



aus: Bernhard Borgetto, Jürgen von Troscke (Hrsg.), Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen; Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften an der Abteilung für medizinische Soziologie an der Universität Freiburg; Freiburg, 2001; S. 67 - 73.

## **Die Bedeutung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe für die kommunale Gesundheitspolitik — Diskussionsbeitrag zur Verteilung des „Solidaritätsfonds“ der Gesetzlichen Krankenkassen zur Förderung „gesundheitsbezogener Selbsthilfe“**

### **Drei Wege der Selbsthilfe**

Es gibt drei konzeptionelle und ordnungspolitische Vorstellungen über gesundheitsbezogene Selbsthilfe, die jeweils unterschiedliche Dimensionen und Wege der Selbsthilfeförderung betonen:

- Die Mitarbeit im Arzt-Patient-Verhältnis aufgrund solidarischer Verpflichtungen (SGB §1).
- Die Mitwirkung an der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene als Bürgerin und Bürger einer Gemeinde (ÖGDG NRW).
- Die Selbstbetroffenheit durch Krankheit oder Behinderung zur Aufrechterhaltung der sozialen Identität in der Situation eines schicksalhaften Handicaps (Konzept der Selbsthilfegruppen und des social support).

### **Verbürgungen für die Selbsthilfe**

Die beiden ersten Konzeptionen - das Arzt-Patient-Verhältnis sowie die bürgerliche Mitwirkung an der Versorgung - gelten im Rahmen der Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Großgruppen, zur Sozialstaatlichen Krankenversicherung und zum Kommunalen Gesundheitswesen.

Beide Risikogemeinschaften erzeugen Bindungen im Interesse der Gesundheit, die das individuelle Eigeninteresse unterstützen, indem sie ihm Wege und Ressourcen zu einer informierten Selbstverwirklichung erschließen.

Darüber hinaus verbürgen beide Großgruppen Schutz der Gesundheit und Hilfe zur Wiederherstellung der Gesundheit im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.

Für die kommunale Zugehörigkeit wären zu nennen:

- Gesundheitlicher Umweltschutz,
- Letztverantwortung für die Krankenhausversorgung und für die gesundheitsbezogenen sozialen Dienste,
- Verantwortung für das Erreichen gesundheitlicher Ziele der örtlichen Gemeinschaft.



## **Selbstbetroffenheit und Gesundheitsgewinn**

Die dritte Konzeption der Selbstbetroffenheit hat ihren Ort in der individuellen Selbstorganisation und in primären sozialen Netzwerken und ist ebenfalls mit einer in der Gruppe entstehenden bzw. gefestigten Erwartung eines gesundheitlichen Nutzens und Gewinns verbunden.

## **Motivationen zur Selbsthilfe**

Im Gegenzug zu den Verbürgungen für den Schutz der Gesundheit und für die Gesundheitshilfen versuchen die Selbsthilfekonzeptionen der Krankenversicherung und des Kommunalen Gesundheitswesens, ihre Mitglieder bzw. die Bürger zu motivieren:

- eigene Ressourcen in einer als Koproduktion gedachten Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung zu entwickeln und einzubringen,
- in bürgerschaftlicher Verantwortung sich für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung vor Ort sowie für die Gesundheitsziele der örtlichen Gemeinschaft zu engagieren

In beiden Großgruppen sind kontinuierliche, gezielte, vor allem professionelle Anstrengungen erforderlich, um zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zu motivieren: Gesundheitliche Selbsthilfe speist sich nicht von selbst oder allein aus dem wohlverstandenen Interesse der Betroffenen.

Auch die Selbsthilfegruppen sind keine Selbstläufer; es gibt seit langem vielfältige Anstrengungen, in Anknüpfung an die Selbstbetroffenheit neue Mitglieder zu gewinnen und den Gedanken der Selbsthilfe zu verbreiten.

Die „Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS)“ in den Gemeinden sind ein organisatorischer Ausdruck dieser Motivationsbemühungen.

## **Grenzen des Konzepts der Selbstbetroffenheit**

Für die spezifische Selbsthilfe-Dimension der Krankenversicherung und des Kommunalen Gesundheitswesens ist das Handeln aus Selbstbetroffenheit hilfreich. Bemühungen, es zu integrieren, sind sinnvoll, wie das Beispiel der KISS zeigt.

Einige Sachverhalte sind für das Konzept der Selbstbetroffenheit allerdings zu beachten:

- Bisher tragen die Kommunen die finanzielle und organisatorische Hauptlast der Selbsthilfeförderung.
- Über die Selbstbetroffenheit durch Selbsthilfegruppen und Selbsthilfe-Organisationen werden maximal 10% der Betroffenen erreicht, überwiegend 5% und darunter.
- Zahlreiche Selbsthilfegruppen haben eine begrenzte Lebensdauer, und das Engagement ist oft begrenzt (Omnibus-Prinzip).
- Nahezu die Hälfte (40 -50%) der Selbsthilfegruppen gehören keinem Verband oder einer überregional tätigen Organisation an.



- Eine Mehrheit der Selbsthilfegruppen will ihre Interessen unmittelbar selbst und vor Ort vertreten.
- Jede Verteilung zentral eingeworbener Mittel zur Forderung von Selbsthilfegruppen ist daher auf die Mitwirkung der Kommunen verwiesen.

### **Ohne Regelung: Arzt-Patient-Verhältnis als Koproduktion**

Für die Konzepte -Mitwirkung an der kommunalen gesundheitlichen Versorgung und Selbstbetroffenheit -liegen umfangreiche und wissenschaftlich dokumentierte Erfahrungen vor. Für das Konzept der Koproduktion im Arzt-Patient-Verhältnis besteht eine ordnungspolitische Unsicherheit: Es gibt keine Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Rehabilitation einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen und Patientenorganisationen auf der anderen Seite. Ein Einstieg in eine Vereinbarung konnte gewonnen werden

- im Rahmen der Qualitätssicherung durch Leitlinien und
- bei der Formulierung und Wahrung von Patientenrechten.

Diese Vereinbarungs- bzw. Regelungslücke hat ihre Gründe. Seit der Gesundheitsreform 1971 wird nämlich die Grundsatzfrage von der Politik aller Parteien nicht beantwortet, ob nämlich die Beziehung zwischen Patienten/Versicherten zu den Leistungsanbietern a) eine Beziehung von „Anbietern“ und „Kunden“ ist, in der das Selbstinteresse beider führend ist, oder b) ob die Beziehung als „Arbeitsbündnis in einem Koproduktionsverhältnis“ zu sehen ist, das nicht marktwirtschaftlich, sondern gemeinwirtschaftlich oder solidarisch finanziert, über das Selbstinteresse hinaus auch von spezifisch gemeinschaftsbezogenen Bindungen getragen und geformt wird.

### **Selbsthilfe als Mitwirkung an der kommunalen Versorgung**

Was die gesundheitsbezogene Selbsthilfe als bürgerschaftliche Mitwirkung an der gesundheitlichen Versorgung angeht, so hat das ÖGD-Gesetz NRW dem Kommunalen Gesundheitswesen nach seiner Zerstörung durch den Nationalsozialismus und seiner Vernachlässigung zugunsten der Sozialversicherung nach sechs Jahrzehnten (1934 -1997) wieder eine Verfassung und geeignete Verfahren gegeben, um kommunale Gesundheitspolitik zu machen nämlich die Gesundheitsberichterstattung und die darauf gegründete Gesundheitskonferenz.

### **Das Herner Modell der Gesundheitskonferenz**

- a) Das „Modell der Herner Gesundheitskonferenz“ bietet allen Bürgern -ob in der Rolle als Versicherter, Patient, Laie oder Profi -Wege an,
- Einfluss auf die Gestaltung der eigenen Versorgung vor Ort zu nehmen,
  - „Nahziele“ für die Versorgung zu definieren,
  - sich an der Verbesserung der Feinstruktur der Versorgung aktiv zu beteiligen

Solidarität und Eigenverantwortung, wie sie im § 1 SGB V programmatisch eingefordert werden, verlieren ihren Appellcharakter und können in einem überschaubaren Verantwortungs- und Gestaltungsbereich ausgeübt werden. Die „solidarische Finanzierung“ gesundheitlicher Leistungen wird durch „solidarisches Verhalten“ flankiert.



b) Die Gesundheitskonferenz stellt für ausgewählte Themen der kommunalen gesundheitlichen Versorgung Öffentlichkeit her. Im Verfahren des Konsens und der Selbstverpflichtung aller Beteiligten ist es Ziel der Gesundheitskonferenz:

- die Schwachstellen in der Versorgung aufzudecken,
- Handlungsziele zu benennen, die von den Beteiligten in einem überschaubaren Zeitraum erreicht werden können,
- konkrete Wege zur Verbesserung der Versorgungssituation vorzuschlagen,
- sichtbare Verbesserungen herbeizuführen.

Über diese Funktionen hinaus trägt die Gesundheitskonferenz in erheblichen Maße dazu bei, einen großen Personenkreis zu motivieren, sich in seinem Verantwortungsbereich für die Verbesserung der Versorgung zu engagieren

c) Sorgfältige Vorbereitung durch Gesundheitsberichte und durch Fachkonferenzen, öffentliche Durchführung der Gesundheitskonferenz selbst, Dokumentation der Ergebnisse und sorgfältige Nachbereitung und Hilfestellung bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen sowie Evaluation und Qualitätssicherung aller Stadien der Gesundheitskonferenz tragen zur dauerhaften Wirkung der Gesundheitskonferenz sowie zur Verbreitung des Modells zur Erschließung bürgerschaftlichen Engagements im Gesundheitswesen bei. Die Verantwortung der Kommunalen Selbstverwaltung als Initiator und Moderator gibt der Kommune ihre eigenständige Rolle in der Gesundheitspolitik zurück.

d) Kommunale Gesundheitskonferenzen bilden jeweils themenbezogen Netzwerke aus. Sie üben eine organisationsübergreifende Zusammenarbeit aller am Versorgungsgeschehen Beteiligten mit Einschluss der Gesundheitsselfhilfe aus und festigen intern personale Bindungen. Die oft blind machenden und stark einrichtungsbezogenen beruflichen Alltagsroutinen und Versorgungsziele werden in den Netzwerkdiskussionen hinterfragt und mit den kommunalen, übergeordneten Versorgungszielen produktiv konfrontiert, aufgelöst und konstruktiv verändert. Gesundheitskonferenzen sind eine themenbezogene, sowohl persönlich-informelle als auch strukturelle Netzwerkbildung mit dem Ziel einer ständigen Verbesserung des Dienstleistungsangebotes sowie der Unterstützung und Aktivierung der Selbsthilfe.

e) Die Verantwortung für das Gelingen einer themenorientierten und auf die Qualität der Versorgung zielenden Netzwerkbildung liegt bei den Kommunen, für die eine „Gesundheitspolitik durch Netzwerkbildung“ gleichfalls eine Lernanforderung darstellt. Kommunale Gesundheitspolitik -und dann gründet ihre Vorzugsstellung -kann allein über Fach und Organisationsgrenzen hinweg die Zusammenarbeit von Personen bei der Losung von Versorgungsaufgaben fordern. Das Gelingen von Gesundheitskonferenzen wird somit zu einem Indikator für die Qualität des kommunalen Engagements im Gesundheitswesen selbst.



## Herner Erfahrungen mit Gesundheitskonferenzen

Als Ergebnisse unserer Erfahrung mochten wir drei Gesichtspunkte zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in die Diskussion einbringen:

- Gesundheitsbezogene Selbsthilfe umfasst mehr als die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen und -Organisationen. Zu ihr gehört auch ganz wesentlich das bürgerschaftliche Engagement für Gesundheitsziele und für die Umsetzung der Empfehlungen der Gesundheitskonferenzen.
- Das bürgerschaftliche Engagement beschränkt sich nicht auf Laien oder Selbstbetroffene, sondern wird ganz wesentlich von den im Kommunalen Gesundheitswesen diagnostisch, therapeutisch, beratend oder verwaltend Tätigen mitgetragen. Unsere Untersuchungen zeigen: Die Teilnehmer an Gesundheitskonferenzen sind von deren Empfehlungen nicht nur als beruflich Tätige, sondern als Mitbetroffene (wer erfährt in seinem Lebenskreis nichts über Krankheit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit und deren Folgen und Versorgungsdefizite?) und als politisch Mitverantwortliche angesprochen.
- Die Selbsthilfekultur einer Kommune ist ein sehr wichtiges Element, um ein Bündnis für mehr Gesundheit in einer Kommune auf Dauer zu stellen. Mit jeweils neuen Themen der Gesundheitskonferenzen entsteht ein Netz von Beziehungen, Personen und Institutionen, das den abstrakten ordnungspolitischen Begriff „Kommunales Gesundheitswesen“ mit konkreten handlungsbezogenen Inhalten füllt und ein Potential für jeweils zielbezogene Aktivitäten darstellt.

### *Literatur*

Brandenburg, A, von Ferber, C, Renner, A, Winkler, K (1999) Gesundheitskonferenzen als kommunaler Handlungsprozess, in Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hg), Public Health-Forschung in Deutschland, Bonn/Göttingen/Toronto/Seattle, 245-250

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1997) Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland, Band 136, Schriftenreihe des BMFSFJ, Stuttgart/Berlin/Köln