rechtlichen und versicherungstechnischen Fragen oder bei Fragen zu Familie, Arbeit, Freizeit, Mobilität, Schule, Ausbildung usw. Daraus ergibt sich auch, dass Selbsthilfegruppen vital auf vielfältige Kooperationen mit der professionellen Ebene angewiesen sind. Schon aus diesem Grund wäre es wünschenswert, wenn auch auf Seiten professioneller Gruppen eine bessere Kenntnis über bestehende Selbsthilfepotenziale und die Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen vorhanden wäre und sie stärker darüber aufklären würden (könnten). Anstatt sich als Konkurrent/innen bei der Problembearbeitung / Gesundheitsversorgung gegenüberzustehen, müssten bestehende Kooperationsansätze zwischen Selbsthilfe und professioneller Ebene vertieft und nach wie vor bestehende Vorurteile zwischen Laien- und professioneller Ebene weiter abgebaut werden.

Neben Hemmschwellen durch strukturelle / infrastrukturelle Mängel oder Kenntnisdefizite gibt es allerdings auch individuelle Hemmungen bzw. Motive, einer Gruppe beizutreten oder dies nicht zu tun. So wurde in den Darstellungen unserer Befragten deutlich, dass diejenigen, die sich selbst eine Offenheit im Umgang mit anderen Menschen attestierten, früher den Weg in eine Selbsthilfegruppe fanden als andere. Die Entscheidung, sich einer Gruppe anzuschließen, beinhaltet für die meisten unserer Befragten die zielgerichtete Problembewältigung bspw. durch den Austausch mit Gleichbetroffenen auf unvoreingenommener und neutraler Basis bzw. den Abgleich erhaltener Informationen. Ebenso bedeutsam ist der Aspekt, über die Zugehörigkeit zur Gruppe emotionalen Rückhalt und inhaltliche Unterstützung zu erfahren, um darüber einen Weg aus der Isolation zu finden. Andere wiederum wollten schlicht die Angebote von Selbsthilfegruppen nutzen, die außerhalb der Selbsthilfelandchaft (im Expertensystem oder auf dem „Markt“) nicht oder nicht ohne großen finanziellen und zeitlichen Aufwand zu beschaffen wären.

Der Weg in eine Gruppe war schließlich nicht nur mit Hoffnungen und Erwartungen, sondern auch mit Schwierigkeiten und Befürchtungen verbunden, die den Zugang von Menschen mit Problemen oder Erkrankungen zu Selbsthilfegruppen, auch unabhängig von sprachlichen oder sozialen Barrieren⁴, generell erheblich erschweren können. Zu diesen gehören die emotionale Belastung / Überforderung durch die Leidensgeschichten anderer Betroffener, die zeitliche und finanzielle Belastungen durch das Selbsthilfeengagement und die Konfrontation mit Vorurteilen gegenüber der Selbsthilfe von außen.

Die Barrieren für einen Zugang zur Selbsthilfe lassen sich also wie folgt fokussieren:

- Gesellschaftliche Vorurteile gegenüber der Selbsthilfe
- Defizitäre Informationslage zum Thema Selbsthilfe
- Mangelhafte Kooperation zwischen Laien- und professioneller Ebene
- Emotionale, zeitliche und finanzielle Belastungen durch das Selbsthilfeengagement.

Der Wechsel vom Eigen- zum Fremdbezug des Engagements

Für unsere Befragten stellte die Konfrontation mit ihrem Problem den Kristallisationskern für ein langjähriges und vielfältiges Engagement im Feld der Selbsthilfe dar, das über die zielgerichtete Verfolgung von Strategien der unmittelbar eigenen Problembewältigung hinausweist.

Diesen Prozess kann man verkürzt mit den Worten: „Hilf dir selbst, indem du anderen hilfst“ beschreiben. So kommt es im Zuge der Problembearbeitung innerhalb der Selbsthilfegruppe häufig zu einem Perspektivwechsel vom Eigen- zum Fremdbezug des Selbsthilfeengagements. Durch die gemeinsam geteilte Problem- und Betroffenheitslage wird die Loyalität gegenüber anderen Gruppenmitgliedern verstärkt und eine intrinsische Bindung⁵ hergestellt, die nicht selten in neue Freundschaften und Beziehungen mündet. Diese haben auch über den Gruppenkontext hinaus Bestand und können gefährdete oder verloren gegangene persönliche, familiäre oder berufliche Beziehungen stützen oder substituieren. Durch die Herstellung intrinsischer Bindungen ist das Selbsthilfeengagement nicht mehr allein ein Mittel zur individuellen Problemlösung, sondern avanciert zu einem Wert an sich. Im weiteren Verlauf des Gruppenengagements werden zudem inhaltliche Kompetenzen erworben, die einen gleichberechtigten Austausch auch mit Fachleuten ermöglichen und die Konfliktfähigkeit erhöhen.

In diesem Zusammenhang wurden von unseren Befragten folgende gesundheitsfördernde und die sozialen Beziehungen stärkenden Wirkungen des Selbsthilfegruppenengagements genannt:

- Gewinn an Konfliktfähigkeit gegenüber dem sozialen Umfeld
- Überwindung von Isolation, durch das Gefühl, nicht allein zu sein
- Emotionaler Rückhalt durch die Gruppe
- Unterstützung bei der Pflege von Angehörigen oder der Betreuung von Kindern
- Abbau von Schuldgefühlen
- Stärkung der Autonomie, Abbau affektiver Verstrickungen
- Austausch von Information und Erfahrungen
- Verarbeitung von Ängsten
- Erweiterung von Handlungsoptionen zur Problembewältigung.

Authentizität durch Betroffenheit

Gleichzeitig bildete das Engagement in einer Selbsthilfegruppe für unsere Befragten eine Weichenstellung für ihren eigenen persönlichen, sozialen und beruflichen Wandel. Bei allen im Rahmen dieser Studie dokumentierten „Fällen“ mündete die unmittelbar eigene zielgerichtete Problembewältigung in ein weiterreichendes bürgerschaftliches Engagement und schließlich in eine Verbindung von Selbsthilfeengagement und Berufstätigkeit. Der mit dem Engagement in einer Selbsthilfegruppe verbundene Gewinn an persönlicher Anerkennung hat offensichtlich nicht nur mehr Selbstvertrauen und Sicherheit im Umgang mit dem eigenen Problem erzeugt, sondern ist auch das Fundament für einen verstärkten Fremdbezug des Engagements. Dieser Fremdbezug zielte bei unseren Befragten oft auf eine Verbindung von Selbsthilfeengagement und Berufstätigkeit. Das war besonders dann der Fall, wenn die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Problemsituation (z.B. Pflegenotwendigkeit von Angehörigen) im alten Berufsfeld nicht mehr gegeben waren. Dabei wurde die Wichtigkeit der Betroffenenperspektive für das (selbstbezügliche) Selbsthilfeengagement wie für das (fremdbezügliche) bürgerschaftliche oder professionalisierte Engagement deutlich hervorgehoben: Durch den Aspekt der Betroffenheit würden Glaubwürdigkeit und Authentizität hergestellt, die wiederum gegenseitiges Vertrauen erzeugten, was für eine adäquate Beratungstätigkeit im Bereich der Selbsthilfe wie in professionellen Zusammenhängen unerlässlich sei.

Für die Problembearbeitung im Rahmen der Selbsthilfe ist außerdem die Gruppenstruktur zwingend erforderlich. Über die Gruppen entstehen neue Netzwerke der Unterstützung (bspw. zur Betreuung von Kindern während Klinikaufenthalten etc.). Daraus folgen familiäre und institutionelle Entlastungen. Für viele bedeutet die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe bzw. die Gruppengründung den Aufbau eines neuen sozialen Netzwerks, das familiäre oder freundschaftliche Beziehungen ergänzen und gescheiterte Beziehungen substituieren kann.

Folgende Aspekte, die im Zusammenhang mit dem biografischen Wandel durch das Selbsthilfeengagement stehen, wurden von unseren Befragten genannt:

- Gewinn an Selbstbewusstsein durch den Erwerb von fachlicher und sozialer Kompetenz
- Gewinn an Konfliktfähigkeit im Umgang mit der professionellen Ebene
- Möglichkeit der Verbindung von Engagement und Berufstätigkeit im Feld der Selbsthilfe
- Gruppe als Substitut bzw. Ergänzung familiärer und freundschaftlicher Beziehungen
- Wechsel vom Eigen- zum Fremdbezug des Engagements
- Entwicklung intrinsischer Bindungen: Selbsthilfeengagement als „Wert an sich“.

Die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit, Selbsthilfeengagement und Familie

Durch den Erfahrungs- und Informationsaustausch mit Menschen, die an der gemeinsamen Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen interessiert sind und gerade nicht zum emotional geprägten Umfeld von Familie, Verwandtschaft oder Freund/innen gehören, eröffnen sich neue Perspektiven und Optionen zur Problembewältigung. Es lassen sich gesellschaftliche Tabus überwinden, es stellt sich ein Gefühl des Verstandenwerdens ein, das in der Lage versetzt, den sozialen, psychischen und emotionalen Ausnahmezustand zu „normalisieren“. Mit Hilfe der Gruppe ließ sich für unsere Befragten eine „gesunde“ Distanz zu Angehörigen und Freund/innen und – damit verbunden – ein Gewinn an Autonomie herstellen, von der auch Freund/innen und Angehörige profitierten; damit wurde eine verbesserte Problembewältigung auch innerhalb des Familien- und Freund/innenkreises ermöglicht. Aus diesen Gründen genießen engagementrelevante „Termine“ meist hohe Priorität in der Familie. Die mit dem Engagement verbundene persönliche, berufliche und soziale Veränderung unserer Befragten wurde von ihren Angehörigen akzeptiert und durchweg positiv bewertet.

Weit weniger positiv wurde hingegen der zeitliche Aufwand beurteilt, den das Selbsthilfeengagement mitunter erfordert. Oftmals bleibt dadurch wenig Zeit für andere familiäre Verpflichtungen oder ein anderes, nicht mit der Selbsthilfe verbundenes Engagement. Die Vereinbarkeit von Engagement und Familie im Feld der Selbsthilfe wurde aufgrund knapper personeller Ressourcen und gesteigerter Anforderungen als in der Tat eher prekär bewertet. Eine zusätzliche Belastung für unsere Befragten lag in dem Umstand, dass auf diese „Mehrfachbelastung“ durch Selbsthilfeengagement, Beruf und Familie von Seiten Außenstehender oft mit Unverständnis reagiert wird. Nach der Darstellung unserer Befragten steht die Gruppenarbeit vielfach an der Grenze des ehrenamtlich Leistbaren, ein zeitlicher Mehraufwand im Rahmen des freiwilligen Engagements / des Ehrenamtes sei oft nicht mehr möglich. Um diesem Dilemma abzuweichen, wären nach Ansicht unserer Befragten mehr unterstützende und begleitende Angebote wünschenswert (bspw. durch Fortbildung oder zur Entlastung von Eltern die Durchführung von Geschwisterseminaren). Nicht alles kann hier aber – so die durchgängige Auffassung – allein von „der Selbsthilfe“ und „in Selbsthilfe“ umgesetzt werden; viele Anforderungen an „die Selbsthilfe“ seien auf ehrenamtlicher Basis kaum mehr zu bewältigen. Zwar bieten bereits viele Selbsthilfegruppen familienfreundliche Rahmenbedingungen oder könnten diese entwickeln, allerdings sind Angebote wie z.B. die Kinderbetreuung durch kindergerechte Aufenthaltsmöglichkeiten wie Spielzimmer, offene Begegnungsmöglichkeiten durch Treffs oder behinderten- und seniorengerechte Zugänge und Arbeitsmittel in hohem Maße ausstattungs- bzw. ressourcenabhängig und damit nicht immer gegeben. Eine verstärkte Familienorientierung bei Selbsthilfegruppen wirft also auch deutliche Kapazitätsprobleme auf, für deren Lösung die Gruppen in aller Regel nicht ausreichend ausgestattet sind.

Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen: Zugangsmöglichkeiten zur Selbsthilfe und Vereinbarkeit von Berufstätigkeit, Selbsthilfeengagement und Familie

Am Ende dieses Beitrages sollen nun einige Schlussfolgerungen gezogen und Handlungsempfehlungen im Hinblick auf verbesserte Zugangsmöglichkeiten zur Selbsthilfe wie auch auf eine bessere Vereinbarkeit von Berufstätigkeit, Selbsthilfeengagement und Familie gegeben werden.⁶ Diese sollen zur weiteren Diskussion anregen und zu einer Lösung der angesprochenen Problemfelder beitragen.

1. Die Außendarstellung der Selbsthilfe ist nach wie vor defizitär, der Wert der Selbsthilfe ist zu wenig bekannt. Durch mehr Werbung und Information sollte die Popularität der Selbsthilfe verbessert und der Zugang zur Selbsthilfe für andere gesellschaftliche Gruppen vereinfacht werden.
2. Die Konkurrenzsituation zwischen professioneller Ebene und Selbsthilfe stellt ein Kooperationshemmnis dar; sie sollte durch eine klarere Abgrenzung der Aufgaben und Rolle von Selbsthilfegruppen-Mitgliedern und professionellen Helfer/innen überwunden werden. Selbsthilfeeferfahrungen und -kompetenzen sollten in beruflichen Handlungsfeldern anerkannt werden und dort Eingang finden, damit die Kooperation zwischen Selbsthilfe- und professioneller Ebene vertieft und nach wie vor bestehende Konkurrenzen abgebaut werden können.
3. Die Vereinbarkeit von Engagement und Familie sollte gezielt gefördert werden, bspw. durch Geschwisterseminare, mehr Betreuungsangebote für Kinder und pflegebedürftige Angehörige oder durch die Förderung selbstorganisierter gegenseitiger Hilfen (sorgende Netze) und gemeinsamer Interessenvertretung.
4. Gemeinsames informelles Lernen ist konstitutiv für die Wirkung und den Erfolg der Selbsthilfegruppen-Arbeit. Erfahrungsaustausch und Fortbildung spielen als Anerkennungsform, aber auch vor dem Hintergrund gesteigerter Erwartungen an die Selbsthilfe eine zunehmend wichtige Rolle. Erfahrungsaustausch und Fortbildungsangebote sollten deshalb erweitert und gefördert werden.

Neben diesen auf die Aspekte von Zugangsmöglichkeiten der Selbsthilfe und der Vereinbarkeit von Berufstätigkeit, Selbsthilfeengagement und Familie fokussierten Schlussfolgerungen konnten aber noch weitere Handlungsempfehlungen aus den Darstellungen unserer Befragten gezogen werden, die im Zusammenhang mit der Förderpraxis durch staatliche und private Förderer sowie dem Grad der Institutionalisierung und auch „Instrumentalisierung“ der Selbsthilfe stehen:

5. Staatliche Förderer (Bund, Länder und Kommunen), die gesetzlichen Sozialversicherungsträger (gesetzliche Krankenkassen, Renten-, Unfall-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherungsträger) sowie private Geldgeber und

Sponsoren sollten eine bedarfsgerechte und konzertierte Förderung realisieren, die ihr Hauptaugenmerk auf die Aspekte Freiwilligkeit, Selbstorganisation und horizontale Strukturen in der Selbsthilfe legt.

6. Die Förderpraxis sollte sich stärker an den Bedürfnissen der Gruppen vor Ort orientieren bspw. bei der Finanzierung von Räumen, Personal oder technischer Ausrüstung, und zwar im Hinblick auf originäre Aufgaben der Selbsthilfegruppen-Arbeit und im Hinblick auf die Sicherung ihrer lokalen Rahmenbedingungen (z.B. Selbsthilfekontaktstellen und andere unterstützende professionelle Einrichtungen).
7. Selbsthilfegruppen sollten bei Ämtern und Behörden auf klare Strukturen und Zuständigkeiten treffen; Kontakte, Kooperationen und Verhandlungen sollten vereinfacht werden und unbürokratisch erfolgen können; bei aller Komplexität von Problemstellungen sollte die Ehrenamtlichkeit der Selbsthilfeengagierten der Ausgangspunkt bleiben und die Grundlage für eine Zusammenarbeit bzw. für Verhandlungen bilden.
8. Die Einbeziehung von Repräsentant/innen der Selbsthilfe in politische Entscheidungsgremien sollte nicht zu einer Überforderung von ehrenamtlich Tätigen führen.
9. Gruppengründungen sollten nicht durch bürokratische Hürden oder Vorgaben gehemmt oder gar verhindert werden; Exponent/innen einer Gruppengründung sollten über verbesserte Rahmenbedingungen gestärkt werden; professionellen Beratungseinrichtungen sollten für die Unterstützung von Gruppen Anreize gegeben, Selbsthilfekontaktstellen sollten mit ihrem Infrastruktur- und Beratungsangebot gestärkt werden.
10. Eine Entbürokratisierung besonders großer Selbsthilfevereinigungen scheint notwendig. Es sollte eine stärkere Basisorientierung großer Organisationen geben.

Literatur und Anmerkungen

- 1 „Gesundheit“ enthält alle Einzelbereiche von: „Allergische / asthmatische und andere Atemwegserkrankungen“ bis „Umwelterkrankungen“.
- „Psycho-Soziales“ enthält die Einzelbereiche: stoffgebundene Süchte; nichtstoffgebundene Süchte; Ehe / Familie / Partnerschaften; Erziehung / Bildung / Ausbildung; Sexualität / Geschlecht; Unfall; Gewaltformen; Lebensprobleme; Tod / Sterben / Verlustsituationen.
- „Soziales“ enthält die Einzelbereiche: Alter; körperliches / seelisches Wohlbefinden; Kindheit / Jugend; Ernährung; Wohnen; Religion / Glauben / Weltanschauung; Umwelt; Verbraucherschutz; Verkehr / Mobilität, Arbeit / soziale Sicherung / soziale Notlagen; Bürgerrechte / Menschenrechte / Migration; Kultur / Freizeit.
- 2 Zur ausführlichen Darstellung siehe Schilling, Ralph: Selbsthilfe, Familie, soziales Umfeld und bürgerschaftliches Engagement. Über die Zusammenhänge von Selbsthilfeengagement, biografischer Entwicklung und sozialer Integration. Eine Studie auf der Basis exemplarischer Interviews mit Selbsthilfegruppen-Mitgliedern. In: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (Hrsg.): NAKOS EXTRA 35. Berlin, Dezember 2006
- 3 Aber auch Vorurteile über Selbsthilfe bzw. gegenüber Menschen, die sich in Selbsthilfegruppen engagieren („Selbsthilfe ist etwas für andere!“), waren meist entscheidend vom sozialen Umfeld unserer Befragten geprägt.
- 4 Immer wieder wird in der fachlichen und fachpolitischen Diskussion das gesamtgesellschaftliche Integrationspotenzial der Selbsthilfe durch Auffassungen über eine starke Mittelschichtprägung und -orientierung grundsätzlich eingeschränkt. Dadurch würden z.B. sozial Benachteiligte

ligte oder Migrant/innen nicht erreicht. Solche Einschätzungen wurden auch von unseren Gesprächspartnerinnen geäußert; sie drücken den Wunsch aus, dass Selbsthilfegruppen Zugangswege und -barrieren und die eigene Gruppenarbeit überprüfen, um mehr Interesse z.B. von sozial Benachteiligten oder Migrant/innen zu wecken, bei der Gruppe „mitzumachen“. Ein solches Vorgehen entspräche durchaus dem reflexiven und emanzipatorischen Ansatz der Selbsthilfe. Allgemeine Aussagen zu dieser Frage sind jedoch schwierig, weil keine Datenbasis vorhanden ist, die genaue Aufschlüsse bieten könnte; gegenüber Pauschalaussagen ist also Skepsis angebracht. Um differenziert Aufschluss über Mittelschichtprägung und -orientierung in der Selbsthilfe zu erhalten, wären u.E. Untersuchungen erforderlich, die die unterschiedlichen zugrunde liegenden Problemstellungen, z.B. „alleinerziehend“ oder „Alkoholabhängigkeit“, ebenso berücksichtigen wie die verschiedenen Arbeits- und Organisationsformen der Selbsthilfe, z.B. Elternkreise, Selbsthilfeorganisationen, Angehörigen- oder Anonymous-Gruppen.

Im wissenschaftlichen Diskurs gehen die Meinungen zur Dominanz der Mittelschichten im Feld der Selbsthilfe seit Jahren auseinander. Bereits in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde auf der Basis mehrerer Untersuchungen festgestellt, dass gegensätzliche Befunde zur Mittelschichtdominanz auf unterschiedlichen Operationalisierungen beruhen, und eine Dominanz, wenn überhaupt, nur in Gesprächs-Selbsthilfegruppen vorliege, da hier gewisse kommunikative Kompetenzen benötigt werden, die eher in der Mittelschicht anzutreffen seien (vgl. dazu: Trojan, Alf: Selbsthilfegruppen – nur ein Mittelschichtphänomen? Überlegungen zur Einrichtung von Selbsthilfe-Kontakt-Stellen. In: DAG SHG [Hrsg.]: selbsthilfegruppen nachrichten 1983. Gießen 1983, S. 15).

5 Intrinsisch = aus eigenem Antrieb durch Interesse an der Sache erfolgend, durch in der Sache liegende Anreize bedingt.

6 Vgl. auch S. 53-54 der als NAKOS EXTRA 35 veröffentlichten Studie; siehe Fußnote 2.

Ralph Schilling ist Soziologe und war bis Ende des Jahres 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). Die vollständige Studie wurde als NAKOS EXTRA 35 veröffentlicht und kann bei der NAKOS schriftlich unter Beilage eines adressierten und frankierten Rückumschlags (DIN A5, Porto 0,85 Euro) angefordert oder im Internet unter:
<http://www.nakos.de/site/materialien/fachinformationen/> als PDF heruntergeladen werden.

Wolfgang Thiel

Bürgerschaftliches Engagement, Selbsthilfe und Welfare Mix. Institutionelle und infrastrukturelle Voraussetzungen, gesellschaftliche Rollen und Förderperspektiven. Eckpunkte für eine Diskussion

Welfare Mix und Selbsthilfegruppen

Das Konzept des Wohlfahrtspluralismus bzw. des Welfare Mixes trägt dem Sachverhalt Rechnung, dass zur Produktion der sozialen Wohlfahrt nicht nur der Staat und der Markt, sondern auch eine Vielzahl so genannter intermediären Organisationen (Nonprofit-Organisationen, Selbsthilfegruppen), soziale Bewegungen und Familie, Verwandtschaft und Nachbarschaft beitragen (Nollert; vgl. Evers / Olk 1996). Bei der Ausgestaltung sozialer Dienste und der Bereitstellung sozialer Hilfen ist für den deutschen Sozialstaat seit jeher ein sektorenübergreifender Mix aus institutionellem und informellem, professionellem und nicht-professionellem bzw. bezahltem wie unbezahltem Handeln kennzeichnend und notwendig. Dies ist unabhängig von einem unmittelbaren Kostendruck oder einer angespannten öffentlichen Haushaltslage der Fall. Bei diesem Mix geht es

- um die Verbindung von öffentlichen und privaten Ressourcen und Kompetenzen (im Wesentlichen öffentliche Hand, Sozialversicherungen, Versorgungseinrichtungen, Stiftungen, Unternehmen, Bürger/innen)
- um die Kooperation von Trägern (im Wesentlichen Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Vereine, Sozialversicherungen, operative Stiftungen, Unternehmen als private Träger) und freien Initiativen wie z.B. Nachbarschaftshilfen und Selbsthilfegruppen
- sowie um ein Zusammenspiel von Teilpolitiken – sei es in der Arbeitsmarkt-, Familien-, Gesundheits-, oder Kulturpolitik, sei es beim Wohnungs- und Städtebau oder bei der Wirtschafts- und Verkehrsentwicklung.

Ohne Eigeninitiative und Mitwirkung von Betroffenen im Nahbereich (Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft) sind die Institutionen, Organisationen und Professionen der Hilfe in aller Regel überfordert und bleiben oder werden selbst oft „hilflos“. Das bürgerschaftliche Engagement Betroffener wird „wertgeschätzt“ „einkalkuliert“, „mitgeplant“ (Hummel 2005). Der Erfolg sozialer Dienste wird damit erleichtert *oder auch* erschwert, denn der ‚weiche‘ Bereich des Bürgerengagements wird abgedrängt, unterschätzt und wegen seiner Eigensinnigkeit und Unkalkulierbarkeit sogar gefürchtet und finanziell als „Freiwilligkeitsleistung“ blockiert (siehe Hummel ebd.).

Die besondere Bedeutung von Selbsthilfegruppen im Sozialstaat liegt in ihrer Eigenschaft, über bürgerschaftliches Engagement soziale Problemlagen aufzuschließen: *Selbsthilfe in Gruppen* ist selbstbestimmte gemeinsame Suche nach Unterstützung sowie kritische Auseinandersetzung mit Mängeln, Defiziten und Lücken in den gegebenen Strukturen der Erbringer und Finanzgeber sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen und schafft damit solidarische Netze zur Bewältigung bestehender Problemlagen. Selbsthilfe in Gruppen hat die Fähigkeit, aus individueller Betroffenheit sowohl kollektive Erfahrungen und Integration als auch Teilhabe und Interessenvertretung zu erzeugen.

Insbesondere die Selbsthilfe bei Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen hat in den letzten Jahrzehnten einen enormen Bedeutungsgewinn erreicht. Entscheidende Faktoren dafür waren das bürgerschaftliche Engagement der Beteiligten selbst sowie wissenschaftliche Erkenntnisse und Impulse und gesundheitspolitische Reformdiskussionen. Der Bedeutungsgewinn der Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen an der Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung wird insbesondere dokumentiert durch den Einbezug der Selbsthilfe in die Patientenbeteiligung, die in Deutschland im SGB V mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 gesetzlich verankert wurde.

Das bürgerschaftliche Engagement in der Selbsthilfe kann allerdings wegen der Eigenschaften „solidarische Problembewältigung“, „selbstbestimmte Suche nach Hilfe“, „kritische Auseinandersetzung mit dem Sozial- und Gesundheitssystem“, „Interessenvertretung“ nicht nahtlos auf die jeweiligen Handlungszusammenhänge und Interessenlagen der anderen Beteiligten bezogen werden.

Mit dem gesellschaftlichen Bedeutungsgewinn ergeben sich für das bürgerschaftliche Engagement in der Selbsthilfe besondere Anforderungen. Es sind Kompetenz- und Rollenklärungen erforderlich: Was kann „in Selbsthilfe“ geleistet werden und was nicht? Welche Rahmenbedingungen braucht die Selbsthilfe? Welche Qualifizierung ist nötig? Wie lassen sich Selbsthilfepotenziale erschließen? Das Neben- und Miteinander von Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen sowie Selbsthilfekontaktstellen wird immer wichtiger, ebenso die verstärkte Zusammenarbeit von und mit professionellen Infrastruktur- und Beratungseinrichtungen im Feld des bürgerschaftlichen Engagements über Selbsthilfekontaktstellen hinaus, z.B. mit Seniorenbüros, Freiwilligenagenturen und -Zentren.

Soziale und gesellschaftliche Voraussetzungen von Welfare Mix

1. Familiäres, nachbarschaftliches, zivilgesellschaftliches und bürgerschaftliches Engagement sind in den Industriegesellschaften historisch schon immer – als quasi-natürliche Ressource und als Outcome von Humanitas, religiöser Botschaft oder Arbeitersolidarität – Bezugfeld und Fundament von „Wohlfahrt“ gewesen.

Wohlfahrtspluralismus (Welfare Mix)

„Der Begriff Wohlfahrtspluralismus (Welfare Mix) bildet primär eine Reaktion auf die Dominanz der Markt-Staat-Dichotomie in der Wohlfahrtsregime-Forschung. Dabei lassen sich eine analytische und eine normative Dimension des Konzepts unterscheiden. Aus analytischer Sicht interessieren vorab die funktionalen Beiträge der angesprochenen Sektoren sowie die Unterschiede zwischen den nationalen Welfare Mixes (vgl. Esping-Andersen 1990). So ist erkennbar, dass der Markt in Ländern mit angloamerikanischem Kapitalismus-Modell eine ungleich wichtigere Rolle einnimmt als etwa in den skandinavischen Ländern. In der Gruppe der Länder mit „rheinischem“ Kapitalismus-Modell, zu der auch die Schweiz gehört, spielen dagegen die Nonprofit-Organisationen eine vergleichsweise wichtige Rolle. In den südeuropäischen Ländern ist wiederum die Familie ein wichtiger Wohlfahrtsproduzent.

Aus normativer Sicht stellt sich die Frage nach dem optimalen Welfare Mix bzw. die Frage, welcher Sektor am besten in der Lage ist, ein gesellschaftspolitisches Ziel zu realisieren. Prominentester Kritiker des Wohlfahrtspluralismus ist Richard Titmuss. Er vertrat schon 1958 die Ansicht, dass die Expansion der freien Wohlfahrtspflege das universalistische Gleichheitsprinzip unterminiert. Seit den 90er-Jahren findet in den westlichen Ländern allerdings vorab die Ansicht Resonanz, dass der Staat bei der Erfüllung vieler Ziele versage und daher zu substituieren sei. So kritisiert z.B. der Neoliberalismus vorab die Ineffizienz und Leistungsfeindlichkeit des Sozialstaats und fordert daher eine Revitalisierung des Marktprinzips im Bereich der sozialen Dienste. Der Kommunitarismus moniert wiederum, dass der Staat zum Abbau naturwüchsiger Solidaritätsnetze beitrage, die Lebenswelt penetriere und im Unterschied zur Familie und zu zivilgesellschaftlichen Assoziationsformen (z.B. Vereinen) nicht in der Lage sei, das menschliche Bedürfnis nach sozialer Geborgenheit zu realisieren.

Literatur

Esping-Andersen, Gøsta: *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity. Cambridge 1990

Evers, Adalbert / Oik, Thomas (Hrsg.): *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*. Opladen 1996

Titmuss, Richard : *Essays on the Welfare State*, London 1958

(Quelle: Nollert, Michael: <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposcode/show.cfm?id=744>)

2. In dem säkularisierten Altruismus des entwickelten Sozialstaats in Deutschland ist dieser Zusammenhang im Subsidiaritätsprinzip und im Solidaritätsprinzip erhalten geblieben, auf denen die Sozialgesetzgebung und die soziale Sicherung fußen. Sichtbar ist dies in dem Grundsatz der „Hilfe zur Selbsthilfe“, der sowohl als Wertsetzung als auch als Handlungsperspektive eine Vermittlung von individueller und kollektiver Wohlfahrt postuliert.

3. Das Zusammenwirken und Aufeinanderangewiesensein von Familie, Staat, Markt, engagierten Betroffenen und ehrenamtlichen Helfer/innen ist immer auch von Konflikten und Gegensätzen geprägt: ökonomisch, politisch, weltanschaulich und ethisch. Daher beinhaltet ein Welfare Mix immer auch ein „Demokratieproblem“, d.h. die Aushandlung von gerechten Lasten- und Verantwortungsteilungen, die Lösung von Konflikten und die Herstellung von Konsens benötigen Regulative der Machtverteilung. Dieses „Demokratieproblem“ hat die Produktion und die Produkte von „Wohlfahrt“ in einer Art „historischem Kompromiss“ zu einem öffentlichen Gut werden lassen, mit der (möglicherweise gar nicht intendierten) Folge, „das Soziale“, „das Mitmenschliche“, „das Demokratische“ und „das Partizipative“ als wesentliche Reproduktionsgrundlagen der Gesellschaft zu stützen und fortzuentwickeln. Dadurch gibt es bei den Fragen privater und öffentlicher Wohlfahrt eine enge und hochsensible Verbindung mit Demokratie-, Gerechtigkeits- und Verantwortungsdiskursen.
4. Der soziale Wandel bringt Probleme für Solidarität und Gemeinsinn hervor:
- Die Bindungs- und Tragfähigkeit traditioneller sozialer Netze wie der Familie (Verwandtschaft), der Nachbarschaft, von religiösen oder weltanschaulichen Gemeinschaften schwindet. An die Stelle quasi-natürlicher „organischer“ Ressourcen traditioneller Sozialmilieus treten jedoch seit den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts verstärkt neue, „künstlich“ geschaffene Ressourcen, die auf gemeinsamer Betroffenheit und Wahlverwandtschaft beruhen, wie das z.B. bei Selbsthilfegruppen, Seniorengruppen, Stadtteil- oder Freiwilligeninitiativen der Fall ist.
 - Die Professionalisierung und Institutionalisierung der Hilfe hat sich als eigenes System (Anbieter) von einem ganzheitlichen „Wohlfahrtsanspruch“ emanzipiert und sich den Problemträger/innen und den diese begleitenden Akteur/innen der Arbeits- und Lebenswelt (Klient/innen, Nutzer/innen, Konsument/innen) gegenübergestellt. Probleme sind: Expert/innendominanz, Anonymisierung, Institutionalisierung / Bürokratisierung und (geldvermittelte) Ökonomisierung.
 - Der soziale Wandel ist zugleich Ursache wie Ausdruck eines rapiden Wandels von sozialen Problemlagen und von Krankheitsbildern und -verläufen. Stichworte: demografische Entwicklung hin zu einer „Altersgesellschaft“, Langzeitarbeitslosigkeit, Zunahme und Chronifizierung von Krankheit, Behinderung und psychischen Problemlagen.
 - Die Finanzierung der sozialen und gesundheitlichen Versorgung und Sicherung ist in eine Krise geraten, was den angesprochenen „historischen Kompromiss“ der Wohlfahrterstellung als öffentliches Gut gefährdet.
5. Der zentrale Ort, wo sich ein Welfare Mix wie auch die ihn begleitenden Konflikte und Gegensätze, Potenziale und Ressourcen, aber auch die Ressourcenknappheit realisieren, ist die Kommune. Die kommunalen Akteur/innen (professionelle Versorgungseinrichtungen, Verwaltungen, Verbände, Unternehmen, Bürger/innen, selbstorganisierte Gruppen und Initiativen,

Nachbarschaften und Familien) sind herausgefordert, eine neue (ergänzende) Definition und neue (ergänzende) Regulative für die Erstellung von „Wohlfahrt“ als öffentlichem Gut und eines gemeinsam getragenen und verantworteten „Sozialen“ zu schaffen.

Voraussetzungen für einen erneuerten, stabilen Welfare Mix

Voraussetzungen eines erneuerten, stabilen Welfare Mixes sind

- das Paradigma einer co-produktiven Balance von Akteur/innen; erforderlich ist eine Verantwortungsteilung im Kontinuum: Anbieter/innen - Nutzer/innen,
- die Verbindung und Vermittlung von Eigennutz und Gemeinnutz unter der Maßgabe der Erstellung öffentlicher Güter,
- die Bildung von horizontalen Netzwerkstrukturen zwischen professioneller Versorgung, administrativer Verantwortung, Verbänden und zivilgesellschaftlichen Organisationen als Alternative und Ergänzung zu vertikalen Strukturen,
- fach- und trägerübergreifende Kooperation als Alternative und Ergänzung zu sektoriellen Strukturen,
- gleichgewichtige und stetige Beteiligung aller thematisch betroffenen, befassten, initiativen, aktiven und potenziell aktiven Akteur/innen an Versorgungsplanung und -entscheidungen, an Infrastruktur- und sozialen / kulturellen Entwicklungen in der Kommune,
- Ressourcenbündelung und -profilierung, was gesetzliche Pflichtaufgaben, die so genannten „Freiwilligen Leistungen“, Komplementärfinanzierungen und den Einbezug bürgerschaftlichen Engagements einschließt und Welfare Mix als eine Gemeinschaftsaufgabe begreift.

Infrastrukturelle und institutionelle Voraussetzungen von Welfare Mix

1. Entwicklung / Stabilisierung von Netzwerkknoten

Die bei den Voraussetzungen für einen erneuerten, stabilen Welfare Mix genannten konzeptionellen und strukturellen Aspekte sind in besonderer Weise Grundlage für die Arbeit der in den letzten Jahrzehnten entstandenen professionellen Infrastruktur- und Beratungseinrichtungen im Feld des bürgerschaftlichen Engagements wie z.B. von Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros, Freiwilligenagenturen / -Zentren. Diese sind nicht einfach nur Teil eines nicht-staatlichen, nicht-privaten „Dritten Sektors“, sondern sie stellen als „intermediäre Instanzen“ eine Brücke dar zwischen den verschiedenen Bereichen. Sie haben ein breites Spektrum von Adressat/innen, sind niedrigschwellig und beteiligungsoffen und nehmen die Rolle von Netzwerkknoten zwischen den Akteur/innen (staatliche Instanzen, Verbände, Versorgungseinrichtungen, Privatwirtschaft, selbstorganisierte Gruppen, Bürgerinnen und Bürgern usw.) ein.

2. Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros, Freiwilligenagenturen / -Zentren in Deutschland – Anzahl, Profil und Angebote

In Deutschland gibt es zurzeit auf örtlicher Ebene:

• ca. 280 Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen

Selbsthilfekontaktstellen stellen eine Brücke dar zwischen dem Selbsthilfebereich und professionellen Versorgungseinrichtungen, Verwaltungen, Sozialversicherungen, Verbänden sowie der allgemeinen Öffentlichkeit (Medien).

Selbsthilfekontaktstellen

- informieren und klären über Selbsthilfe auf
- stellen Kontakt zu bestehenden Selbsthilfegruppen her
- helfen in Beratungsgesprächen, die Ziele und Vorgehensweisen von Selbsthilfegruppen zu klären
- stellen Räume und Bürotechnik zur Verfügung
- unterstützen bei der Gruppengründung und bei der Durchführung von Veranstaltungen
- beraten über Schwierigkeiten, Prozesse und Entwicklungen in der Gruppenarbeit
- koordinieren den Austausch und die Zusammenarbeit der verschiedenen Selbsthilfegruppen und vernetzen sie
- beraten und unterstützen bei Finanzierungsfragen, informieren über finanzielle Fördermöglichkeiten
- vermitteln Kontakte zu Fachleuten, Medien, Verbänden und Verwaltungen
- geben Hinweise auf professionelle Versorgungsangebote in der Stadt oder Region
- und kooperieren mit Organisationen, Institutionen und Einrichtungen vor Ort.

• ca. 170 Seniorenbüros

Seniorenbüros sind Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstellen für ehrenamtliches und freiwilliges Engagement in der nachberuflichen und nachfamilialen Lebensphase.

Seniorenbüros bieten:

- Informationen zu freiwilligem Engagement, Ehrenamt und Selbsthilfe
- Beratung zu Möglichkeiten des Engagements
- Vermittlung an Verbände, Vereine und Initiativen
- Beratung und Unterstützung von Gruppen und Projekten für Senioren.

Seniorenbüros erbringen diese Leistungen durch:

- Öffentlichkeitsarbeit; Werbung für freiwilliges Engagement älterer Menschen
- Vernetzung und Kooperation (z.B. Seniorenberatungsstellen, Begegnungsstätten, Seniorenvertretungen).

• ca. 200 Freiwilligenagenturen / -Zentren

(wobei einige Überschneidung mit Seniorenbüros bestehen).

Im Mittelpunkt der Arbeit von Freiwilligenagenturen / -Zentren stehen Beratung, Information, Weiterbildung und Öffentlichkeitsarbeit.

Freiwilligenagenturen / -Zentren bieten:

- individuelle Information und Beratung von Freiwilligen über Aufgaben und Einsatzfelder
- Verbindung zwischen den Einzelpersonen und den Einrichtungen, die mit Freiwilligen zusammenarbeiten
- Beratung und Begleitung von Initiativen, Vereinen, Verbänden und Organisationen in ihren Veränderungsprozessen zur Gewinnung interessierter Freiwilliger
- Entwicklung von Qualitätsstandards für die dauerhafte Mitarbeit Freiwilliger
- Öffentlichkeitsarbeit zur Diskussion über freiwilliges Engagement der Bürger/innen.

3. Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros und Freiwilligenagenturen /-Zentren sind Kristallisationsorte für bürgerschaftliches Engagement und unverzichtbarere Akteure eines neuen Welfare Mixes

Einrichtungen wie z.B. Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros und Freiwilligenagenturen (-Zentren, -Börsen), die Infrastruktur und Beratung anbieten, spielen eine zentrale Rolle bei der Aktivierung, Stärkung und Befähigung zur Selbstorganisation, bei der Gruppenbildung und Beteiligung von Bürger/innen. Sie sind darüber hinaus Kristallisationsorte der Verbreitung, Verbindung und Verankerung von bürgerschaftlichem Engagement im Gemeinwesen, und zwar in seinen unterschiedlichen Ausformungen als ehrenamtliche Tätigkeit, als freiwillige (Mit-)Arbeit, als Initiativ- und Selbsthilfegruppenarbeit.

Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros und Freiwilligenagenturen /-Zentren sind von erheblicher Bedeutung bei der Entwicklung eines tragfähigen und nachhaltigen Welfare Mixes. Sie gehören zu den wesentlichen und unverzichtbaren kommunalen Akteur/innen, die (fach-, themen- und trägerübergreifend) an der Erstellung von „Wohlfahrt“ als einem öffentlichen Gut mitwirken. Durch ihre konzeptionelle Offenheit, ihre Basisnähe und ihre elementare Kooperations- und Netzwerkorientierung in der Praxis bieten diese Einrichtungen hervorragende Voraussetzungen für die Mitgestaltung, für die Schaffung von Begegnung (z.B. Austausch- und Beratungsforen) sowie für die nötigen demokratischen Regulative eines neuen Welfare Mixes.

Allerdings mangelt es vielen dieser Einrichtungen an einer gesicherten finanziellen und angemessenen personellen Ausstattung.

Postulate zu Förderung bürgerschaftliches Engagements

Auf örtlicher Ebene sollten „Lokale Bündnisse für bürgerschaftliches Engagement“ angeregt und gebildet werden. Dazu gehören auch die Einrichtung und der Einbezug von professionellen Infrastruktur- und Beratungseinrichtungen im Feld des bürgerschaftlichen Engagements in seinen unterschiedlichen Ausformungen. Die Förderung z.B. von Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros, Freiwilligenagenturen / -Zentren und ihre Anerkennung als Netzwerkpartner bedeuten eine nachhaltige Investition in die Schöpfung und Verknüpfung

neuer bürgerschaftlicher und zivilgesellschaftlicher Ressourcen zur Sicherung und Entfaltung von Subsidiarität, Solidarität und öffentlicher Wohlfahrt.

Resümee

Die Erstellung eines Welfare Mixes ist eine Gemeinschaftsaufgabe, d.h. ein Welfare Mix stellt sich nicht von selbst her, sondern benötigt gemeinsame Gestaltung, gleiche Augenhöhe und angemessene aufeinander und miteinander abgestimmte Ressourcen (öffentliche Hand, Sozialversicherungen, Versorgungseinrichtungen und ihre Träger, Unternehmen, Bürger/innen).

Problematisch ist und bleibt, ob Gemeinwohl und Eigeninteressen immer zwingend harmonieren (können) und wie das Gemeinwohl im Einzelfall zu definieren ist. Es ist ein Gemeinplatz, muss aber doch betont werden: Eigeninteressen, z.B. partei- und machtpolitische Kalküle, Verwaltungs- und Finanzierungslogiken oder Firmeninteressen der Privatwirtschaft können durchaus zu einer ungleichen Partnerschaft führen – auch unter der Maßgabe von „Bürgernähe“ / „Bürgerbeteiligung“ oder „Public Private Partnership“ / „Corporate Social Responsibility“.

Unterschiedliche Handlungslogiken und Sprachen sind ein erhebliches, zu überbrückendes Problem. Ansatzpunkte für einen solchen sprachlichen (und durchaus auch inhaltlichen!) Brückenbau bieten gemeinsame Anstrengungen zur Verbesserung so genannter „Standortfaktoren“ einer Kommune: Hierbei können politische Planung und die Entwicklung der Daseinsvorsorge, die Stakeholder-Perspektive von Unternehmen (im Unterschied zur Shareholder-Perspektive) sowie die Arbeits- und Netzwerkerfahrungen bürgerschaftlich Engagierter mit ihren Betroffenen- bzw. Handlungskompetenzen aus der lebens- und alltagsnahen Vermittlung von privaten und öffentlichen Anliegen zueinander gelangen.

Hier könnte der öffentlichen Hand eine besondere Rolle zukommen, denn die Herstellung von Balance zwischen den Akteur/innen, Verantwortungsträger/innen und Interessen ist als öffentliche Aufgabe, mehr noch: als staatliche Kernleistung zu begreifen. „Die Zunahme bürgerschaftlicher Vielfalt und Kompetenz erzwingt ... von den Kommunen eine sehr viel aktivere Rolle im Wohlfahrtsmix. Sie müssen in der Vielfalt moderieren, ausgleichen, qualifizieren, damit nicht neue, gruppenspezifische Ungerechtigkeiten aufbrechen. Sie müssen zugunsten eines engagementfreundlichen und sozial-ethnisch fairen Miteinander sehr viel klarere Zeichen setzen als mit der bisherigen Vereinsförderung“ (Hummel 2005). Das beinhaltet die Setzung tragfähiger und verbindlicher Rahmenbedingungen¹ und die Übernahme von Regiefunktionen. Dabei müssen staatliche Instanzen sich ihrer Doppelrolle bewusst sein: Sie sind sowohl eigenständige Akteure, die sich vor einer Instrumentalisierung von Welfare Mix (z.B. aus Gründen der Ressourcenknappheit) hüten müssen, als auch (legitimationspflichtige) Vertreter gemeinschaftlicher gesellschaftlicher Anliegen.

Anmerkung

1 Zum Beispiel sind zahlreiche Probleme aus der Verbindung unterschiedlichster Finanzierungsströme zu bewältigen; bürokratische Verfahren müssen vereinfacht und gesetzliche Vorgaben (Anwendungsrecht) flexibler gemacht werden.

Literatur

Esping-Andersen, Gøsta: *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge 1990

Evers, Adalbert / Oik, Thomas (Hrsg.): *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*. Opladen 1996

Hummel, Konrad: *Welfare Mix*. Teil-Kapitel: Kommunen. Unveröffentl. Arbeitspapier für den Arbeitskreis „Bürgerschaftliches Engagement, Selbsthilfe und Soziales Engagement“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. Berlin 2005

Nollert, Michael: *Wohlfahrtspluralismus (Welfare Mix)*. In: *Wörterbuch der Sozialpolitik*. Im Internet unter <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=744>, o.J.

Titmuss, Richard: *Essays on the Welfare State*. London 1958

Wolfgang Thiel ist Soziologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). Diesem Beitrag liegt ein Vortrag im Rahmen des Workshops „Bürgerschaftliches Engagement im Welfare Mix“ des Bundesnetzwerks Bürgerschaftliches Engagement (BBE) während des 77. Deutschen Fürsorgetags am 4. Mai 2006 in Düsseldorf zugrunde, der für diese Veröffentlichung neu bearbeitet wurde.

Die Verankerung des Selbsthilfegedankens in den Büchern des Sozialgesetzbuches

„Hilfe zur Selbsthilfe“ und „Selbsthilfegruppe“ sind heute eingeführte Begriffe im Umfeld des Sozial- und Gesundheitswesens. Aktivitäten in der Selbsthilfe werden dem freiwilligen Engagement gleichgestellt, Selbsthilfe und Freiwilligkeit werden gleichberechtigt von dem umfassenderen Begriff „Bürgerschaftliches Engagement“ oder auch dem Begriff der „Mitmenschlichkeit“, dem Engagement von Mensch zu Mensch, erfasst. Beispielsweise haben sich der Unterausschuss Bürgerschaftliches Engagement des Deutschen Bundestages in seiner Sitzung am 8. November 2006 mit der Situation des bürgerschaftlichen Engagements in der Selbsthilfe (Deutscher Bundestag 2006) und der Deutsche Sozialrechtsverband im Rahmen seiner Bundestagung 2002 mit dem mitmenschlichen und bürgerschaftlichen Engagement im Sozialrecht befasst. In seinem Beitrag zur sozialrechtlichen Stellung mitmenschlich und bürgerschaftlich Engagierter anlässlich des Bundestages des Deutschen Sozialrechtsverbandes entwickelt Igl (2003) fünf Funktionen rechtlicher Vorschriften mit Relevanz für das Engagement: Schutz, Nachteilsausgleich, inhaltliche Förderung, Setzung von individuellen Anreizen und Ermöglichung. Die Schwerpunkte einer sozialrechtlichen Betrachtung lägen, so Igl, bei der Schutzfunktion.

„Selbsthilfebewegte“ Leistungsempfänger/innen wollen im Leistungsgeschehen nicht mehr nur versorgt oder „von Fürsorge erdrückt“ werden, diese Leistungsempfänger/innen wollen Einfluss nehmen, sich aktiv beteiligen, Bewältigungsstrategien selbst entwickeln und ihre Erfahrungen weitertragen. Die folgenden Ausführungen wollen deshalb nicht die Schutzfunktion sozialen Rechts für Engagierte, sondern die inhaltliche Förderung, die individuellen Anreize und die Förderung der Selbsthilfe in den Büchern des Sozialgesetzbuches beleuchten. Grundlegende Fragestellung ist: Wurde die gesellschaftliche Entwicklung von der *Fürsorge* zur *Hilfe zur Selbsthilfe* über die *Selbsthilfegruppe* hin zu einem von der Selbsthilfebewegung geprägten *bürgerschaftlichen Engagement* in den Büchern des Sozialgesetzbuches nachvollzogen, ist der Schritt von der Reichsversicherungsordnung zu einem modernen Sozialgesetzbuch gelungen?

Von der Selbsthilfe, der Selbsthilfebewegung und dem bürgerschaftlichen Engagement

Der in der Sozialpolitik verwendete Begriff „Selbsthilfe“ wird in Meyers-Online-Lexikon beschrieben als „vielschichtiger sozialwissenschaftlicher Begriff, der die Eigeninitiative von Personengruppen zur Verbesserung der wirtschaftlichen oder sozialen Lage im Gegensatz zur staatlichen Hilfe ‚von oben‘ in den Vordergrund rückt. Selbsthilfe ist geprägt durch die Merkmale Autonomie (Ak-

tivitäten werden nicht von einer Organisationszentrale geleitet, sondern selbst bestimmt), Selbstgestaltung und Solidarität. Es wird unterschieden zwischen privater Selbsthilfe unter Menschen, die ausschließlich sich selbst helfen, z.B. auf wirtschaftlicher (Eigenheimbau) oder nachbarschaftlicher Ebene, und sozialer Selbsthilfe, bei der die Aktivität der Selbsthilfegruppe über den Kreis der Betroffenen hinausgeht.“ Selbsthilfeaktivitäten sind darüber hinaus nach individueller und gruppenorientierter Selbsthilfe zu unterscheiden.

Individuelle Selbsthilfe ist beispielsweise die selbständige Einnahme von Schmerz- oder Erkältungsmitteln oder die Anwendung bewährter Hausmittel im Krankheitsfall ohne Hinzuziehung ärztlicher Hilfe. Individuelle Selbsthilfe ist auch die eigenständige berufliche Neuorientierung bei Arbeitslosigkeit oder die Organisation einer Kinderbetreuung außerhalb öffentlich verfügbarer Betreuungsplätze.

Bei der gruppenorientierten Selbsthilfe schließen sich Menschen mit gleicher Problembetroffenheit außerhalb ihrer vertrauten Beziehungen wie zum Beispiel der Familie zusammen, um sich gegenseitig zu helfen. Mitglieder von Selbsthilfegruppen wollen „aus der eigenen Bedürfnislage heraus aktiv werden für sich und andere; eigene Interessen erkennen, Selbständigkeit und Autonomie fördern und damit zu einer besseren Lebensbewältigung und mehr Lebensfreude beitragen; aber auch sich vernetzen, Bündnispartner suchen, um gemeinsam diese Welt für alle ein Stück lebenswerter zu gestalten“ (KISS Saarland 2006). Deshalb ist die gruppenorientierte Selbsthilfe dem Feld des bürgerschaftlichen Engagements zuzuordnen. In seinen Empfehlungen zur Selbsthilfeförderung formulierte der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge 1998: „Selbsthilfe ist eine besondere Form des bürgerschaftlichen Engagements, die eigenbestimmtes aber auch freiwilliges auf Gegenseitigkeit ausgerichtetes Handeln darstellt, aber auch befördert. Sie ist unverzichtbarer Bestandteil einer sozialorientierten Gesellschaftsordnung“.

Um die gruppenorientierte Selbsthilfebewegung in Deutschland hat sich Michael Lukas Moeller in besonderer Weise verdient gemacht. Mit seinem Buch „Selbsthilfegruppen“ (Moeller 1978) und die durch ihn mitbegründete Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. kann Moeller als der wichtigste Gründer der neueren Selbsthilfebewegung in Deutschland gelten. Die Gruppenselbsthilfe ist als Emanzipationsbewegung der Kranken, der Betroffenen und der Menschen in besonderen Lebenslagen zu verstehen.

Inzwischen kann ‚die Selbsthilfebewegung‘ in Deutschland auf mehr als ein Vierteljahrhundert aktiver Eigeninitiative zurückblicken. Heute geht man von 70.000 bis 100.000 Gruppen mit 3 Millionen Mitgliedern in der Selbsthilfe in Deutschland aus. Eine große Zahl von Selbsthilfegruppen hat sich nicht nur zu gesundheitlichen, sondern auch zu sozialen Themen gegründet, so zum Beispiel von arbeitslosen Menschen, die positive Unterstützung aus der Arbeit in einer Selbsthilfegruppe erhalten und von Familien, die gemeinsam Bewältigungsstrategien für besondere Lebenssituationen entwickeln. Viele Beispiele sozialer und psycho-sozialer sowie familienbezogener Themen der Selbsthilfe könnten hier aufgezählt werden. Über 280 Selbsthilfekontaktstellen informieren, begleiten und unterstützen die Selbsthilfegruppen indikations-, themen-

und trägerübergreifend; 360 bundesweit agierende Selbsthilfeorganisationen haben sich themenspezifisch gegründet. In ihrer kürzlich veröffentlichten Gesamtstatistik hat auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege 2,5 bis 3 Millionen freiwillig und ehrenamtlich sowie in Selbsthilfegruppen organisierte Bürgerinnen und Bürger in ihren Verbänden ermittelt, davon geschätzt 1 bis 1,5 Millionen im traditionellen Ehrenamt und 1,5 bis 2 Millionen engagierte Menschen in Selbsthilfegruppen. Damit wären insgesamt doppelt so viel Menschen in Selbsthilfegruppen aktiv wie in dem traditionellen Feld des ehrenamtlichen Engagements bei den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege.

Der damalige Bundestagspräsident Wolfgang Thierse hat 2004 sehr knapp und eindrucksvoll die Entstehung von Gesetzen in der heutigen Zeit beschrieben: „Ein Rechtskodex ist nicht einfach vorhanden und statisch, sondern dynamisch und wandelbar – abhängig von gesellschaftlichem Wandel und sich ändernden Problem- und Bewusstseinslagen, auf die die Politik ... mit Gesetzen reagiert“. Die folgenden Überlegungen wollen beleuchten, inwieweit eine strukturierte Unterstützung und Förderung des Selbsthilfegedankens Eingang in die Gesetzgebung gefunden hat.

Mitwirkungspflichten, Hilfe zur Selbsthilfe, Eigeninitiative sowie Fordern und Fördern im Sozialgesetzbuch

Die traditionell in den einzelnen Sozialgesetzen geforderten ‚Mitwirkungspflichten‘ waren ursprünglich der einzige aktive Beitrag, der von Leistungsempfänger/innen und Versicherten eingebracht werden musste. Mitwirkungspflichten bestehen überwiegend als Auskunftspflicht bei Fragen etwa zu den persönlichen und finanziellen Verhältnissen oder der Beibringung von Unterlagen. Diese Mitwirkungs- und Auskunftspflichten sind präzise in allen Büchern des Sozialgesetzbuches geregelt. War der Anspruch auf eine Leistung geklärt, die Versicherungspflicht oder die Zuständigkeit des Leistungsträgers festgestellt, wurden Leistungen gewährt. Eine Mitwirkung im Leistungsgeschehen selbst oder gar an der Leistungsgestaltung war nach Beibringung der Unterlagen grundsätzlich nicht mehr gefordert, der oder die Betroffene wurde zur passiven Hilfe- bzw. Leistungsempfänger/in.

Die ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ entwickelte sich zunächst als Methode sozialarbeiterischen Handelns. Mit dem Wandel von der Armenpflege und Wohltätigkeit über die Fürsorge zum Leistungsanspruch in den sozialen Sicherungssystemen fand das Prinzip der ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ in jüngerer Zeit auch Eingang in die Bücher der Reichsversicherungsordnung, dem heutigen Sozialgesetzbuch (SGB). Inzwischen ist die Anleitung beziehungsweise Aufforderung zur ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ grundlegendes Ziel des SGB. Gemäß § 1 SGB I (Allgemeiner Teil) sollen Belastungen des Lebens auch durch Hilfe zur Selbsthilfe abgewendet oder ausgeglichen werden, wird Sozialhilfe gemäß § 9 SGB I gewährt, um den / die Hilfeempfänger/in zur Selbsthilfe zu befähigen.

Der Ansatz der ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ und die Aufforderung zur ‚Eigeninitiative‘ finden sich auch in den Leistungsgesetzen des Sozialgesetzbuches. Zum Beispiel ist gemäß § 137f Abs.1 Nr.5 SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) bei Aufnahme einer chronischen Erkrankung in die strukturierten Behandlungsprogramme die Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative zu berücksichtigen. Gemäß § 4 Abs. 3 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) soll die öffentliche die freie Jugendhilfe fördern und dabei die verschiedenen Formen der Selbsthilfe stärken; gemäß § 31 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) wird sozialpädagogische Familienhilfe als Hilfe zur Selbsthilfe gewährt. Gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch die Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln, und gemäß § 26 Abs. 3 Nr. 2 SGB IX ist die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Darüber hinaus umfassen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 33 Abs. 6 Nr. 2 SGB IX ‚insbesondere‘ die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen. Schließlich ist Auftrag des Sozialhilfeträgers bei Beratung, Unterstützung und Aktivierung gemäß § 11 Abs. 2 SGB XII (Sozialhilfe) die Stärkung der Selbsthilfe und soll die Sozialhilfe gemäß § 16 SGB XII die Kräfte der Familie zur Selbsthilfe anregen.

Leistungen werden aber auch begrenzt beziehungsweise ausgeschlossen, wenn Versicherte oder Versorgungsempfänger sich selbst helfen können. So sind zum Beispiel Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 2 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen, sofern diese der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen sind, so erhält Sozialhilfe gemäß § 2 Abs. 1 SGB XII nicht, wer sich selbst helfen kann.

Der in diesen Gesetzen verwendete Begriff ‚Selbsthilfe‘ ist einerseits im Sinne des Subsidiaritätsprinzips als Ausdruck des Nachranges von Hilfeleistungen, in den Leistungsgesetzen aber auch im Sinne der oben beschriebenen sozialarbeiterischen Methode zur Unterstützung der individuellen Selbsthilfe zu verstehen. Ordnungspolitisch kann der in den zitierten Büchern des Sozialgesetzbuches verwendete Begriff der ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ allerdings auch im Sinne des Begriffspaares ‚Fördern und Fordern‘ der jüngeren Gesetzgebung verstanden werden. Mit diesen Worten ist das Kapitel 1 des SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) überschrieben. Nach § 1 dieses Gesetzes ist Aufgabe und Ziel der Grundsicherung für Arbeitsuchende, die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, zu stärken und dazu beizutragen, dass sie ihren Lebensunterhalt unabhängig von der Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können.

Förderung von und Vermittlung an Selbsthilfegruppen im Sozialgesetzbuch

Die Aktivierung von gruppenbezogenen Selbsthilfepotenzialen im Sinne einer strukturierten Förderung von Selbsthilfeaktivitäten erfährt erst in jüngerer Zeit eine Bedeutung in den Büchern des Sozialgesetzbuches und hier zunächst im

Feld der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Dies hat mindestens zwei Gründe: Zum einen erhielt, wie oben beschrieben, der Begriff der ‚Selbsthilfe‘ erst mit der Entwicklung der Selbsthilfebewegung in den vergangenen drei Jahrzehnten eine über die ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ hinausgehende Dimension. Der Begriff steht nicht mehr nur für die – inzwischen allgemein anerkannte – individuelle Selbsthilfe oder die individuelle Eigeninitiative im Sinne der sozialarbeiterischen Methode, die den inzwischen ausschließlich historisch interessanten Begriff der ‚Fürsorge‘ abgelöst hat, sondern auch für die in Gruppen organisierte Selbsthilfe. Vor allem im engeren Feld der gesundheitlichen Versorgung haben diese, ebenso wie die strukturierte Unterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeorganisationen, in der Gesellschaft und (wenn anfangs auch zögerlich) beim Gesetzgeber Anerkennung gefunden. Immerhin rief bereits 1982 die Gesundheitsministerkonferenz alle im Gesundheitswesen Verantwortlichen auf, „die Bereitschaft einer immer größer werdenden Zahl engagierter Bürger zu eigenverantwortlichem Handeln im Interesse ihrer Gesundheit zu fördern und den Gedanken ... der Selbsthilfegruppen zu unterstützen.“ Es dauerte allerdings ein Jahrzehnt, bis eine für die Selbsthilfebewegung wichtige gesetzliche Grundlage zur Förderung der Selbsthilfe geschaffen wurde: Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom Dezember 1992 wurde eine Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht. Gemäß § 20 Abs. 3a SGB V konnten Krankenkassen nun Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse fördern. Mit dem Beitragsentlastungsgesetz vom November 1996 wurde die Selbsthilfeförderung in einem neuen § 20 Abs. 3 SGB V präzisiert und mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahr 2000 im § 20 Abs. 4 SGB V dann noch einmal präzisiert und qualifiziert. Mit dem GKV-Modernisierungs-Gesetz vom 14. November 2003 hat der Gesetzgeber die Erfahrungen der Selbsthilfebewegung erneut konsequent genutzt und in die gesetzliche Krankenversicherung sowie in das Gesetz zur Teilhabe und Rehabilitation behinderter Menschen aufgenommen. § 20 Abs. 4 SGB V und § 29 in Verbindung mit § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX regeln die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. § 20 Abs. 4 SGB V ist im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes als § 20 c SGB V noch einmal klarer formuliert und stärker verpflichtend gestaltet worden. § 20 c SGB V tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

Gemeinsame und einheitliche Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V (1. Fassung vom 10. März 2000) wurden von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen zuletzt im Jahr 2006 unter dem Titel „Leitfaden Selbsthilfe“ (2. Fassung vom 11. Mai 2006) veröffentlicht.

Am 22. März 2004 hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation „Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung der Selbsthilfe“ gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) verabschiedet. Nach § 29 SGB IX sollen die Rehabilitationsträger Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nach einheitlichen Grundsätzen fördern. Dies sind für die gesetzlichen Krankenkassen § 20 Abs. 4 SGB V und für die gesetzliche Rentenversicherung § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 3 SGB VI. Die Vor-

schriften in § 31 begründen allerdings keine allgemeine Leistungspflicht und sie sind auch nicht ausschließlich auf die Unterstützung der Selbsthilfe ausgerichtet.

Seit dem 1. Juli 2001 haben Menschen mit Behinderungen mit Inkrafttreten des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) darüber hinaus mehr Rechte auf eine Vermittlung an Selbsthilfegruppen. Bestandteil der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 33 Abs. 6 Nr. 4 SGB IX ist die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten. Des Weiteren verweist auch die Regelung zur gemeinsamen Verantwortung in § 8 SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) auf die Selbsthilfe. Danach haben die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen zu unterstützen und zu fördern. In den ersten vier Büchern des Sozialgesetzbuches sowie in SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung), VII (Gesetzliche Unfallversicherung) und XII (Sozialhilfe) finden sich keinerlei Hinweise oder Fundstellen zur Förderung oder Aktivierung von Selbsthilfegruppen. Durch den Hinweis auf die verschiedenen Formen der Selbsthilfe könnte § 4 Abs.3 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) jedoch als Hinweis auf die Stärkung von Selbsthilfegruppen gewertet werden.

Teilhabe am individuellen Leistungsgeschehen

Ein wichtiges Ziel des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) war die Stärkung der Wunsch- und Wahlrechte der Empfänger/innen von Leistungen. Aus diesem Grund hatte der Gesetzgeber bereits bei der Vorbereitung des Gesetzgebungsverfahrens auf die Kompetenzen und das Know-how der Verbände und Interessenvertretungen behinderter Menschen zurückgegriffen. Gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wird bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen; gemäß § 9 Abs. 2 Satz 1 SGB IX können Leistungen zur Teilhabe auf Antrag als Geldleistungen erbracht werden.

Ein eigenes Gestaltungsrecht im Sinne einer konsequenten Umsetzung des Ziels einer ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ wurde mit § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX geschaffen. Gemäß Abs. 2 können auf Antrag Leistungen zur Teilhabe auch durch ein ‚Persönliches Budget‘ ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Mit § 57 SGB XII (Sozialhilfe) wurde das Persönliche Budget zum 1. Juli 2004 als flächendeckende Regelleistung eingeführt und eine entsprechende Budgetverordnung durch das damalige Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung erlassen. An einer flächendeckenden Realisierung des Persönlichen Budgets mangelt es jedoch noch.

Kollektive Beteiligungs- und Gestaltungsrechte in den Büchern des Sozialgesetzbuches

Eine ausreichende und verständlich aufbereitete Information und eine Integration von Patientinnen und Patienten in das Behandlungsgeschehen in Form einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit im Sinne einer Beteiligung Betroffener an Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung sind seit ihren Anfängen Forderungen und Ziele der Selbsthilfebewegung. Eine auf Partnerschaft gerichtete Beziehung zwischen den unterschiedlichen Akteur/innen im Leistungsgeschehen ist allerdings in den Büchern des Sozialgesetzbuches auch nach drei Jahrzehnten Selbsthilfebewegung – das wurde bei der Fundstellenanalyse deutlich – nicht durchgängig kodifiziert. Beteiligungs- und Gestaltungsrechte der Leistungsempfänger/innen bei der Sozialgesetzgebung waren bisher gar nicht vorgesehen. Beteiligungsrechte für Selbsthilfe- und Bürgerbewegung werden vor allem aufgrund von Vorgaben aus EU-Richtlinien in Deutsches Recht übernommen. Ein Beispiel hierfür ist das Gesetz über die Öffentlichkeitsbeteiligung in Umweltangelegenheiten nach der EG-Richtlinie 2003/35/EG (Öffentlichkeitsbeteiligungsgesetz).

Seit dem Jahr 2004 können Selbsthilfevereinigungen im gesundheitlichen Feld auf der Grundlage von kodifizierten Beteiligungsrechten allerdings mitberaten. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 wurden zum ersten Mal gesetzlich Mitberatungsrechte für Patientenvertreter/innen in verschiedenen untergesetzlichen Planungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens verankert. Die gemäß Patientenbeteiligungsverordnung auf der Grundlage von § 140 g SGB V für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sind seit dem 1. Januar 2004 gemäß § 140 f SGB V in Fragen, die die gesundheitliche Versorgung betreffen, beratend zu beteiligen. Mitberatendes Beteiligungsrecht für Patientenvertreter/innen besteht gemäß § 140 f SGB V in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V; auf Landesebene in den Landesausschüssen, nach § 90 SGB V sowie den Zulassungs- und Berufungsausschüssen, nach §§ 96 und 97 SGB V. Darüber hinaus wurden Rechte zur Stellungnahme, Anhörung oder Beratung in § 140 Abs. 4 SGB V bei der Vereinbarung von Rahmenempfehlungen, Richtlinien und Leitlinien der Leistungserbringung definiert.

Gesetzliche Regelungen zu einer sachgerecht ergänzenden Einbeziehung der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen in die Krankenhausplanung sowie die Vertragsgestaltung zur Integrierten Versorgung gemäß § 140 a SGB V fehlen bisher. Bei der Entscheidung über Schwerpunktbildungen und Feststellung besonderer Bedarfe in der Krankenhausversorgung könnten die sachkundigen Personen dieser Organisationen gleichermaßen ihre Erfahrungen einbringen wie bei der Vorbereitung und Vereinbarung von Verträgen zur Integrierten Versorgung. Mit bundesgesetzlich möglichen Regelungen könnte dadurch eine Stärkung kom-

munaler und landesbezogener Kooperation von öffentlicher Hand, Leistungserbringern und -trägern mit den maßgeblichen Selbsthilfe- und Patientenorganisationen erreicht werden.

Als Folge der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz kodifizierten Beteiligungsrechte werden die anerkannten Organisationen aus den Verbänden der Selbsthilfe inzwischen zu vielen Themen gehört und dazu eingeladen, sich gestaltend an ganz unterschiedlichen Gesetzesvorhaben zu beteiligen. Die strukturellen und personellen Voraussetzungen zur Bewältigung dieser vielfältigen neuen Aufgaben folgen dieser Tendenz jedoch nicht unbedingt.

Förderung von Selbsthilfegruppen und Aktivierung von Potenzialen zur Gruppenselbsthilfe jenseits des Sozialgesetzbuches

Selbsthilfe-Förderpolitik ist gestaltende Gesellschaftspolitik; damit wird der Horizont einer Betrachtung, die sich ausschließlich auf die Bücher des Sozialgesetzbuches bezieht, überschritten. An dieser Stelle möchte ich zwei wesentliche Akteure dieses gesellschaftspolitischen Prozesses benennen: die Kommunen und die Bundesländer. Allerdings bietet dieser Beitrag nicht genügend Raum, auf deren Rolle und Bedeutung, die unter anderem weit über den Sektor „Gesundheit“ hinausreicht (siehe z.B. Thiel über die Zusammenhänge von Selbsthilfeengagement und Familie 2004 und Schilling über die Zusammenhänge von Selbsthilfeengagement, biografischer Entwicklung und sozialer Integration 2006), intensiver einzugehen.

Kommunen:

Die Kommunen sind die Orte, an denen sich alltagspraktisch die Selbsthilfegruppen-Arbeit abspielt und wo sich ihr Wirken niederschlägt. Bei der Diskussion der Rolle der Kommunen in der Selbsthilfeförderung wäre an den Empfehlungen zur Selbsthilfeförderung auf kommunaler Ebene anzusetzen, die der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge im Jahr 1998 beschlossen und veröffentlicht hat (Deutscher Verein 1998; ebenfalls in DAG SHG 1998, S. 54-56). Die Empfehlungen setzen sich ein für unterschiedliche Elemente einer integrierten Förderpolitik: für die direkte finanzielle Selbsthilfegruppen-Förderung, für eine infrastrukturelle Unterstützung der Selbsthilfe durch Selbsthilfekontaktstellen, für eine Absicherung der Selbsthilfe durch verbesserte Rahmenbedingungen (z.B. selbsthilfeförderliche Vernetzung kommunaler Dienste, Selbsthilfebeiräte) und sie reklamieren die Mitverantwortung der Bundesländer sowie eine Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen.

Bundesländer:

Vorreiter der Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer waren die Stadtstaaten Berlin („Berliner Modell“; ab 1983 mit einem fünfjährigen Förderungsprogramm für Selbsthilfegruppen mit 7,5 Millionen DM jährlich; vgl. Fink 1983)

und das Bundesland Bremen („Allgemeine Bestimmungen zur Förderung von Selbsthilfe“ aus dem Jahr 1988). Der damalige Bremer Senator für Gesundheit und Umweltschutz Herbert Brückner hatte mit seinem Beitrag „Selbsthilfe – gemeinsam für ein humanes Gesundheitswesen“ (Brückner 1982) bereits die Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz von 1982 vorbereitet.

Das Fördervolumen der Bundesländer ist nach Erhebungen, die die NAKOS seit 1992 regelmäßig durchführt, zunächst deutlich gestiegen und erreichte im Jahr 1995 einem Höhepunkt; danach ist aber das Fördervolumen Jahr um Jahr wieder gesunken, so dass im Jahr 2005 das ermittelte Gesamtvolumen der Selbsthilfeförderung aller Bundesländer unter dem der alten Bundesländer des Jahres 1992 liegt (NAKOS 2005; Thiel 2005).

Anzusetzen wäre an den vielfältigen Erfahrungen (z.B. auch Richtlinien oder entsprechende Grundlagen in ihren jeweiligen Haushaltsordnungen), aber auch an den Unterschieden, Disparitäten und Mängeln der Selbsthilfe-Förderpolitik der Bundesländer seit ihrem Einstieg in den 1980er Jahren. Ein großes Hindernis für einen integralen gesellschaftspolitischen Entwicklungsschub besteht im Zuge knapper öffentlicher Finanzen in dem Status der Selbsthilfefördermittel als freiwillige Leistungen; auch die hinzugetretene Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen hat eine gewisse Verantwortungsverlagerung hervorgebracht.

Fazit

Im Bericht der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ aus dem Jahr 2002 wird die kollektive Selbsthilfe als wesentliches Element aktiver Bürgerbeteiligung in der sozialstaatlich organisierten Gesellschaft Deutschlands beschrieben (Deutscher Bundestag 2002). In ihren Handlungsempfehlungen formuliert die Enquête-Kommission die wesentliche Aufforderung an die Bundesregierung, die Selbsthilfeförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten. Eine dieser Empfehlung entsprechende zukunftsweisende gesetzliche Ausgestaltung der finanziellen und (infra)strukturellen Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen oder die Kodifizierung von Beteiligungsrechten gibt es bisher in tragfähigen Ansätzen zwar in Regelungen des SGB V und SGB IX, umfassend hat sie jedoch nicht stattgefunden.

Die Fundstellen in den Büchern des Sozialgesetzbuches zu den Begriffen ‚Selbsthilfe‘, ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ oder ‚Eigeninitiative‘ zeigen: Der Wunsch nach Partnerschaft im Leistungsgeschehen, der Wunsch nach Selbstbestimmtheit und der Wunsch nach Beteiligung bei der Ausgestaltung der Leistungsansprüche der engagierten Bürgerinnen und Bürger (bspw. auch in der öffentlichen Verwaltung) ist in den Büchern des Sozialgesetzbuchs nicht durchgängig aufgegriffen. Die Fundstellen im § 20 Abs. 4 SGB V bzw. der neue § 20 c SGB V (Leistungsanspruch zur Förderung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) und der § 140f SGB V (Beteiligungsrechte Betroffener im Gesundheitswesen) stehen isoliert für sich.

Eine finanzielle, strukturelle und fachliche Förderung der Selbsthilfeunterstützung mit dem Ziel der Befähigung zur ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ und als Begleitung und Unterstützung von ‚Selbsthilfegruppen‘ ist in den Büchern des Sozialgesetzbuches weiter zu entwickeln. Darüber hinaus sind Kommunen, Länder und die Bundesverwaltungen gefordert, durch eigene Förderungen eine sachgerechte Selbsthilfeunterstützung – insbesondere Selbsthilfekontaktstellen als Infrastruktur- und Beratungsangebote – zu schaffen, zu erhalten oder zu entwickeln.

Bei allem, auch wenn schon oft gesagt: Die Selbsthilfe hat mit großer Sorgfalt darauf zu achten, dass sich die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen nicht als ‚Sparstrumpf‘ des Sozialstaats entwickelt und dass ein Mangel an Selbsthilfefähigkeiten nicht als Begründung für Leistungsminderungen im Sozialrecht herangezogen wird. Auch wenn die Zahl von 3 Millionen Menschen, die in der Selbsthilfe engagiert sind, beeindruckend ist: nicht alle potenziellen oder tatsächlichen Empfänger/innen und Anspruchsberechtigte sozialer Leistungen haben die Möglichkeit, selbstbestimmt zu agieren oder engagiert ihre Selbsthilfepotenziale zu entfalten.

Literatur

- Brückner, Herbert: Selbsthilfe – gemeinsam für ein humanes Gesundheitswesen. In: Fink, Ulf (Hrsg.): Wie krank ist unsere Gesundheit. Beiträge zur 50. Konferenz der Gesundheitsminister in Berlin. Frankfurt / Main 1982
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. Jahresbericht 2006. Berlin, Februar 2007
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX vom 22. März 2004. Frankfurt / Main 2004
- Deutscher Bundestag, Enquête-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“: Bürgerschaftliches Engagement. Auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft. Bericht. Schriftenreihe Bd. 4. Opladen 2002
- Deutscher Bundestag, Unterausschuss „Bürgerschaftliches Engagement“ (Hrsg.); Helms, Ursula / Hundertmark-Mayser, Jutta / Thiel, Wolfgang: Bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe. Arbeitspapier für die öffentliche Sitzung des Unterausschuss „Bürgerschaftliches Engagement“ des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages am 8.9.2006 „Zur Situation des bürgerschaftlichen Engagements in der Selbsthilfe“. UA-Drs. 16/030, Berlin 2006, 56 S.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV): Empfehlungen zur Selbsthilfeförderung auf kommunaler Ebene, beschlossen vom Vorstand des DV am 25.3.1998. In: Nachrichtendienst des DV, Frankfurt, Mai 1998; ebenfalls in: DAG SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppen nachrichten 1998. Gießen 1998, S. 54-56
- Fink, Ulf: Keine Angst vor Alternativen. Ein Minister wagt sich in die Szene. Freiburg 1983
- Fundstelle zur Mitwirkung und Beteiligung an der Leistungsgestaltung: § 140f SGB V
- Fundstellen zu den Begriffen ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ und ‚Eigeninitiative‘ in den Sozialgesetzbüchern: § 1 Abs.1 SGB I; § 9 SGB I; § 1 SGB II; § 2 Abs.1 SGB V; § 137f Abs.1 Nr.5 SGB V; § 4 Abs.3 SGB VIII; § 31 SGB VIII; § 26 Abs.2 Nr.1 SGB IX; § 26 Abs.3 Nr.2 SGB IX; § 33 Abs.6 Nr.2 SGB IX; § 2 Abs.1 SGB XII; § 11 Abs.2 SGB XII; § 16 SGB XII
- Fundstellen zur Förderung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen in den Sozialgesetzbüchern: § 20 Abs.4 (neu § 20 c) SGB V; § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 3 SGB VI; § 13 Abs.2 Nr.6 SGB IX i.V.m. § 29 SGB IX; § 33 Abs.6 Nr.4 SGB IX; § 8 SGB XI; § 4 Abs.3 SGB VIII
- Igl, Gerhard: Sozialrechtliche Stellung mitmenschlich und bürgerschaftlich Engagierter. Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. In: Deutscher Sozialrechtsverband e.V. (Hrsg.):

- Mitmenschliches und bürgerschaftliches Engagement im Sozialrecht. Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes e.V., Band 50. Wiesbaden 2003, S. 101-151
- KISS – Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe im Saarland (Hrsg.): Saar Selbsthilfe Aktuell, Nr. 9. Saarbrücken, Oktober 2006
- Moeller, Michael Lukas: Selbsthilfegruppen – Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen. Reinbek 1978
- NAKOS (Hrsg.): Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken. NAKOS EXTRA 34. Berlin, September 2003
- NAKOS (Hrsg.): Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2005. NAKOS Paper 5. Berlin, November 2005
- NAKOS (Hrsg.): Zwei Jahre Selbsthilfeförderung nach § 20, 4 SGB V – Rückblick und Ausschau. NAKOS EXTRA 32. Berlin, Oktober 2002
- Robert Koch Institut (Hrsg.); Hundertmark-Mayser, Jutta / Möller, Bettina u. Mitarb. v. Balke, Klaus / Thiel, Wolfgang: Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23. Berlin, 2004
- Schilling, Ralph: Selbsthilfe, Familie, soziales Umfeld und bürgerschaftliches Engagement. Über die Zusammenhänge von Selbsthilfeengagement, biografischer Entwicklung und sozialer Integration. Eine Studie auf der Basis exemplarischer Interviews mit Selbsthilfegruppen-Mitgliedern. NAKOS (Hrsg.): NAKOS EXTRA 35. Berlin, Dezember 2006
- Thiel, Wolfgang: Selbsthilfegruppen in der gesundheitlichen Versorgung und Pflege. Rahmenbedingungen, Rechtsgrundlagen, Förderung, Praxis. Unveröff. Manuskript, Berlin 1998, 12 S.
- Thiel, Wolfgang: Selbsthilfegruppen und Familie. Ausgangslage und Hintergrund zur Entwicklung fachlicher und fachpolitischer Unterstützungsansätze. Berlin 2004.
Auf: http://www.nakos.de/site/ueber_uns/arbeitsfelder/sh_und_familie/
- Thiel, Wolfgang: Verbreitung und Spektrum der Selbsthilfe in Deutschland. In: Arbeitskreis Bürgergesellschaft und Aktivierender Staat der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Infrastruktureinrichtungen zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements. Gemeinschaftsaufgabe, Leistungen und Nutzen, Kooperationsmodelle. Dokumentation eines Fachgesprächs am 5.10.2005 in Bonn. Bonn 2005, S. 37-43 + Anlagen
- Thierse, Wolfgang: Wege zu besserer Gesetzgebung – sachverständige Beratung, Begründung, Folgeabschätzung und Wirkungskontrolle. Vortrag auf dem 65. Deutschen Juristentag am 23.9.2004 in Bonn. Quelle: Bundestag & Schule; http://www.unser-parlament.de/aktuelle_themen/themenarchiv/thiersegesetzgebung.html
- VdAK/AEV (federführend für die Veröffentlichung): Leitfaden Selbsthilfe. Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006. Siegburg 2006

Ursula Helms ist Diplom Sozialwirtin und seit 2005 Geschäftsführerin der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) in Berlin.

Krankenkassen schöpfen Finanzspielräume bei der Selbsthilfefinanzierung bei weitem nicht aus

Die Krankenkassen-Ausgaben für den Leistungsbereich „Soziale Dienste und Prävention“ haben im vergangenen Jahr weiter stark überproportional zugelegt. Allein für die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung sind die Aufwendungen im Jahr 2006 um 26% gewachsen, während die Unterstützung der Selbsthilfegruppen und -einrichtungen mit einer Zunahme um lediglich 2% dahinter stark zurückblieb. Zum ersten Mal seit dem Jahr 2000 hat die Gesetzliche Krankenversicherung zwar den Auftrag des Gesetzgebers erfüllt, je Versicherten und Jahr 2,74 Euro für Gesundheitsförderung und Primärprävention auszugeben; allerdings gilt dies nicht für alle Kassenarten. Weit unterhalb der Forderung des Gesetzgebers blieben die Kassen im Jahr 2006 in der Selbsthilfeförderung, bei der die Finanzierungsspielräume nur zu rund 70% ausgeschöpft wurden. Seit dem Jahr 2000 haben die Krankenkassen rund 550 Millionen Euro weniger für Primärprävention, Gesundheits- und Selbsthilfeförderung ausgegeben als nach den gesetzlichen Vorgaben möglich gewesen wäre.

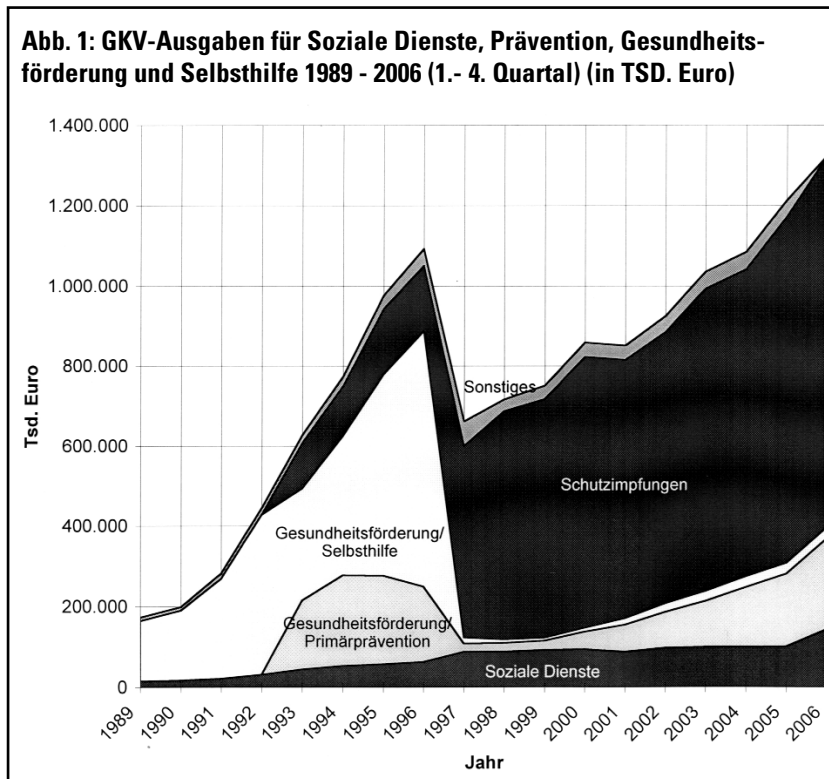
Die vorläufigen Rechnungsergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung für das 1.-4. Quartal 2006, die das Bundesgesundheitsministerium Mitte März 2007 veröffentlicht hat, weisen für das vergangene Jahr einen Zuwachs der Leistungsausgaben der Kassen je Mitglied um 2,6 Prozent auf nunmehr etwa 138,5 Milliarden Euro aus. Die Kassenausgaben werden wesentlich durch die großen Leistungsbereiche ambulant-ärztliche Behandlung (plus 3%), Krankenhausbehandlung (plus 3%) und Arzneimittelversorgung (plus 2%) bestimmt. Deutlich gesunken gegenüber dem Vorjahr sind aufgrund des weiter rückläufigen Krankenstands und insbesondere des Rückgangs der Langzeiterkrankungen hingegen die Kassenausgaben für Krankengeld (minus 3%). Hier konnten die Kassen gegenüber dem Vorjahr rund 167 Millionen Euro einsparen.

Differenzierte Entwicklung der Präventionsausgaben

Recht uneinheitlich stellt sich die Entwicklung der Präventionsausgaben dar. So waren etwa die Aufwendungen für ambulante und stationäre Vorsorge-, Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen rückläufig (minus 1,5%), während die Aufwendungen für Früherkennungsmaßnahmen um 12% je Mitglied wuchsen. Ausgesprochen stark zugenommen haben die Ausgaben für den Bereich „Soziale Dienste, Prävention und Gesundheitsförderung“, also im Wesentlichen die in § 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V geregelten Leistungen. Hierfür wendeten die Krankenkassen im Jahr 2006 insgesamt mehr als 1,3 Milliarden Euro auf, je Mitglied rund 12% mehr als im Vorjahr. Damit hielt auch im vergangenen Jahr

die seit dem Ende der neunziger Jahre zu verzeichnende stetige Aufwärtsentwicklung in diesem Sektor der gesundheitlichen Versorgung an. Derzeit werden fast ein Prozent der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Soziale Dienste, Primärprävention, Gesundheitsförderung und Selbsthilfeunterstützung aufgewendet, soviel wie noch nie zuvor in den vergangenen vier Jahrzehnten – und erschreckend wenig, wenn man sich gleichzeitig das Vergeudungspotenzial in vielen Bereichen der kassenfinanzierten Krankenversorgung (z.B. in der Arzneimittelversorgung) und die immensen ungenutzten Präventionspotenziale vergegenwärtigt.

Innerhalb des Ausgabenblocks Soziale Dienste, Primärprävention, Gesundheits- und Selbsthilfeförderung entfielen im Jahr 2006 allein 70% der Mittel (929 Millionen Euro) auf Schutzimpfungen, 11% (143 Millionen Euro) auf die Sozialen Dienste der Kassen und knapp 2% (28 Millionen Euro) auf die Selbsthilfeförderung. Die restlichen 17% der Aufwendungen in diesem Leistungsbereich gingen in die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. Abbildung 1). Das waren im Jahr 2006 mit immerhin 226 Millionen Euro absolut knapp 26% (je Mitglied plus 29%) mehr als im Vorjahr. Dagegen nahmen die Ausgaben für die Selbsthilfeförderung – nach den in der KV 45 dokumentierten vorläufigen Ausgaben — lediglich um eine halbe Million Euro oder knapp 2% zu.



Primärprävention, Gesundheits- und Selbsthilfeförderung auf dem Vormarsch

Seit der Neufassung des § 20 SGB V im Jahr 2000 haben sich die Kassenausgaben für Primärprävention (vor allem Gesundheitskurse zu Bewegung, Ernährung usw. nach § 20, Absatz 1), betriebliche Gesundheitsförderung (nach § 20, Absatz 2) und Selbsthilfeförderung (nach § 20, Absatz 4) kontinuierlich, und gemessen an den gesamten Kassenausgaben, auch stark überproportional erhöht. Die Primärpräventions- und Gesundheitsförderungsausgaben haben sich im Durchschnitt der Gesetzlichen Krankenversicherung, ausgehend von 43 Millionen Euro im Jahr 2000, bis zum Jahr 2002 (88 Millionen Euro) mehr als verdoppelt und bis 2006 (226 Millionen Euro) mehr als verfünffacht, die Aufwendungen für Selbsthilfeförderung stiegen zwischen 2000 (knapp 10 Millionen Euro) und 2006 (knapp 28 Millionen Euro) auf nahezu das Dreifache an – in den letzten Jahren mit allerdings stark verlangsamter bzw. stagnativer Tendenz (vgl. Abb. 2).

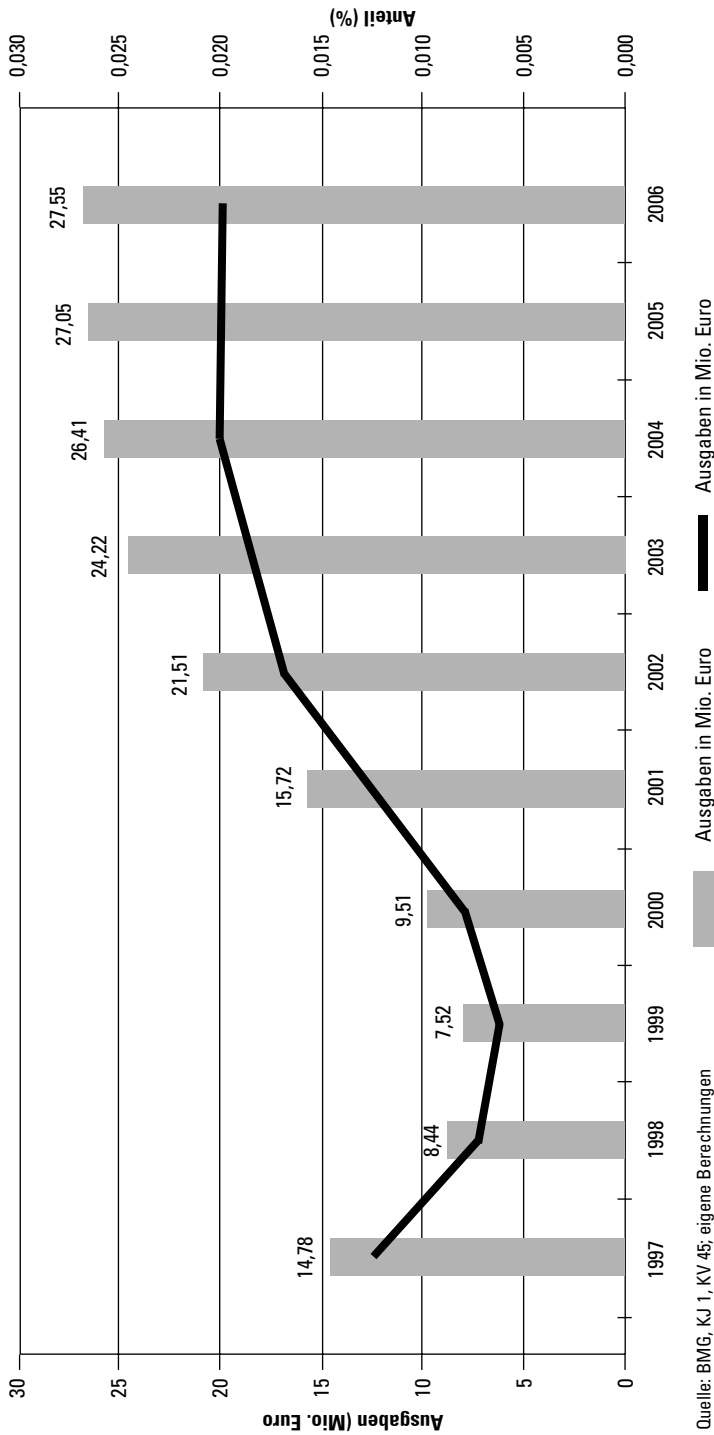
Insgesamt wurden von den Krankenkassen im Jahr 2006 für Primärprävention, Gesundheits- und Selbsthilfeförderung im engeren Sinne rund 254 Millionen Euro ausgegeben. Das entspricht 0,18% der Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung und stellt seit der Wiedereinführung dieser Leistungen im Jahr 2000 eine Verviereinhalbfachung des Anteils an den Leistungsausgaben bzw. – in absoluten Zahlen – einen Anstieg um rund 200 Millionen Euro dar. Gemessen am letzten Stand dieses Ausgabenbereichs vor seiner drastischen Beschneidung in der Endphase der Ära Kohl/Seehofer, als die Kassen im Jahr 1996 ca. 826 Millionen Euro für primäre Prävention, Gesundheits- und Selbsthilfeförderung ausgegeben hatten, bleibt das aktuell erreichte Niveau – weniger als ein Drittel der Ausgaben von 1996 – gleichwohl recht bescheiden.

Primärprävention insgesamt im Soll, aber große Unterschiede zwischen Kassenarten

Dies gilt umso mehr, als die Krankenkassen auch im siebten Jahr nach der Inkraftsetzung der entsprechenden gesetzlichen Vorschriften in § 20 SGB V, derzufolge sie (bezogen auf das Jahr 2006) 2,74 Euro je Versicherten für Primärprävention (§ 20, Absatz 1) und „den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung“ (§ 20, Absatz 2) sowie ferner 0,55 Euro je Versicherten für die Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen (§ 20, Absatz 4) ausgeben sollen, ihren finanziellen Handlungsspielraum flächendeckend immer noch nicht vollständig bzw. aufgabenbezogen und kassenartspezifisch in sehr unterschiedlicher Weise ausschöpfen.

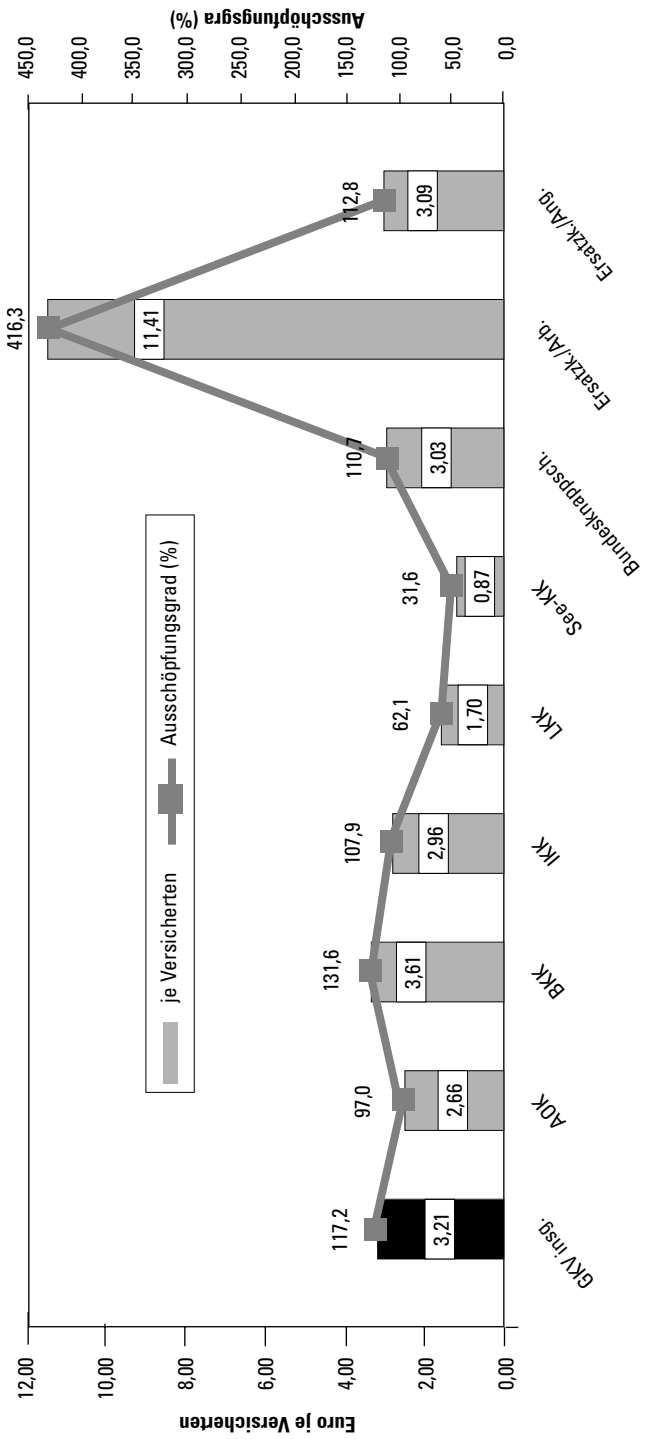
Insgesamt haben sich die Ausschöpfungsquoten, also das Verhältnis der tatsächlich getätigten zu den gesetzlich möglichen Ausgaben für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20, Absatz 1 und 2 SGB V, im Zeitverlauf zwar deutlich erhöht. Im Durchschnitt aller Kassen betrug der Ausschöpfungsgrad im Jahr 2000 erst rund 24%; gegenwärtig liegt er bei 117% (vgl. Abb. 3). Hierbei sind deutliche Unterschiede nach Kassenarten sichtbar:

Abb. 2: GKV-Ausgaben für Selbsthilfeförderung (in Mio. Euro) und Anteil an den GKV-Leistungsausgaben insgesamt (in Prozent) 1997-2006 (1. - 4. Quartal)



Quelle: BMG, KJ 1, KV 45; eigene Berechnungen

Abb. 3 GKV-Ausgaben je Versicherten für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung und Ausschöpfunggrad im Jahr 2006 (1. - 4. Quartal)



Quelle: BMG, KJ 1, KV 45; eigene Berechnungen

So nutzten im Jahr 2006 die Arbeiter-Ersatzkassen zum vierten Mal in Folge (416%), die Betriebskrankenkassen zum zweiten Mal (132%), die Angestellten-Ersatzkassen (113%), die Bundesknappschaft (111%) sowie die Innungskrankenkassen (108%) erstmalig ihre Finanzierungsmöglichkeiten für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung vollständig aus bzw. gingen teilweise sehr deutlich über die vom Gesetzgeber anvisierte Größenordnung hinaus. Annähernd das Ziel erreicht haben auch die Ortskrankenkassen (97%), recht weit entfernt davon sind hingegen noch die landwirtschaftlichen Kassen (62%) und die See-Krankenkasse (32%).

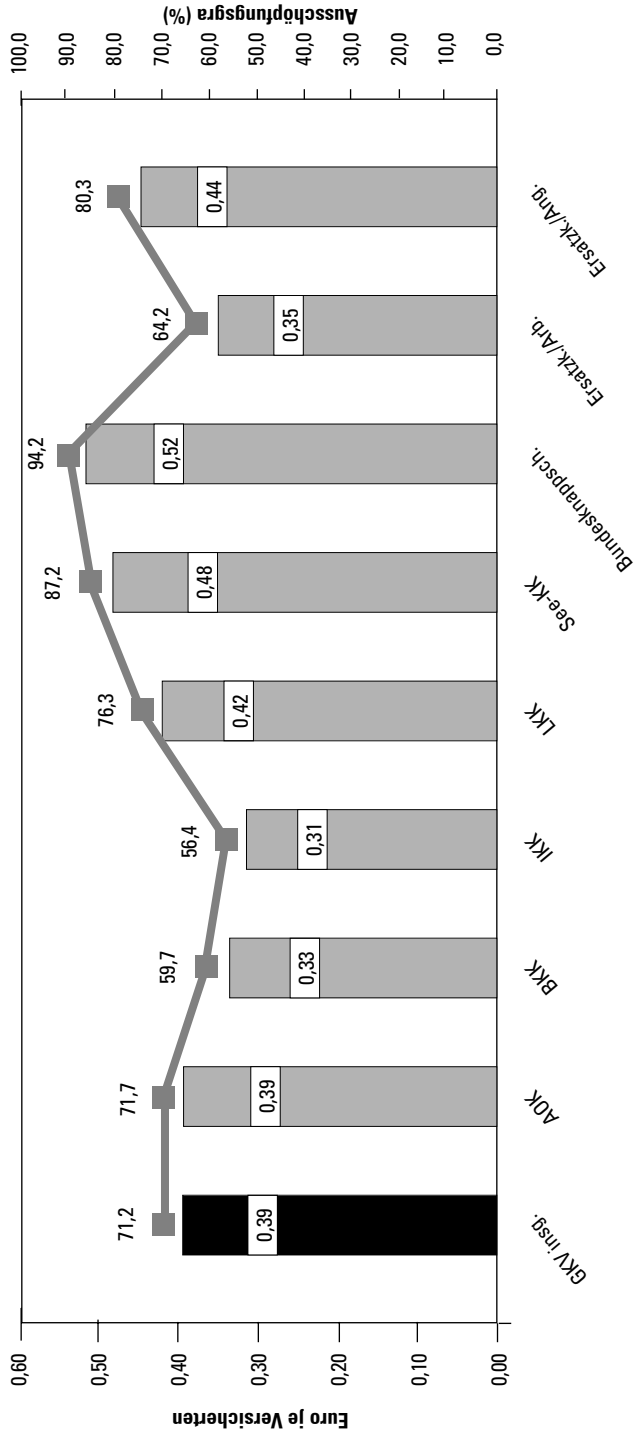
In absoluten Zahlen haben die gesetzlichen Krankenkassen zwischen 2000 und 2006 insgesamt etwa 444 Millionen Euro weniger für Primärprävention und Gesundheitsförderung ausgegeben als nach § 20 SGB V möglich war und vom Gesetzgeber auch gewollt ist. Fast die Hälfte dieser Summe entfällt allein auf die Angestellten-Ersatzkassen (211 Millionen Euro), ein reichliches Viertel auf die Ortskrankenkassen (122 Millionen Euro). Ein positives Ausgabensaldo über den gesamten Zeitraum hinweg verzeichnen lediglich die Arbeiter-Ersatzkassen, die insgesamt 25 Millionen Euro mehr ausgaben als vom Gesetzgeber verlangt.

Selbsthilfeförderung nach wie vor stark defizitär

Im Unterschied zu der insgesamt erfreulichen Entwicklung im Bereich der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung muss die Ausgabenentwicklung im Bereich der Selbsthilfeförderung (nach § 20, Absatz 4, SGB V) als immer noch stark defizitär angesehen werden. Zwar sind auch hier langfristig die Pro-Kopf-Aufwendungen von 13 Cent je Versicherten im Jahr 2000 auf 39 Cent im Jahr 2006 angestiegen, haben sich also verdreifacht. Doch gab im Jahr 2006 keine der Kassenarten im Durchschnitt die vom Gesetzgeber geforderten 55 Cent je Versicherten für die Selbsthilfeförderung aus. Am nächsten kamen diesem Wert noch die Bundesknappschaft (52 Cent), die See-Krankenkasse (48 Cent), die Angestellten-Ersatzkassen (44 Cent) und die landwirtschaftlichen Kassen (42 Cent). Im mittleren Ausgabenbereich lagen die Allgemeinen Ortskrankenkassen (39 Cent). Am unteren Ende der Skala rangierten die Innungskrankenkassen (31 Cent), die Betriebskrankenkassen (33 Cent) und die Arbeiter-Ersatzkassen (35 Cent). Entsprechend bewegten sich die kassenartspezifischen Ausschöpfungsquoten zwischen 56% und 94%; im Kassendurchschnitt werden 71 Prozent erreicht (vgl. Abb. 4).

Bedenklich muss zudem die Entwicklung der kassengetragenen Selbsthilfeförderung in den letzten Jahren stimmen: Seit 2004 haben sich im Kassendurchschnitt nicht nur die absoluten Ausgaben kaum noch erhöht. So gab die Gesetzliche Krankenversicherung insgesamt seit dem Jahr 2004 gerade einmal einen Cent mehr je Versicherten für die Selbsthilfeförderung aus (vgl. Tabelle 1). Darüber hinaus sind bei einigen Kassenarten die Selbsthilfe-Ausgaben absolut und je Versicherten seit einem oder mehreren Jahren sogar rückläufig, so bei den Betriebs-, Orts- und Innungskrankenkassen. In ähnlicher

Abb. 4 GKV-Ausgaben je Versicherten für Selbsthilfeförderung und Ausschöpfungsgrad im Jahr 2006 (1. - 4. Quartal)



Quelle: BMG, KJ 1, KV 45; eigene Berechnungen

Weise gilt dies für die kassenartenspezifischen Ausschöpfungsquoten im Selbsthilfebereich (vgl. Abb. 5).

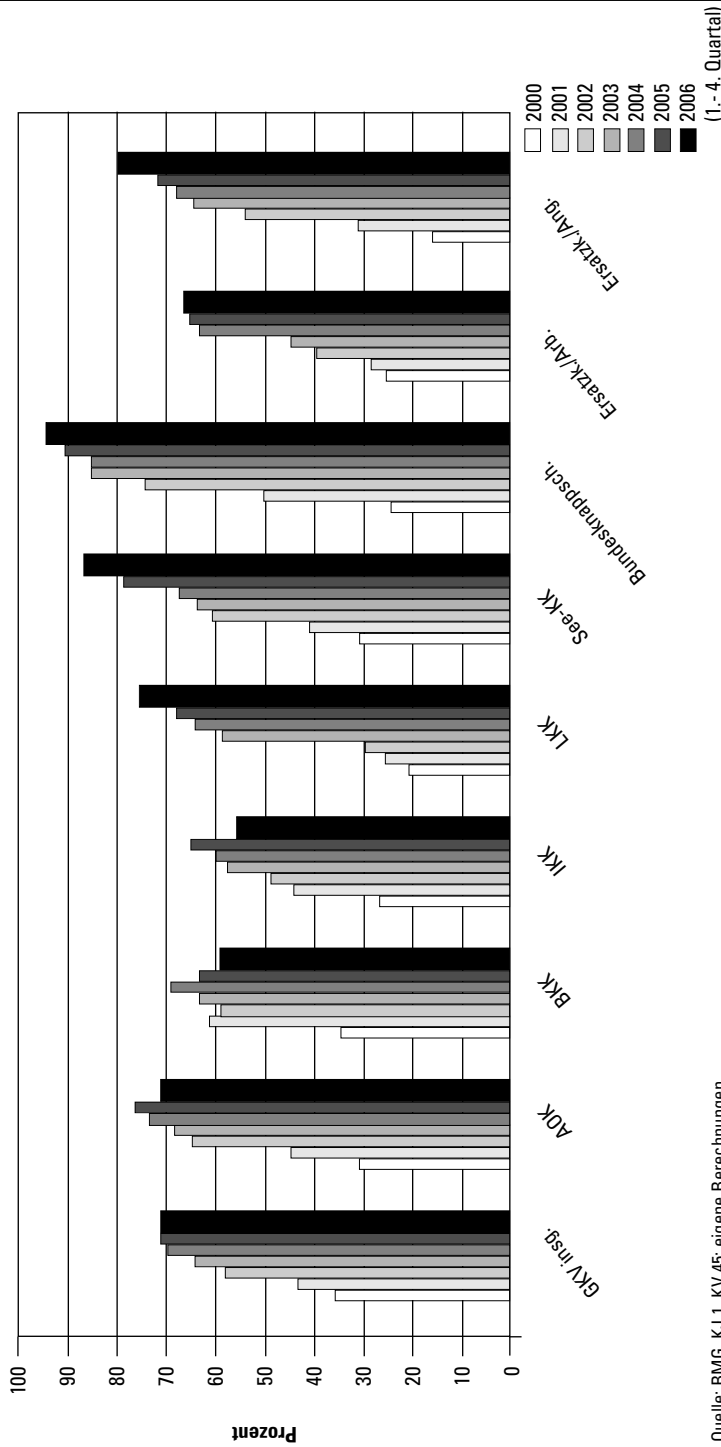
Insgesamt wurden für die Selbsthilfeförderung von den Kassen zwischen 2000 und 2006 knapp 110 Millionen Euro nicht ausgegeben, obwohl dies gesetzlich

Tabelle 1
Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Selbsthilfeförderung nach § 20 Abs. 4 SGB V in den Jahren 2000-2006

	GKV. insg.	AOK	BKK	IKK	LKK	See-KK	Bundes- knapp- schaft	Ersatz- kassen/ Arbeiter	Ersatz- kassen/ Angest.
Ausgaben insg. (Mio. €)									
2000	9,50	4,34	1,93	0,64	0,11	0,01	0,18	0,20	2,09
2001	15,72	6,17	3,87	1,02	0,14	0,01	0,36	0,21	3,94
2002	21,51	8,71	4,09	1,13	0,16	0,02	0,53	0,30	6,57
2003	24,22	9,18	4,82	1,35	0,30	0,02	0,63	0,33	7,58
2004	26,41	9,98	5,52	1,45	0,33	0,03	0,66	0,50	7,97
2005	27,05	10,32	4,98	1,63	0,34	0,03	0,71	0,54	8,50
2006 (1.-4. Quartal)	27,55	9,88	4,71	1,57	0,38	0,04	0,75	0,60	9,64
Veränderung 2000/2006 (in %)	190,2	127,4	144,6	146,8	247,3	244,2	322,5	195,6	360,8
Ausgaben je Versicherten (€)									
2000	0,13	0,16	0,18	0,14	0,10	0,16	0,13	0,13	0,08
2001	0,22	0,23	0,31	0,23	0,13	0,21	0,26	0,15	0,16
2002	0,30	0,34	0,31	0,26	0,16	0,31	0,39	0,21	0,28
2003	0,34	0,36	0,34	0,30	0,31	0,34	0,46	0,23	0,34
2004	0,38	0,39	0,37	0,32	0,34	0,37	0,46	0,34	0,36
2005	0,38	0,41	0,34	0,35	0,37	0,43	0,49	0,34	0,39
2006 (1.-4. Quartal)	0,39	0,39	0,33	0,31	0,42	0,48	0,52	0,35	0,44
Veränderung 2000/2006 (in %)	193,7	147,6	81,0	124,8	300,1	199,0	306,9	161,9	422,6
Soll (Mio.€)									
2000	36,34	13,91	5,42	2,35	0,53	0,03	0,71	0,76	12,62
2001	36,21	13,47	6,28	2,29	0,52	0,04	0,71	0,73	12,18
2002	36,81	13,47	6,90	2,30	0,52	0,04	0,71	0,74	12,13
2003	37,34	13,54	7,61	2,34	0,51	0,04	0,73	0,75	11,82
2004	37,95	13,66	7,96	2,42	0,51	0,04	0,76	0,80	11,80
2005	38,07	13,68	7,88	2,55	0,50	0,04	0,78	0,85	11,78
2006 (1.-4. Quartal)	38,72	13,78	7,89	2,78	0,50	0,04	0,79	0,93	12,00
Veränderung 2000/2006 (in %)	6,5	-1,0	45,7	18,4	-6,4	24,2	12,0	21,7	-4,9
Ausschöpfungsgrad (in %)									
2000	26,1	31,2	35,5	27,1	20,6	31,4	25,0	26,4	16,6
2001	43,4	45,8	61,6	44,7	26,2	41,6	50,5	29,4	32,3
2002	58,4	64,7	59,4	49,1	30,2	60,6	74,8		
2003	54,2								
2004	64,9	67,8	63,4	57,5	59,0	64,3	86,1	44,3	64,1
2005	69,6	73,0	69,3	60,0	63,7	67,9	86,1	62,5	67,5
2006	71,1	75,4	63,2	64,0	68,6	79,4	91,0	63,7	72,1
2006 (1.-4. Quartal)	71,2	71,7	59,7	56,4	76,3	87,2	94,2	64,2	80,3
Veränderung 2000/2006 (%)	172,4	129,6	67,9	108,5	271,0	177,3	277,3	142,8	384,6
Differenz Ist/Soll (Mio. €)									
2000	-26,85	-9,57	-3,49	-1,72	-0,42	-0,02	-0,53	-0,56	-10,53
2001	-20,49	-7,30	-2,41	-1,27	-0,38	-0,02	-0,35	-0,51	-8,24
2002	-15,29	-4,76	-2,80	-1,17	-0,36	-0,01	-0,18	-0,44	-5,56
2003	-13,12	-4,35	-2,78	-0,99	-0,21	-0,01	-0,10	-0,42	-4,24
2004	-11,53	-3,68	-2,44	-0,97	-0,19	-0,01	-0,11	-0,30	-3,84
2005	-11,02	-3,37	-2,90	-0,92	-0,16	-0,01	-0,07	-0,31	-3,28
2006 (1.-4. Quartal)	-11,17	-3,90	-3,18	-1,21	-0,12	-0,01	-0,05	-0,33	-2,37
Summe 2000-2006	-109,46	-36,93	-20,02	-8,25	-1,84	-0,10	-1,39	-2,88	-38,07

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit; eigene Berechnungen

Abb. 5 GKV-Ausgaben je Versicherten für Selbsthilfeförderung 2000-2006 (1.- 4. Quartal) nach Kassenarten
 – Ausschöpfungsgrad in Prozent –



Quelle: BMG, KJ 1, KV 45; eigene Berechnungen

möglich gewesen wäre. Jeweils ein Drittel dieser Summe entfällt auf die Angestellten-Ersatzkassen (38 Millionen Euro) und die Ortskrankenkassen (37 Millionen Euro), ein knappes Fünftel auf die Betriebskrankenkassen (20 Millionen Euro).

Nimmt man die beiden Leistungsbereiche Primärprävention/betriebliche Gesundheitsförderung und Selbsthilfeförderung zusammen, so summieren sich die Minderausgaben seit dem Jahr 2000 auf mehr als eine halbe Milliarde Euro. Angesichts der ohnehin nur vergleichsweise geringen Beträge, die den gesetzlichen Vorgaben zufolge von den Kassen für Primärprävention, Gesundheits- und Selbsthilfeförderung eingesetzt werden sollen, und die im Gesamtzusammenhang der Kassenausgaben in quantitativer Hinsicht kaum der Rede wert sind, stehen diese Minderausgaben in auffälligem Gegensatz zu der mit teilweise großem publizistischem Aufwand betriebenen Propaganda über Notwendigkeit und Nutzen von Prävention und Selbsthilfeförderung.

Selbsthilfeförderung muss künftig ihr Potenzial ausschöpfen

Mit Blick auf die künftige Entwicklung der Selbsthilfeförderung wollte der Gesetzgeber offenbar nicht mehr länger auf den Goodwill und die Selbststeuerungskräfte von Kassen und Selbsthilfeeinrichtungen vertrauen. Im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) wurde Anfang des Jahres mit dem neuen § 20c die Selbsthilfeförderung von einer Soll- zur Pflichtleistung aufgewertet, freilich innerhalb der bisherigen Finanzierungsgrenzen. Allerdings soll durch eine weitere Veränderung der Rechtsgrundlagen sichergestellt werden, dass die Kassen die vom Gesetzgeber vorgesehenen Mittel auch tatsächlich verausgaben: Ab 2008 werden die einzelnen Krankenkassen verpflichtet, falls sie den Förderbeitrag je Versicherten insgesamt nicht ausschöpfen, den Differenzbetrag im Folgejahr in kassenübergreifende Gemeinschaftsfonds auf Bundes-, Länder sowie regionaler/örtlicher Ebene einzustellen, aus denen Selbsthilfeförderprojekte und -einrichtungen, die den vom Gesetzgeber und den Kassen formulierten Kriterien entsprechen, gefördert werden. Mit der Umsetzung dieser Gesetzesvorgabe sollte spätestens im Jahr 2009 eigentlich ein Ausschöpfungsgrad von 100% auch im Bereich der Selbsthilfeförderung flächendeckend erreicht werden.

Darüber hinaus ist grundsätzlich zu fragen, ob die gegenwärtig erreichten finanziellen Größenordnungen in diesem Leistungsbereich der Kassen den enormen präventionspolitischen Herausforderungen überhaupt angemessen sind. Es ist sicherlich zutreffend, dass die notwendige Ausweitung der für Prävention eingesetzten Ressourcen nicht von den Krankenkassen allein zu leisten ist, sondern dass diesbezüglich noch eine ganze Reihe weiterer gesellschaftlicher Institutionen – nicht zuletzt der Staat selbst – in der Pflicht steht. Trotzdem nehmen sich die knapp 0,2%, auf die sich der Anteil der Primärprävention und Gesundheitsförderung an den gesamten Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung derzeit beläuft, angesichts des existieren-

den präventiven Handlungsbedarfs sehr bescheiden aus. Hierüber wird spätestens bei der erneuten Vorlage des in der vergangenen Legislaturperiode wegen der Vorziehung der Bundestagswahlen verfallenen Entwurfs für ein Präventionsgesetz im Bundestag zu diskutieren sein.

Weitere Informationen: Die vorläufigen Rechnungsergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung (nach der Statistik KV 45) für das 1.-4. Quartal 2006 (Stand: 16. März 2007) können von der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit (http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_601100/Shared-Docs/Download/DE/Datenbanken-Statistiken/Statistiken-Gesundheit/Gesetzliche-Krankenversicherung/Finanzergebnisse/kv45-1-4q-2006,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/kv45-1-4q-2006.pdf) heruntergeladen werden.

Professor Dr. rer. med. Klaus Priester lehrt Sozialmedizin, Medizinsoziologie und Gesundheitswissenschaft an der Ev. Fachhochschule Ludwigshafen – Hochschule für Sozial- und Gesundheitswesen.

