SSOAR

Open Access Repository

www.ssoar.info

Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland: Aufgaben und Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen in den neuen und alten Bundesländern

Braun, Joachim; Kettler, Ulrich; Becker, Ingo

Veröffentlichungsversion / Published Version
Abschlussbericht / final report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Braun, J., Kettler, U., & Becker, I. (1997). *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland: Aufgaben und Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen in den neuen und alten Bundesländern.* (ISAB-Berichte aus Forschung und Praxis, 50). Köln: Institut für sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung (ISAB). https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-128540

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Nr. 50
ISAB-Berichte aus Forschung und Praxis

Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland

Aufgaben und Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen
in den neuen und alten Bundesländern

Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung
des Modellprogramms „Förderung sozialer Selbsthilfe
in den neuen Bundesländern“ durch das
Institut für Sozialwissenschaftliche Analysen
und Beratung (ISAB) Köln

Dipl. Soz. Joachim Braun
Dr. Ulrich Kettler
Dipl. Volkw. Ingo Becker

ISAB
INSTITUT FÜR
SOZIALWISSENSCHAFTLICHE
ANALYSEN UND BERATUNG

Inhaltsverzeichnis

Seite

Vorwort ..... **IX**
Prof. Dr. Christian von Ferber, ISAB Köln

1. Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der Bundesrepublik Deutschland (Zusammenfassung) 1
2. Einführung 7
2.1 Formen und Aktivitäten von Selbsthilfegruppen und Initiativen 8
2.2 Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement 16
2.3 Ausgangssituation, Ziele und Akteure des Modellprogramms 24
2.4 Wissenschaftliche Begleitung und Leitfragen zur Evaluation der Selbsthilfekontaktstellen 28
2.5 Aufbau des Berichts 45

Teil 1 Anliegen der Selbsthilfe und Nutzer der Selbsthilfekontaktstellen

3. Selbsthilfe in den neuen und in den alten Bundesländern 49
3.1 Soziales Engagement in der DDR 49
3.2 Engagement seit der Wende 50
3.3 Selbsthilfegruppen und Initiativen sechs Jahre nach der Wende 59
3.4 Zahl der Selbsthilfegruppen und ihrer Mitglieder in den neuen und alten Bundesländern 85
4. Bürger, Selbsthilfegruppen und Fachleute: Die Nutzer von Selbsthilfekontaktstellen 93
4.1 Nutzer von Selbsthilfekontaktstellen im Überblick 93
4.2 Bürger und ihre Selbsthilfeanliegen 96
4.3 Selbsthilfegruppen und Initiativen 110
4.4 Fachleute aus Verwaltungen, Verbänden, Diensten und Einrichtungen 129

Teil 2 Aufgabenprofil, Ressourcen und Leistungen von Selbsthilfekontaktstellen

5. Aufgaben der Selbsthilfekontaktstellen 138
5.1 Aufgabenprofil der Selbsthilfekontaktstellen 138
5.2 Zusammenarbeit mit den örtlichen Selbsthilfebeiräten 164
5.3 Träger von Selbsthilfekontaktstellen: Kommunen, Wohlfahrtsverbände und Vereine 171
5.4 Selbsthilfekontaktstellen in den alten und neuen Bundesländern 174

6. Leistungen zur Unterstützung der Selbsthilfe 178
6.1 Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen für Bürger.....178
6.2 Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen für Selbsthilfegruppen .195
6.3 Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen für Fachleute 217
6.4 Öffentlichkeitsarbeit 229
7. Personelle und sachliche Ressourcen der Selbsthilfekontaktstellen.....236
7.1 Einzugsgebiet und Personalbedarf 237
7.2 Qualifikations- und Weiterbildungsbedarf.....241
7.3 Räumliche und sachliche Ausstattung.....245
7.4 Personal- und Sachausstattung sowie Kosten einer Selbsthilfekontaktstelle 247

Teil 3 Beurteilung der Selbsthilfekontaktstellen durch Selbsthilfegruppen und Fachleute
8. Selbsthilfekontaktstellen aus Sicht der Selbsthilfegruppen und Initiativen.....251
8.1 Allgemeine Beurteilung und Meinungen zu den Selbsthilfekontaktstellen 254
8.2 Beurteilung der Einzelleistungen der Selbsthilfekontaktstellen für Gruppen 256
8.3 Interessenvertretung von Selbsthilfegruppen.....264
9. Selbsthilfekontaktstellen aus Sicht der Professionellen.....271
Anne Kuckartz, GFK KB Berlin
9.1 Generelle Einstellungen zu Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen.....274
9.2 Erwartungen an die Wirkungsmöglichkeiten von Selbsthilfekontaktstellen.....287
9.3 Kooperationsbeziehungen zu Selbsthilfekontaktstellen.....290
9.4 Perspektiven der Kooperation 293

Teil 4 Organisierung der Selbsthilfe und der Selbsthilfekontaktstellen
10. Organisierung der Selbsthilfe in den Ländern und auf Bundesebene.....296
11. Organisierung der Selbsthilfekontaktstellen in den Ländern und auf Bundesebene 305

Teil 5 Selbsthilfeförderpolitik

12. Ziele und Instrumente zur Förderung der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements....315
12.1 Infrastrukturelle, institutionelle und direkte Selbsthilfegruppenförderung 319
12.2 Mittelfristige Perspektiven zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe 324
13. Empfehlungen zur Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen durch die Länder, Kommunen und Krankenkassen 328
13.1 Modelle zur Institutionalisierung von Selbsthilfekontaktstellen ..329
13.2 Finanzierungsmöglichkeiten 330
14. Wirkungen von Selbsthilfekontaktstellen und Modellrechnung für ihren weiteren Ausbau 338
14.1 Wirkungen und Nutzen der Selbsthilfekontaktstellen....338
14.2 Kosten für Selbsthilfekontaktstellen und volkswirtschaftlicher Nutzen der Selbsthilfe in der Bundesrepublik Deutschland 342
15. Bewertung von Selbsthilfekontaktstellen in der sozialpolitischen Diskussion 350

Teil 6 Ergänzende Beiträge

16. Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken 375
Anne Kuckartz
17. Fortbildungsmaßnahmen und Fachtagungen zur Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen für Fachleute, Entscheidungsträger und Multiplikatoren 389
Klaus Balke, Wolfgang Thiel, NAKOS Berlin
18. Profile der Selbsthilfekontaktstellen in Mecklenburg-Vorpommern 414
18.1 Kontakt, Informations- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Schwerin 414
18.2 Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Stralsund 421
18.3 Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS) Teterow 425

19. Profile der Selbsthilfekontaktstellen in Brandenburg/ Berlin-Mitte 431
19.1 Potsdamer Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe (PIKS) 431
19.2 Fürstenwalder Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe-gruppen (F.I.K.S.) 435
19.3 Selbsthilfekontakt- und Beratungsstelle Bad Freienwalde 438
19.4 Kontaktstelle des Vereins zur Förderung der SElbsthilfe und INitiative (SEIN) Berlin-Mitte 441
20. Profile der Selbsthilfekontaktstellen in Sachsen 446
20.1 Kontakt und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Chemnitz 446
20.2 Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Dresden 452
20.3 Selbst-Hilfe-Zentrum Hoyerswerda 456
20.4 Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle Leipzig (SKIS) 460
21. Profile der Selbsthilfekontaktstellen in Sachsen-Anhalt 463
21.1 Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in der Altmark, Gardelegen 463
21.2 Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Halle/Saale 466
21.3 Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen (KOBES) Magdeburg 470
22. Profile der Selbsthilfekontaktstellen in Thüringen 474
22.1 Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Erfurt 474
22.2 Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen (IKOS) Jena 478
22.3 Beratungsstelle für Selbsthilfe und Gesundheitsförderung (BESEG) Suhl 482
23. Literatur 487
23.1 Literaturverzeichnis 487

Abbildungsverzeichnis

Seite

2.1 Positionierung von Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement innerhalb privater, intermediärer und öffentlicher Unterstützungssysteme 10

2.2 Selbsthilfe als Gegenstand der Sozial- und Gesundheitspolitik 11

2.3 Drei Formen der Selbsthilfe 13

2.4 Leistungen und Aktivitäten von Selbsthilfegruppen 15

2.5 Am Modellprogramm beteiligte Selbsthilfekontaktstellen 27

2.6 Leistungsprofil der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms Selbsthilfeförderung 232

2.7 Selbsthilfekontaktstellen, Träger und Partnerkontaktstellen im Modellprogramm 39

2.8 Strukturmerkmale von Selbsthilfekontaktstellen 41

3.1 Demografie der an Selbsthilfe interessierten Bürger in den neuen Bundesländern 57

3.2 Hemmnisse für die Arbeit der Selbsthilfegruppen 61

3.3 Alter von Selbsthilfegruppen und Initiativen 64

3.4 Mitglieder von Selbsthilfegruppen und Initiativen 65

3.5 Bereiche und Anliegen von Selbsthilfegruppen und Initiativen in den neuen Bundesländern 68

3.6 Typen von Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik Deutschland 72

3.7 Mitgliedschaft der Selbsthilfegruppen in überregionalen Selbsthilfeverbänden und Wohlfahrtsverbänden 75

3.8 Wichtige Wirkungen von Selbsthilfegruppen und Initiativen 79

3.9 Zeitliches Engagement der Selbsthilfegruppen und eines Mitglieds 82

3.10 Finanzsituation der Selbsthilfegruppen 1992 und 1994 84

3.11 Entwicklung der Selbsthilfegruppen und Initiativen sowie der Mitgliederzahl in der Bundesrepublik Deutschland 1985 bis 1995 87

3.12 Umfang der Selbsthilfe (Selbsthilfegruppendichte) 91

3.13 Zahl der Selbsthilfegruppen und Selbsthilfegruppendichte in 17 Städten und Kreisen 92

4.1 Nutzer der Selbsthilfekontaktstellen und Kontakte mit Bürgern, Selbsthilfegruppen und Fachleuten im Modellprogramm.....94
4.2 Nutzer, Kontakte und Leistungen erfolgreicher Selbsthilfekontaktstellen 98
4.3 Demografie der an Selbsthilfe interessierten Bürger in Städten und ländlichen Regionen 101
4.4 Demografie der an Selbsthilfe interessierten Frauen und Männer130
4.5 Selbsthilfeanliegen der Bürger 106
4.6 Selbsthilfebereiche der unterstützten Selbsthilfegruppen und Initiativen in Städten und ländlichen Regionen 112
4.7 Von Selbsthilfekontaktstellen unterstützte Selbsthilfegruppen und Initiativen nach Engagementbereichen 116
4.8 Selbsthilfegruppen in 39 Selbsthilfebereichen.....120
4.9 Anteile der Selbsthilfegruppentypen in den neun Selbsthilfebereichen.....125
4.10 Erwartungen der Selbsthilfegruppen und Initiativen an die Selbsthilfekontaktstellen.....128
4.11 Fachleute, die mit den Selbsthilfekontaktstellen zusammenarbeiten (Beispiele).....133
4.12 Position der Fachleute nach Berufsbereichen 136
5.1 Ziele der Selbsthilfekontaktstellen 142
5.2 Aufgaben der Selbsthilfekontaktstellen 148
5.3 Zeitaufwand für die Aufgabenschwerpunkte der Selbsthilfekontaktstellen 152
5.4 Bedeutung der Aufgaben der Selbsthilfekontaktstellen.....154
5.5 Leistungsbewertung der Selbsthilfekontaktstellen.....157
5.6 Leistungen von Selbsthilfebeiräten 167
5.7 Mitglieder des Selbsthilfebeirats.....170
5.8 Selbständigkeit der Selbsthilfekontaktstellen bei verschiedenen Trägern 173
6.1 Kontaktumfang und Leistungen für selbsthilfeinteressierte Bürger 181
6.2 Leistungsbereiche für selbsthilfeinteressierte Bürger 182
6.3 Leistungen für verschiedene demografische Gruppen.....184
6.4 Leistungen für selbsthilfeinteressierte Bürger in Städten und ländlichen Regionen 188

6.5 Leistungen für selbsthilfeinteressierte Bürger in neun Selbsthilfebereichen 194
6.6 Kontaktumfang und Leistungen für Selbsthilfegruppen 196
6.7 Leistungsbereiche für Selbsthilfegruppen 198
6.8 Leistungen für Selbsthilfegruppen 205
6.9 Leistungen für Selbsthilfegruppen in neun Selbsthilfebereichen..211
6.10 Beurteilung der Selbsthilfegruppenförderung 214
6.11 Finanzieller Unterstützungswunsch von Selbsthilfegruppen und Initiativen 215
6.12 Kontaktumfang und Leistungen für Fachleute 219
6.13 Leistungsbereiche für Fachleute 221
6.14 Leistungsbereiche für Fachleute in verschiedenen Bereichen 226
6.15 Leistungen für Fachleute in Städten und ländlichen Regionen....228
6.16 Strategien und Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfekontaktstellen 232
6.17 Bekannheitsgrad der Selbsthilfekontaktstellen bei den drei Nutzergruppen 235
7.1 Personal- und Sachausstattung der am Modellprogramm beteiligten Selbsthilfekontaktstellen 1995 240
7.2 Kosten der Selbsthilfekontaktstellen 249
8.1 Kontaktintensität der Selbsthilfekontaktstellen mit verschiedenen Selbsthilfegruppentypen 253
8.2 Meinungen der Selbsthilfegruppen über die Selbsthilfekontaktstellen 255
8.3 Gesamtbeurteilung der Selbsthilfekontaktstellen durch Selbsthilfegruppen und Initiativen 258
8.4 Bewertung der Selbsthilfekontaktstellen und selbsthilfeunterstützender Einrichtungen durch die Selbsthilfegruppen 260
8.5 Beurteilung der Leistung der Selbsthilfekontaktstellen von Selbsthilfegruppen 262
8.6 Interessenvertretung der Selbsthilfegruppen 266
8.7 Mitwirkung der Selbsthilfekontaktstelle bei der Mittelvergabe an Selbsthilfegruppen 269
9.1 Die befragten Professionellen 272
9.2 Einschätzung der Leistungsfähigkeit von Gruppen durch Professionelle 277
9.3 Meinungen der Professionellen über Selbsthilfegruppen 279
9.4 Förderungsgründe für Selbsthilfe 280

9.5 Verantwortung für die Selbsthilfeförderung 282
9.6 Hemmnisse der Selbsthilfeunterstützung bei Professionellen 284
9.7 Meinungen der Professionellen zu Selbsthilfekontaktstellen und ihren Funktionen.....286
9.8 Aufgaben und Funktionen der Selbsthilfekontaktstellen aus Sicht der Professionellen 289
9.9 Beziehung zwischen Professionellen und Selbsthilfekontaktstellen.....291
9.10 Kooperationserwartungen der Professionellen an Selbsthilfekontaktstellen.....293
10.1 Unterstützungsformen der Selbsthilfe in der Bundesrepublik Deutschland 299
11.1 Organisationsformen der Selbsthilfekontaktstellen in den 16 Bundesländern 308
11.2 Modell zur Organisierung der Selbsthilfekontaktstellen auf der Bundesebene.....314
12.1 Instrumente zur Förderung der Selbsthilfe und des bürgerschaft lichen Engagements.....316
14.1 Flächendeckendes Netz von Selbsthilfekontaktstellen in der Bundesrepublik Deutschland (Modellrechnung) 345
14.2 Kosten eines flächendeckenden Netzes von Selbsthilfekontaktstellen in der Bundesrepublik Deutschland (Modellrechnung).....346
15.1 Selbsthilfeförderpolitik in den neuen Bundesländern - Synopse 1995.....357
16.1 Vorwissen der Seminarteilnehmer über Selbsthilfe.....382
16.2 Selbsthilfekontaktstellen: Nutzungsabsicht der Seminarteilnehmer 383
16.3 Selbsthilfeseminar als Teil des Therapiekonzepts 386
17.1 Teilnehmer der Fortbildungsmaßnahmen 396
17.2 Nutzerprofil nach institutionellem Stellenwert der Selbsthilfe-Unterstützung.....398
17.3 Nutzung der Fortbildungsangebote 400
17.4 Qualifikationsprofil der Fortbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer.....403
17.5 Teilnehmer der Fachtagungen der NAKOS 409

Vorwort

Als 1992 das Förderprogramm zur Unterstützung der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern aufgelegt wurde, stellte sich verständlicherweise auch die Frage: Können die Erfahrungen der Selbsthilfeförderung aus Westdeutschland auf Lebensverhältnisse übertragen werden, die über Jahrzehnte durch einen anderen Umgang mit gesundheitlichen und sozialen Problemen geprägt sind? Gibt die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen eine angemessene Antwort auf die Fragen der Menschen, die sie nach dem Zusammenbruch einer - zumindest ihrem Anspruch nach - allumfassenden staatlichen Fürsorge bewegen? Für die Bewältigung von gesundheitlichen Einschränkungen oder der persönlichen Folgen von Lebenskrisen, wie Verlust des Partners, Konflikte in der Familie, Identitätsprobleme hielt der sozialistische Staat andere Hilfen und gesellschaftliche Deutungsmuster vor. Waren daher förderpolitisch statt eines Transfers erprobter Formen der Selbsthilfeunterstützung nicht innovative Konzepte gefragt, die neue, vor allem dem aktuellen Bedarf entsprechende Wege eröffneten?

Die Ergebnisse des hier vorgelegten Abschlußberichts der Begleitforschung kommen durchweg zu einem anderen Ergebnis. Eine Förderung von Selbsthilfekontaktstellen ist nicht nur möglich und sinnvoll, sondern ist auch eine erfolgreiche Strategie in der Förderung der Selbsthilfe. In den Modellstandorten und nicht nur hier hat sich ein ähnliches Aufgabenprofil der Kontaktstellen wie in Westdeutschland entwickelt. Die Kontaktstellen wirken sich ganz im Sinne der Erwartungen des Förderprogramms unterstützend auf die Ausbreitung der Selbsthilfe aus. Vor allem aber zeichnen die Untersuchungen zur Inanspruchnahme der Leistungen der Kontaktstellen ein nahezu identisches Bild der Bedarfsschwerpunkte, wie es sich als Ergebnis der Begleitforschung zu dem Förderprogramm in der Alt-Bundesrepublik ergeben hatte. Erstaunlicherweise unterscheidet sich die Nachfrage nach Selbsthilfeunterstützung durch die Bürger und durch die Selbsthilfe-gruppen nicht von der in den Altländern.

Da die Meinung, auch Bundesprogramme, die auf im Westen entwickelten Konzeptionen beruhen, versuchten, den „neuen Ländern“ etwas überzustülpen, sich auf ein verfestigtes, ja stereotypes Deutungsmuster stützt, das aus den unterschiedlichsten Motiven heraus überzeugt, können

wir allerdings bei der Tatsache allein nicht stehen bleiben, daß die Begleitforschung in den neuen Bundesländern im Ergebnis auf sehr ähnliche Bedarfsschwerpunkte für die Selbsthilfeunterstützung gestoßen ist wie im Westen. Die Feststellung allein reicht nicht aus, um die eingangs erwähnten Vorbehalte zu entkräften, solange für die zunächst auch den Sozialforscher überraschenden Ähnlichkeiten der Selbsthilfeentwicklung im Osten Deutschlands zureichende Erklärungen fehlen.

Denn theoretisch gesehen, bleibt die reine Reproduktion von Ergebnissen empirischer Sozialforschung in der wissenschaftlichen Begleitung von zwei identischen Modellförderungen unbefriedigend, solange sie keine Erklärungen liefert. Ein naheliegender Einwand ist mit dem Hinweis auf empirische Ergebnisse nicht abgewendet: Natürlich „erzeugen“ gleiche Organisationsformen ähnliche Wirkungen, zumal dann, wenn jeweils von den Menschen, die von einem gesundheitlichen und sozialen Problem betroffen sind, nur ein kleiner Ausschnitt den Weg in die selbst„organisierte Selbsthilfe“ (vgl. Stephen Hatch 1981) findet.

Zunächst bleibt festzuhalten, daß die Selbsthilfeunterstützung in den Altländern der Bundesrepublik auf einer in der WHO entwickelten Konzeption beruhte. Zu dieser vor eineinhalb Jahrzehnten von Stephen Hatch der WHO empfohlenen Konzeption hat bisher - auch international gesehen - niemand eine Alternative in die Diskussion, geschweige denn zur Modellerprobung gebracht. Stephen Hatch empfahl in seiner auch heute noch lesenswerten Expertise, Selbsthilfegruppen

- durch eine themen- oder problemübergreifende Unterstützungsstruktur (generalist support system) im Unterschied zu einer problemspezifischen verbandlichen Unterstützung durch Selbsthilfeorganisationen (specialist support system) zu fördern.
- gemeindenah zu fördern (at a local level ... to be able quickly and easily to make face to face contacts with group members, professional workers and so on).

Nach den Erfahrungen, über die, unabhängig von der Begleitforschung zu zwei Modellprogrammen, in der sozialwissenschaftlichen Forschung auch international berichtet wird, ist es sehr unwahrscheinlich, daß es für die gemeindenahe, problemübergreifende Selbsthilfeunterstützung durch Kontaktstellen wirksamere und bedarfsgerechtere Organisationsformen gibt. Dies heute noch einmal zu betonen, ist angesichts der aktuell wieder

aufgebrochenen Diskussion, ob nicht verbandlichen Formen der Selbsthilfeunterstützung ein Vorrang gebührt, wichtig. Zu der Feststellung, daß die WHO Konzeption weiterhin tragfähig und daher anzuraten ist, gibt es aus der Forschung zur Selbsthilfe einige einleuchtende Argumente.

Die Idee der WHO, „Selbsthilfeinformations- und Kontaktstellen“, ein inzwischen allgemein akzeptierter Begriff mit anerkanntem und präzisem Inhalt für das, was die WHO unter „clearing houses for self-help“ verstand, war bereits unter Auswertung verschiedener nationaler Erfahrungen (Deutschland, Belgien, Niederlande) geprägt und auf seine Sinnhaftigkeit mit Experten eingehend diskutiert worden. Das erste Förderprogramm für die Bundesrepublik (Westdeutschland) orientierte sich also nicht etwa an westdeutschen Vorstellungen oder Forderungen, sondern an einem internationalen Standard. Es ist also ein auf Unkenntnis beruhendes Mißverständnis zu meinen, daß mit dem Förderprogramm für die neuen Bundesländer ein „westdeutsches Modell“ in die neuen Bundesländer übertragen wurde, und zwar ungeachtet eines möglicherweise ganz anders gearteten Bedarfs.

Die spontane Bildung von Selbsthilfegruppen durch die Bürger und Bürgerinnen geschieht unabhängig vom Gesundheitssystem und seiner Finanzierung sowie von der Ergänzung durch soziale Sicherungssysteme - das lehren international vergleichende Untersuchungen. Selbsthilfegruppen, ihre Selbstidentifikation und Außendarstellung als eine nichtprofessionelle innovative Form der gegenseitigen Hilfe und auch der gemeinsamen Hilfe für andere, gehen einer öffentlichen Selbsthilfeunterstützung über längere Zeit voraus. Dies gilt, wie wir inzwischen wissen, auch für die Vergangenheit in der DDR! Selbsthilfeunterstützung - auch in Form von Selbsthilfekontaktstellen - weckt also keinen Bedarf, sondern trägt zur Befriedigung eines vorhandenen Bedarfs bei.

Denn die Funktionen der Selbsthilfekontaktstellen wie Information, Erfahrungsaustausch, Beratung, Mithilfe bei dem Einwerben von Ressourcen und bei der öffentlichen Selbstdarstellung sowie bei der Vermittlung von Kontakten zum professionellen Hilfesystem schränken die Selbstbestimmung der Nutzer in keiner Weise ein. Es kann daher keine Rede davon sein, daß Selbsthilfekontaktstellen die Selbsthilfe „inszenieren“ oder gar „produzieren“. Dies leuchtet unmittelbar ein, wenn wir nach den „Quellen“ der Selbsthilfe fragen.

Die spontane Bildung von Selbsthilfegruppe aktiviert mit der selbst„organisierten Selbsthilfe“ Erfahrungen und Leistungen, deren Quellen in mitmenschlichen Beziehungen liegen. Chronisch kranke, behinderte, psychisch kranke und von Lebenskrisen betroffene Menschen sind nicht nur auf kompetente medizinische und ärztliche Hilfe und auf psychosoziale Beratung angewiesen, sie suchen auch Verständnis, Empathie und Sympathie, Geborgenheit und Bestätigung durch andere Menschen, denen sie vertrauen und die sie als persönlich überzeugend anerkennen können. Professionelle Helfer können diesen Bedürfnissen, wenn überhaupt, nur in Grenzen entsprechen. Denn deren Überzeugungsfähigkeit beruht auf fachlicher Kompetenz und wirksamer instrumenteller Hilfe, weniger auf persönlichen Beziehungen zu ihren Klienten oder Patienten. Die Forschung zur Bewältigung chronischer Krankheit und Behinderung sowie die Sozialpsychiatrie und Forschungen zur Sozialarbeit und zur Sozialpädagogik - also eine nur noch über Spezialnachweise überschaubare Forschung - stimmen in einem in diesem Zusammenhang wichtigen Ergebnis überein. Zwischenmenschliche Beziehungen, die als befriedigend, orientierend und unterstützend erlebt werden, die persönliche Anerkennung und Geborgenheit vermitteln, stärken die Persönlichkeit, unterstützen die Selbstbehauptung auch unter belastenden Umwelterfahrungen und tragen zur Bewältigung von einschneidenden Ereignissen wie Eintritt lebensbedrohender Krankheit oder Partnerverlust bei. Zwischenmenschliche Beziehungen im persönlichen Nahbereich - die Forschung spricht von „primären sozialen Netzwerken einer Person“ - sind eine „soziale Ressource“, die in persönlichen Krisen aktiviert wird.

Zwischenmenschliche Bindungen entstehen im Lebenslauf eines Menschen in seinen Familien, durch Partnerschaft, durch Freundschaft, durch kollegiale und nachbarschaftliche Verkehrskreise und - darin liegt der innovative Beitrag der selbst„organisierten Selbsthilfe“ - sie können im Falle der Betroffenheit durch Lebensereignisse bewußt gesucht und gestiftet werden. Selbsthilfegruppen sind ein Weg, wohlgemerkt unter anderen, ein primäres soziales Netzwerk unter Betroffenen herzustellen und die in solchen Netzwerken vorhandenen gegenseitigen Hilfemöglichkeiten für sich und gegebenenfalls auch für andere gemeinsam zu erschließen.

Die erwähnte, breit international abgesicherte und in ihren Ergebnissen übereinstimmende Forschung läßt für die Menschen aus der vergangenen DDR keine anderen Bedürfnisse für die Bildung von Selbsthilfegruppen erwarten, als wir sie aus anderen Gesellschafts- und Sozialsystemen kennen. Skeptiker und Zweifler müssen zur Kenntnis nehmen, daß es eine Schicht von Erlebnissen, Erfahrungen und Hilfen gibt, die weitgehend unabhängig von Herrschaftsverhältnissen und Sozialleistungssystemen besteht und die in einer Kultur der selbst„organisierten Selbsthilfe“ eigene Deutungsmuster und Organisationsformen entwickelt, die über die nationalen Grenzen hinweg ähnliche Strukturen aufweisen.

Der hier vorgelegte Abschlußbericht der Begleitforschung ist ein Beitrag zur empirischen Tatsachenforschung über die aktuelle Situation der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung. Er dient der Beratung der Politik in Bundesländern und Gemeinden. Durch die systematische Aufarbeitung methodisch gesicherter Beobachtungen wollen die Ergebnisse die für die Selbsthilfepolitik verantwortlichen und zuständigen Gremien informieren, die Diskussion über Fördergrundsätze an relevanten Tatsachen orientieren und aktuelle Strategien der Selbsthilfeunterstützung zur Diskussion stellen. Der Bericht legt zugleich Rechenschaft über die Begleitforschung ab. Sie hat die Auswirkungen des Modellprogramms nicht nur beobachtet und analysiert, sondern es durch koordinierende und unterstützende Maßnahmen gefördert. In diesem Zusammenhang verdienen die Bemühungen um einen vielseitigen Erfahrungsaustausch unter den am Modellprogramm beteiligten Personen besondere Erwähnung, weil sie zum Gelingen des Programms ganz wesentlich beigetragen haben.

Allen, die an der Dokumentation der Erfahrungen, an den Erhebungen und deren sorgfältiger Auswertung mitgearbeitet haben, an dieser Stelle persönlich zu danken, würde eine lange Namensliste ergeben. Zum Gelingen des Modellprogramms hat das hohe Engagement des langjährigen Referatsleiters Ministerialrat Wolfgang Hesse und seit 1996 von Ministerialrat Manfred Weimann beigetragen. Die Mitwirkung am Modellprogramm beschränkte sich nicht auf die Bereitstellung der Mittel für Selbsthilfekontaktstellen und die wissenschaftliche Begleitung. Sie erstreckte sich ganz maßgeblich auf die Unterstützung bei konzeptionellen Fragen und auf die vielfältigen Bemühungen, geeignete und von den verschiedenen Akteuren akzeptierbare Wege einer dem Anliegen der Selbsthilfe angemessenen Selbsthilfeförderstrategie zu entwickeln. Dank

gebührt auch Frau Bangert und Frau Dahl (BMFSFJ), die mit Engagement und Geduld die Zuwendungserwartungen der Selbsthilfekontaktstellen und der Träger im Rahmen der Modellprogrammförderung eingelöst haben.

Die Gestaltung und Abfassung des Endberichts lag in den Händen von Joachim Braun, Dr. Ulrich Kettler und Ingo Becker. Ihnen gebührt ein ganz besonderer Dank für das Ergebnis der Begleitforschung, die - so wollen wir hoffen - der Ausbreitung des Selbsthilfegedankens auch unter schwieriger werdenden Rahmenbedingungen überzeugende Argumente liefert.

Prof. Dr. Christian von Ferber
Gesellschafter des Instituts für Sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung (ISAB) Köln-Leipzig

1. Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der Bundesrepublik Deutschland (Zusammenfassung)

Das Modellprogramm „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“ hatte zum Ziel, Umfang, Spektrum, Bedeutung und Entwicklung der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern zu untersuchen. Geeignete Formen der Unterstützung der Arbeit von Selbsthilfegruppen und Initiativen sollten erprobt werden. Die Ergebnisse des Modellprogramms decken sich grundsätzlich mit früheren Forschungsergebnissen in den alten Bundesländern (vgl. Braun/ Opielka 1992). Das Engagement von Bürgerinnen und Bürgern in Selbsthilfegruppen und Initiativen wird durch die Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen maßgeblich unterstützt.

Gesellschaftliche Bedeutung der Selbsthilfe und des freiwilligen Engagements der Bürger

Selbsthilfe ist eine besondere Form des Engagements, in der sich Bürgerinnen und Bürger, basierend auf den Prinzipien der Gegenseitigkeit und einer „überschaubaren“ Solidarität, engagieren. Selbsthilfe ist selbstorganisierte Hilfe in sozialräumlich überschaubaren Beziehungsnetzen. Das Engagement in Selbsthilfegruppen und Initiativen umfaßt damit die Motive der „Hilfe für sich selbst und andere“. Die Bedeutung der Selbsthilfe wird heute von allen gesellschaftlich relevanten Institutionen anerkannt. Selbsthilfe trägt zur Verbesserung der individuellen Situation kranker, behinderter und sozial benachteiligter Menschen bei, indem sie Ausgrenzungen und Isolation entgegenwirkt und individuelle Kompetenzen der Betroffenen aktiviert. Selbsthilfe gibt ferner Impulse zu einer Neuorientierung des Sozial- und Gesundheitswesens und stärkt die Kundenorientierung im Sozial- und Gesundheitswesen. Selbsthilfe eröffnet Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit, zu partizipieren und das Sozialwesen mitzugestalten. In den neuen Bundesländern erfüllt die Selbsthilfe darüber hinaus weitere Funktionen. Ordnungspolitisch hat Selbsthilfe dazu beigetragen, die sozialen Folgen des Transformationsprozesses abzufedern. Gleichzeitig bot Selbsthilfe für die Bürgerinnen und Bürger der neuen Bundesländer die Möglichkeit, eigenverantwort-

liches Handeln zu erproben. Selbsthilfe hat eine entscheidende kulturelle und sinnstiftende Funktion, neue Strukturen werden nicht als von außen aufgesetzt, sondern als mitzugestaltende Herausforderungen erfahren.

Umfang und Spektrum der Selbsthilfe

In den neuen Bundesländern ist in den sechs Jahren nach der Wende ein breites Selbsthilfespektrum entstanden. Nach einer Hochrechnung von ISAB stieg die Zahl der Selbsthilfegruppen und Initiativen von 1993 bis 1995 um 50 % von 5.000 auf 7.500 Gruppen. In ihnen engagieren sich ca. 250.000 Bürgerinnen und Bürger. Die Entwicklung der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern wird an der Selbsthilfegruppendichte deutlich, der Anzahl der Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner. In den am Programm beteiligten Städten bestehen 4,7 Gruppen pro 10.000 Einwohner, dies entspricht im Ost-West-Vergleich bereits der Hälfte der Selbsthilfegruppendichte in den alten Bundesländern (9,7 Gruppen). In ländlichen Regionen sind mit 4,2 Gruppen pro 10.000 Einwohner fast 80 % des Westniveaus erreicht (5,4 Gruppen).

In der gesamten Bundesrepublik Deutschland sind heute in nahezu 70.000 Selbsthilfegruppen und Initiativen 2,65 Millionen Menschen für sich und andere engagiert. Von den über 18- und unter 80jährigen Bürgerinnen und Bürgern engagieren sich 4,2 % in Selbsthilfe. Der Umfang des Engagements in Selbsthilfegruppen und Initiativen ist in den vergangenen zehn Jahren erheblich gestiegen. Diese Zunahme ist nicht zuletzt auf die Unterstützung der Selbsthilfe durch Selbsthilfekontaktstellen zurückzuführen. 1995 gab es in der Bundesrepublik Deutschland ca. 160 Selbsthilfekontaktstellen. Es ist davon auszugehen, daß durch die Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen in allen Kommunen und durch eine angemessene Förderpolitik das Selbsthilfeengagement weiter zunehmen wird.

Im Vergleich zum tatsächlichen Engagement liegt das Potential der Menschen, die bereit sind, sich freiwillig zu engagieren, deutlich höher. Nach Braun und Röhrig sind 5 % der Bevölkerung sehr stark, weitere 28 % stark an freiwilligem Engagement interessiert. Demgegenüber liegt das tatsächliche Engagement niedriger: Nach der Zeitbudgetstudie sind es ca. 12 Millionen, nach Braun und Röhrig ca. 14,6 Millionen und nach der Eurovol-Studie ca. 15 Millionen Bürger, die sich heute engagieren. Von

diesen freiwillig engagierten Menschen sind in den neuen Bundesländern 12 % und in den alten Bundesländern 26 % (im Bundesdurchschnitt ergibt dies 24 %) in Selbsthilfe engagiert. Die Engagementbereitschaft führt dann zu tatsächlichem Engagement, wenn sie durch selbsthilfefreundliche Rahmenbedingungen sowie eine entsprechende Infrastruktur unterstützt wird.

Volkswirtschaftlicher Nutzen der Selbsthilfe

Über den volkswirtschaftlichen Nutzen der Arbeit von Selbsthilfegruppen und Initiativen liegen bislang nur wenige gesicherte Informationen vor. Eine in München 1992 durchgeführte Untersuchung ergibt, daß Investitionen der Selbsthilfeförderung durch Einsparung sonst notwendiger Leistungen des Sozial- und Gesundheitssystems sowie durch unentgeltlich erbrachte Leistungen der Bürger zu erheblichen Rückflüssen führen. Neben den öffentlichen Haushalten profitieren hiervon die Träger der Sozialversicherungen, insbesondere die Krankenkassen. Die Befragungen von Selbsthilfegruppen und Initiativen zeigen, daß die gesellschaftliche Wertschöpfung, die von den Mitgliedern der Selbsthilfegruppen und Initiativen für sich und andere jährlich erbracht wird, auf über 4 Milliarden DM geschätzt werden kann.

Instrumente der Selbsthilfeförderung

Im Rahmen der Modellprogramme haben sich drei einander ergänzende Instrumente zur Unterstützung der Selbsthilfe in Kommunen als geeignet erwiesen: die direkte Selbsthilfegruppenförderung, die infrastrukturelle Förderung durch Selbsthilfekontaktstellen sowie die institutionelle Förderung zur Schaffung selbsthilfefreundlicher Rahmenbedingungen.

Entgegen der Annahme, daß das Engagement in Selbsthilfe ohne Förderung auskommt, konnte aufgezeigt werden, daß eine Vielzahl von Barrieren und Hemmnissen bestehen, die dazu führen, daß engagementbereite Bürger Engagement nicht realisieren. Durch Information, Beratung und Unterstützung tragen Selbsthilfekontaktstellen entscheidend dazu bei, daß sich Bürger engagieren. Eine selbsthilfeunterstützende Infrastruktur führt mit dazu, Selbsthilfe und freiwilliges Engagement zu stabilisieren und weiter zur Entfaltung zu bringen. Selbsthilfekontaktstellen erreichen in den neuen Bundesländern 12 %, in den alten Bundesländern 15 % der hoch engagementinteressierten

Bürger. Dieses Ergebnis belegt den Beitrag von Selbsthilfekontaktstellen zur Verbreitung der Selbsthilfe. Es zeigt gleichzeitig, daß nach wie vor ein hoher Bedarf an Information, Beratung und Kontaktvermittlung durch Selbsthilfekontaktstellen besteht.

Nutzer und Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfekontaktstellen erbringen fachübergreifend Dienstleistungen für alle Bereiche der sozialen und gesundheitlichen Selbsthilfe. Als niederschwelliges Angebot können sie von Bürgern, die sich in Selbsthilfe engagieren wollen, leicht erreicht und in Anspruch genommen werden. Selbsthilfekontaktstellen aktivieren und unterstützen das Engagement von Bürgern in Selbsthilfe. Selbsthilfekontaktstellen übernehmen zudem die Funktion von Service- und Vermittlungsagenturen an der Schnittstelle von Selbsthilfe und professionellem Dienstleistungssystem.

In drei Jahren Modellprogramm haben die 17 Selbsthilfekontaktstellen in den neuen Bundesländern 36.700 Nutzer mit 98.400 Kontakten erreicht. Eine „erfolgreiche“ ländliche Kontaktstelle erreicht pro Jahr durchschnittlich 536 Nutzer, für die in 1.634 Kontakten 1.790 Leistungen erbracht werden, eine „erfolgreiche“ städtische Kontaktstelle im Durchschnitt 1.172 Nutzer mit 2.865 Kontakten und 4.308 Leistungen. Selbsthilfekontaktstellen haben drei Adressatengruppen, für die sie Leistungen erbringen: Sie informieren, beraten und vermitteln selbsthilfeinteressierte Bürger. Sie unterstützen und beraten Selbsthilfegruppen und Initiativen, und sie kooperieren mit Fachleuten aus Politik und Verwaltung sowie dem Sozial- und Gesundheitswesen.

Selbsthilfegruppen und Initiativen wollen von den Selbsthilfekontaktstellen unterstützt werden. Sie nehmen deren Leistungen an und brauchen sie. Die Selbsthilfekontaktstellen sind aus Sicht der Gruppen aus der Selbsthilfeunterstützung nicht mehr wegzudenken. 91 % der Gruppen wollen, daß ihre Selbsthilfekontaktstellen erhalten bleiben. Über drei Viertel der Gruppen sind mit den Leistungen der Kontaktstellen zufrieden bzw. sehr zufrieden.

Im Unterschied zu anderen Institutionen, die Selbsthilfe als Nebenaufgabe unterstützen, haben Selbsthilfekontaktstellen ein spezifisches

Leistungsprofil entwickelt. Sie erbringen Leistungen, die von keinem anderen Dienst bzw. anderen Beratungsstellen erbracht werden.

Aufgabenprofil der Selbsthilfekontaktstellen

Um Selbsthilfe bedarfsgerecht und wirkungsvoll unterstützen zu können, sind fachübergreifend bzw. querschnittsbezogen arbeitende Selbsthilfekontaktstellen die geeignete Unterstützungsform. Mit einer adäquaten Personal- und Sachausstattung können sie die folgenden Leistungen erbringen:

- Information, Beratung und Vermittlung von selbsthilfeinteressierten Bürgern,
- Beratung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Initiativen,
- Kooperation mit Fachleuten,
- Öffentlichkeitsarbeit und allgemeine Selbsthilfeunterstützung,
- Organisation und Dokumentation.

Um die für die Selbsthilfeunterstützung notwendigen Aufgaben erfüllen zu können, müssen Selbsthilfekontaktstellen mit qualifizierten Fachkräften und Verwaltungskräften ausgestattet sein. Zudem benötigen sie eine angemessene Raum- und Sachausstattung.

Neben ihren Standardaufgaben können Selbsthilfekontaktstellen weitere Aufgaben übernehmen, sofern die hierfür notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Geeignet für die Aufgabenerweiterung sind z.B. die Verwaltung der Mittel der direkten Selbsthilfegruppenförderung, die Organisation und Geschäftsführung von regionalen Gesundheitskonferenzen sowie die Organisation und Durchführung von Veranstaltungen mit Kommunen und Krankenkassen (z.B. Gesundheits- oder Selbsthilfetage).

Einrichtung und Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfeförderung ist eine Gemeinschaftsaufgabe der öffentlichen Hand - der Länder und Kommunen -, an der Sozialversicherungsträger, insbesondere die Krankenkassen, zu beteiligen sind. Der Gesetzgeber hat die Beteiligung der Krankenkassen im Rahmen des Paragraphen 20 Abs. 3a SGB V als freiwillige Leistung vorgesehen. Die Erfahrungen im Modellprogramm haben gezeigt, daß die Krankenkassen die vom

Gesetzgeber vorgesehene Möglichkeit der Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen nur zögerlich übernehmen.

Zur Institutionalisierung von Selbsthilfekontaktstellen sind zwei Organisationsmodelle möglich:

- Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen als eigenständige Einrichtung,
- Vernetzung von Selbsthilfekontaktstellen mit anderen engagementfördernden Diensten wie Seniorenbüros, Bürgerbüros, Freiwilligenzentren und Informations- und Servicestellen für Bürgerengagement und Selbsthilfe.

Selbsthilfekontaktstellen können dann effektiv arbeiten, wenn sie entsprechend der Struktur und Größe ihrer Einzugsgebiete über eine angemessene Personal- und Sachausstattung verfügen. Hierzu werden zwei Typen von Selbsthilfekontaktstellen empfohlen:

Typ 1: Selbsthilfekontaktstellen in Einzugsgebieten von 100.000 bis 300.000 Einwohnern mit 1,5 Stellen für Fachkräfte und einer halben Verwaltungsstelle. Die Gesamtkosten dieses Typs liegen bei 180.000 DM jährlich.

Typ 2: Selbsthilfekontaktstellen in Einzugsgebieten von über 300.000 bis 500.000 Einwohnern mit 2,5 Stellen für Fachkräfte und 1 Stelle für eine Verwaltungskraft. Die Gesamtkosten dieses Typs liegen bei 250.000 jährlich.

Zur Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen gibt es verschiedene Möglichkeiten. Selbsthilfeförderung ist eine Aufgabe der kommunalen Selbstverwaltung (Modell 1). Die Verantwortung für die Finanzierung liegt bei der jeweiligen Kommune. Die Kommunen sollen weitere Finanzierungsträger an der Finanzierung beteiligen. Um Partner, für die die Kontaktstelle Leistungen erbringt, in die Finanzierung einzubinden, hat sich der Abschluß von Leistungsverträgen als hilfreich erwiesen. Kleinere Städte und Kreise sollten gemeinsam eine Selbsthilfekontaktstelle einrichten und finanzieren.

Selbsthilfeförderung ist gleichzeitig eine Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Sozialversicherungen nach dem Sozialstaatsprinzip. Um allen Bürgern Zugang zu den Kontaktstellen zu ermöglichen, sollten Selbsthilfekontaktstellen in allen Städten und Kreisen

eingerichtet werden. Die Förderung auf Landesebene sollte auf der Grundlage von Förderrichtlinien für Selbsthilfekontaktstellen erfolgen. An der Finanzierung sind das Land, die jeweiligen Träger und Kommunen, Sozialversicherungsträger sowie weitere Partner zu beteiligen (Modell 2).

Perspektivisch ist es sinnvoll, die Förderung erfolgreicher engagementfördernder Dienste für bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe zu bündeln (Modell 3).

2. Einführung

Das Modellprogramm „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“ wurde Ende 1991 gestartet, um nach der Wende Möglichkeiten der Selbsthilfe im Transformationsprozeß auszuloten und geeignete Formen der Unterstützung der Selbsthilfe zu erproben. Das Programm konnte auf die Erfahrungen aus dem Bundesprogramm „Informations- und Unterstützungsstellen für Selbsthilfegruppen“ in den alten Bundesländern zurückgreifen (vgl. Braun/ Opielka 1992). Beide Programme gehen davon aus, daß Selbsthilfe eine wichtige Form des freiwilligen und bürgerschaftlichen Engagements darstellt. Dieses Engagement von Bürgerinnen und Bürgern kann durch gezielte Unterstützung stabilisiert und aktiviert werden. Der vorliegende Bericht faßt die Ergebnisse des fünfjährigen Modellprogramms zur Selbsthilfeentwicklung und die Erfahrungen der Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern zusammen.

2.1 Formen und Aktivitäten von Selbsthilfegruppen und Initiativen

Den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms werden die begrifflichen Grundlagen vorangestellt, insbesondere eine Definition und Einordnung der Selbsthilfe (vgl. **Abb. 2.1**): Selbsthilfe ist eine besondere Form bürgerschaftlichen Engagements[1], in der sich Bürgerinnen und Bürger auf den Prinzipien der Gegenseitigkeit und einer überschaubaren Solidarität gemeinsam mit anderen für sich selbst und/ oder für andere engagieren**.** Selbsthilfe ist selbstorganisierte Arbeit in Gruppen und Initiativen in einem sozialräumlich überschaubaren Beziehungsnetz. Selbsthilfe hat ihren Ort in den Gemeinden und Wohnquartieren. Die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen erfolgt ohne Erwartung eines Entgeltes. Die Selbstorganisation schließt eine Zusammenarbeit mit den beruflich im gleichen Aufgabenfeld Erwerbstätigen keineswegs aus, erwartet jedoch partnerschaftliche Zusammenarbeit auf der Grundlage wechselseitiger Anerkennung der spezifischen Kompetenz. In Selbsthilfegruppen und Initiativen organisieren sich Bürgerinnen und Bürger nicht weltanschaulich ge-

[1] Vgl. die Definition von bürgerschaftlichem Engagement nach Ueltzhöffer und Ascheberg im Kap. 2.2.

bunden, vorzugsweise im gesundheitlichen, sozialen und kulturellen Bereich.

Plakativ, aber im Kern treffend, wurden die Ziele der Selbsthilfe nach zwei Richtungen hin ausgelegt (vgl. von Ferber Aug. 1996): Dies ist Selbstveränderung, Selbstmanagement, Stärkung der Eigenkompetenz - also Arbeit an sich selbst und Verwirklichung persönlicher Werte durch die Pflege und Kultivierung von Primärbeziehungen außerhalb der Familie nach dem Prinzip der Kleingruppe. Leitmotivisch sind hierzu die psychosozialen Gesprächsgruppen zu rechnen. Selbsthilfe ist auch Sozialveränderung, Versorgungsstrukturen mitgestalten, Partizipation ausüben, gesellschaftliche Verhältnisse verändern, Bewußtsein für menschenunwürdige Zustände, für selbstzerstörerische Prozesse schaffen - also Arbeit an und in der Gesellschaft zur Verwirklichung sozialer Ziele. Beispielhaft hierfür sind Gesundheitsselbsthilfegruppen, die Einfluß auf die Versorgungsstrukturen nehmen wie die Eltern krebskranker oder nierenkranker Kinder oder die Diabetiker, aber auch Initiativen für psychisch Kranke, Wohnungslose oder Arbeitslose. Beide Zieldimensione - die Verwirklichung persönlicher Werte und die Verwirklichung sozialer Ziele - werden nicht nach dem Strickmuster verfolgt, dafür sind staatliche Einrichtungen da, die wir mit bereits an die Schmerzgrenze reichenden Sozialabgaben und Steuern finanzieren, also „die Arbeit tun die anderen“, sondern zur Erreichung dieser Ziele werden neue Wege beschritten:

- Selbstorganisation statt Versorgungsaufträge und staatliche Planung;
- Engagement statt entgeltlicher oder beruflicher Arbeit;
- selbstgewählte Arbeits- und Gruppenbeziehungen statt Fremdorganisation;
- selbstgewählte Ziele statt ideologischer Bevormundung;
- kritische und - nicht zu vergessen - selbstkritische Haltungen gegenüber Traditionen, Hinterfragen anstatt dem Einmaleins der Bürokratie das Feld zu überlassen, nach den Mottos „das haben wir immer gemacht“, „da könnte ja jeder kommen“ und „wo kämen wir denn da hin“;
- Gemeinwesenorientierung und ganzheitlicher Ansatz der Hilfe statt arbeitsteiliger Spezialisierung.

In diesen Arbeitsprinzipien findet bereits eine kulturelle Orientierung ihren Ausdruck. Sie bildet die ideelle Grundlage einer sozialen Bewegung. Soziologisch betrachtet stellt Selbsthilfe in Selbsthilfegruppen und

Initiativen eine gesellschaftliche, den Rahmen von Familie, Verwandtschaft und informellen Strukturen überschreitende unentgeltliche Hilfe dar. Sie ist eine Form des freiwilligen sozialen Engagements gemeinsam mit anderen für sich und/ oder für andere. Selbsthilfe läßt sich, wie andere freiwillige Formen des

Abb. 2.1: Positionierung von Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement innerhalb privater, intermediärer und öffentlicher Unterstützungssysteme

Bereich	Privat	Intermediär	Öffentlich
Art der Hilfe	Selbstorganisiert	Selbstorganisiert oder Professionell unterstützt	Professionell
Formen der Vergesellschaftung	Primäre soziale Netzwerke	Bürgerschaftliches Engagement: Selbsthilfe, Ehrenamt, Seniorengenossen-schaften etc.	Professionelle Dienstleistungen
Sozialer Kontext der Unterstützung	Familie, Freunde, Verwandte, Nachbarschaft	Selbsthilfe-kontaktstellen, Seniorenbüros	Wohlfahrtsverbände, prof. Dienste des Sozial- und Gesund-heitswesens, Berufl. Organisationen

ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

Engagements, jenseits der primären sozialen Netze (Verwandte, Nachbarn, Freunde) und diesseits der professionellen Dienstleistungssysteme verorten (vgl. **Abb. 2.2**). Motive für die Teilnahme in Selbsthilfegruppen sind sowohl die Selbstbetroffenheit (eigene Betroffenheit und Mitbetroffenheit bei

Abb. 2.2: Selbsthilfe als Gegenstand der Sozial- und Gesundheitspolitik

Selbsthilfe ist primär ...

⇨ eine Form des **bürgerschaftlichen Engagements** mit gesundheitlicher, sozialer und kultureller Zielrichtung

⇨ Hilfe **jenseits** der Sphäre privater Haushalte und Familien und **diesseits** professioneller Dienstleistungssysteme

⇨ **Eigenhilfe und Fremdhilfe**, mit unterschiedlichen Akzenten

Selbsthilfe umfaßt auch ...

⇨ soziale und gesundheitliche **Initiativen und Projekte** mit ein oder zwei festangestellten Mitarbeitern, im **Übergangsbereich** zu professionellen Dienstleistungen

⇨ soziale und gesundheitliche **Initiativen und Projekte,** deren Leistungen aber hauptsächlich auf dem **unentgeltlichen Engage-ment der Gruppenmitglieder** basieren

Selbsthilfe umfaßt nicht ...

⇨ soziale und gesundheitliche **Projekte, Dienste und Einrich-tungen,** deren Leistungen **überwiegend von bezahlten Kräften** erbracht werden

© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

Angehörigen) als auch die Fremdbetroffenheit (solidarische Betroffenheit). Strikte Abgrenzungen zwischen den Engagementformen bleiben vordergründig und sind empirisch nicht belegbar. In allen Erscheinungsformen der Selbsthilfe lassen sich beide Motive mit unterschiedlicher Bedeutung finden. Selbsthilfe ist somit immer sowohl Eigenhilfe aus der Perspektive des Betroffenen als auch Unterstützung der anderen Gruppenmitglieder.

Auf der Basis mehrerer Befragungen von Selbsthilfegruppen und Initiativen hat ISAB eine Typisierung der Selbsthilfe erarbeitet. Kriterien dieser Typisierung sind neben der eigenen Betroffenheit und der Motivation für die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe auch Merkmale und Organisationsstruktur der Gruppen. Es hat sich gezeigt, daß die Organisationsform der Selbsthilfegruppen in engem Zusammenhang mit dem Thema bzw. Problem steht, mit dem sich die Gruppen befassen. So finden wir beispielsweise bei psychosozialen Themen vermehrt Gruppen von Betroffenen mit niedriger Mitgliederzahl, bei sozialen- und soziokulturellen Themen eher Initiativen mit höherer Mitgliederzahl (vgl. **Abb. 4.9**).

Empirisch lassen sich drei Typen von Selbsthilfegruppen unterscheiden (vgl. **Abb. 2.3**).[2] Bei Selbsthilfegruppen von Betroffenen (Typ 1) stehen die Anliegen der Mitglieder im Vordergrund. Soziale und gesundheitliche Themen und Probleme sowie deren eigene Bewältigung in der Gruppe stehen im Mittelpunkt des Handelns. Die Gruppen sind stark innenorientiert und haben in der Regel bis zu 15 Mitglieder.

Bei außenorientierten Selbsthilfegruppen (Typ 2) kommen neben der eigenen Betroffenheit auch die Beratung und Interessenvertretung anderer Betroffener als Motive hinzu. Die außenorientierten Selbsthilfegruppen weisen häufig höhere Mitgliederzahlen auf, da sich in ihnen sowohl Betroffene als auch am Thema interessierte Personen, insbesondere Angehörige und Freunde, organisieren.

[2] Die Einbeziehung von professionell arbeitenden Initiativen und Projekten in die Selbsthilfe ist wenig hilfreich. Zwar entstehen Projekte häufig aus Selbsthilfegruppen oder Initiativen. Sie erbringen innovative soziale Dienstleistungen und entwickeln sich in der Regel nach einigen Jahren zu professionellen sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungsanbietern. Sie verlieren damit den Charakter der Selbsthilfe.

Abb. 2.3: Drei Formen der Selbsthilfe - Abgrenzungskriterien der drei Formen der Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen von Betroffenen (Typ 1) sind:

⇨ Gesprächsgruppen

⇨ Gruppen, die sich ausschließlich mit den Anliegen ihrer Mitglieder beschäftigen

⇨ Gruppen, in denen sich Menschen mit gleichen Problemen gegen- seitig helfen

⇨ Beispiele: Selbsthilfegruppen psychisch Belasteter, Gesprächskreis homosexueller Männer, Selbsthilfegruppe an Diabetes erkrankter Kinder

Außenorientierte Selbsthilfegruppen (Typ 2) sind:

⇨ Gruppen, deren Mitglieder sich selbst und anderen helfen wollen

⇨ Gruppen, die Sozialpolitiker, professionelle Helfer und die Öffent-lichkeit über ihr Anliegen informieren möchten

⇨ Gruppen, die sich auch als Ansprechpartner für nicht der Gruppe zugehörige Betroffene verstehen

⇨ Beispiele: Selbsthilfegruppen Kehlkopfloser, Interessengemein- schaft der Dialysepatienten, Elternverein krebskranker Kinder

Selbsthilfe-Initiativen (Typ 3) sind:

⇨ Gruppen, zu deren Mitgliedern häufig nicht-selbstbetroffene Bürger zählen

⇨ Gruppen freiwilliger Helfer, die durch ihr soziales Engagement für sich selbst und andere etwas tun möchten

⇨ Gruppen, die sich weniger mit ihren persönlichen Problemen als mit denen von Mitbürgern oder mit einem sozial- oder gesundheitspolitischen Problem beschäftigen

⇨ Beispiele: Liga der Kinderfreunde, Arbeitsgruppe In- und Ausländerinnen, Selbsthilfeinitiative „Akademie 2. Lebenshälfte“

© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

Bei Selbsthilfeinitiativen (Typ 3) stehen soziales Engagement für eine Verbesserung der eigenen Lebensgestaltung, Lobbyarbeit und Veränderung der Lebensverhältnisse für sich selbst und andere im Vordergrund.

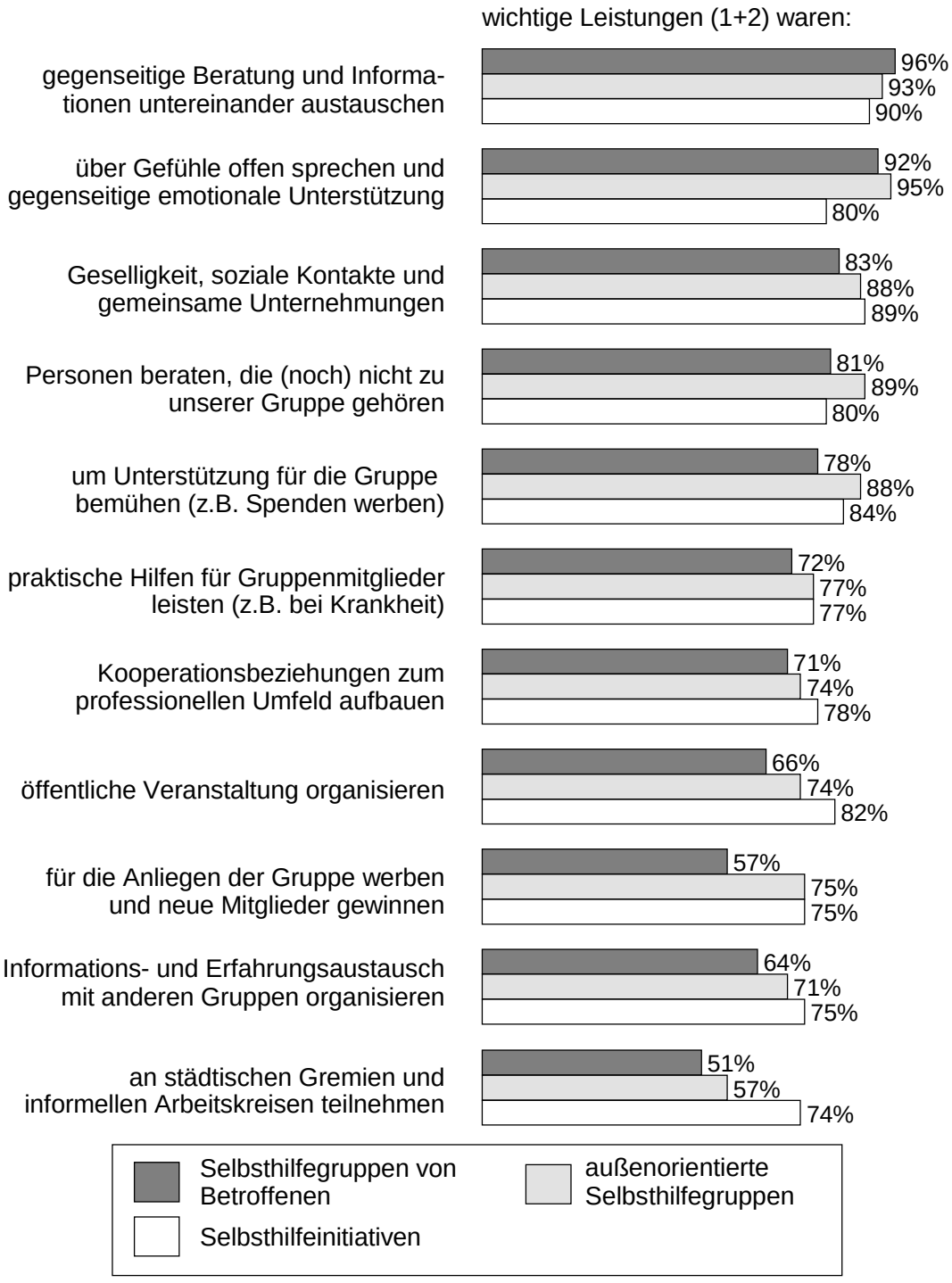
Die Beschränkung des Verständnisses von Selbsthilfe auf die Selbstbetroffenheit wird dem Engagement in Selbsthilfegruppen und Initiativen nicht gerecht. Den drei Gruppentypen ist gemeinsam, daß sie trotz unterschiedlicher Motivation, Gruppengröße und Anliegen ähnliche Aktivitäten und Leistungen für ihre Mitglieder und andere Betroffene erbringen, jedoch in unterschiedlichem Maße (vgl. **Abb. 2.4**). Die Mitglieder von Gruppen und Initiativen helfen sich gegenseitig, informieren die Bevölkerung über ihre Anliegen, setzen sich für ihre Interessen ein, führen Veranstaltungen durch und überzeugen Fachleute von ihren Anliegen. Dieser Befund widerlegt die Auffassung, daß Selbsthilfe nur in Selbsthilfegruppen von Betroffenen praktiziert wird. Demgegenüber ist das Spektrum der Gruppen und Initiativen, wie die ISAB Befragungen zeigen, breiter.

Die drei Gruppentypen entwickeln vergleichbare Aktivitäten in drei Bereichen. Ein Leistungsbereich beinhaltet Hilfen und Unterstützung für sowie soziale Kontakte mit Gruppenmitgliedern. Im Vordergrund stehen die gegenseitige Hilfe und Beratung (94 %), die Möglichkeit, über Gefühle und Probleme offen sprechen zu können (88 %) sowie soziale Kontakte auf- und auszubauen (85 %). Ein weiterer Leistungsbereich der Gruppe sind die Informationen und Hilfen für andere, die (noch) nicht Mitglied der Gruppe sind. Hierbei geht es um die Beratung von Nichtmitgliedern (84 %) sowie Sachinformationen für Außenstehende (68 %).

Ein dritter Leistungsbereich umfaßt die öffentlichkeitswirksame Interessenvertretung. Hierzu zählen die Organisation von Veranstaltungen (72 %), die Werbung in Presse und Medien (68 %), der Aufbau von Kooperationsbeziehungen zu Fachleuten (73 %), der Erfahrungsaustausch und die gemeinsame Lobbyarbeit mit anderen Gruppen (68 %) sowie die Teilnahme an städtischen Gremien und Arbeitskreisen (58 %). Ziel der Aktivitäten ist ferner die Sicherung des Fortbestandes der Gruppe durch den Einsatz für materielle Unterstützung, beispielsweise durch das Einwerben von Sachmitteln und Spenden (83 %).

Abb. 2.4: Leistungen u. Aktivitäten von Selbsthilfegruppen

Wie wichtig waren folgende Aufgaben und Leistungen für Ihre Gruppe?
Antwortvorgaben: sehr wichtig (1) ... nicht wichtig (5)



© ISAB Köln 06/1996. Befragung von Selbsthilfegruppen 1995 (n = 687).

Unterschiede zwischen den drei Gruppentypen bestehen darin, in welchem Maß sie die Aktivitäten entwickeln und die Leistungen erbringen: Bei den stärker innenorientierten Gruppen mit kleineren Mitgliederzahlen, den Selbsthilfegruppen von Betroffenen (Typ 1), stehen die gegenseitige emotio-nale Unterstützung und das offene Gespräch stärker im Vordergrund. Leistungen wie der Gewinnung neuer Mitglieder, der Öffentlichkeitsarbeit sowie praktischen Lebenshilfen und Sachinformationen für Außenstehende messen sie demgegenüber eine etwas geringere Bedeutung zu. Bei außenorientierten Selbsthilfegruppen (Typ 2) steht Hilfe und Beratung von Nichtmitgliedern im Vordergrund. Ferner entfalten sie ebenso wie Initiativen (Typ 3) bei der Öffentlichkeitsarbeit und öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen und Aktionen umfangreiche Aktivitäten.

2.2 Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement

Das in den Aktivitäten und Leistungen der Selbsthilfegruppentypen zum Ausdruck kommende Spektrum des Selbsthilfeengagements - von Betroffenen-Selbsthilfe bis zum Engagement von Initiativen - kennzeichnet das Engagement in Selbsthilfe als eine Form des bürgerschaftlichen Engagements. Obwohl die Zahl der Bürger, die sich in Selbsthilfegruppen und Initiativen engagieren, die Zahl der ehrenamtlich Tätigen bei Wohlfahrtsverbänden weit übersteigt, wird das Engagement von Bürgern in Selbsthilfegruppen und Initiativen in empirischen Untersuchungen zum Umfang des freiwilligen Engagements und zum Teil in der öffentlichen Diskussion, als Ressource des bürgerschaftlichen Engagements häufig ausgeblendet. Der Grund ist ein verengtes, die gesellschaftliche Bedeutung der Selbsthilfe ignorierendes Verständnis.

Bürgerschaftliches Engagement gibt es in allen gesellschaftlichen Bereichen in vielen Formen: im Ehrenamt, in der Selbsthilfe, in Initiativen und Projekten. Dort zeigt sich die Bereitschaft, gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen und persönlich befriedigende wie gesellschaftlich sinnvolle Aktivitäten zu verbinden. Freiwilliges Engagement ist Grundlage einer lebendigen Bürgergesellschaft. Demokratie lebt von der Teilhabe und Mitverantwortung der Bürger in allen gesellschaftlichen Bereichen. Gestaltung und Mitwirkung sind Voraussetzungen für die Bewältigung vielfältiger gesellschaftlicher Herausforderungen, sie verbessern aber auch die individuelle

Lebensqualität. Vorschläge und Ideen der Bürger, ihre Kreativität und Erfahrungen bilden ein Gegengewicht zu bürokratischen Verkrustungen und erschließen neue Wege zur Lösung gesellschaftlicher Probleme. Gefragt ist die Kompetenz der Bürger, die Gesellschaft zu gestalten. Freiwillige dürfen nicht als „Billiger Jakob“ des Sozialstaats benutzt werden.

Verschiedene Studien und Programme zeigen, daß die Motive für freiwilliges Engagement vielfältiger sind, als bislang angenommen (vgl. z.B. Geislingen-Studie, Eurovol-Studie und das Programm „Soziale Bürgerinitiativen in den neuen Bundesländern“ der Robert-Bosch-Stiftung). „Bürgerengagement in sozialen, kulturellen und auch gesundheitlichen Bereichen kann durch eine Vielfalt von Motiven ausgelöst werden (...) Erkennbar ist, daß das freiwillige Bürgerengagement vielfach auch aus existentiellen Notlagen und sozialen Verlusterfahrungen heraus entsteht und als Versuch verstanden werden kann, durch gemeinsame Aktivitäten verlorengegangene soziale Anschlüsse vor Ort wiederzugewinnen.“ (Burmeister 1996).

Bürgerschaftliches Engagement ist mehr als ehrenamtliche Tätigkeit, die als freiwillige, nicht auf Entgelt ausgerichtete, am Gemeinwohl orientierte, außerberufliche Tätigkeit verstanden wird (vgl. CDU/ CSU und FDP 1996, S. 2). Bürgerschaftliches Engagement als eine Form der Lebensgestaltung impliziert eine Verbindung von Eigennutz und Gemeinsinn und leistet einen wesentlichen Beitrag zur Demokratisierung der Gesellschaft, zur Stärkung des Gemeinwohls und zur gegenseitigen Unterstützung. Die Anerkennung des Eigennutzes und Gemeinwohls, der Grundmotive des Engagements für sich und andere - auf denen alle Formen des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe basieren - überwindet die unfruchtbare Spaltung in Selbst- und Fremdhilfe, die die deutsche Befassung mit Ehrenamt und Selbsthilfe seit Jahrzehnten kennzeichnen. Im praktischen Engagement von Selbsthilfegruppen und Initiativen, Vereinen und ehrenamtlichen Gruppen sind die Verbindungen dieser Grundmuster des freiwilligen Engagements in der Realität eingelöst. „Solidarität und Sozialverhalten sind wertvolle zivilisatorische Leistungen moderner Gesellschaft. Sie gehen weit über die ursprüngliche gegenseitige Hilfe aus gemeinsamer Not hinaus. Sie sind Leistungen, bei denen unterschiedliche Bedürfnisse der Menschen in einem Akt der Vernunft in praktische Handlungen umgesetzt werden. Sie sind keinesfalls voraussetzungslos und

selbstverständlich und stehen nur indirekt in einem Zusammenhang mit finanzieller sozialer Leistung. (...) Nicht die Bürger sind das Problem des sozialen Engagements, sondern die Institutionen dieser Gesellschaft. Viele kreative Problemlösungen und die Anstiftung bürgerschaftlicher Initiativen gehen heute nicht vom Kern der Institutionen, sondern von deren Peripherie aus.“ (Hummel 1996, S. 35).

Der Begriff des Bürgerengagements als Leitbegriff für die verschiedenen Facetten und Motivgrundlagen des freiwilligen Engagements in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen bietet die Chance zur Überwindung der Polarität von Ehrenamt und Selbsthilfe, die die deutsche Debatte über freiwilliges Engagement bestimmt. Zudem kennzeichnet Bürgerengagement das Grundverständnis und den Kontext des Engagements treffender als der neuerdings in die Diskussion gebrachte Begriff der Freiwilligen-Arbeit. Das Verständnis von Selbsthilfeengagement als einer Form des bürgerschaftlichen Engagements wird den gesellschaftlichen Leistungen von Selbsthilfegruppen und Initiativen und der Motivation für sich und für andere zu engagieren gerechter als die Polarisierung von Eigenhilfe und Fremdhilfe. Es bietet eine Voraussetzung für die Anerkennung des gesellschaftlichen Nutzens des Selbsthilfeengagements und überwindet die falsche Reduzierung von Selbsthilfe auf Selbstbetroffenheit und ausschließliches „Kümmern um die eigenen Belange“.

Der Begriff des bürgerschaftlichen Engagements ist gleichzeitig Ziel und Methodendiskussion und baut eine praktische Brücke zwischen dem Sozialstaat und den Vorstellungen über eine Bürgergesellschaft (vgl. Hummel 1995, S. 9). Er bildet eines der konstitutiven Elemente des Konzeptes der Bürgergesellschaft (civil society) (vgl. Ueltzhöffer/ Ascheberg 1995, S. 9 ff.). „Bürgerschaftliches Engagement ist ein konstitutives Prinzip der Bürgergesellschaft, vielleicht ihr wichtigstes. Seine Handlungsfelder, Handlungsziele und -notwendigkeiten werden nicht verordnet (vom Staat, von den Parteien usw.), sondern vereinbart, zwischen den Bürgern selbst, zwischen Institutionen und Bürgern, zwischen den Kommunalverwaltungen und Bürgern usw. Anders kann es nicht zustande kommen oder wäre zur Wirkungslosigkeit verdammt. Bürgerschaftliches Engagement ist hinsichtlich seiner jeweiligen Beweggründe und Motivlagen offen. Es schließt altruistische und pflichtethische Motive nicht notwendigerweise aus (monopolisiert sie aber andererseits auch nicht), läßt aber auch andere -

wechselnde - Motivlagen durchaus zu (z.B. Eigeninteresse, Selbstbezug, Erlebnisorientierung, Spaß usw.), fordert sie gar heraus.“ (Ueltzhöffer/ Ascheberg, 1995, S. 21 f.).

In der Diskussion über die Zukunft des Sozialstaates wird von Politikern, Verbänden und Organisationen die abnehmende Bereitschaft für freiwilliges Engagement und Ehrenamt beklagt (vgl. Juventa 1995 u. Wohlfahrtswerk 1995). Dies bezieht sich sowohl auf die über die freie Wohlfahrtspflege organisierte ehrenamtliche Tätigkeit als auch auf das Engagement in Parteien, Gewerkschaften und Kirchen. Empirische Untersuchungen zeigen, daß eine große Differenz zwischen der Bereitschaft zum freiwilligen Engagement (Potential) und seiner tatsächlichen Erbringung (Umfang) besteht. So sind nach Braun und Röhrig 28 % der Erwachsenen an einer ehrenamtlichen Tätigkeit und an Selbsthilfe im Sozial- und Gesundheitsbereich interessiert.

Die Bereitschaft zur freiwilligem Engagement ist demnach in der Bevölkerung durchaus vorhanden (vgl. Braun/ Opielka 1992, S. 29; Braun/Röhrig 1987, S. 61; Engels 1991, S. 20 f. und Grunow 1983, S. 40). Unverkennbar ist jedoch der Wertewandel in der Gesellschaft, der unter anderem die Motivation für verpflichtende Aufgaben des freiwilligen sozialen Engagements betrifft (vgl. Klages 1987). Die Bereitschaft zu ehrenamtlichen Engagement, bislang überwiegend über Wohlfahrtsverbände erbracht, ist rückläufig.

Reaktionen auf diesen Rückgang waren eine stärkere öffentliche Würdigung und Aufwertung dieser Form des Engagements. Auch Aufwandsentschädigungen und Qualifikation von Ehrenamtlichen wurden als Aktivierungsstrategie erprobt. Die Bereitschaft zum Engagement für andere kann nicht getrennt werden von der Frage nach den damit verbundenen Gratifikationen. Diese wurden in den Chancen der Selbstverwirklichung, in den Angeboten der Selbsterfahrung und Fortbildung, aber auch in der Gemeinschaft der Gruppe bzw. in der gegenseitigen Hilfe in der Gruppe gesucht und gefunden. Über die Gratifikationen kann, wie die Erfahrungen der Selbsthilfeprogramme zeigen, Engagement geweckt und stabilisiert werden.

Der Umfang und die Entwicklung des freiwilligen Engagements wird auch durch das Verhältnis von freiwilliger und professioneller Arbeit bestimmt.

In den Arbeitsfeldern, in denen Haupt- und Ehrenamtliche gemeinsam tätig sind, treten immer wieder Konflikte und Abgrenzungen auf (vgl. Jacob/ Olk 1995). Ehrenamtlich Tätige und in Selbsthilfe Engagierte berichten von Degradierungserfahrungen und Verletzungen. Fachleute kritisieren die vermeintlich mangelnde Qualifikation von Ehrenamtlichen und in Selbsthilfe Engagierten. Ein Grund dieses Konfliktes ist auch die Befürchtung, daß professionelle Arbeit durch freiwilliges Engagement ersetzt wird.
Die Aktivierung des freiwilligen Engagements der Bürger wird maßgeblich davon abhängen, ob Verwaltung und Verbände zu einem neuen Umgang mit engagierten und engagementbereiten Bürgern bereit sind, ob sie Initiativen und Vereine ermutigen und unterstützen und nicht durch bürokratische Reglementierungen und Kontrolle entmutigen. Dies setzt Lernbereitschaft voraus und erfordert ein Umdenken bei Verwaltung und Fachleuten zur moderierenden Unterstützung des freiwilligen Engagements, aber auch einen Verzicht auf zu weit gehendes Versorgungs- und Betreuungsdenken.

Obwohl die Unterstützung konkreter Selbsthilfeaktivitäten Aufgabe der Kommunen und der Länder ist, hat die Bundesregierung dem Bürgerengagement in Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeinitiativen und Bürgerinitiativen durch die Förderung zahlreicher Modellprogramme Rechnung getragen mit dem Ziel der Schaffung einer Infrastruktur für das ehrenamtliche Engagement außerhalb traditioneller Verbände (s. die Antwort der Bundesregierung, vgl. CDU/ CSU und FDP 1996).

Selbsthilfekontaktstellen, die im Rahmen der Modellprogramme erprobt und etabliert wurden, sind ein wesentliches Element einer engagementunterstützenden Infrastruktur. Durch Information, Beratung und Kontaktvermittlung fördern sie die Engagementbereitschaft der an Selbsthilfe interessierten Bürger. Durch die Unterstützung von Gruppen und Initiativen fördern sie die Chancen zum Selbsthilfeengagement auf vielfältige Weise.

Selbsthilfe im europäischen Vergleich

Vergleicht man die bundesrepublikanische Entwicklung mit der in anderen europäischen Staaten, so sind Unterschiede unverkennbar (vgl. Balke/ Reis

1993)[3]. Es lassen sich mindestens drei Entwicklungslinien der Selbsthilfebewegung im europäischen Raum ausmachen:

- die Selbsthilfe in Nordeuropa (und Nordamerika), also im angelsächsischen Sprachraum: Hier hat der Gedanke der Selbstverantwortung und Selbsthilfe bereits in der ersten Hälfte des Jahrhunderts hohe Resonanz gefunden.[4] Die für die Bundesrepublik beschriebene kontraproduktive Unterscheidung zwischen Ehrenamt und Selbsthilfe ist dort nicht zu finden, in diesen Ländern werden unter dem Begriff „volunteering" alle Formen des freiwilligen Engagements verstanden.
- die Selbsthilfe in Südeuropa: Hier hat der Selbsthilfegedanke bislang nur eine geringe Resonanz gefunden. Selbsthilfe ist dort noch ein Randphänomen. Erklärungen ergaben sich aus den vergleichsweise intakten Familien- und Verwandtschaftsstrukturen, aber auch das Fehlen einer staatlichen Anerkennung und Förderung der sozialen Selbsthilfe.
- die Selbsthilfe in Osteuropa: In den sozialistischen Staaten und ihren Nachfolgestaaten wurde und wird Selbsthilfe häufig unterdrückt bzw. nicht gefördert. Soziales Engagement findet in staatlich vorgeprägten Formen, häufig nicht freiwillig, statt. Unabhängig davon haben sich in diesen Gesellschaften Formen gegenseitiger Hilfe - Stichwort „permanenten Mangelgesellschaft" - jenseits von staatlichen Strukturen entwickelt (vgl. Poldrack 1993 u. **Kap. 2.1**).

Repräsentative Daten über das Engagement in Selbsthilfe im internationalen Vergleich gibt es bislang nicht. Anhaltspunkte bietet eine europaweite Studie zum Umfang des und der Rolle von Volunteering. Die Ergebnisse der Eurovol-Studie zeigen, daß die Bundesrepublik Deutschland den letzten Platz in Westeuropa einnimmt (vgl. Gaskin/ Smith 1995, S. 28 u. Gaskin/ Smith/ Paulwitz 1996). Nach dieser Studie - bei der jedoch das Engagement in Selbsthilfe nicht ausdrücklich ermittelt wurde - engagieren sich 18 % der deutschen Bevölkerung. Spitzenpositionen

[3] Zu den Unterschieden hinsichtlich der Selbsthilfegruppen-Unterstützung im europäischen Vergleich vgl. auch Balke/ Reis 1992, S. 119 f.

[4] „ ... Selbsthilfegruppen im engeren Sinne haben ihren Ursprung in den Vereinigten Staaten. Die erste Organisation waren die Anonymen Alkoholiker (AA). Als ihr Geburtsdatum gilt der Juni 1935." (Moeller 1996, S. 62)

nehmen die Niederlande (38 %), Großbritannien (34 %) und Belgien (32 %) ein.[5]

Bedeutung der Selbsthilfe in der Bundesrepublik

Welche Funktion und Bedeutung kommt der sozialen und gesundheitlichen Selbsthilfe in der Bundesrepublik zu? Diese Frage wurde bereits im Rahmen des Programms in den alten Bundesländern untersucht (vgl. Braun/ Opielka 1992). Es geht darum, ob Selbsthilfe primär qualitative und innovative Ergänzung oder „Lückenbüßer" und „billiger Jakob" (vgl. Stadt Münster 1989) der Sozial- und Gesundheitspolitik ist. In den vergangenen Jahren wurden der Selbsthilfe folgende Funktionen zugeschrieben (vgl. von Ferber 1995, S. XV ff., von Ferber 1996, S. 27 ff. und Trojan 1996, S. 202 ff.):

- Selbsthilfe wirkt der Ausgrenzung und Isolation chronisch kranker und behinderter Menschen entgegen.
- Selbsthilfe aktiviert individuelle Kompetenzen der Betroffenen und zeigt persönliche Bewältigungsmuster auf; hierdurch wird das System professioneller Dienste ergänzt und u.U. entlastet.
- Selbsthilfe setzt innovative Impulse und trägt damit zur kontinuierlichen Weiterentwicklung und Verbesserung im Sozial- und Gesundheitswesen bei.
- Selbsthilfe ermöglicht die Kundenorientierung des Sozial- und Gesundheitssystems, sie stellt ein zentrales Bindeglied zu den Interessen und Kunden des professionellen Dienstleistungssystems dar.
- Selbsthilfe ist eine Grundlage für die Partizipation der Betroffenen, sie ermöglicht Demokratisierung und Humanisierung des Dienstleistungssystems.

Die ordnungspolitische Bedeutung der Selbsthilfe war Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion in den alten Bundesländern (vgl. Fürstenberg/ Herder-Dorneich/ Klages 1984). Im Modellprogramm in den

[5] Entsprechend diesen Befunden kommt ein Grundsatzbeitrag der Bank für Sozialwirtschaft zu folgendem Ergebnis: „Dennoch liegt das ehrenamtliche Engagement in der Bundesrepublik im internationalen Vergleich auf einem der hinteren Ränge. Freiwilliges Engagement für gesellschaftliche Aufgaben ist in anderen Ländern wesentlich selbstverständlicher als hierzulande, wesentlich weiter verbreitet und genießt auch ein wesentlich höheres Ansehen." (BFS 1996, S. 13)

neuen Bundesländern stellte sich die Frage, welche ordnungs- und sozialpolitische Bedeutung der Selbsthilfe im Transformationsprozeß zukommt und ob Selbsthilfe in den neuen Bundesländern andere bzw. neue Funktionen übernimmt. Die von ISAB durchgeführten Untersuchungen zeigen, daß Selbsthilfe auch in den neuen Bundesländern die oben genannten Funktionen übernommen hat. Zum anderen kamen der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern weitere Funktionen zu. Selbsthilfe hat eine ordnungspolitische Bedeutung, sie hat dazu beigetragen, die sozialen Folgen des Umbruches und die hieraus resultierenden privaten Umorientierung der Bürgern abzufedern. Im Verlaufe des Transformationsprozesses sind erhebliche Selbsthilfepotentiale entstanden. Zudem übernahm sie in den neuen Bundesländern wichtige kulturelle und sinnstiftende Funktionen. Selbsthilfe bot den Bürgern die Chance, die mit dem neuen Gesellschaftssystem verbundene Notwendigkeit einer stärkeren Eigeninitiative und Selbstverantwortung zu erproben. Damit hat sie dazu beigetragen, daß die mit der Neuordnung des Gesundheitswesens verbundene Abschaffung des Dispensaire und die Einführung neuer Versorgungsstrukturen nicht als „übergestülpt“, sondern als mitzugestaltende Struktur erfahren werden.

2.3 Ausgangssituation, Ziele und Akteure des Modellprogramms

Das Modellprogramm in den neuen Bundesländern schloß an das Modellprogramm „Informations- und Unterstützungsstellen für Selbsthilfegruppen“ in den alten Bundesländern von 1987 bis 1991 konzeptionell und inhaltlich an. Nachdem das erste Bundesmodell die Fragen, ob Selbsthilfegruppen der Unterstützung bedürfen und wie eine bedarfsgerechte Unterstützung aussehen kann, positiv beantwortet hatte, stand beim Modellprogramm in den neuen Bundesländern die Frage nach der Selbsthilfeentwicklung beim Übergang aus einem staatssozialistischen in ein marktwirtschaftlich orientiertes Gesellschaftssystem im Vordergrund. Damit verbunden waren Fragen nach den Folgen der Änderungen im Sozial- und Gesundheitswesen sowie nach einer adäquaten Unterstützungsform für die Selbsthilfe.

In Vorbereitung auf das Programm in den neuen Bundesländern fand am 15.11.1990 ein Werkstattgespräch in Berlin statt. Es folgten fünf Fachtagungen zur Selbsthilfe in den neuen Bundesländern, die von der DAG SHG e.V. und dem Paritätischen Bildungswerk unter Mitwirkung von ISAB durchgeführt wurden (vgl. Braun/ Engels 1991). Parallel wurde eine Expertise durch das Institut für soziale Arbeit e.V. zum Thema „Stand und Fördermöglichkeiten von Selbsthilfe auf dem Gebiet der ehemaligen DDR“ (vgl. ISA 1992) erstellt. Auf der Basis dieser Vorarbeiten folgte die Ausschreibung eines Modellprogramms für die neuen Bundesländer.

Im Juni 1991 wurde vom damaligen Bundesministerium für Familie und Senioren das Modellprogramm „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“ ausgeschrieben. Das Modellprogramm sollte Wege erkunden, um Selbsthilfeaktivitäten und den Selbsthilfegedanken in den neuen Bundesländern effektiv und sachgerecht zu fördern und zu verbreiten. Hierzu sollten drei Wege eingeschlagen werden:

- Unterstützung und Verbreitung des Selbsthilfegedankens,
- Unterstützung bei der Fortbildung von Betroffenen, Professionellen und Laienhelfern, die sich auf dem Gebiet der Selbsthilfe engagieren,
- modellhafte Einrichtung von ca. zehn Selbsthilfekontaktstellen.

Auf die Ausschreibung gingen 156 Anträge aus den neuen Bundesländern ein. Aufgrund der hohen Zahl der Anträge entschied das Bundesministerium eine Ausweitung auf 17 Modellstandorte. In diesen Standorten wurden Selbsthilfekontaktstellen in Trägerschaft von freien Vereinen, Wohlfahrtsverbänden und Kommunen eingerichtet und gefördert (vgl. **Abb. 2.5**). Die ministerielle Entscheidung erfolgte nicht ausschließlich nach Gesichtspunkten der späteren Evaluation. Insofern war eine Evaluation im methodisch strengen Sinne nur bedingt möglich, die wissenschaftliche Begleitung konzentrierte sich daher zunächst auf die Beobachtung und Untersuchung der Effekte des Programms. Auf Grundlage dieser Analysen entwickelte die Begleitungsforschung in Abstimmung mit dem Auftraggeber Indikatoren, die die Grundlage für die Bewertung der Ergebnisse darstellen.

Die Federführung der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms wurde dem Institut für Sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung (ISAB) in Köln übertragen. Als Kooperationspartner der Begleitforschung übernahm es die Gesellschaft für Systemforschung und Dienstleistungen im Gesundheitswesen (GSD), Fragen der Kooperationsbeziehungen zwischen Selbsthilfebereich und professionellem Bereich zu untersuchen.[6] Darüber hinaus wurde die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) mit der Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen und Fachtagungen beauftragt (vgl. **Kap. 17**). Diese richteten sich über den Kreis der am Modellprogramm beteiligten Kontaktstellen hinaus an alle Selbsthilfeunterstützer in den neuen Bundesländern.

Zur fachlichen Begleitung des Modellprogramms sowie zum Informationstransfer seiner Ergebnisse in die relevanten Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland wurde durch das BMFSFJ ein wissenschaftlicher Beirat einberufen.[7] Dieser tagte

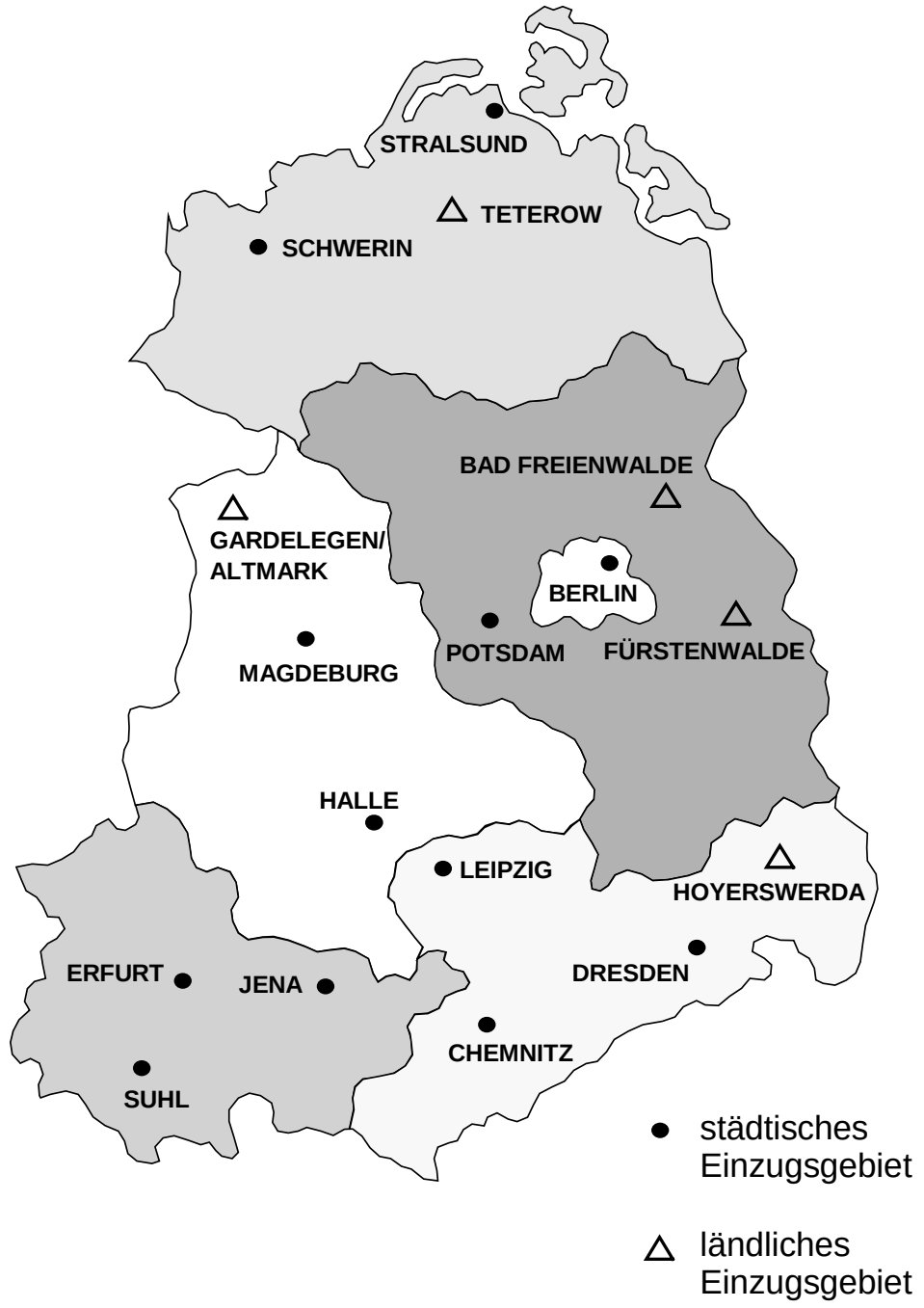
6 Die GSDmbH heißt seit 1996 GFK KBmbH. Sie ist Tochter der Krankenhausberatungsgesellschaft GmbH Berlin (GFK).

7 Mitglieder des Beirats waren: Frau Engelhard (Thüringen), Frau Dr. Völker und Frau Dr. Fuhrmann (Berlin), Herr Janiszewski (Sachsen), Frau Kunz und Herr von Braunmühl (Brandenburg), Frau Dr. Scriba (Mecklenburg-Vorpommern), Herr Thomé (Sachsen-Anhalt), Frau Feldmann (Deutscher Verein), Herr Matzat (DAG SHG), Herr Picard (AOK Bundesverband), Frau Winkler und Herr Monsignore Puschmann

zweimal

(Wohlfahrtsverbände), Prof. Dr. Olk (Martin-Luther-Universität Halle/ Saale), Herr Dr. Dr. Vorpahl (Kommunale Spitzenverbände), Herr Dr. Reinert (Stiftung Mitarbeit).

Abb. 2.5: Am Modellprogramm beteiligte Selbsthilfe-kontaktstellen



© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

jährlich, jeweils in einem anderen Bundesland. Die Beiratssitzungen wurden dazu genutzt, die konzeptionelle Ausrichtung der Selbsthilfekontaktstellen zu diskutieren. Bewußt wurden Beiratssitzungen in solchen Standorten abgehalten, in denen positive bzw. problematische Situationen bestanden. Dadurch wurde erreicht, daß erfolgreiche Konzepte, aber auch Probleme in der Kontaktstellenarbeit mit allen Beiratsmitgliedern erörtert werden konnten.

2.4 Wissenschaftliche Begleitung und Leitfragen zur Evaluation der Selbsthilfekontaktstellen

Die Zielsetzung des Modellprogramms, die Analyse der Entwicklung der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern und die Einrichtung einer unterstützenden Infrastruktur in Form von Selbsthilfekontaktstellen stehen im Zusammenhang mit einer längeren Forschungstradition zur Förderung von Selbsthilfe in den alten Bundesländern. Hierzu rechnen auch die Verbreitung des Selbsthilfegedankens sowie die Unterstützung der Fortbildung von Betroffenen, Professionellen und Laienhelfern.

Seit nunmehr zehn Jahren ist das Institut für Sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung (ISAB) in der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation von Förderprogrammen zum Thema Selbsthilfe aktiv. Ausgehend von der Begleitung des Modellprogramms „Informations- und Unterstützungsstellen für Selbsthilfegruppen“ in den alten Bundesländern (vgl. Braun/ Opielka 1992) sowie dem Modellprogramm „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“[8] wurde kontinuierlich der Feldzugang zur Entwicklung der Selbsthilfe und der Selbsthilfegruppen ausgebaut. Auf der Grundlage diese Forschungsansatzes (vgl. **Kap. 2.5**) wurde der Zugang zu einem von Wachstum und Veränderung gekennzeichneten Feld erschlossen.

Die Untersuchungen von ISAB knüpfen an erste Mitgliederbefragungen von Selbsthilfegruppen durch Trojan an. Trojan war der erste Forscher, der

[8] Zur Information über das Modellprogramm vgl. auch Braun/ Kasmann/ Kettler: Förderung der sozialen Selbsthilfe in den neuen Bundesländern. 2. Auflage. ISAB-Schriftenreihe Nr. 14. Dez. 1994 u. Braun/ Kasmann/ Kettler (Red. Bearb): Soziale Selbsthilfe in den neuen Bundesländern. Dokumentation der Eröffnungstagung. ISAB-Schriftenreihe Nr. 15. 1992.

sich dem Feld der Selbsthilfegruppen, Initiativen und Projekte mit den Methoden der empirischen Sozialforschung in der Bundesrepublik zugewandt hat. Diese Untersuchungen wurden auf der Grundlage des vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) geförderten Forschungsverbundes Laienpotential im Stadtgebiet Hamburg durchgeführt (vgl. Forschungsverbund Laienpotential 1987, S. 254 ff. u. Trojan 1983 und 1986). Als Ergebnis dieses Projektes wurde 1981 in Hamburg mit Unterstützung der WHO-Euro die erste Selbsthilfekontaktstelle eingerichtet.[9] Ebenfalls in diesem Forschungsverbund haben Grunow und Mitarbeiter Studien zum Thema Selbsthilfe im Gesundheitswesen durchgeführt (vgl. Grunow et al. 1983). Weitere Untersuchungen über neue Wege der Unterstützung von ehrenamtlichen Mitarbeitern und Selbsthilfegruppen im Sozial- und Gesundheitswesen haben Braun und Röhrig in vier Städten durchgeführt (vgl. Braun/ Röhrig 1987). Für alle diese Forschungsansätze gilt jedoch, daß sie auf einige kommunale Einzugsgebiete beschränkt blieben.

ISAB hat anknüpfend an diese Forschungen einen eigenen Feldzugang über die Selbsthilfekontaktstellen erschlossen. In Zusammenarbeit mit den Selbsthilfekontaktstellen wurden über mehrere Jahre hinweg Totalerhebungen in 20 Städten und Kreisen in den alten und in 17 Städten und Kreisen in den neuen Bundesländern durchgeführt. In ergänzenden Recherchen bei Fachleuten aus dem Sozial- und Gesundheitswesen wurden weitere Adressen und Angaben über Selbsthilfegruppen und Initiativen ergänzt.

Dieser methodische Ansatz liefert auf breiter Basis systematisch erhobene empirische Daten über Umfang, Struktur und Bedarfe der Selbsthilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Er wurde durch die Finanzierung der Modellprogramme durch den Bund, das BMFSFJ, ermöglicht. Im Modellprogramm in den alten Bundesländern konnte auf Grundlage der vorliegenden Daten eine Systematik der Selbsthilfegruppen und Initiativen erarbeitet werden. Die Typisierung (vgl. **Kap. 2.2**) wurde regelmäßig im Feld überprüft. Sie bildete bei den Befragungen die Grundlage für eine differenzierte Erhebung der Struktur, der Leistungen, der Wirkungen und des Unterstützungsbedarfs der Selbsthilfe.

[9] Vgl. hierzu die Ausführungen von Stephen Hatch über Gießen und Hamburg (vgl. Hatch 1981, S. 15-17) sowie von Moeller zu Hamburg, Gießen und Frankfurt (vgl. Moeller 1996, S. 8-13).

Der ISAB Forschungsansatz ist sowohl innovativ als auch effektiv. Für die Bundesrepublik gibt es bis heute keine vergleichbaren Daten, die mit vergleichsweise geringem Ressourceneinsatz eine systematische Bestandserhebung und Analyse der Selbsthilfe ermöglichen. Auf dieser Basis konnten Hochrechnungen für die alten und neuen Bundesländer erstellt werden, die einen aktuellen Überblick über Entwicklung, Stand und Struktur der Selbsthilfe in der Bundesrepublik Deutschland geben.

Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung

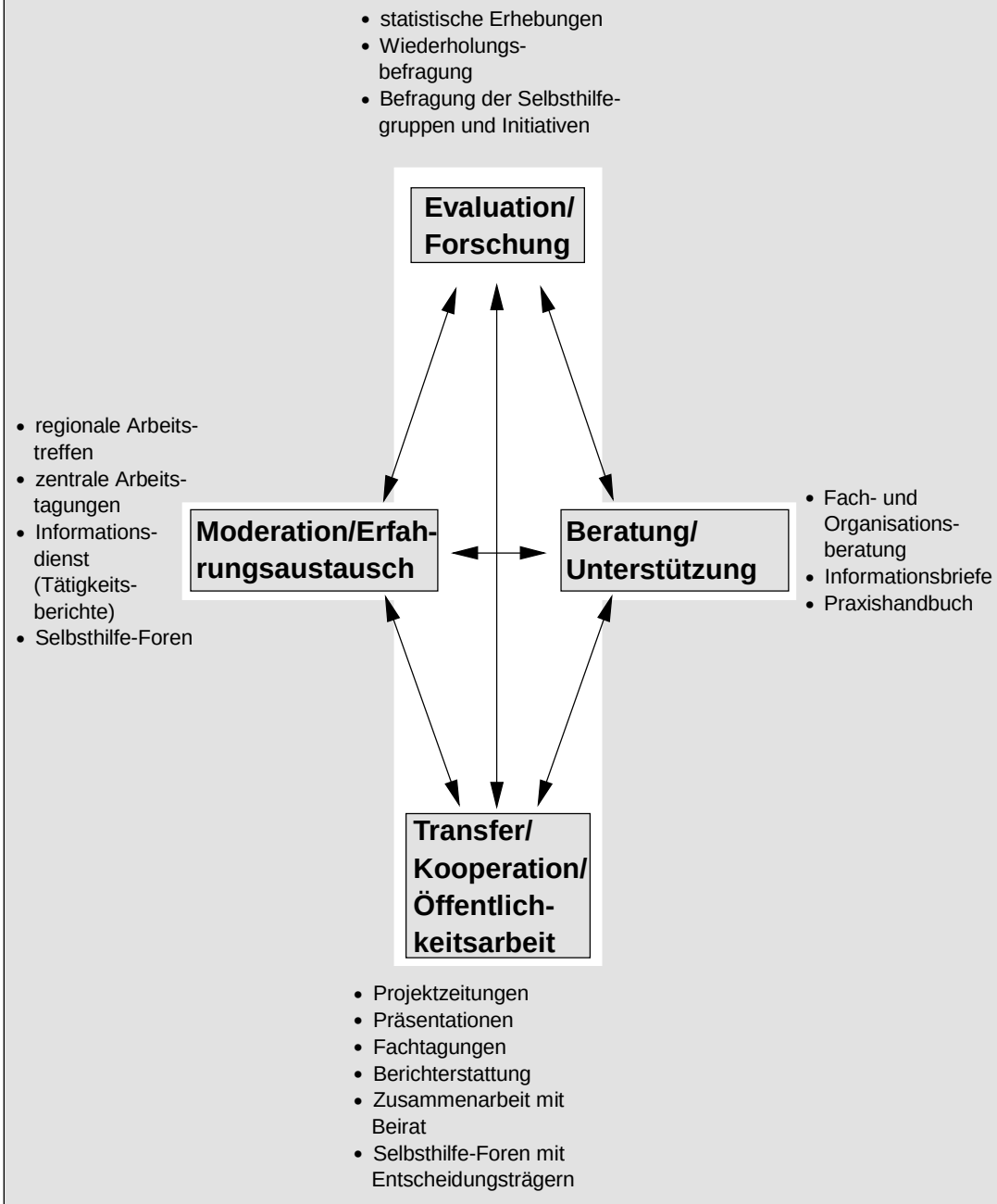
Im Rahmen seiner Begleitung übernahm ISAB die Evaluation der Entwicklung der Selbsthilfeförderung sowie der Arbeit der am Programm beteiligten Selbsthilfekontaktstellen (vgl. **Abb. 2.6**). Eine weitere Aufgabe war die fachliche und organisatorische Beratung und Unterstützung der 17 Selbsthilfekontaktstellen mit dem Ziel, zu einer mittelfristigen Absicherung der Kontaktstellen nach Auslaufen des Modellprogramms beizutragen.

Der Transfer der Ergebnisse der Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen wurde durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit vermittelt, um Selbsthilfekontaktstellen als eigenständige Einrichtungen im kommunalen Netzwerk des Sozial- und Gesundheitswesens zu etablieren. Hierzu mußte bei den kommunalen Akteuren der Informationsstand über die Arbeit und Möglichkeiten einer Kontaktstelle erhöht werden. Aufgrund der besonderen Situation in den neuen Bundesländern war es erforderlich, über Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfe sowie über entsprechende Unterstützungsformen zu informieren. Die vierte Aufgabe der Begleitung bestand in der Moderation des Erfahrungsaustausches. Die Kontaktstellen erhielten die Gelegenheit, sich in regionalen Arbeitstreffen gegenseitig über Probleme und Erkenntnisse der Arbeit zu informieren und voneinander zu lernen. Gleichzeitig wurde das Ziel verfolgt, geeignete Strukturen zu schaffen, die nach Auslaufen der Modellphase unabhängig von der Begleitforschung fortgeführt werden, z.B. in Form von Landesarbeitsgemeinschaften.

Leitfragen zur Selbsthilfeentwicklung und zur Evaluation der Selbsthilfekontaktstellen

Die von der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms zu untersuchenden Fragenstellungen lassen sich in die zwei Komplexe „Entwicklung der Selbsthilfe“ und „Evaluation der Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen“ gliedern.

Abb. 2.6: Leistungsprofil der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern



© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

Leitfragen zur Entwicklung der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern und im Vergleich zu den alten Bundesländern

1. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es bei der Entwicklung der Selbsthilfe in den neuen und alten Bundesländern?
2. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen in der Entwicklung der Selbsthilfe in Städten und ländlichen Regionen der neuen Bundesländer?
3. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen in der Organisierung der Selbsthilfegruppen in den neuen und alten Bundesländern?
4. Welche Bedarfe an Unterstützung hat die Selbsthilfe in den neuen und alten Bundesländern?
5. Wie unterscheidet sich die Entwicklung der sozialen und gesundheitlichen Selbsthilfe in den neuen und alten Bundesländern?
6. Welche Anliegen haben soziale Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern? Haben soziale Fragen und damit die soziale Selbsthilfe als Folge des Transformationsprozesses eine höhere Bedeutung?
7. Welche Bedeutung haben gesundheitliche Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern?
8. Wie hat das veränderte System professioneller Dienste in den neuen Bundesländern auf die Entwicklung von Selbsthilfe und den Aufbau von Selbsthilfekontaktstellen reagiert?
9. Welche Wirkungen hat die Entwicklung der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern auf die Situation in den alten Bundesländern?

Leitfragen zur Evaluation der Selbsthilfekontaktstellen

1. In welchem Maße können Selbsthilfekontaktstellen zu einer Aktivierung der Selbsthilfe und der Selbsthilfebereitschaft beitragen? Welche Aktivitäten und Strategien müssen sie hierzu entwickeln?
2. Mit welchen Adressaten und Nutzern arbeiten Selbsthilfekontaktstellen zusammen?
3. Welche Bevölkerungsgruppen wollen sich in Selbsthilfe engagieren und wenden sich an die Selbsthilfekontaktstellen? Bestehen Unterschiede zwischen den neuen und den alten Bundesländern?
4. Haben Selbsthilfekontaktstellen in den neuen Bundesländern ein vergleichbares Aufgabenprofil und eine vergleichbare Organisationsstruktur wie Kontaktstellen in den alten Bundesländern entwickelt?

5. Wie werden die Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen durch Selbsthilfegruppen und Fachleute beurteilt?
6. Wie unterscheiden sich Selbsthilfekontaktstellen, deren Hauptaufgabe die Selbsthilfeunterstützung ist, von professionellen Diensten, die Selbsthilfe als Nebenaufgabe unterstützen?
7. Welche Personal- und Sachausstattung brauchen Selbsthilfekontaktstellen in unterschiedlichen Einzugsbereichen?
8. Wie kann die Finanzierung der Selbsthilfekontaktstellen gestaltet werden? Wer ist für die Finanzierung der Kontaktstellen zuständig?
9. Wie sehen die Institutionalisierungschancen der Selbsthilfekontaktstellen am Ende des fünfjährigen Modellprogramms aus?

Methodeneinsatz im Zeitverlauf

Als das Modellprogramm in den neuen Bundesländern Ende 1991 begann, war die Situation in den Modellstandorten durch die gesellschaftliche Umbruchsituation gekennzeichnet. Grundlegende organisatorische Probleme und Fragen erschwerten den - im Westen üblichen - Start eines Modellprogramms. Um die am Modellprogramm beteiligten Mitarbeiter und Akteure zu unterstützen und „Starthilfe“ zu leisten, wurden zwei Strategien verfolgt. Zum einen eine Teilung des Modellprogramms in drei Phasen, die Aufbau-, Haupt- und die Abschluß- und Transferphase. Hierdurch wurde sichergestellt, daß in der Aufbauphase neben der Datenerhebung über die Situation der Selbsthilfe und des freiwilligen Engagements ausreichend Raum für die Information und Beratung der beteiligten Akteure über die Ziele des Programms sowie eine Organisationsberatung der beteiligten Kontaktstellen blieb. Die zweite Strategie bestand in der Entwicklung empirischer Methoden, die aufeinander abgestimmt zur Evaluation des Modellprogramms eingesetzt wurden. Evaluation, Beratung und Unterstützung, Erfahrungsaustausch, und Vermittlung konnten so für die komplexe Struktur des Programms genutzt werden. Durch diese Anlage wurde erreicht, daß eine breite Öffentlichkeit über Formen und Möglichkeiten der Selbsthilfe und über die Ergebnisse des Programms informiert werden konnte.

Beurteilungskriterien und Indikatoren

Um die Ergebnisse des fünfjährigen Programms bewerten zu können, wurden von der wissenschaftlichen Begleitung sieben Kriterien entwickelt. Diese wurden anhand von Indikatoren überprüft und bilden die Basis für

die Erfolgsmessung der Arbeit der 17 am Modellprogramm beteiligten Selbsthilfekontaktstellen. Als Evaluationsgrundlage dienten folgende Beurteilungsmaßstäbe (vgl. Klages 1996, S. 10 ff.):

Erstes Beurteilungskriterium: das Potential und der Umfang der Selbsthilfegruppen und Initiativen, also die Bereitschaft zur Selbsthilfe und die tatsächliche Teilnahme von Bürgerinnen und Bürgern der neuen Bundesländer in Selbsthilfegruppen. Indikatoren sind die Zahl der selbsthilfeinteressierten Bürger, Zahl und Struktur von Selbsthilfegruppen und die Selbsthilfegruppendichte im Einzugsgebiet der Selbsthilfekontaktstellen (Anzahl der Gruppen und Initiativen pro 10.000 Einwohner). Ferner die Erreichung der Nutzer bzw. Adressaten durch die Selbsthilfekontaktstellen. Indikatoren sind die Zahl der an Selbsthilfe interessierten Bürger, die Zahl der beratenen Bürgerinnen und Bürger, die Zahl der Selbsthilfegruppen sowie die Zahl der beratenen Fachleute und ihre Zusammenarbeit mit den Selbsthilfekontaktstellen. In die Analyse einbezogen werden die Demografie der Bürger, die sich in Selbsthilfe engagieren, im Vergleich zur Demografie der Gesamtbevölkerung (Geschlecht, Alter, Erwerbsstatus und Haushaltsgröße) sowie die Anliegen der an sozialer Selbsthilfe interessierten Bürger im Vergleich zu den Anliegen der an gesundheitlicher Selbsthilfe interessierten Bürger.

Zweites Beurteilungskriterium: die Entwicklung einer Konzeption für Kontaktstellen, also die Erarbeitung eines eigenständigen Aufgabenprofils durch Träger und Mitarbeiter. Indikatoren sind das Selbstverständnis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ihre Einschätzung der Wichtigkeit der einzelnen Kontaktstellenaufgaben sowie die Beurteilung ihrer Leistungen.

Drittes Beurteilungskriterium: die für die Adressaten erbrachten Leistungen, also die Bewertung der Anliegen der Nutzer im Vergleich zu den erbrachten Leistungen der Information, Beratung und Unterstützung und Vermittlung. Folgende Indikatoren finden in der Analyse Berücksichtigung: Bürger, die Leistungen der Kontaktstelle in Anspruch nehmen, mit allgemeinem Informationsbedarf und mit selbsthilfespezifischen Unterstützungsinteressen, Selbsthilfegruppen, die Leistungen der Selbsthilfekontaktstelle in Anspruch nehmen, Fachleute, die Leistungen der Kontaktstelle in Anspruch nehmen, Beurteilung der Leistungen durch die Gruppen und Fachleute.

Viertes Beurteilungskriterium: die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Selbsthilfe in der Kommune durch die Kontaktstellen, also die Kooperation und Vernetzung zu den Fachleuten im lokalen Sozial- und Gesundheitswesen sowie mit kommunaler Politik und Verwaltung.

Indikatoren sind die Form und Intensität der Kooperation mit Fachleuten, die Teilnahme in örtlichen Arbeitsgemeinschaften und die Kooperation mit Beiräten.

Fünftes Beurteilungskriterium: die Verbesserung der lokalen Selbsthilfeunterstützung und Förderung, also die Bündelung der vielfältigen, häufig nicht aufeinander abgestimmten Einzelmaßnahmen der Selbsthilfeförderung durch Ämter, Krankenkassen, Verbände und Institutionen. Als Indikatoren werden die Mitarbeit bei der Entwicklung von Förderrichtlinien für Selbsthilfegruppen und kommunalen Selbsthilfegruppenförderfonds sowie der Einsatz bei der Verwaltung und Vergabe der Mittel an Selbsthilfegruppen verwendet.

Sechstes Beurteilungskriterium: der Grad der Institutionalisierung der Selbsthilfekontaktstellen, also die Absicherung des Fortbestands nach Auslaufen des Programms. Indikatoren sind die Bereitschaft der Kommunen zur Weiterförderung der Kontaktstellen, ihre jetzige Förderpolitik und die Einrichtung von Landesarbeitsgemeinschaften durch die Kontaktstellen und ihre Kooperation mit Kommunen, Land und Krankenkassen.

Evaluation der Selbsthilfekontaktstellen

Die Evaluation der Kontaktstellen (vgl. **Abb. 2.7**) basiert vor allem auf drei zentralen Einflußfaktoren, die sich zur Charakterisierung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten als relevant erwiesen haben (vgl. **Abb. 2.8**):

1. Die Lokalisierung der Kontaktstellen in Städten und ländlichen Regionen:[10] Die Arbeit von Selbsthilfegruppen stößt auf unterschiedliche Akzeptanz. Daneben wirken sich strukturelle Rahmenbedingungen (Einwohnerzahl, Siedlungsdichte etc.) auf die Arbeit von Kontaktstellen aus.
2. Die Personalkapazität der Kontaktstellen:[11] Nach den zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen wurden Kontaktstellen mit einer Arbeitskapazität von bis zu 60 Wochenstunden als niedrig (0,5 bis 1,5

10 Kontaktstellen in ländlichen Einzugsgebieten sind: Teterow/ Güstrow (KISS Teterow), der Märkisch-Oderland-Kreis (Kontaktstelle Bad Freienwalde), der Oder-Spreekreis (F.I.K.S Fürstenwalde), der Kreis Westlausitz (Selbst-Hilfe-Zentrum Hoyerswerda) und Salzwedel/ Stendal (Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in der Altmark, Selbsthilfebüro Gardelegen). Zwölf Kontaktstellen arbeiten in Städten.

11 Kontaktstellen mit „niedriger“ Personalkapazität sind: KISS Teterow, Kontaktstelle Bad Freienwalde, Selbst-Hilfe-Zentrum Hoyerswerda, KOBES Magdeburg sowie KISS Erfurt. Die restlichen Zwölf sind in die Kategorie „angemessene“ Personalkapazität eingeordnet.

Stellen) sowie Kontaktstellen mit einer Arbeitskapazität von 61 und mehr Stunden (über 1,5 Stellen) als angemessen eingestuft.

3. Die Inanspruchnahme der Kontaktstellen durch ihre Nutzer:[12] Als Kriterium für die Zuordnung der Selbsthilfekontaktstellen wurde die Zahl der Kontakte mit den drei Nutzergruppen von 1993 bis 1995 gewählt. Als niedrige Inanspruchnahme wurden bis 4.500 Kontakte, als mittlere Inanspruchnahme von 4.500 bis 7.000 und als hohe Inanspruchnahme über 7.000 Kontakte gewertet.

Weitere Faktoren für die Bewertung der Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen, wie die Trägerschaft, die Unterstützung durch den Träger oder das Gründungsdatum der Kontaktstelle, haben sich als nicht relevante Faktoren erwiesen. Die vergleichsweise geringe Bedeutung der Trägerschaft für das Aufgabenprofil der Kontaktstelle ist darin begründet, daß alle Trägerarten spezifische Vor- und Nachteile für die Arbeit der Kontaktstellen aufweisen. Unterschiede in der Entstehungsgeschichte der Kontaktstellen vor bzw. im Modellprogramm und hieraus resultierende Unterschiede bei Nutzern und Leistungen der Kontaktstellen haben sich im Verlaufe des Modellzeitraums angeglichen.

Erhebungsinstrumente und Datenbasis der Evaluation

Zur Analyse der Organisationsentwicklung, der Arbeit und Leistungen der Kontaktstellen hat ISAB ein breites Instrumentarium entwickelt. Im Vordergrund stehen die kontinuierliche Erfassung der Nutzer und Leistungen der Kontaktstellen, die persönliche und schriftliche Befragung der Mitarbeiter sowie ergänzende Erhebungen bei den Nutzern sowie im Umfeld der Kontaktstellen. Vertieft wurden diese Daten durch eine Vielzahl von Experteninterviews, die ISAB im Laufe des Modellprogramms mit den Akteuren auf der kommunalen, der Landes- und Bundesebene geführt hat. Im einzelnen wurden folgende Erhebungsinstrumente für die spätere Evaluation verwendet:

- mehrfache Befragung zur Organisationsentwicklung der Kontaktstellen;
- Organigramme mit Kerninformationen zu Rahmenbedingungen, Ausgangssituation und Organisationsstruktur in den Standorten;

12 Kontaktstellen mit „hoher“ Inanspruchnahme sind: KISS Schwerin, PIKS Potsdam, KISS Chemnitz, KISS Dresden, Kontaktstelle Halle/ Saale sowie BESEG Suhl. Kontaktstellen mit „mittlerer“ Inanspruchnahme sind KISS Erfurt, Selbsthilfebüro Gardelegen, IKOS Jena, KISS Stralsund und KISS Teterow. Die restlichen sechs Kontaktstellen weisen eine „niedrige“ Inanspruchnahme auf.

- Leistungsstatistik zu den drei Nutzergruppen Bürger, Selbsthilfegruppen und Fachleute;
- halbjährliche Tätigkeitsberichte der Selbsthilfekontaktstellen;
- Befragung von Selbsthilfegruppen und Initiativen 1993 und 1995.

Wichtiger Bestandteil der Begleitforschung war die Untersuchung der Frage, wie sich Selbsthilfekontaktstellen organisatorisch entwickelt haben sowie die von ihnen ausgehenden Wirkungen. In drei Organisationsbefragungen wurden die Arbeitsbereiche, Nutzer- und Leistungsstrukturen sowie ihre Ressourcenausstattung ermittelt.

Abb. 2.7: Selbsthilfekontaktstellen, Träger und Partnerkontaktstellen im Bundesmodellprogramm

Stadt/ Kreis	Kontaktstelle	Träger	Partner-Kontaktstelle
Brandenburg			
Potsdam	Potsdamer Informations- und Kontaktstelle	SEKIZ Potsdam e.V.	KISS Straubing
Bad Freienwalde	Selbsthilfe-Kontakt- und Beratungsstelle	Stadt und Landkreis Bad Freienwalde	KISS Unna
Fürsten-walde	Fürstenwalder Informations- und Kontaktstelle	FIKS e.V.	Heidelberger Selbsthilfe-büro
Berlin			
Berlin-Mitte	Selbsthilfe-kontaktstelle Sein	Sein e.V	Selbsthilfe-zentrum München
Sachsen			
Leipzig	Selbsthilfe, Kontakt- und Informations-stelle Leipzig	Stadt Leipzig, Gesundheitsamt	Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt a.M.
Chemnitz	Kontakt- und Informations-stelle für Selbsthilfegruppen Chemnitz	Diakonisches Werk, Stadtmission Chemnitz e.V.	Selbsthilfe-Service-Büro Düsseldorf
Dresden	Kontakt- und Informations-stelle für Selbsthilfegruppen Dresden	Stadt Dresden, Sozialamt	MIKS Münster
Hoyerswerda	Selbsthilfezentrum-Hoyerswerda	Diakonisches Werk des Kirchenkreises Hoyerswerda e.V.	SEKIZ Berlin

Stadt/ Kreis	Kontaktstelle	Träger	Partner-Kontaktstelle
Sachsen-Anhalt			
Magdeburg	Kontakt- und Informations-stelle für Selbsthilfegruppen Magdeburg	Caritasverband für das Bischöfliche Amt Magdeburg e.V.	Selbsthilfe-Kontaktstelle Goslar
Halle/Saale	Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Halle/Saale	Stadt Halle, Sozialamt	IKOS Karlsruhe
Gardelegen	Kontaktstelle für Selbsthilfe-gruppen in der Altmark	DPWV-Kreisgruppe Gardelegen	KIBIS Lüneburg
Thüringen			
Jena	Informations- und Kontak-stelle für Selbsthilfegruppen Jena	Kreisverband der AWO Jena e.V.	KISS Saarland
Erfurt	Kontakt- und Informations-, stelle für Selbsthilfegruppen Erfurt	Stadt Erfurt, Gesundheitsamt	KISS Kassel
Suhl	Beratungsstelle zur Selbst-hilfegruppenunterstützung und Gesundheitsförderung	Stadt Suhl, Dezernat für Gesundheit u. Soziales	Selbsthilfebüro Würzburg
Mecklenburg-Vorpommern			
Schwerin	Kontakt- und Informations-, stelle für Selbsthilfegruppen Schwerin	Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle für Selbsthilfe e.V.	KISS Altona
Stralsund	Kontakt- und Informations-, stelle für Selbsthilfegruppen Stralsund	Stadt Stralsund, Sozialamt	KISS Dortmund
Teterow	Kontakt- und Informations-, stelle für Selbsthilfegruppen Teterow	Evang. Luth. Kirchgemeinde	Kontaktstelle Witten

© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

Abb. 2.8: Strukturmerkmale von Selbsthilfekontakt-stellen

Selbsthilfe-kontaktstelle	Region		Personalkapazität (Fachkräfte)		Inanspruchnahme		
	ländl. Region	Stadt	unter 60 Std.	über 60 Std.	niedrig	mittel	hoch
Bad Freienwalde	###		###		###		
Berlin - Mitte		###		###	###		
Chemnitz		###		###			###
Dresden		###		###			###
Erfurt		###	###			###	
Fürstenwalde	###			###	###		
Gardelegen	###			###		###	
Halle/Saale		###		###			###
Hoyerswerda	###		###		###		
Jena		###		###		###	
Leipzig		###		###	###		
Magdeburg		###	###		###		
Potsdam		###		###			###
Schwerin		###		###			###
Stralsund		###		###		###	
Suhl		###		###			###
Teterow	###		###			###	
insgesamt	**5**	**12**	**5**	**12**	**6**	**5**	**6**

© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

Gemeinsam mit den Kontaktstellen wurde ein statistisches Berichtssystem in Form von Statistikbogen zu den drei Nutzergruppen der Selbsthilfekontaktstellen entwickelt. Die Daten bilden die Basis für die im Bericht vorgestellten Ergebnisse zu selbsthilfeinteressierten Bürgern, zu Selbsthilfegruppen und zu Fachleuten.

Von 1993 bis 1995 haben sich 36.700 Nutzer mit 98.400 Kontakten an die 17 Selbsthilfekontaktstellen gewendet (vgl. **Abb. 4.1**). In die Auswertung des Berichtes wurden einbezogen: 15.381 Bürger, für die in 19.404 Kontakten 32.242 Einzelleistungen erbracht wurden. Hierbei waren es 11.482 an konkreten Selbsthilfethemen interessierte Bürger, für die die Kontaktstellen 23.803 Einzelleistungen erbracht haben. Ferner waren es 1.971 Selbsthilfegruppen, für die in 24.791 Kontakten 34.280 Einzelleistungen, und 14.695 Fachleute, für die in 36.903 Kontakten 46.844 Einzelleistungen erbracht wurden.

Abgerundet wurde die Evaluation der Selbsthilfekontaktstellen durch halbjährliche Tätigkeitsberichte an die wissenschaftliche Begleitung, mit denen alle relevanten Entwicklungen zum Aufgabenspektrum, Veränderungen in Zielen und Konzeption der Arbeit, die Entwicklung der Leistungs- und Nutzerstruktur sowie die Absicherung der Kontaktstellen erhoben wurden.

Um Ausgangssituation, Hemmnisse sowie die Entwicklung der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern angemessen analysieren zu können, bestand eine Aufgabe der Begleitung im ersten Jahr des Modellprogramms darin, Informationen über Rahmen- und Ausgangsbedingungen zu erheben. Hierfür wurden Materialien von Vertretern der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern ausgewertet. Zum anderen wurden 30 Intensivinterviews, die Poldrack 1993 in den neuen Bundesländern geführt hat, einer Sekundäranalyse unterzogen. Schließlich wurden die Kontaktstellen in verschiedenen Diskussionsrunden über die besonderen Bedingungen in den neuen Bundesländern befragt.

Auf dieser Grundlage wurde ein Fragebogen für die schriftliche Befragung von Selbsthilfegruppen und Initiativen in den neuen Bundesländern entwic??kelt. Um die Entwicklung der Selbsthilfegruppen und Initiativen im Zeitverlauf beschreiben zu können, wurden zwei Befragungswellen durchgeführt. In der 1. Befragungswelle wurden 1993 986 Gruppen angeschrieben, von denen 449 Gruppen antworteten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 46 % (vgl. **Abb. 3.13**). Ziel dieser Befragung war es u.a., Ansätze einer Selbsthilfebewegung in den neuen Bundesländern und Anknüpfungspunkte an früheres Engagement in der DDR-Gesellschaft zu erheben. In der zweiten Befragungswelle wurden 1995 1.620 Gruppen angeschrieben, von denen sich 687 an der Untersuchung beteiligten (Rücklaufquote 42 %). Im Mittelpunkt der zweiten Befragung standen

Umfang, Zahl und demografische Merkmale der Mitglieder von Selbsthilfegruppen, der Umfang ihres freiwillig eingebrachten Engagements, ihre Anliegen und ihr Unterstützungsbedarf sowie die Beurteilung der Leistungen der Kontaktstellen.

Partnerschaftsprogramm

Das Ministerium förderte in der ersten Phase des Programms von 1992 bis 1994 bilaterale Partnerschaften zwischen den Kontaktstellen aus den neuen und Partnerkontaktstellen aus den alten Bundesländern (vgl. **Abb. 2.7**). Die erfahrenen Mitarbeiter aus dem Westen unterstützten ihre Partner aus den neuen Bundesländern in der Aufbauphase durch Informationen und praktische Tips. Aus diesem Partnerschaftsprogramm entstanden enge Arbeitsbeziehungen zwischen den Selbsthilfekontaktstellen sowie die Konzeption des „Praxishandbuch für Selbsthilfekontaktstellen“ (vgl. Kettler 1994). Das Partnerschaftsprogramm ist ein Beispiel für den geforderten „Rücktransfer von Erfahrung der neuen in die alten Bundesländer“ (vgl. Olk 1992, S. 24). In den Partnerschaften fand ein gegenseitiger und gleichberechtigter Erfahrungsaustausch statt, der meist nach Auslaufen der Förderung durch das BMFSFJ in engen Arbeitskontakten fortgesetzt wurde (vgl. Kasmann/ Kettler 1994).

Selbsthilfe-Foren

Zum Jahreswechsel 1993/ 94 und zum Jahreswechsel 1994/ 95 wurde das ISAB Institut vom BMFSFJ beauftragt, in den Modellstandorten eintägige Diskussionsveranstaltungen zu organisieren und zu moderieren. Diese **Selbsthilfe-Foren** zielten darauf ab, vor Auslaufen der Bundesförderung auf der kommunalen Ebene mit allen relevanten Akteuren die Arbeit der Selbsthilfekontaktstelle zu bilanzieren und Möglichkeiten einer Absicherung der Kontaktstellenarbeit zu sondieren. Zu den Foren wurden die potentiellen Finanzierungsträger, die kommunalen Ämter, die Wohlfahrtsverbände, die Krankenkassen und das zuständige Landesministerium, die Mitarbeiter anderer professioneller Dienste, die Sprecher von Selbsthilfegruppen, Initiativen und Selbsthilfeverbänden sowie Vertreter von kommunalen Gremien (Sozial- und Gesundheitsausschüsse) eingeladen (vgl. Kettler/ Sommer 1994 u. Braun/ Kasmann/ Kettler 1995).

Verlängerung des Modellprogramms bis Ende 1996

Ende 1995 wurde auf der vom BMFSFJ geförderten bundesweiten Fachtagung in Suhl eine Bilanz des Modellprogramms gezogen und die Chancen für die Fortführung der Selbsthilfekontaktstellen ein halbes Jahr vor Ende der Modellförderung erörtert (vgl. Braun/ Kettler 1996). Diese Bilanz ergab u.a., daß die Anschlußfinanzierung ab Mitte 1996 noch nicht abschließend geklärt war. Daher verlängerte das BMFSFJ die Bundesförderung der 17 Selbsthilfekontaktstellen bis Ende 1996. Voraussetzung für diese Verlängerung war, daß Träger, Kommunen und die zuständigen Landesministerien ihre Bereitschaft zur Finanzierungsbeteiligung ab dem Haushaltsjahr 1997 erklärten. Für die Begleitung traten damit die Finanzierungsberatung von Kontaktstellen und ihrern Trägern sowie die Unterstützung bei der Vorbereitung der Haushaltsverhandlungen 1997 in den Mittelpunkt.

2.5 Aufbau des Berichts

Der Bericht ist in sechs Hauptteile gegliedert. Dabei wird der Bogen von der Situation der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern, den Nutzern und Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen, über die Rahmenbedingungen in den 17 Modellstandorten zur Frage der Interessenvertretung der Selbsthilfekontaktstellen auf Landes- und Bundesebene sowie der Trägerschaft, notwendigen Ressourcen, Kosten und Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen in der Bundesrepublik Deutschland geschlagen. Da wir davon ausgehen, daß viele Leser den Bericht nicht chronologisch, sondern nur selektiv einzelne Kapitel lesen werden, sind zentrale Ergebnisse und Argumente im Text mehrfach genannt. Die Wiederholungen, die der aufmerksame Leser feststellt, bedeutet auf der anderen Seite eine Erleichterung für denjenigen, der den Bericht gezielt auswertet. Diese beiden Interessen waren bei der Gestaltung des Berichts gegeneinander abzuwägen.

Im ersten Teil werden die Ausgangssituation und Entwicklung der Selbsthilfe analysiert. Es wird die Frage beantwortet, wie sich die Selbsthilfe in den neuen Bundesländern entwickelt hat, welche Struktur die Gruppen aufweisen und welche Entwicklung die Selbsthilfebewegung im geeinten Deutschland genommen hat (vgl. **Kap. 3**). Die drei Adressatengruppen von Selbsthilfekontaktstellen - interessierte Bürger, Selbsthilfegruppen und Fachleute - werden vorgestellt. Kontaktumfang, Leistungen und Anliegen

werden jeweils in Unterkapiteln dargestellt. Erläutert wird, bei welchem Kontakt- und Leistungsumfang die Arbeit als erfolgreich bewertet werden kann (vgl. **Kap. 4**).

Teil zwei stellt die Ergebnisse der Evaluation der am Modellprogramm beteiligten Kontaktstellen vor. Es wird gezeigt, welche Aufgaben einer Selbsthilfekontaktstelle sich als Standard erwiesen haben, welche Profilerweiterung sinnvoll ist und wie diese zusätzlichen Aufgaben finanziert werden können. Beantwortet wird ferner die Frage, wie die Kontaktstellen institutionell in die kommunalen Strukturen eingebunden werden können. Hierbei wird der Vergleich zum Aufgabenprofil der Kontaktstellen in den alten Bundesländern gezogen (**Kap. 5**). Es folgt die Analyse der Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen. Neben der qualitativen Entwicklung im Verlaufe des Modellprogramms wird gezeigt, mit welchen Leistungsbereichen und Einzelleistungen die Selbsthilfekontaktstellen die Anliegen ihrer Nutzer erfüllen (**Kap. 6**). Ferner werden die direkte Gruppenförderung, der Förderbedarf der Gruppen sowie die Beteiligung der Kontaktstellen bei der Entscheidung über die Mittelvergabe analysiert. Welche konzeptionellen, organisatorischen, personellen und sachlichen Voraussetzungen bestanden in den Selbsthilfekontaktstellen und welche Auswirkungen haben diese auf eine erfolgreiche Arbeit der Kontaktstellen (**Kap. 7)**? Standards einer angemessenen Arbeit werden beschrieben und analysiert, wer die Trägerschaft übernimmt und wie sich die Unterstützung durch den Träger gestaltet. Schließlich werden die Kosten für eine Kontaktstelle ausgewiesen.

Die Evaluation der Selbsthilfekontaktstellen wird im Teil drei um die Leistungsbeurteilung durch die Nutzer vertieft. Ausgehend von der Befragungen der Gruppen hat ISAB 1993 und 1995 ermittelt, welche Leistungen die sie in Anspruch nehmen und wie sie die Arbeit der Kontaktstellen beurteilen (vgl. **Kap. 8**). Die GFK KB hat das Verhältnis zwischen Professionellen und Selbsthilfe analysiert. Aus der Perspektive der Professionellen werden Einschätzungen der Arbeit der Gruppen und der Selbsthilfekontaktstellen gegeben. Die Professionellen werden gefragt, wie sie mit dem Selbsthilfebereich kooperieren und welche Perspektiven sie für eine Kooperation sehen (vgl. **Kap. 9**).

Im Teil vier wird analysiert, wie sich das Verhältnis zwischen Selbsthilfeverbänden und Selbsthilfekontaktstellen gestaltet (vgl. **Kap. 10**). In

welcher Form können die Kontaktstellen ihre Interessen bündeln und sie gegenüber Kooperationspartnern und Financiers vertreten? Es zeigt sich, daß Landesarbeitsgemeinschaften der Kontaktstellen eine erfolgreiche Organisationsform darstellen. Mitgliederstruktur, Ziele und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaften, sowie die Perspektiven der Organisierung der Kontaktstellen in den Ländern und auf Bundesebene werden vorgestellt (**Kap. 11**).

Der fünfte Teil konzentriert sich auf zentrale Fragen der Selbsthilfeförderpolitik. Die drei Instrumente einer Förderpolitik für Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement werden vorgestellt (vgl. **Kap. 12**). Organisations- und Finanzierungsmodelle für Selbsthilfekontaktstellen sowie Musterrichtlinien zur Kontaktstellenfinanzierung auf Landesebene folgen im **Kap. 13**. Welcher sozialpolitische Nutzen geht von der Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen für das Sozial- und Gesundheitswesen aus, und welche Kosten ergeben sich hieraus? Ausgehend vom Umfang des zeitlichen Engagements der Selbsthilfegruppen, wurde die jährliche gesellschaftliche Wertschöpfung bewertet, die Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik unentgeltlich erbringen. Eine Modellrechnung zeigt, mit welchen Kosten der weitere Ausbau von Selbsthilfekontaktstellen in der Bundesrepublik Deutschland verbunden ist (**Kap. 14**). Die hohe gesellschaftliche Anerkennung von Gruppen und die Notwendigkeit ihrer Unterstützung ist inzwischen unbestritten. Wie die Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen heute von Bund, Ländern, Kommunen, Verbänden und Krankenkassen bewertet wird, zeigt **Kap. 15**.

Im sechsten Teil werden Ergebnisse der Begleitung durch die GFK KB Berlin dargestellt. 1995 hat das BMFSFJ die GFK KB beauftragt, Möglichkeiten einer Profilerweiterung von Kontaktstellen durch die Kooperation mit Rehabilitationskliniken zu erproben. In sieben Standorten wurde untersucht, wie Selbsthilfekontaktstellen Unterstützungsleistungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation erbringen können (**Kap. 16**). Im **Kap. 17** werden die Erfahrungen des ergänzenden Fortbildungsprogramms sowie der Fachtagungen durch die NAKOS Berlin vorgestellt.

Um dem Leser ein anschauliches Bild der in den Kapiteln 4 bis 6 dargestellten Ergebnisse über Nutzer, Aufgaben- und Leistungsspektrum der Selbsthilfekontaktstellen zu geben, werden die Profile der 17

Kontaktstellen vorgestellt (vgl. **Kap. 18 bis 22**). Sie veranschaulichen, wie die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unter den spezifischen Bedingungen in ihrer Kommune das Aufgabenprofil zur Entfaltung gebracht haben, wo die Kontaktstellen zum Ende des Modellprogramms stehen und welche Perspektiven für die weitere Entwicklung bestehen.

Teil 1 Anliegen der Selbsthilfe und Nutzer der Selbsthilfekontaktstellen

3. Selbsthilfe in den neuen und in den alten Bundesländern

3.1 Soziales Engagement in der DDR

Soziales Engagement hat es in der DDR sowohl offiziell als auch informell gegeben. Offiziell bestand es, vom Staat gefordert und gefördert, in Form des betriebsgebundenen bzw. gewerkschaftlichen Engagements und in Organisationen wie der Volkssolidarität und dem Demokratischen Frauenbund Deutschlands (DFD). Informell aktivierten viele Bürger aufgrund der Mangelwirtschaft private Netzwerke (vgl. Poldrack 1993). Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive ist die Frage zu stellen, ob es in der DDR, vergleichbar mit den alten Bundesländern, Formen bzw. Vorformen von Selbsthilfegruppen gegeben hat.

In den alten Bundesländern war die Selbsthilfebewegung aus der Kritik am Sozial- und Gesundheitswesen entstanden. Diese Kritik richtete sich auf die offensichtlichen Grenzen gesundheitlicher und sozialer Dienstleistungen (vgl. Illich 1977, Badura/ Gross 1976). Die Gesundheitstage in Berlin (1980) und in Hamburg (1981) haben erstmals gezeigt, daß Selbsthilfegruppenarbeit und Fachleistungen sich nicht ausschließen müssen (vgl. Moeller 1996, S. 78 f.) Neben Bürgerinitiativen entstanden eine Vielzahl von Initiativen im Rahmen der neuen sozialen Bewegungen. Sie waren dadurch gekennzeichnet, daß sich das Engagement häufig auf unmittelbar erfahrbare Lebensbereiche bezog, auf konkrete Themen beschränkt („one-point Bewegungen“) und zeitlich begrenzt war (vgl. Roth/ Rucht 1987).

In der DDR entstanden ab Mitte der 80er Jahre erste Selbsthilfegruppen (vgl. Becker/ Kettler 1996). Bereits vor der Wende war die Bürgerbewegung, insbesondere unter dem Dach der Kirchen, entstanden. Mit den „Runden Tischen“ in der Wende ist diese Form des Bürgerengagements auf nahezu alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens ausgeweitet worden. Die ISAB-Befragung aller Selbsthilfegruppen und Initiativen im

Jahre 1995 ergab, daß 8 % der Gruppen bereits vor 1991 gegründet worden waren.
Berichte von Bürgern der DDR zeigen, daß auch vor der Wende der Gedanke der Selbsthilfe bekannt sowie Literatur zum Thema aus dem Westen, wenngleich unter Schwierigkeiten, verfügbar war (vgl. von Appen 1992, S. 3). In der existierenden Versorgung, z.B. der Dispensairebetreuung, gab es Kranken- und Behindertengruppen, die dem Konzept der Selbsthilfe nahe kamen: Dies waren der Deutsche Verband für Versehrtensport der DDR, der Verband der Gehörlosen und Schwerhörigen sowie der Verband der Blinden und Sehschwachen (vgl. Brune 1992, S. 9). Ferner bildeten sich gelegentlich aus den offiziellen Patientenclubs mehr oder weniger selbständige therapiebegleitende Gruppen (vgl. Schulz 1990a, S. 9). Daneben hat es auch in der DDR bei chronisch kranken Menschen Ansätze gegenseitiger Hilfe zwischen den Betroffenen gegeben. Das Entstehen von ersten Selbsthilfegruppen kann ab 1984/ 85 beispielsweise für die Städte Halle und Jena belegt werden (vgl. Schulz 1990a, Schulz 1990b, Till 1992, Häßler 1994). Unter dem Dach der Evangelischen Kirche in Berlin gab es neben Frauengruppen auch Schwulen- und Lesbengruppen (Winkler 1990, S. 203 f.). Diese Gruppen wurden in die Selbsthilfebewegung in den neuen Bundesländern integriert. Für alle Formen der Selbsthilfe in der DDR gilt allerdings, daß sie staatlich unerwünscht waren und unterdrückt wurden. Gruppentreffen mußten getarnt, verdeckt oder im privaten Kreise stattfinden (vgl. Stein 1992).

3.2 Selbsthilfeengagement seit der Wende

Die Ausgangssituation in den neuen Bundesländern war durch einen tiefgreifenden Transformationsprozeß in allen gesellschaftlichen Bereichen gekennzeichnet. Der Umbau des Gesellschafts- und Wirtschaftssystems bedeutete für die Bürgerinnen und Bürger in den neuen Bundesländern dramatische Veränderungen in den Lebensbedingungen, in der Arbeitswelt, aber auch innerhalb der privaten Sozialbeziehungen. In dieser historischen Situation stellte Selbsthilfe ein Angebot der Orientierung, Partizipation und auch Identifikation mit einem neuen Gesellschaftssystem dar. Verschiedene Untersuchungen zeigen, wie sich der Transformationsprozeß auf die Lebenslagen der ostdeutschen Bürgerinnen und Bürger ausgewirkt hat (vgl. Berger/ Habich 1994 u. Holst 1991). Unterschiede zeigen sich in der Befindlichkeit der Bürgerinnen und Bürger im Ost-West-Vergleich: Deutlich höher wurde in den neuen

Bundesländern im Wohlfahrtssurvey 1990 die Bedeutung von „Arbeit“ und „Einkommen“ eingestuft. „Die ökonomische Krise sowie Arbeitsplatz- und Einkommensunsicherheit sind vermutlich für diese höheren materiellen Ansprüche verantwortlich.“ (Landua/ Spellenberg/ Habich 1991, S. 6). Die Lebenssituation der Menschen in den neuen Bundesländern ist von tiefgreifenden Veränderungen - aufgrund der Änderungen in der Erwerbs- und Wohnsituation sowie der Lebensgewohnheiten - gekennzeichnet. Es hat sowohl „Gewinner“ als auch „Verlierer“ im Transformationsprozeß gegeben. Als „Verlierer“ des sozioökonomischen Wandels sieht Schröder ältere Erwerbspersonen, bisher erwerbstätige Frauen und letztendlich Familien und Kinder (vgl. Schröder 1994, S. 49).

Der Zerfall der DDR und der Beitritt zur Bundesrepublik markieren zwei einschneidende Momente in der Entwicklung des Selbsthilfeengagements in den neuen Bundesländern (vgl. Kröner 1996). Mit dem Zusammenbrechen der bevormundenden und im Gesundheits- und Sozialbereich fürsorglichen Strukturen einer umfassenden Versorgung waren die Bürgerinnen und Bürger auf zweierlei Weise gefordert: Sie mußten einerseits psychosoziale Strategien entwickeln, um die Krise eines zerfallenden Staates mit allen damit verbundenen Unsicherheiten für sich zu bewältigen. Sie mußten andererseits die Chance ergreifen, auf die gesellschaftlichen Veränderungen Einfluß zu nehmen und durch Engagement in Runden Tischen, Arbeitsgruppen, Diskussionsforen usw. Demokratie im besten Sinne von Teilhabe erproben.

In nahezu allen gesellschaftlichen Bereichen entstanden neue Strukturen, die ihren Ausgang in Initiativgruppen, Zusammenschlüssen engagierter Bürger nahmen, in Parteigründungen ebenso wie in der Entstehung von Vereinen und Verbänden. Die Entwicklungen in dieser Übergangsphase können als Phase von Selbsthilfeengagement mit eindeutiger Perspektive der Sozialveränderung charakterisiert werden.

Mit dem Beitritt der neuen Bundesländer zur Bundesrepublik vollzog sich schrittweise ein Perspektivwandel im Selbsthilfeengagement. Durch die Übernahme des wirtschaftlichen und politischen Systems sowie mit der Einführung der Versorgungssysteme und Trägerstrukturen des Sozialstaates der Bundesrepublik schien die Perspektive der Sozialveränderung nicht mehr vordringlich zu sein. Selbsthilfeengagement konzentrierte sich auf den Aspekt der Selbstveränderung. Persönliche

Betroffenheit, aus der Engagement entsteht, verortete sich zunehmend auf der Ebene individueller Beeinträchtigungen und Beschwerden. Gründe für diese Akzentverschiebung im Selbsthilfeengagement ergaben sich aus:

- der erlebten Ohnmacht gegenüber den sozialen Brüchen und Verwerfungen;
- dem Mißtrauen gegenüber und der Ungeübtheit in den Verfahren der parlamentarischen Demokratie und der Sozialbürokratie;
- der Reaktivierung der gelernten Versorgungsansprüche gegenüber dem Staat;
- den Berührungsängsten des professionellen Systems gegenüber den engagierten Bürgern und einem Mangel an Techniken und Instrumentarien zur Kommunikation zwischen Bürgern, Verwaltung, Kommunalpolitik und Versorgungssystem.

Selbsthilfe wurde von den Bürgern und in der Öffentlichkeit daher in den Jahren nach der Wende zunehmend in ihrer Wirksamkeit vorrangig dort gesehen, wo es um die Bewältigung individueller Betroffenheiten wie Krankheit, Behinderung, Einsamkeit, Alter usw. ging. Gesprächsgruppen und Betroffenenselbsthilfegruppen erfuhren daher eine hohe Akzeptanz.

Nach außen gerichtete Aktivitäten, insbesondere von gesundheitlichen Selbsthilfegruppen, erfuhren besonders dann Akzeptanz und Unterstützung, wenn es um Information der Öffentlichkeit, um das Einfordern von gesetzlich ohnehin gesicherten Leistungen und um unverbindliche Interessenartikulation ging. Kritischer wurden außenorientierte Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen gesehen, wenn sie nach sozialer Veränderung streben, wenn sie Einfluß auf politische Entscheidungen, Planungsprozesse bei den Trägern wohlfahrtsstaatlicher Leistungen einfordern. Die Zunahme von Betroffenenselbsthilfegruppen mit gesundheitlichen Anliegen erklärt sich daraus, daß das Engagement einen unmittelbaren Bezug zum individuellen Leben der Betroffenen hat und die Gruppen geeignet erscheinen, die Betroffenheit direkt bearbeiten zu können (Beispiel Angstselbsthilfegruppen).

Da bei sozialen Selbsthilfegruppen der Zusammenhang zwischen den sozialen Problemen und der Lösungskompetenz des Selbsthilfeansatzes für die Betroffenen schwieriger herstellbar ist und weitergehende Handlungskompetenzen im Hinblick auf Einwirkungen auf das

professionelle System gefordert sind, entstanden soziale Selbsthilfegruppen mit dem Ziel der Sozialveränderung trotz massiver sozialer Probleme vermutlich nur in geringem Maße.

Wie sich im Rückblick zeigt, kann sich Selbsthilfeunterstützung nicht damit begnügen, psychosoziale Bewältigungsstrategien für betroffene Menschen zu fördern. Vielmehr muß es darum gehen, Arbeitsformen zu finden, die es den Einzelnen erlebbar machen, in Entscheidungen und Prozesse, die das individuelle Leben beeinflussen, eingreifen zu können und die das gemeinschaftliche Erleben von Interessenartikulationen und Interessendurchsetzung fördern.

Für die Weiterentwicklung der Selbsthilfe ergibt sich daraus die Anforderung, ihr Kompetenzspektrum und das Ausmaß ihrer Problemlösungen methodisch zu erweitern. Nicht jedes Problem kann durch ein gutes Gespräch gelöst werden. Erst mit überzeugenden Problemlösungsstrategien wird die weitergehende Motivierung von Menschen, insbesondere im Bereich sozialer Probleme gelingen. Die Weiterentwicklung der Selbsthilfe wird auch davon abhängen, welchen Platz ihr die Entscheidungsträger zubilligen. Wie die Diskussion über die Notwendigkeit und den Umfang der Förderung einer selbsthilfeunterstützenden Infrastruktur zeigt, wird das Selbsthilfeengagement eher nicht als notwendiges Korrektiv staatlicher und kommunaler Entscheidungen und Planungen gesehen. Selbsthilfe wird vorwiegend in den Bereich persönlicher Lebensbewältigung verwiesen.

Wenn der Anspruch der Selbsthilfebewegung, sich bürgerschaftlich einzumischen und Teilhabe am demokratischen Gemeinwesen einzufordern, eingelöst werden soll, haben engagierte Bürger, Selbsthilfeunterstützer und Politiker eine gemeinsame Verantwortung, um die Bereitschaften und Formen des Engagements weiterzuentwickeln.

In den Selbsthilfe-Foren und in Gesprächen mit Entscheidungsträgern zeigte sich, daß die Erwartungen, die an die Arbeit von Selbsthilfegruppen und Initiativen gestellt wurden, euphorisch waren. Von vielen wurde zu jener Zeit nicht wahrgenommen, daß Selbsthilfe nur einen Teil der Bevölkerung erreichen wird. Euphorisch waren aber auch die Erwartungen, die die Bürger der neuen Bundesländer in die Möglichkeiten und Chancen der Selbsthilfe setzten. Unverkennbar ist, daß der Begriff Selbsthilfe in der Zeit nach der Wende inflationär und häufig unpräzise

verwendet wurde. So wurde er auch auf die neu entstehenden Dienste und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens angewandt. Dieses Mißverständnis ist darauf zurückzuführen, daß das Sozial- und Gesundheitssystem grundlegende Umstrukturierungen erfuhr, daß der Aufbau eines neuen Sozial- und Gesundheitssystemes nur langsam voranschritt und die dafür erforderliche Initiative und das Engagement vor dem Hintergrund einer staatlich kontrollierten Lebensweise als Akt der Selbsthilfe verstanden wurde.

Angesichts der ökonomischen Umwälzungen und sozialen Probleme in den neuen Bundesländern wurde bald deutlich, daß Selbsthilfe kein Allheilmittel darstellt. Selbsthilfe ist kein Patent zur Lösung allgemeiner gesellschaftlicher Probleme. Falls sie als solches verstanden wird, muß Selbsthilfe scheitern. Resultat wären die Überforderung der in Selbsthilfe Engagierten und Frustrationen, da die Lösung gesamtgesellschaftlicher Probleme durch Selbsthilfe nicht möglich ist. Viele Bürgerinnen und Bürger fühlten sich durch die Veränderungen überfordert. Was folgte, wurde von den Selbsthilfekontaktstellen als „Verkapselung“ und „erneuter Rückzug ins Private“ erfahren. Diese Einstellungsveränderung der ostdeutschen Bevölkerung gegenüber freiwilligem Engagement und Selbsthilfe wird durch repräsentative Bevölkerungsdaten bestätigt. Zwischen 1990 und 1992 stieg die allgemeine Lebenszufriedenheit aller sozialer Gruppen in den neuen Bundesländern. Seit 1993/ 94 sinkt, verbunden mit der „Krise des Sozialstaates“, die Zufriedenheit mit der politischen Partizipation, der sozialen Sicherung und der öffentlichen Sicherheit (vgl. Bulmahn/ Mau 1996). Nach einer Studie von Gensicke trifft dies besonders auf das politische Engagement junger Menschen zu (Gensicke 1995, S. 26 f.).

Wie die hohe Inanspruchnahme der Selbsthilfekontaktstellen zeigt, wollen sich viele Menschen in Selbsthilfe engagieren. Sie sind noch nicht in Selbsthilfegruppen und Initiativen engagiert. Manche wenden sich direkt an eine Gruppe, wenn sie von deren Existenz wissen, viele wenden sich an eine Selbsthilfekontaktstelle, um Zugang zu Selbsthilfegruppen und Initiativen zu finden. Das Interesse, sich über Selbsthilfe zu informieren und sich zu engagieren ist groß. Verwendet man als einen Indikator für die Engagementbereitschaft in der Bevölkerung die Zahl der Bürger, die sich an eine Selbsthilfekontaktstelle wenden, zeigt sich, daß die Engagementbereitschaft wächst. Nach Braun und Röhrig (1987, S. 61) sind

5 % der Bevölkerung sehr stark an einem Engagement interessiert. Die Selbsthilfekontaktstellen in den neuen Bundesländern haben einen Teil dieser stark engagementinteressierten Menschen erreicht. 1993 kamen 5.823 Bürger in die Selbsthilfekontaktstellen, 1995 waren es schon 6.304 Bürger, was einer Steigerung um 8 % innerhalb von zwei Jahren entspricht. An dieser Stelle zeigt sich die Notwendigkeit der Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen, die dazu beitragen, daß Bürger ihr Engagementinteresse realisieren.

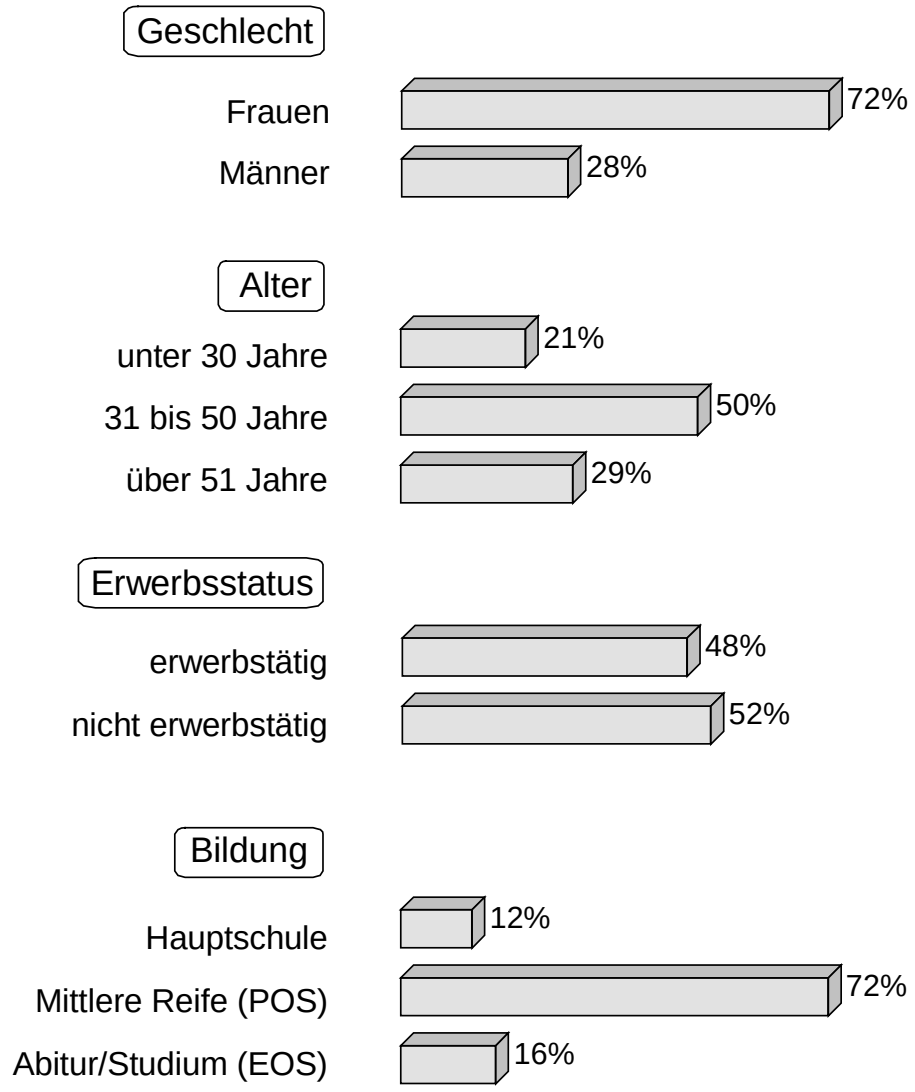
Demografie der an Selbsthilfe interessierten Bürger

Die Untersuchungen von ISAB geben Auskunft über das Potential der Menschen, die sich engagieren wollen. Wer sind diese Bürger? Was zeichnet sie aus? Worin unterscheiden sie sich von der gesamten Bevölkerung (vgl. **Abb. 3.1**)? Frauen bilden den überwiegenden Teil der Selbsthilfeinteressenten, 72 % aller Selbsthilfeinteressenten sind weiblich. Es bestehen nur geringe Unterschiede zwischen Städten und ländlichen Regionen. Dementsprechend sind 28 % aller Selbsthilfeinteressenten Männer, obwohl sie 47 % der Bevölkerung in den neuen Bundesländern ausmachen. Braun und Röhrig (1987) bieten als Erklärung dieses Beteiligungsverhaltens unterschiedliche inhaltliche und Organisationspräferenzen an. Während sich die Männer zu gleichen Teilen ein Engagement in einem ehrenamtlichen Zusammenhang oder in der Selbsthilfe vorstellen können, präferieren Frauen überwiegend die Selbsthilfe. Die Beziehung zwischen Gesundheitsbewußtsein und Selbsthilfe ist enger als die Beziehung zwischen Gesundheitsbewußtsein und Ehrenamt. Frauen haben im Vergleich zu Männern ein stärker ausgeprägtes Gesundheitsbewußtsein und -verhältnis. Aus diesem Grund haben drei Viertel aller Frauen ein Interesse an Selbsthilfe, während sich nur ein Viertel für eine ehrenamtliche Tätigkeit interessiert. Das Engagementinteresse von Männern und Frauen in den neuen Bundesländern unterscheidet sich nur wenig von dem Selbsthilfeengagement in den alten Bundesländern (vgl. Braun/ Opielka 1992).

Die Altersstruktur der an Selbsthilfe interessierten Bürger unterscheidet sich zum Teil von der Bevölkerung in den neuen Bundesländern. Der Anteil junger Menschen (21 %) entspricht noch dem Bevölkerungsanteil. Es sind vor allem die 31- bis 50-jährigen, die in der Selbsthilfe eine ihnen angemessene Form des Engagement erblicken. Obwohl der Bevölkerungsanteil der 31- bis 50-jährigen nur bei 33 % liegt, stellt diese

Altersgruppe mit 50 % aller selbsthilfeinteressierten Bürgerinnen und Bürger die größte Gruppe dar. Auch in den alten Bundesländern ist diese Altersgruppe am stärksten besetzt. Im Gegensatz zu Westdeutschland kommen in den neuen Bundesländern mehr ältere Menschen in die Selbsthilfekontaktstelle (29 % in den neuen Bundesländern versus 18 %). Demnach erreicht ihr Anteil nicht den Anteil der über 50jährigen in den neuen Ländern. Sie stellen 29 % der Selbsthilfeinteressenten, aber 47 % der Bevölkerung.

Abb. 3.1: Demografie der an Selbsthilfe interessierten Bürger in den neuen Bundesländern



© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu selbsthilfeinteressierten Bürgern (n = 11.482 selbsthilfeinteressierte Bürger).

Das Bildungsniveau der Selbsthilfeinteressenten ist in Westdeutschland ein anderes als in den neuen Bundesländern. Der Anteil der Selbsthilfeinteressenten mit Hauptschulabschluß ist in den alten Bundesländern höher als in den neuen. Das gleiche gilt für Abitur bzw. Hochschulabschluß. Die Erklärung dieser unterschiedlichen Verteilungen liegt in der unterschiedlichen Bildungspolitik der beiden deutschen Staaten.

Schulbildung in der Bundesrepublik Deutschland		
	alte Bundesländer	neue Bundesländer
Hauptschule	60 %	40 %
Mittlere Reife/ Polytechnische Oberschule (POS)	22 %	46 %
Abitur/ Erweiterte Oberschule (EOS)/ Studium	18 %	14 %
© Statistisches Bundesamt 1995, S. 386.		

Jeder dritte Selbsthilfeinteressent in Westdeutschland hat Abitur und 22 % der westdeutschen Selbsthilfeinteressenten haben einen Hauptschulabschluß. Mit anderen Worten: Es werden überdurchschnittlich viele Abiturienten und unterdurchschnittlich wenig Hauptschulabsolventen erreicht, denn ihr Anteil beträgt in Westdeutschland 60 % (Statistisches Bundesamt 1995, S. 386). In Ostdeutschland hat jeder sechste Selbsthilfeinteressent Abitur (14 %), einen Hauptschulabschluß haben 40 % der Bevölkerung. 12 % der Selbsthilfeinteressenten haben einen Hauptschulabschluß. In Ostdeutschland werden wie in Westdeutschland die Menschen mit Hauptschulabschluß nur unterdurchschnittlich erreicht. Demgegenüber nutzen in den neuen Bundesländern Menschen mit Realschulabschluß bzw. Abschluß der Polytechnischen Oberschule (POS) die Kontaktstellen überdurchschnittlich oft.

Die Selbsthilfeinteressierten unterscheiden sich im Ost-West-Vergleich stark hinsichtlich des Erwerbsstatus. 56 % aller Kontaktstellenbesucher in ländlichen Regionen in Westdeutschland gehen einer Erwerbsarbeit nach, in Ostdeutschland sind es nur 42 %. Hinzu kommt noch, daß 27 % aller

Bürger in Ostdeutschland, die eine Selbsthilfekontaktstelle in ländlichen Regionen aufsuchen, arbeitslos sind. Dieser Wert liegt deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Selbst in den Städten liegt der Wert mit 19 % noch immer deutlich über der ostdeutschen Arbeitslosenquote. Dies wird von den Kontaktstellen in ihrer konzeptionellen Arbeit mitberücksichtigt. Sie haben die mittelbaren Folgen der Arbeitslosigkeit, wie geringeres Selbstwertgefühl, schlechteres körperliches Befinden oder Mutlosigkeit aufzufangen.

Trotz der positiven Entwicklung der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern darf nicht übersehen werden, daß die Aktivierung der Selbsthilfe auch sechs Jahre nach der Wende noch nicht das Westniveau erreicht hat. Eine Erklärung hierfür mag in dem sich abzeichnenden Bewußtseinswandel der Bürger in den neuen Bundesländern liegen (vgl. z.B. Spiegel 1996, S. 64 ff.). Zudem bestehen nach wie vor eine Vielzahl von Hemmnissen für die Arbeit von Selbsthilfegruppen. (vgl. **Abb. 3.2**). Neben der mit dem Transformationsprozeß verbundenen schwierigen Alltagsbewältigung zeigt sich die unterschiedliche Sozialisation der ehemaligen DDR-Bürger. Als Nachwirkung des Obrigkeitsstaates ist unverkennbar, daß die Menschen eigenverantwortliche Handlungsweisen nur zum Teil erlernt haben. Dies kommt darin zum Ausdruck, daß Gründe wie die geringe Selbsthilfefähigkeit deutlich höher als andere Hemmnisse bewertet werden. Die Möglichkeiten und Leistungen von Selbsthilfe sind nach wie vor in der Bevölkerung nicht ausreichend bekannt. Hieraus ist die Schlußfolgerung zu ziehen, daß ein erhöhter Bedarf nach Information und Öffentlichkeitsarbeit über das Thema Selbsthilfe und die Arbeit von Selbsthilfegruppen und Initiativen besteht.

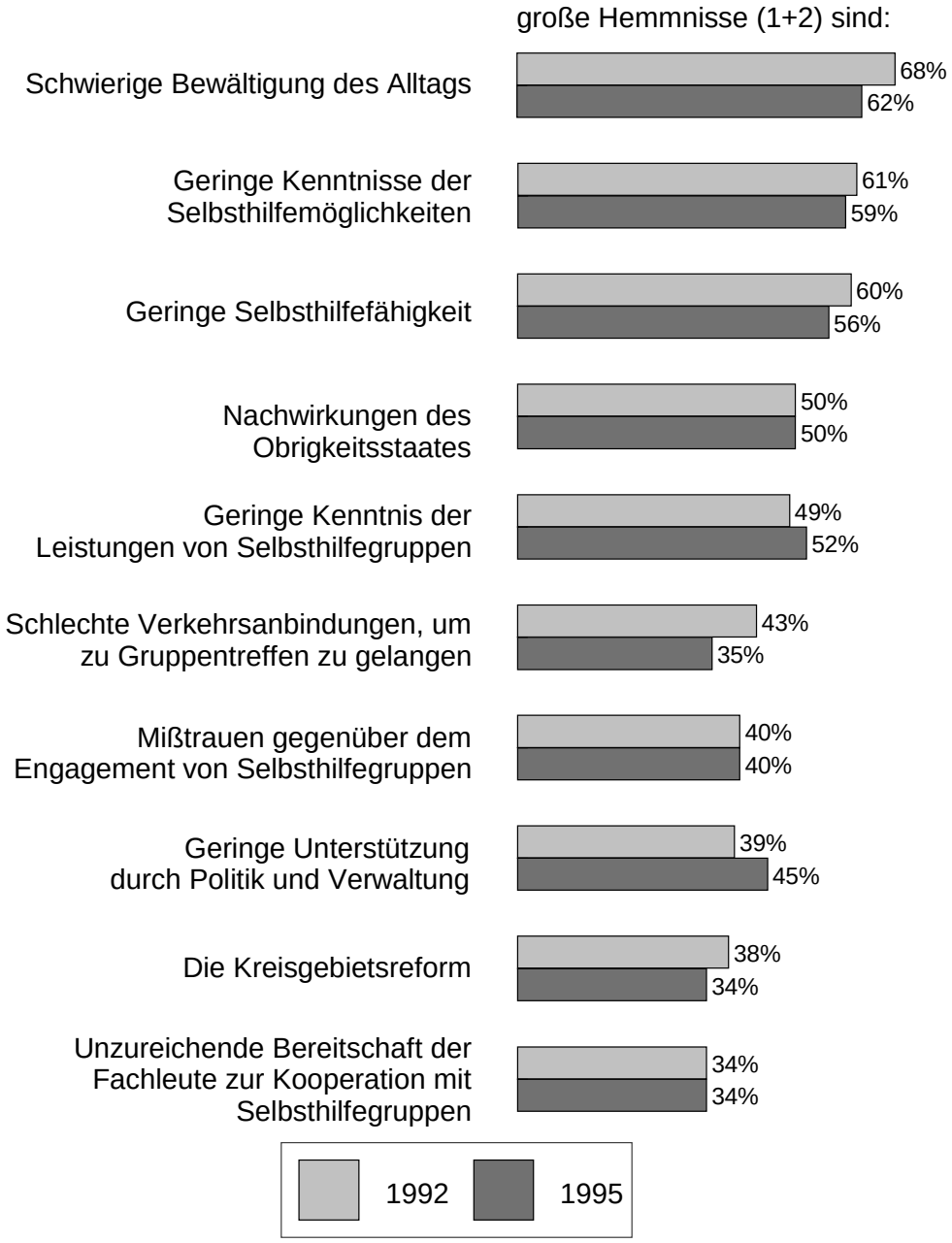
3.3 Selbsthilfegruppen und Initiativen sechs Jahre nach der Wende

Wie stellt sich die Situation der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern sechs Jahre nach der Wende dar? Unverkennbar ist, daß Selbsthilfe sich positiv entwickelt hat. Die Zahl der Gruppen und Initiativen stieg in den neuen Bundesländern schneller als im Westen, wenngleich das erreichte Niveau auch heute noch deutlich unter dem der alten Bundesländer liegt. Um die Ausgangssituation der Selbsthilfe zu ermitteln, hat ISAB in Ergänzung zu den in den Selbsthilfekontaktstellen erhobenen Informationen über

Selbsthilfegruppen sowie den an Selbsthilfe interessierten Bürgern 1993 eine erste Befragung von Selbsthilfegruppen und Initiativen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, daß es der Selbsthilfe kontinuierlich gelungen ist, frühere Engagementformen aufzugreifen (vgl. Braun/ Kasmann/ Kettler 1994, S. 19 f.).

Abb. 3.2: Hemmnisse für die Arbeit der Selbsthilfegruppen

Welche Hemmnisse wirken sich erschwerend auf Selbsthilfeaktivitäten und das freiwillige Engagement aus?
Antwortvorgaben: sehr stark (1) ... gar nicht (5)



© ISAB Köln 06/1996. Jährliche Befragung der 17 Selbsthilfekontaktstellen.

So waren zum damaligen Zeitpunkt bei rund 17 % aller Selbsthilfegruppen viele Mitglieder bereits vor der Wende engagiert. In den Bereichen Sucht, Behinderung und Alter war dies bei 30 % der Gruppen der Fall. Bei 54 % aller Selbsthilfegruppen waren zumindest einige Mitglieder bereits vor der Wende ehrenamtlich tätig (vgl. Braun/ Kasmann 1994, S. 39). Hier bildet die Selbsthilfe die Grundlage, gemeinsam mit anderen Betroffenen, Perspektiven in einem neuen Gesellschaftssystem aufzubauen.

1991 bis 1993 kann von einer Gründungswelle gesprochen werden. Mit dem Fortfall der restriktiven Beschränkungen im DDR-Staat hatten die Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit, ihre Interessen und Anliegen gemeinsam und öffentlich zu formulieren. Eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen, Initiativen und Selbsthilfeprojekten entstand innerhalb kürzester Zeit.

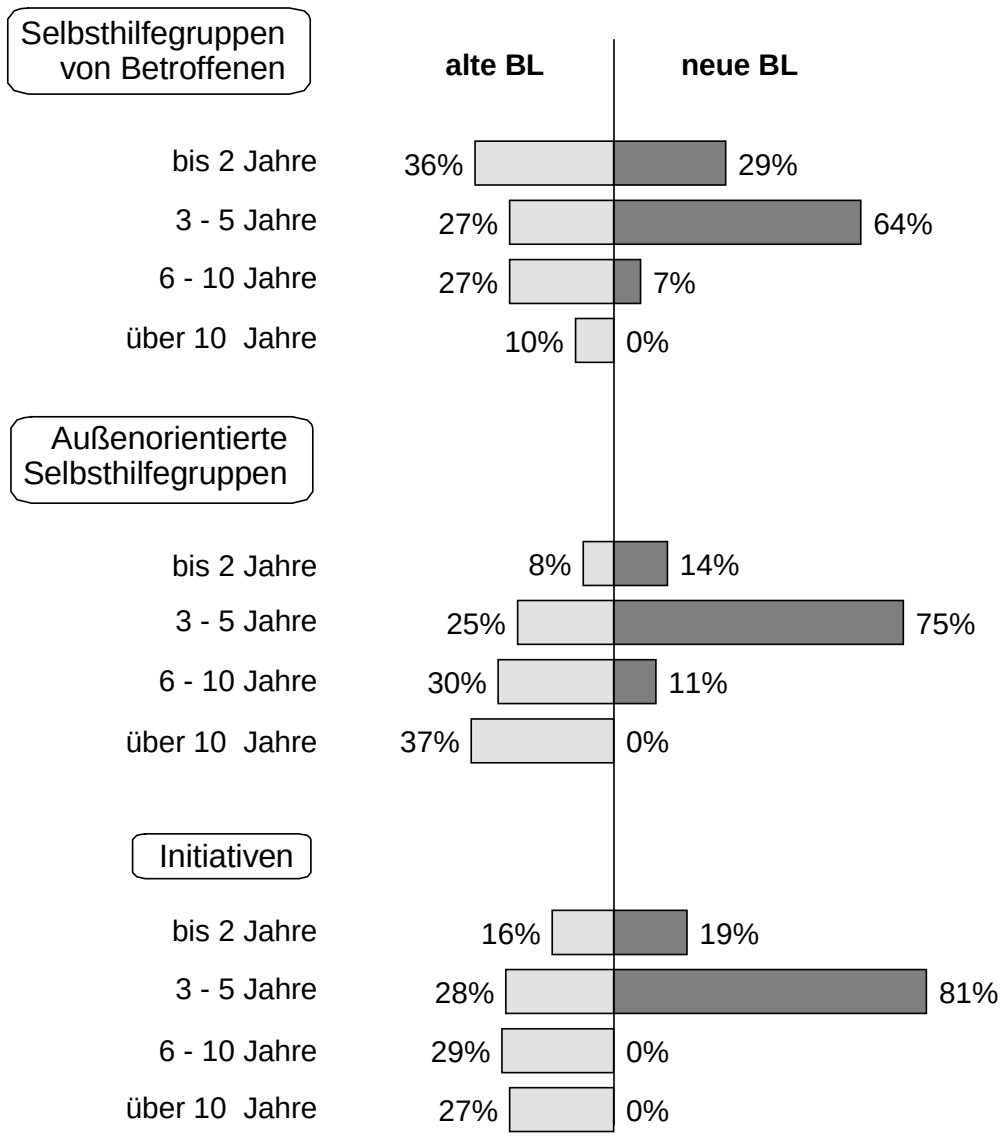
Auch die 1995 durchgeführte Befragung aller Gruppen und Initiativen zeigt, daß es einzelne Selbsthilfegruppen bereits vor der Wende gab. 7 % der Selbsthilfegruppen von Betroffenen und 11 % der außenorientierten Selbsthilfegruppen bestehen bereits zwischen 6 und 10 Jahre, wurden also zwischen 1987 und 1992 gegründet. Die Mehrzahl der Selbsthilfegruppen und Initiativen besteht seit drei bzw. bis zu fünf Jahren, d.h. sie wurden zwischen 1991 und 1993 gegründet (vgl. **Abb. 3.3**): 64 % der Selbsthilfegruppen von Betroffenen, 75 % der außenorientierten Selbsthilfegruppen und 81 % der Selbsthilfeinitiativen. Die Zahl der Gruppen nimmt weiter zu, aber nicht mehr so rasch wie nach der Wende.

Aus den beiden Selbsthilfegruppenbefragungen lassen sich Kernfragen[1] zur Situation der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern beantworten: Wie groß sind Selbsthilfegruppen? Von welchem Typ sind die Gruppen? Mit welchen Themen beschäftigen sie sich? Wie viele von ihnen sind als Gruppe verbandlich organisiert? Welche Bedeutung messen die Gruppen der Selbsthilfe bei? Wieviel Zeit pro Monat wenden die Gruppen für ihr Engagement auf? Wieviel Geld steht ihnen zur Verfügung, und wo kommt es her?

1 Im vorliegenden Bericht konnte nur ein Teil der Befragungsergebnisse in die Auswertung einbezogen werden.

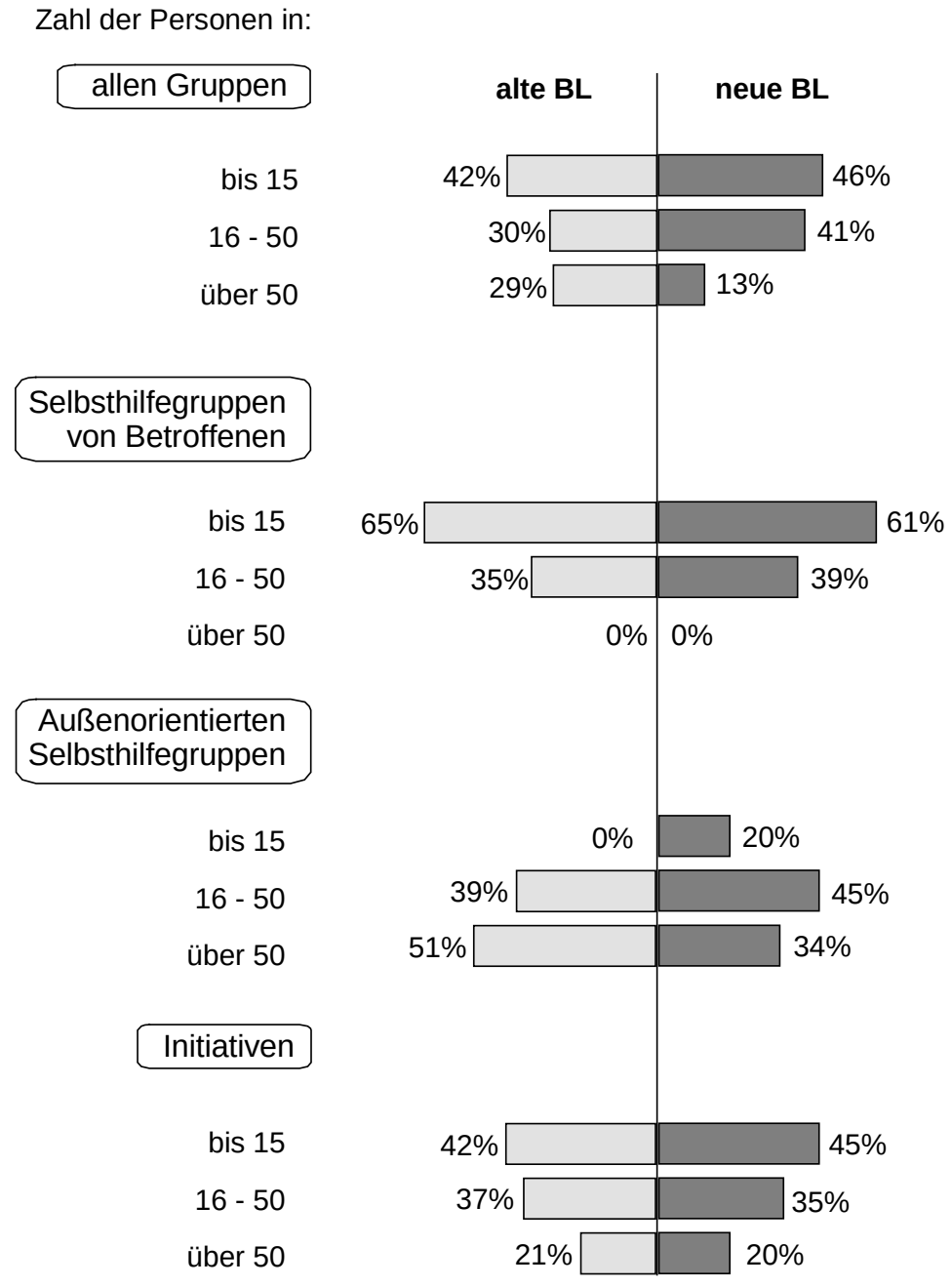
Ein wichtiges Strukturmerkmal der Selbsthilfegruppen ist die Gruppengröße, also die Zahl der Mitglieder (vgl. **Abb. 3.4**). In kleinen Gruppen ist das Prinzip des gegenseitigen Helfens und einer überschaubaren Solidarität

Abb. 3.3: Alter von Selbsthilfegruppen und Initiativen



© ISAB Köln 06/1996. Befragung von Selbsthilfegruppen in den alten Bundesländern 1990 (n = 720). Befragung von Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern 1995 (n = 687).

Abb. 3.4: Mitglieder von Selbsthilfegruppen und Initiativen



© ISAB Köln 06/1996. Befragung von Selbsthilfegruppen in den alten Bundesländern 1990 (n =720). Befragung von Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern 1995 (n = 687).

tendenziell stärker ausgeprägt als in großen Gruppen. Die Zahl der Mitglieder in den Gruppen und Initiativen variiert nur geringfügig im Ost-West-Vergleich. Sind es in den alten Bundesländern 42 % Gruppen mit maximal 15 Mitgliedern, so sind es in den neuen 46 %. Mittlere Gruppen mit 16 bis 50 Mitgliedern findet man in den alten Bundesländern bei 38 %, in den neuen Bundesländern bei 41 % der Gruppen. Unterschiede treten zutage bei großen Gruppen, d.h. Gruppen mit mehr als 50 Mitgliedern. In Westdeutschland sind sie mit 20 % zahlreich vertreten, in Ostdeutschland beträgt ihr Anteil bisher 13 %.

Die Zahl der Gruppenmitglieder bei verschiedenen Gruppentypen unterscheidet sich im Ost-West-Vergleich nur gering. Die Mitgliederzahlen von Selbsthilfegruppen von Betroffenen (Typ 1) und von Initiativen (Typ 3) sind sich sehr ähnlich. Eine Ausnahme bilden die außenorientierten Selbsthilfegruppen (Typ 2). Außenorientierte Gruppen kennzeichnet ein arbeitsteiliges Verhalten und ggf. eine finanzielle Ausstattung, die es ermöglicht, ein Büro oder eine Geschäftsstelle zu unterhalten. In den alten Bundesländern findet man keine außenorientierte Gruppe mit weniger als 15 Mitgliedern, dafür haben 51 % der Gruppen über 50 Mitglieder. In den neuen Bundesländern zählt jede fünfte Gruppe weniger als 15 Mitglieder. Die Mitgliederzahl wird steigen, wie die Entwicklung erfolgreicher außenorientierter Gruppen belegt.

Themen und Anliegen, mit denen Selbsthilfegruppen sich beschäftigen

Ein chronisch Kranker braucht neben der medizinischen Hilfe auch psychosoziale Unterstützung. Diese ist nur in begrenztem Umfang professionell zu leisten. Es liegt daher nahe, zu Menschen, die sich in der gleichen Situation befinden, Kontakt zu suchen. „Die Inanspruchnahme professioneller medizinischer Dienstleistungen ist das außergewöhnliche, seltene Ereignis, für den Umgang mit chronischen Erkrankungen." (Grunow 1986, S. 29) Für Problemlösungen bei chronischen Erkrankungen engagieren sich mit 32 % die meisten Selbsthilfegruppen (vgl. **Abb. 3.5**).

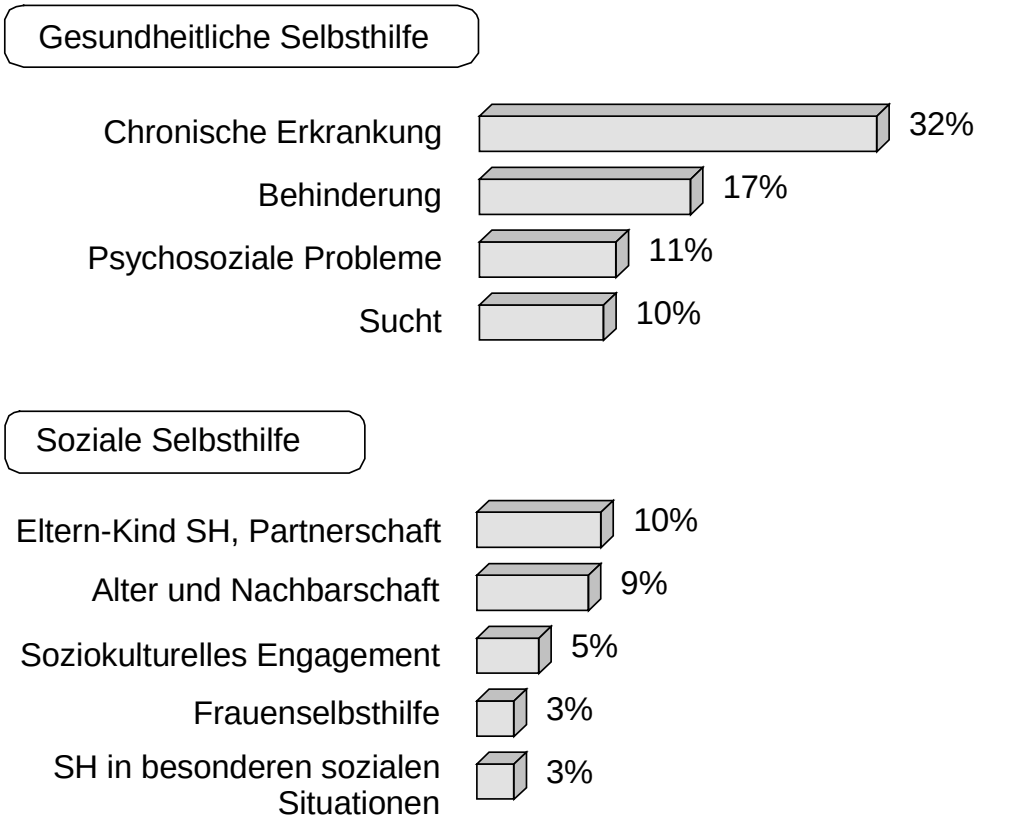
Aus den Änderungen des Gesundheitssystems[2] im Zuge der Wende folgt der Wegfall vieler Betreuungsleistungen für chronisch Kranke. Chronisch

2 Bezüglich der Änderungen durch die Systemtransformation und der hieraus resultierenden Probleme für den Aufbau neuer Versorgungsstrukturen vgl. Backhaus-Maul/ Olk 1992.

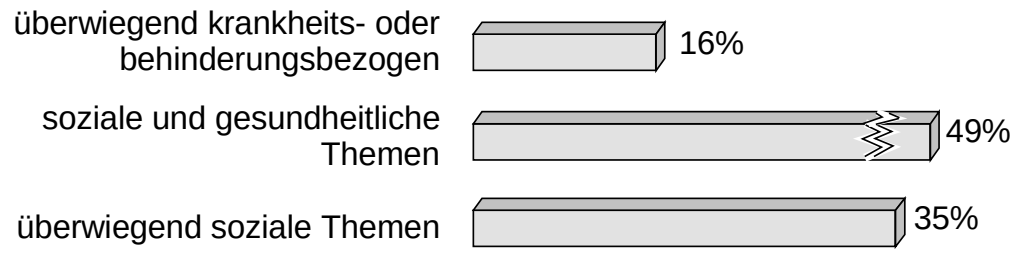
Kranke wurden in der ehemaligen DDR im Dispensairesystem versorgt. Es war

Abb. 3.5: Bereiche und Anliegen von Selbsthilfegruppen und Initiativen in den neuen Bundesländern

Bereiche, in denen sich Selbsthilfegruppen und Initiativen engagieren



Anliegen, mit denen sich Selbsthilfegruppen und Initiativen beschäftigen



© ISAB Köln 06/1996. Befragung von Selbsthilfegruppen 1995 (n = 687 Gruppen).

zu erwarten, daß die Auflösung des Dispensairesystems chronisch Kranke vermehrt zur Gründung von Selbsthilfegruppen veranlaßt.

Behinderte sind in unserer Gesellschaft von Ausgrenzung bedroht. Ziel von Behindertenselbsthilfegruppen ist es, sich gegenseitig zu stärken und zu stützen und nach außen für mehr Rechte und mehr Anerkennung einzutreten. Die Notwendigkeit zeigt sich darin, daß sich mit „Behinderung“ 17 % der Gruppen befassen, Platz zwei. An dritter Stelle folgen Gruppen, die sich mit psychosozialen Problemen auseinandersetzen. Menschen schließen sich in Selbsthilfegruppen zusammen, um ihre Suchtprobleme zu bewältigen bzw. mit dieser Krankheit leben zu lernen. Jede zehnte Gruppe engagiert sich in diesem Selbsthilfebereich, der Platz vier einnimmt.

Die soziale Selbsthilfe umfaßt Frauenselbsthilfe, Eltern-Kind- und Partnerschaftsselbsthilfe, Alter und Nachbarschaft, Selbsthilfe in besonderen sozialen Situationen und soziokulturelles Engagement.

Bereiche von Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik Deutschland		
	alte Bundesländer	neue Bundesländer
Chronische Erkrankung	28 %	32 %
Psychosoziale Probleme	10 %	11 %
Behinderung	12 %	17 %
Sucht	11 %	10 %
Frauenselbsthilfe	9 %	3 %
Eltern-Kind Selbsthilfe , Partnerschaft	11 %	10 %
Alter und Nachbarschaft	10 %	9 %
Selbsthilfe in besonderen Situationen	4 %	3 %
Soziokulturelles Engagement	5 %	5 %
© ISAB Köln 06/ 1996.		

70 % aller Gruppen kommen 1995 aus dem Bereich der gesundheitlichen Selbsthilfe. 1993 waren es 73 %, damit ist der Anteil der gesundheitlichen Selbsthilfe konstant geblieben und entspricht dem Anteil der gesundheitlichen Selbsthilfe in den alten Bundesländern. Dies ist ein erstaunlicher Befund. Aufgrund der sozialen und ökonomischen Probleme in den neuen Bundesländern war zu erwarten, daß sich verstärkt soziale Gruppen gründen. Der Umfang der gesundheitlichen Selbsthilfe läßt sich anhand von zwei Hypothesen erklären: Die Leistungen der Selbsthilfe wurden einerseits in den Jahren nach der Wende überwiegend im Bereich der individuellen Bewältigungsmuster gerade bei gesundheitsbezogenen Themen eingeordnet. Zudem unterstützen die Selbsthilfekontaktstellen in erster Linie gesundheitliche Selbsthilfegruppen mit dem Ziel, für die Gruppen und für sich Förderung durch die Krankenkassen zu erhalten. In der sozialen Selbsthilfe sind häufig Gruppen der Eltern-Kind-Selbsthilfe und Partnerschaft (10 %) sowie des Engagements im Alter (9 %) vertreten. Seltener sind Gruppen in den Bereichen soziokulturelles Engagement (3 %) und Selbsthilfe in besonderen sozialen Situationen (3 %) zu finden.

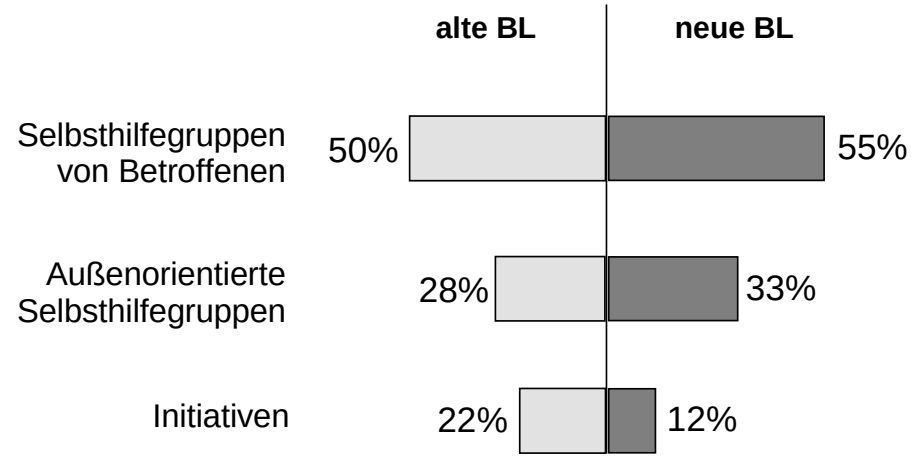
Wie in den alten Bundesländern entwickelt sich die gesundheitliche Selbsthilfe zuerst, und mit Zeitverzögerung gründen sich Gruppen und Initiativen, die dem Spektrum sozialer Selbsthilfe zuzurechnen sind. So hat sich in den Jahren 1993 bis 1995 die soziale Selbsthilfe schneller entwickelt. Die Zahl der gesundheitlichen Gruppen stieg um 42 %, die Zahl der sozialen Gruppen um 70 %. Davon unberührt bleibt die Tatsache, daß weniger soziale Selbsthilfegruppen gegründet wurden, als angesichts der ökonomischen und sozialen Veränderungen in den neuen Bundesländern zu erwarten war.

Gesundheitliche und soziale Selbsthilfe unterscheidet sich in zwei Deutungsmuster, die durchaus sinnvoll die praktische Orientierung erleichtern: die gegenseitige Hilfe aus Selbstbetroffenheit und die gemeinsame Hilfe für andere, um sozialer Benachteiligung, Diskriminierung und Stigmatisierung entgegenzuwirken (vgl. von Ferber Aug. 1996). In der Realität vermischen sich jedoch diese Deutungsmuster. Es gibt viele „gesundheitliche“ Gruppen, die Hilfe für andere leisten, nicht zuletzt auch um sozialer Isolation und Ausgrenzung entgegenzuwirken, z.B. Gruppen von Behinderten und stigmatisierter chronischer Krankheiten. Es gibt gleicheitig viele „soziale“ Gruppen, die aus Selbstbetroffenheit sich gegenseitig helfen, auch um gesundheitlichen Schäden vorzubeugen, z.B. Angehörigengruppen oder Initiativen zur Bewältigung von Wohnungs- und Arbeitslosigkeit.

Die Unterteilung der Selbsthilfeanliegen in „Gesundheitlich“ und „Sozial“ beschreibt die Bereiche, denen eine Gruppe zugeordnet werden kann. Diese Einteilung geht jedoch in erster Linie von förderpolitischen Gesichtspunkten aus. Der Anlaß, aus dem sich die Mitglieder in Gruppen zusammenfinden, muß nicht immer mit den Anliegen und Themen identisch sein, mit denen sich die Mitglieder in den Gruppen gemeinsam befassen. Ein weiteres Unterscheidungskriterium stellen die Anliegen dar, mit denen die Gruppen sich befassen. ISAB hat die Gruppen und Initiativen im Jahre 1995 befragt, ob sie eher gesundheitliche oder soziale Anliegen haben. Danach beschäftigen sich nur 16 % der Gruppen ausschließlich mit krankheits- und behinderungsbezogenen Themen. Der überwiegende Teil (49 %) benennt die Auseinandersetzung mit Fragen zur besseren Bewältigung von Krankheit und Behinderung für die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen als wichtigstes Thema, d.h. sie beschäftigen sich auch mit den sozialen Folgen von Krankheit und Behinderung. Für

35 % der Gruppen steht die bessere Durchsetzung von Anliegen und Interessen von Betroffenen und das Engagement für andere im Mittelpunkt, d.h. sie verfolgen soziale Ziele (vgl. **Abb. 3.5**). Es zeigt sich, daß die strikte Unterscheidung in „Gesundheit“ und „Soziales“ nur bei einer oberflächlichen Betrachtung gilt. Viele Gruppen befaßt sich mit gesundheitlichen und sozialen Anliegen.

Abb. 3.6: Typen von Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik Deutschland



© ISAB Köln 06/1996. Befragung von Selbsthilfegruppen in den alten Bundesländern 1990 (n = 720). Befragung von Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern 1995 (n = 687).

Typen von Selbsthilfegruppen

Welche Typen von Selbsthilfegruppen gibt es und wie stellt sich dieser Vergleich für soziale und gesundheitliche Gruppen dar (vgl. **Abb. 3.6**)? Wie in den alten dominieren auch in den neuen Bundesländern mit 55 % Selbsthilfegruppen von Betroffenen (Typ 1). Außenorientierte Gruppen (Typ 2) stellen den zweithäufigsten Typus mit einem Anteil von 33 % aller Gruppen dar und 12 % der Gruppen engagieren sich in Form einer Initiative. Die Struktur der Gruppen unterscheidet sich im Ost-West-Vergleich vor allem bei den Initiativen (vgl. auch die Ausführungen zu **Abb. 4.9**).

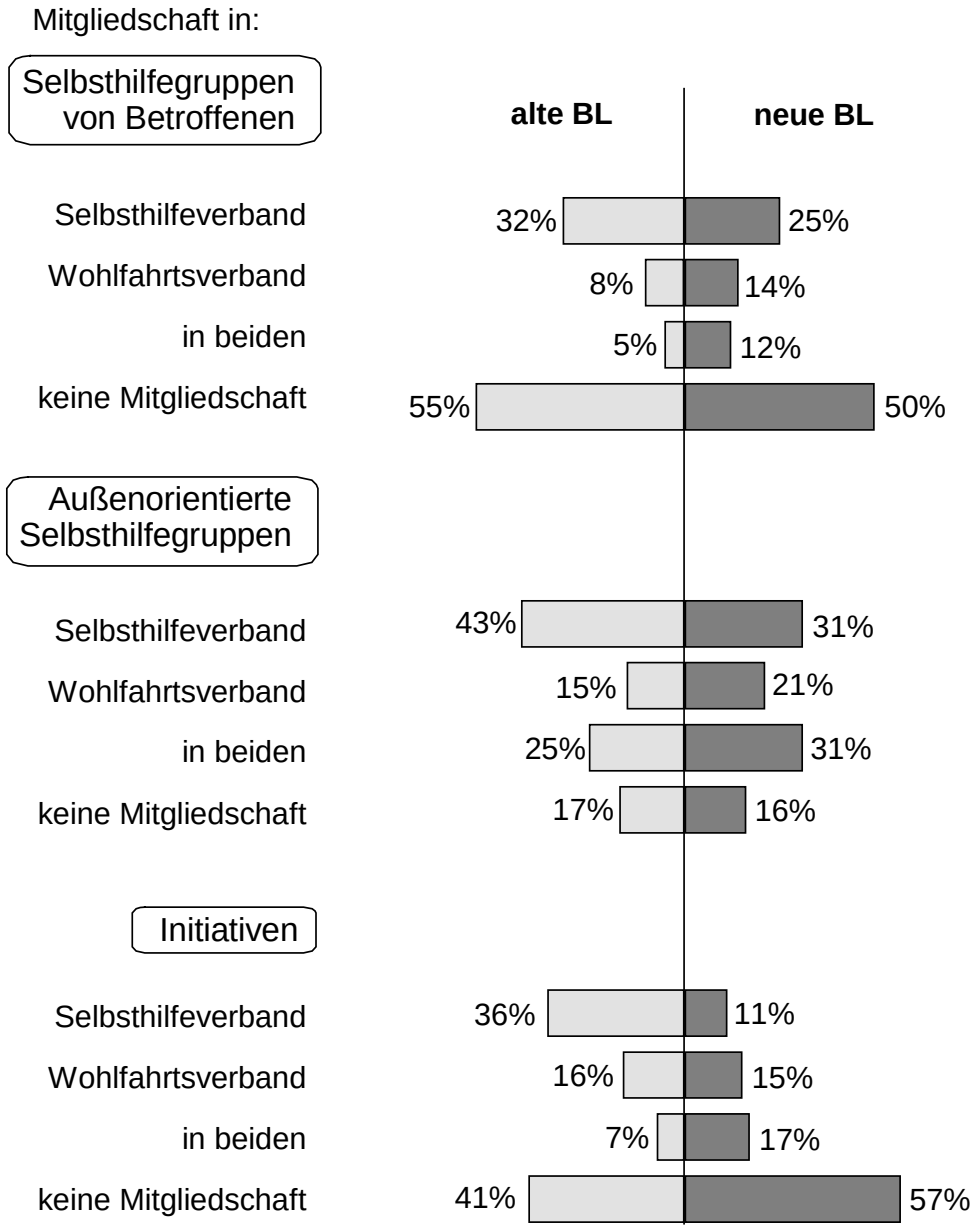
Mitgliedschaft von Selbsthilfegruppen in Verbänden

Wie organisieren sich Selbsthilfegruppen und Initiativen? Ungeachtet der ökonomischen und sozialen Unterschiede und der anderen Vergangenheit haben sich vergleichbare Organisationsformen in den alten und neuen Bundesländern entwickelt (vgl. **Abb. 3.7**): 61 % aller Selbsthilfegruppen und Initiativen sind Mitglied in einem Wohlfahrtsverband[3] und/ oder in einem Selbsthilfeverband (in den alten Bundesländern bei 59 %). In den neuen Bundesländern sind 26 % aller Gruppen und Initiativen Mitglied in einem überregionalen Selbsthilfeverband und 16 % in einem Wohlfahrtsverband. Weitere 19 % sind sowohl in einem Wohlfahrts- als auch in einem Selbsthilfeverband organisiert. Die Ergebnisse der Befragung von Selbsthilfegruppen und Initiativen zeigen, daß die verbandliche Orientierung für die Mehrzahl der Gruppen gilt, weitgehend unabhängig vom Gruppentyp.

3 Zum Verhältnis von Selbsthilfe- und Wohlfahrtsverbänden vgl. auch Boll/ Olk 1987 u. Kindler 1992.

Verbandsmitgliedschaft der Gruppen in der Bundesrepublik Deutschland		
Mitglied in:	alte Bundesländer	neue Bundesländer
Selbsthilfeverband	31 %	26 %
Wohlfahrtsverband	15 %	16 %
Selbsthilfe- und Wohlfahrtsverband	13 %	19 %
Keine Mitgliedschaft	41 %	39 %
© ISAB Köln 06/ 1996.		

Abb. 3.7: Mitgliedschaft der Selbsthilfegruppen in überregionalen Selbsthilfeverbänden und Wohlfahrtsverbänden



© ISAB Köln 06/1996. Befragung von Selbsthilfegruppen in den alten Bundesländern 1990 (n =720). Befragung von Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern 1995 (n = 687).

Den höchsten Mitgliedschaftsanteil in Verbänden weisen - fast „definitionsgemäß“ die außenorientierten Selbsthilfegruppen auf. 84 % der außenorientierten Selbsthilfegruppen sind in Verbänden organisiert. Die Selbsthilfegruppen von Betroffenen sind zu 50 % und die Selbsthilfeinitiativen sind zu 42 % organisiert. Der Vergleich der Verteilungen zwischen alten und neuen Bundesländern zeigt eine hohe Übereinstimmung. Unterschiede bestehen bei den Initiativen, die in den alten Bundesländern stärker in Selbsthilfeverbänden (36 % gegenüber 11 % in den neuen Bundesländern) organisiert sind. Demgegenüber liegt in den neuen Bundesländern der Anteil der nicht organisierten Selbsthilfeinitiativen deutlich höher (57 % gegenüber 41 %).

35 % der Gruppen sind Mitglied in einem Wohlfahrtsverband. Dabei fällt die besondere Stellung des PARITÄTISCHEN ins Auge. Er ist von Haus aus ein Verband der Selbsthilfeverbände und unterscheidet sich in dieser Eigenschaft von anderen Wohlfahrtsverbänden. Wenn sich Gruppen entschließen, Mitglied in einem Wohlfahrtsverband zu werden, dann entscheiden sie sich in drei von vier Fällen (75 %) für den PARITÄTISCHEN. „Viele Selbsthilfeorganisationen, d.h. örtliche Selbsthilfegruppen, die als e.V. organisiert sind, sind Mitglied im PARITÄTISCHEN und können die mit dieser Mitgliedschaft verbundenen Unterstützungsleistungen ihres Dachverbandes in Anspruch nehmen.“ (AG KISS NW/ KOSKON 1996, S. 12). Mitgliedschaften von Selbsthilfegruppen in der AWO, in der Caritas und im DRK bilden eine Ausnahme. Sie liegen jeweils bei 4 %. In der Diakonie sind 14 % der Gruppen Mitglied. Dies kann u.a. darauf zurückgeführt werden, daß die Diakonie in den neuen Bundesländern stärker als Träger von Selbsthilfekontaktstellen auftritt. Zu berücksichtigen ist, daß die Ausgangsposition der einzelnen Verbände in den neuen Bundesländern durchaus unterschiedlich war (vgl. Backhaus-Maul 1992, S. 374 f.): Caritas und Diakonie befanden sich in einer günstigen Ausgangsposition, da sie bereits zu DDR-Zeiten über soziale Dienste und Einrichtungen verfügten. Das DRK stand vor der Herausforderung, sich von einer staatlichen Massenorganisation zu einem nicht-staatlichen Wohlfahrtsverband zu wandeln. Die Situation des PARITÄTISCHEN sowie der AWO war vergleichsweise schwierig, da sie in der DDR nicht vertreten waren. Der PARITÄTISCHE beschloß die Aufnahme der ehemaligen halbstaatlichen Massenorganisation Volkssolidarität.

Festzuhalten bleibt, daß wie in den alten Bundesländern sich unterschiedlichste Selbsthilfegruppen verbandlich organisieren.

ISAB hat die Gruppen ebenfalls befragt, ob sie als eingetragener Verein organisiert sind. 40 % aller Gruppen haben einen Verein gegründet. Dabei sind verbandlich organisierte Gruppen häufiger auch als Verein organisiert: Mitglieder von Wohlfahrtsverbänden zu 50 %, von Selbsthilfeverbänden zu 44 % oder von beiden zu 57 %. Nicht verbandlich organisierte Gruppen gründen auch seltener einen Verein, nur eine von vier Gruppen.

Wirkungen von Selbsthilfegruppen

Welche Wirkungen erzielen Selbsthilfegruppen (vgl. **Abb. 3.8**)? In erster Linie wird der persönliche Nutzen der Selbsthilfe für die Mitglieder betont. Drei Viertel aller Gruppen sind der Meinung, daß durch die Mitarbeit in der Gruppe die Chancen für soziale Kontakte verbessert und soziale Isolation vermieden werden. Die Hälfte der Gruppen stimmt der Aussage zu, daß durch die Mitarbeit in der Gruppe soziale Kompetenzen erworben werden und schwierige Lebenssituation besser bewältigt werden können. Vor allem Gruppen in den Bereichen psychosoziale Probleme (65 %), Frauenselbsthilfe (65 %) und Sucht (74 %) sehen darin einen wichtigen Nutzen der Selbsthilfe. Jede fünfte Gruppe (22 %) bejaht die Aussage, daß die Gruppe dazu beiträgt, die Arbeitskraft der Mitglieder zu erhalten bzw. wiederherzustellen. In besonderem Maße gehen Suchtselbsthilfegruppen (71 %) und Selbsthilfegruppen für besondere soziale Situation (53 %) davon aus, daß ihre Mitglieder positiv unterstützt werden, so daß sie wieder am Erwerbsleben teilnehmen wollen und können.

Die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe wird in der Familie angesprochen. Die Familie legt den Betroffenen die Gruppenmitgliedschaft nahe und unterstützt sie darin. Alkoholkranke und andere Suchtkranke werden überdurchschnittlich stark von der Familie zu einer Teilnahme animiert. Die Mitarbeit in der Gruppe entlastet die Familie und verbessert das Verhältnis zum Partner bzw. zu den Kindern. Die Entlastung der Familie durch Selbsthilfe wird vor allem von den Suchtgruppen betont.

Die Selbsthilfegruppen sehen ferner Auswirkungen auf das Sozial- und Gesundheitssystem, die von der Selbsthilfe ausgehen. Die Hälfte aller

Gruppen ist der Meinung, daß durch den Informationsaustausch in ihrer Gruppe Neuerkrankte rascher wichtige Informationen über Hilfsmittel, Behandlungsmöglichkeiten und praktische Hilfen erhalten. Vor allem Gruppen aus dem Bereich chronische Erkrankung betonen dies (87 %). Knapp die Hälfte aller

Abb. 3.8: Wichtige Wirkungen von Selbsthilfegruppen und Initiativen

Wie bewerten Sie die folgenden Wirkungen Ihrer Selbsthilfegruppe? Antwortvorgaben: sehr wichtig (1) ... nicht wichtig (5)

	wichtige Wirkungen (1+2) sind:
Die Familien unserer Mitglieder wissen von der Gruppenteilnahme	94%
Durch die Mitarbeit in der Gruppe werden die Chancen für soziale Kontakte und unterstützende Beziehungen verbessert und soziale Isolation vermieden	79%
Durch den Informationsaustausch in unserer Gruppe erhalten Neuerkrankte rascher wichtige Informationen über Hilfsmittel, Behandlungsmöglichkeiten und praktische Hilfen	54%
Durch die Mitarbeit in unserer Gruppe werden soziale Kompetenzen und Fähigkeiten erworben, durch die schwierige Lebenssituationen bewältigt werden können	51%
Die Mitglieder unserer Gruppe können ihre Interessen besser durchsetzen gegenüber Behörden und Therapeuten	49%
Mitgliedern unserer Gruppe wird von ihrer Familie/Partner die Teilnahme an der Gruppe nahegelegt und sie werden dabei unterstützt	44%
Durch die Mitarbeit in unserer Gruppe erlernen die Mitglieder den Umgang mit dem neuen Gesundheits- und Sozialsystem	41%
Die Familie wird durch die Mitarbeit in unserer Gruppe entlastet, das Verhältnis zum Partner/in und/oder zu den Kindern wird verbessert	38%
Durch die Leistungen unserer Gruppe nehmen Betroffene Hilfen, Hilfsmittel sowie ärztliche Leistungen gezielter und damit kostensparender in Anspruch	38%
Durch die Mitarbeit in unserer Gruppe wird die Selbständigkeit gefördert, hierdurch nimmt die Notwendigkeit professioneller Hilfen ab bzw. die Hilfen werden gezielter in Anspruch genommen	35%
Unsere Gruppe gibt oft Anregungen für die Entwicklung und den Einsatz betroffenengerechter Hilfsmittel und Hilfen, die vom professionellen Versorgungssystem nicht gesehen werden	26%
Unsere Gruppe übernimmt Aufgaben, die die Familien selbst nicht hinreichend wahrnehmen können	23%
Unsere Gruppe trägt dazu bei, daß die Arbeitsfähigkeit vieler Gruppenmitglieder erhalten bzw. wiederhergestellt wird	22%
Durch die Leistungen unserer Gruppe werden Krankenhausaufenthalte, stationäre Unterbringungen und Therapien seltener	20%

© ISAB Köln 06/1996. Befragung von Selbsthilfegruppen 1995 (n= 687 Gruppen).

Gruppen (49 %) stimmt der Aussage zu, daß die Gruppenmitglieder ihre Interessen besser gegenüber Behörden und Therapeuten durchsetzen können, denn Selbsthilfegruppen „versuchen, als „Lobbyisten“ der Betroffenen eine Umgestaltung professioneller Interventionen zu bewirken, die den Patienten ernst nimmt und dessen Selbstbestimmung akzeptiert.“ (Wohlfahrt 1994, S. 156) Der Systemwechsel seit 1989 führte, wie dargestellt, zu einer starken Verunsicherung auf seiten der Bürger. Hier sehen 40 % der Gruppen in der Mitgliedschaft die Chance, den Umgang mit dem neuen Gesundheits- und Sozialsystem zu erlernen. Wie hoch die Verunsicherung vor allem unter den chronisch Kranken war, zeigt sich in der Zustimmungsrate von 52 %.

35 % der Gruppen schließen sich der Meinung an, daß die Selbständigkeit durch die Mitarbeit in der Gruppe gefördert wird, mit der Konsequenz, daß professionelle häusliche Hilfe abnimmt bzw. gezielter in Anspruch genommen wird. Relativ hohe Zustimmung findet die Bewertung, daß Betroffene durch die Gruppenleistungen Hilfen, Hilfsmittel und ärztliche Leistungen gezielter und damit kostensparender in Anspruch nehmen (38 %). Die höchste Zustimmung findet sich bei Gruppen chronisch Kranker und ihren Angehörigen. Ein Viertel der Gruppen (26 %) ist der Auffassung, daß ihre Gruppe oft Anregungen für Entwicklung und Einsatz von Hilfsmitteln und Hilfen gibt, die vom professionellen System nicht gesehen werden. Hier sind es vor allem die Behindertengruppen, die diese Wirkung hervorheben.

Selbsthilfe stärkt in erster Linie die Persönlichkeit des Einzelnen, indem sie die Menschen aus der Isolation herausholt. Sie wirkt sich positiv auf das Verhältnis in den Familien aus.

Zeitliches Engagement und Ressourcen von Selbsthilfegruppen

Auch wenn die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe freiwillig und unentgeltlich erfolgt, brauchen die Gruppen Ressourcen in Form von Sachleistungen und Zeit ihrer Mitglieder. Das zeitliche Engagement der Mitglieder, die Höhe der ihnen zur Verfügung stehenden Mittel und die Herkunft dieser Mittel wurden daher in der Selbsthilfegruppenbefragung intensiv ermittelt.

Menschen, die sich in der Selbsthilfe engagieren, helfen sich selbst und anderen, besser mit Problemen fertig werden zu können. Wenn es Selbsthilfe

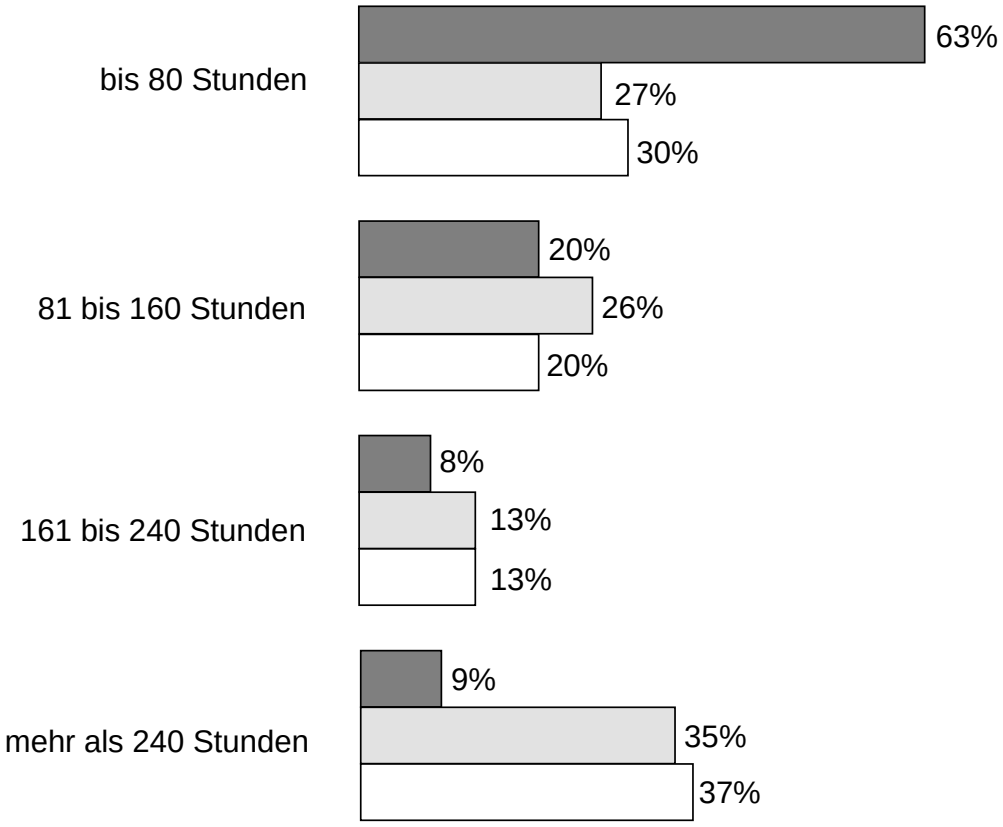
nicht gäbe, müßten Menschen auf diese Leistungen verzichten oder sie müßten von der Familie oder vom professionellen System bereitgestellt werden. An diesen Stellen greift die Selbsthilfe, sie entlastet das professionelle System, die Familien und andere Beziehungen. 1995 hat ISAB erstmals die Gruppen befragt, wieviel Zeit ihre Mitglieder einbringen (vgl. **Abb. 3.9**). Danach investieren die 687 Gruppen monatlich über 128.000 Stunden ihrer Zeit, um sich und anderen zu helfen. Die Hälfte der Gruppen wenden bis zu 80 Stunden monatlich für die Verwirklichung ihrer Gruppenziele auf. 22 % der Gruppen engagieren sich zwischen 81 und 160 Stunden. Jede zehnte Gruppe investiert für ihre Anliegen zwischen 161 und 240 Stunden, 21 % aller Gruppen mehr als 240 Stunden im Monat.

Knapp zwei Drittel aller Selbsthilfegruppen von Betroffenen engagieren sich bis zu 80 Stunden im Monat. Ein Fünftel engagiert sich zwischen 81 und 160 Stunden im Monat. Nur ein kleiner Teil der Selbsthilfegruppen von Betroffenen (17 %) engagiert sich über 160 Stunden. Anders verhält es sich bei den außenorientierten Selbsthilfegruppen und den Initiativen. 35 % der aussenorientierten Gruppen (37 % der Initiativen) engagieren sich mehr als 240 Stunden im Monat. Dies ist bei Selbsthilfeinitiativen nicht nur auf eine höhere Gruppengröße zurückzuführen, sondern auch auf ein höheres durchschnittliches Engagement jedes Mitglieds (7,3 Stunden) im Vergleich zum durchschnittlichen Engagement eines Mitglieds einer Selbsthilfegruppe von Betroffenen (6,6 Stunden). Knapp die Hälfte aller außenorientierten Gruppen engagiert sich mehr als 160 Stunden im Monat. Nur 17 % der Selbsthilfegruppen von Betroffenen engagieren sich sozial. Die höhere Anteilswerte außenorientierter Gruppen in den höheren Zeitkategorien im Vergleich zu Betroffenen-Selbsthilfegruppen sind eindeutig ein Effekt der Gruppengröße. Das durchschnittliche Engagement pro Mitglied (4,9 Stunden) in einer aussenorientierten Gruppe liegt nämlich unter dem eines Mitglieds einer Betroffenengruppe (6,6 Stunden).

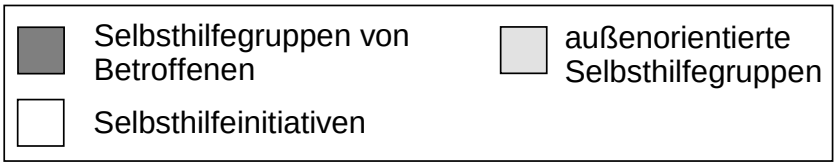
Auch innerhalb von Selbsthilfegruppen und Initiativen gibt es deutliche Unterschiede beim zeitlichen Engagement. In Selbsthilfegruppen von Betroffenen nicht ganz so hoch wie in außenorientierte Gruppen oder Selbsthilfeinitiativen. Beide Gruppentypen erfordern eine intensivere Öffentlichkeitsarbeit und zeigen erste Schritte von Arbeitsteilung. Damit sind alle Mitglieder nicht mehr im gleichen Maß angesprochen, und es kristallisiert sich ein aktiver Kern und ein Ansprechpartner heraus.

Abb. 3.9: Zeitliches Engagement der Selbsthilfegruppen und eines Mitglieds

Wieviele Stunden engagieren sich alle Gruppenmitglieder insgesamt pro Monat?



Wieviele Stunden engagiert sich ein Gruppenmitglied im Monat?



© ISAB Köln 06/1996. Befragungen von Selbsthilfegruppen 1995 (n = 687 Gruppen).

Zeitliches Engagement der Mitglieder von Selbsthilfegruppen (in Stunden pro Monat)			
	Ansprech-partner der Gruppe	Aktives Mit-glied der Gruppe	Durchschn. Gruppen-mitglied
Selbsthilfegruppen von Betroffenen (Typ 1)	13,0	10,7	6,6
Außenorientierte Selbst-hilfegruppen (Typ 2)	36,0	10,8	4,9
Selbsthilfeinitiativen (Typ 3)	37,0	18,0	7,3
INSGESAMT	23,5	11,8	5,7
© ISAB Köln 06/ 1996.			

Wer sich engagiert, muß nicht nur Zeit, sondern häufig auch Geld mitbringen. Das fängt bei Ausgaben für Bürobedarf, Kopien und Telefonkosten an, die dem Engagierten häufig nicht ersetzt werden. Welche Person z.B. weiß genau, wann sie wie lange mit wem von ihrem eigenen Telefonanschluß für die Gruppe telefoniert hat. Eines weiß die Person mit Sicherheit, sie wird am Ende des Monats eine höhere Telefonrechnung haben. Die Grenzen nach oben sind nur durch die eigenen finanziellen Mittel gesetzt. Daraus läßt sich nicht ableiten, daß sich in der Selbsthilfe nur Angehörige der Ober- und Mittelschicht engagieren können, sondern die Notwendigkeit der Förderung, damit sich auch finanziell schwächer gestellte Menschen engagieren können.

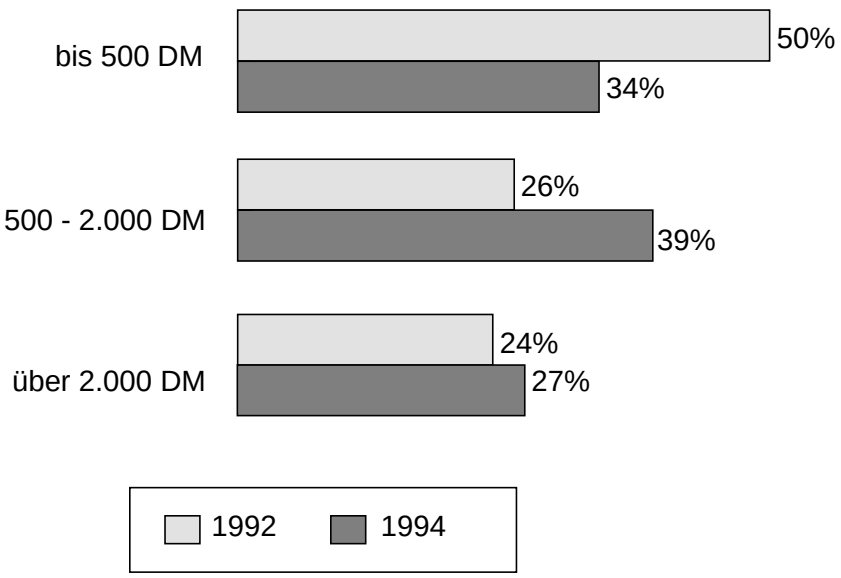
Ein Drittel der Gruppen hatte 1994 bis 500 DM zur Verfügung, um Ausgaben zu finanzieren (vgl. **Abb. 3.10**). 500 bis 2000 DM standen 39 % der Gruppen zur Verfügung, und ein gutes Viertel der Gruppen verfügt über höhere Beträge. So hat z.B. jede vierzehnte Gruppe (7 %) einen Etat von 10.000 bis 20.000 DM jährlich, jede zwanzigste Gruppe (5 %) kann auf mehr als 20.000 DM im Jahr zurückgreifen.

Die Finanzsituation der Selbsthilfegruppen und Initiativen hat sich in den neuen Bundesländern zwischen den Jahren 1992 und 1994 verbessert.

Viele Gruppen verfügten 1994 über eine mittlere Finanzausstattung, während zwei Jahre zuvor die Hälfte aller Gruppen noch finanzschwach war.

Abb. 3.10: Finanzsituation der Selbsthilfegruppen 1992 und 1994

Wieviel Geld stand Ihrer Gruppe im letzten Jahr zur Verfügung?



© ISAB Köln 06/1996. Befragungen von Selbsthilfegruppen 1993 und 1995 (n = 449 und n = 687 Gruppen).

Finanzquellen

Die Finanzquellen unterscheiden sich in Ost- und Westdeutschland. So erwarten 60 % der westdeutschen Selbsthilfegruppen von ihren Mitgliedern Beiträge, fast die Hälfte erhält Spenden. Geldmitteln von den Krankenkassen erhalten nur 5 % der Gruppen (Braun/ Opielka 1992 S. 75). In den neuen Bundesländern werden als Hauptquelle kommunale Fördermittel genannt. Die Hälfte der Gruppen erhält Gelder von der Stadt oder der Gemeinde. Als zweitwichtigste Quelle wird auf das finanzielle Engagement der Engagierten zurückgegriffen. 37 % der Gruppen erheben Mitgliedsbeiträge. Zuwendungen von den Krankenkassen bekommen 34 % der Selbsthilfegruppen. Neben den Mitgliedsbeiträgen spielen auch private Spenden eine wichtige Rolle. 24 % der Gruppen erhalten sie. Neben den

Kommunen unterstützten auch die Bundesländer (19 %), die Sozialversicherungsträger (14 %) und die Wohlfahrtsverbände (11 %) die Gruppen.
Eine relativ unbedeutende Rolle als Finanzquelle spielt bislang noch die private Wirtschaft (4 %). In Zukunft werden die Selbsthilfegruppen im Rahmen ihres Fundraising verstärkt auf die Wirtschaft zugehen müssen. Die Chancen, finanzielle bzw. materielle Hilfen zu erhalten, sind in den vergangenen Jahren gestiegen. Ein Grund für die geringe finanzielle Unterstützung durch die private Wirtschaft dürfte sein, daß Barrieren und Unkenntnis die Förderbereitschaft versperren. Da sich auch Unternehmen zunehmend dem Social-Sponsoring zuwenden, ist die Frage zu stellen, ob und welche Unterstützungs- und Vermittlungsleistungen die Kontaktstellen erbringen können.

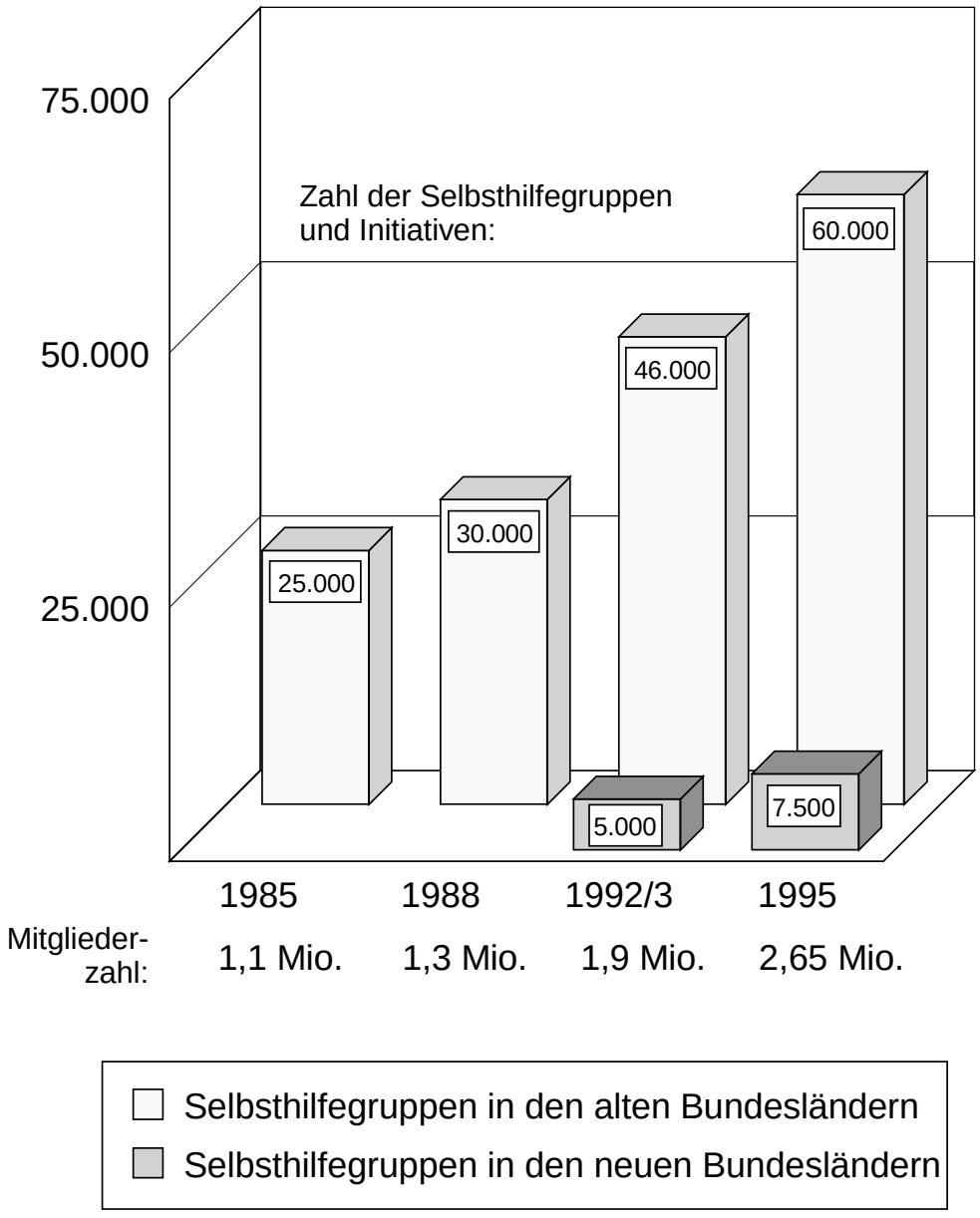
3.4 Zahl der Selbsthilfegruppen und der in Selbsthilfe engagierten Bürger

Exakte Daten zur Zahl der Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik Deutschland liegen erst seit 1988 vor. [4] Mitte der 80er Jahre kann die Zahl der Gruppen auf 25.000 in den alten Bundesländern geschätzt werden. 1988 kam ISAB aufgrund der in der Anmerkung 4 geschilderten Berechnungsweise auf 30.000 Gruppen und Initiativen in den alten Bundesländern. Anfang der 90er Jahre waren es danach bereits 46.000 Gruppen und Initiativen für die alten Bundesländern. Die Anzahl der Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern lag zu Beginn des Modellprogramms bei ca. 4.000 bis 5.000 Gruppen. 1995 schließlich existieren bereits 60.000 Gruppen in den alten und 7.500 Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern. Insgesamt gibt es aufgrund der angewandten Schätzungsmethode im Jahr 1995 eine Zahl von 67.500 Selbsthilfegruppen und Initiativen in der Bundesrepublik mit 2,65 Millionen Mitgliedern (vgl. **Abb. 3.11**). Die Anzahl der Gruppen hat sich in zehn Jahren verdoppelt. In den neuen Bundesländern war die Entwicklung noch wesentlich dynamischer, innerhalb von nur zwei Jahren stieg die Zahl der Selbsthilfegruppen und Initiativen von 5.000 auf 7.500 und damit um 50 %. Aufgrund des unterschiedlichen Ausgangsniveaus in den neuen Bundesländern erklärt sich die Dynamik der Entwicklung. Das Verhältnis von Gruppenmitgliedern und dem aktiven Kern der Gruppe

4 Zu den folgenden Ausführungen s. den Abschnitt „Methodische Grundlagen“, S. 74.

konnte aus der Selbsthilfegruppenbefragung ermittelt werden. Danach gliedern sich die 2,65 Millionen in Selbsthilfegruppen und Initiativen engagierten Bürger in 800.000, die den aktiven Kern der Gruppen bilden, und 1,85 Millionen Menschen, die sich als Mitglieder in den Gruppen engagieren.

Abb. 3.11: Entwicklung der Selbsthilfegruppen und Initiativen sowie der Mitgliederzahl in der Bundesrepublik Deutschland 1985 bis 1995



© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

Parallel zur Zunahme der Gruppen hat sich die Zahl der Bürgerinnen und Bürger, die sich in Selbsthilfegruppe engagieren, verdoppelt. Insgesamt engagieren sich heute 2,6 Millionen Bürgerinnen und Bürger in Selbsthilfegruppen und Initiativen.[5] Dies entspricht einem Anteil von etwa 3,2 Prozent an der Gesamtbevölkerung. Bezogen auf die Bevölkerung, die über 18 und unter 80 Jahren alt ist, engagieren sich in Deutschland 4,2 % aller Bürger. Für die alten Bundesländer beträgt der Anteil 4,8 % und für die neuen Bundesländer 1,7 %. Im Vergleich zu den Angaben von Trojan (0,5 bis 1,0 % der Bevölkerung für Hamburg im Jahr 1981) ist der bevölkerungsbezogene Anteil in den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten erheblich gestiegen.

Aussagekräftiger als Angaben, die sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen, sind Werte, die die Zahl der Engagierten in einem speziellen Bereich in Beziehung setzen zu den Personen, die von diesem Problem betroffen sind. „Hier zeigt sich beispielsweise, daß der Anteil der in Selbsthilfegruppen aktiven Alkoholiker bei ca. 2 % liegt, der entsprechende Anteil wird für von Krebs betroffenen Frauen mit 3 bis 4 % genannt, bei Alleinerziehenden sollen es sogar 7 bis 8 % sein." (Wohlfahrt/ Breitkopf 1995, S. 33). In der Deutschen Rheumaliga sind nach eigenen Angaben 4,25 % der Erkrankten organisiert (170.000 Mitglieder bei 4 Millionen Rheumakranken in der Bundesrepublik Deutschland). Aufgrund der sehr intensiv Untersuchung, die Anfang der 80er Jahre in Hamburg durchgeführten wurde, kommt Trojan zu einem „Organisationsgrad" von Betroffenen in Selbsthilfegruppen, der bei Alkoholikern bei 6 % liegt. Bei den meisten Problembereichen liegt dieser Prozentsatz erheblich niedriger, ohne daß sich hierfür genaue Angaben machen lassen (Trojan in Forschungsverbund Laienpotential 1987, S. 82 f.).

Bei der Hochrechnung werden diejenigen Menschen berücksichtigt, die aktuell in einer Selbsthilfegruppe mitarbeiten. Wir wissen, daß das

5 Als Vergleichsgröße kann die Zahl der ehrenamtlich Tätigen in den Wohlfahrtsverbänden herangezogen werden. Sie blieb in den letzten zehn Jahren mit ca. 1,5 Millionen Bürgerinnen und Bürgern konstant. Berücksichtigt man, daß die Zahl der Bürger durch die Wiedervereinigung gestiegen ist, ist die Zahl der ehrenamtlich Tätigen gesunken (1984 waren es 1,5 Millionen Bürger, dies entsprach ca. 2,5 bis 3,0 % der Bevölkerung (vgl. Niedrig 1985); 1993 waren es 1,5 Millionen Bürger für das gesamte Bundesgebiet, dies entspricht 1,8 bis 1,9 % der Bevölkerung (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft 1994).

Engagement in Selbsthilfegruppen und Initiativen zeitlich begrenzt ist. Insofern kommen zu den Gruppen immer wieder neue Mitglieder, während andere die Gruppe verlassen. Die Personen, die schon einmal Mitglied einer Gruppe waren und in anderen schwierigen Lebenssituationen wieder in eine Gruppe gehen würden, sind daher bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt.

Die in den neuen Bundesländern durchgeführten Untersuchungen geben Anhaltspunkte über die Dauer des Bestehens von Selbsthilfegruppen. Angaben darüber, wie lange Selbsthilfegruppen bestehen, gibt es bislang nicht. Die simple Auffassung, daß sich Selbsthilfegruppen zur Lösung der Probleme der Mitglieder gründen und sich dann nach ein bis zwei Jahren wieder auflösen, kann nicht aufrechterhalten werden. Auswertungen der Gruppenkarteien der Kontaktstellen zeigen, daß sich zwischen 5 % und 10 % der Gruppen jährlich auflösen. Nach Auskunft der Selbsthilfeberater handelt es sich dabei überwiegend um sehr „junge“ und sehr „alte“ Selbsthilfegruppen: Zum einen ist ein Auflösen der Gruppen direkt in der Anfangsphase darauf zurückzuführen, daß diese überfordert sind. Sie wissen nicht, woher sie Informationen, Beratung und Unterstützung erhalten können, und nichts über die Existenz einer Kontaktstelle. Auch kommt es vor, daß die Mitglieder der Gruppen persönlich nicht zueinander passen. Zum anderen lösen sich auch langjährig bestehende Gruppen auf, da das ursprüngliche Thema wie beispielsweise Trauer, Trennung oder Tod bewältigt ist. Innerhalb dieser Gruppen bestanden häufig sehr enge soziale Beziehungen, so daß man keine neuen Mitglieder aufzunehmen wünschte.

Methodische Grundlagen der Berechnung der Anzahl der Selbsthilfegruppen

Für eine Hochrechnung auf die Bevölkerung der Bundesrepublik stellt sich das folgende Problem: In den Modellstandorten, aber auch in Kommunen, in denen Selbsthilfekontaktstellen bestehen, ist anzunehmen, daß hier eine vergleichsweise höhere Anzahl von Selbsthilfegruppen besteht. Einer Hochrechnung aufgrund der in den Modellstandorten erfaßten Gruppen könnte entgegengehalten werden, daß die Anzahl der Gruppen für die Bundesrepublik überschätzt wird. Diesem Argument steht allerdings entgegen, daß auch an den Modellstandorten nicht alle existierenden Gruppen erfaßt wurden. Aus diesem Grunde hat sich ISAB dafür

entschieden, keine Gewichtung nach Standorten mit Selbsthilfekontaktstellen und anderen Kommunen vorzunehmen, zumal aus den Berechnungen hervorgeht, daß im Zeitvergleich eine stetige Steigerung der Gruppenzahl festzustellen ist.

Das ISAB-Institut hat, zunächst in den alten und später auch in den neuen Bundesländern, ausgehend von den statistischen Erhebungen in den Selbsthilfekontaktstellen, Schätzungen der Anzahl der Selbsthilfegruppen vorgenommen. Die in den Selbsthilfekontaktstellen in den alten und neuen Bundesländern ermittelte Anzahl der Selbsthilfegruppen bildet dabei den Ausgangspunkt. Es zeigte sich allerdings, daß den Selbsthilfekontaktstellen nicht das gesamte Spektrum von Selbsthilfegruppen - insbesondere von Initiativen in den Bereichen Gesundheit, Soziales, Umwelt etc. - bekannt ist. Daher hat ISAB durch eigene Recherchen bei Verbänden, Einrichtungen und Kommunen die Adreßbestände der Kontaktstellen ergänzt. Auf dieser Grundlage wurden von ISAB 1988 und 1991 in den alten (vgl. Braun/ Opielka 1992) und 1993 (vgl. Braun/ Kasmann/ Kettler 1994) und 1995 in den neuen Bundesländern schriftliche Befragungen von Selbsthilfegruppen und Initiativen durchgeführt. Dabei wurden die Gruppen mehrfach aufgefordert, weitere Gruppen bzw. deren Ansprechpartner mitzuteilen. Zuverlässig sind Angaben über Gruppen, die in Verbänden organisiert sind. Bei autonomen und kleineren Gruppen wird die Erfassung der genauen Anzahl schwierig, wie sich bereits in anderen Untersuchungen gezeigt hat (vgl. Trojan in: Forschungsverbund Laienpotential 1987, S. 82). Trotz der mehrfach geführten Recherchen besteht die Wahrscheinlichkeit, daß nicht alle Gruppen erfaßt wurden. Insofern muß davon ausgegangen werden, daß in den Modellstandorten eher der untere Stand der Zahl der Selbsthilfegruppen erfaßt wird. Die Gesamtzahl dürfte höher liegen.

Selbsthilfegruppendichte

Ein Indikator für den Umfang der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern ist die Selbsthilfegruppendichte, das Verhältnis zwischen Einwohnerzahl im Einzugsgebiet und Zahl der Selbsthilfegruppen (vgl. **Abb. 3.12** u**. Abb. 3.13**). In den neuen Bundesländern bestehen in den Städten pro 10.000 Einwohner etwa fünf Gruppen. Damit ist bereits fünf Jahre nach der Wende 50 % des Westniveaus erreicht. In den ländlichen Einzugsgebieten ist mit etwa vier Gruppen pro 10.000 Einwohner bereits 80 % des

Westniveaus erreicht. Die Gruppendichte verdeutlicht somit ebenfalls die rasante quantitative Entwicklung der Selbsthilfe in den neuen Bundesländern.

Festzuhalten bleibt, daß die Entwicklung der Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern mit einer Steigerung von 50 % in zwei Jahren ein hohe Dynamik aufweist. Aufgrund des niedrigen Ausgangsniveaus ist davon auszugehen, daß die Zahl der Gruppen und Initiativen, insbesondere in den Städten, bei Förderung einer Unterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen noch erheblich steigen wird.

Abb. 3.12: Umfang der Selbsthilfe (Selbsthilfe-gruppendichte)

⇨ **Selbsthilfegruppendichte in den alten Bundesländern**

(Zahl der Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner)

- insgesamt: 9,1 Selbsthilfegruppen
- in Städten: 9,7 Selbsthilfegruppen
- in ländlichen Regionen: 5,4 Selbsthilfegruppen

⇨ **Selbsthilfegruppendichte in den neuen Bundesländern**

(Zahl der Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner)

- insgesamt: 4,6 Selbsthilfegruppen
- in Städten: 4,7 Selbsthilfegruppen
- in ländlichen Regionen: 4,2 Selbsthilfegruppen

© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern (n = 1.971 Gruppen). Stat. Erhebungen zu Selbsthilfegruppen in den alten Bundesländern (n = 2.937 Gruppen).

Abb. 3.13: Zahl der Selbsthilfegruppen und Selbsthilfegruppendichte in 17 Städten und Kreisen

Wieviele Gruppen gibt es im Einzugsbereich Ihrer Kontaktstelle?

Standort	Zahl der Gruppen 1993	Zahl der Gruppen Mitte 1995	Zunahme in Prozent	Einwohner im Einzugsbereich 1995	Gruppenzahl je 10.000 EW 1995 (Selbsthilfegruppendichte)
Berlin - Mitte	45	51		82.000	6,2
Chemnitz	97	138		320.000	4,3
Dresden	88	162		480.000	3,4
Erfurt	49	100		207.000	4,8
Halle/Saale	60	106		300.000	3,5
Jena	49	78		105.000	7,4
Leipzig	104	123		500.000	2,5
Magdeburg	69	140		265.000	5,3
Potsdam	86	122		140.000	8,7
Schwerin	70	104		124.000	8,4
Stralsund	34	73		112.000	6,5
Suhl	43	66		56.000	11,8
Kontaktstellen in Städten	804	1.263	50%	2.691.000	4,7
Bad Freienwalde	18	71		219.000	3,3
Fürstenwalde	25	66		187.000	3,5
Gardelegen	61	130		258.000	5,0
Hoyerswerda	26	41		60.000	6,8
Teterow	34	49		120.000	4,1
Kontaktstellen in ländl. Regionen	164	357	118%	844.000	4,2
insgesamt	**986**	**1.620**	**64%**	**3.535.000**	**4,6**

© ISAB Köln 03/1996. Jährliche Befragung der 17 Selbsthilfekontaktstellen. Befragung der Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern 1993 und 1995.

4. Bürger, Selbsthilfegruppen und Fachleute: Die Nutzer der Selbsthilfekontaktstellen

4.1 Nutzer von Selbsthilfekontaktstellen im Überblick

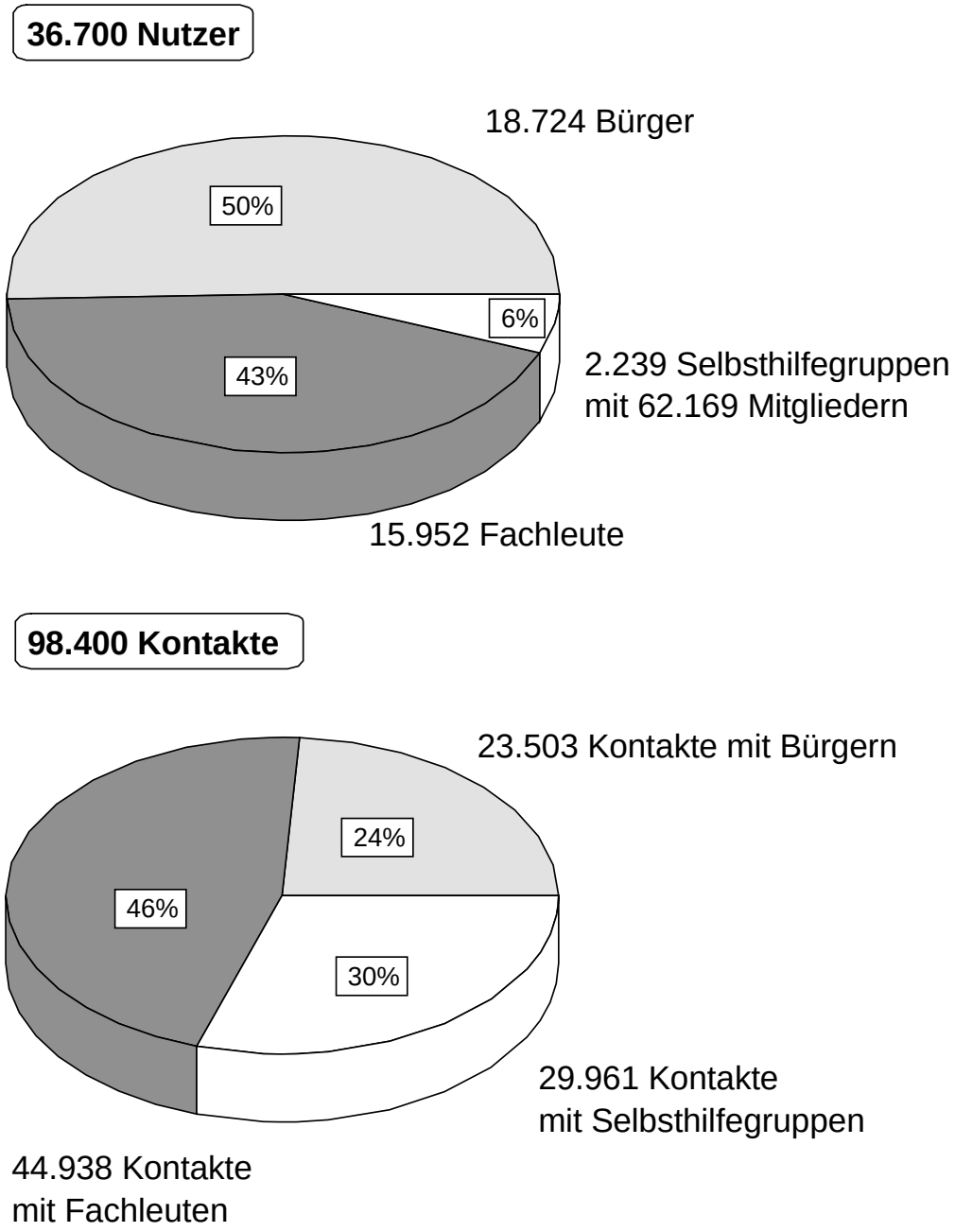
Der Zusammenbruch der ehemaligen DDR und die Wiedervereinigung führten bei vielen Bürgern in den neuen Bundesländern zu einem Transformationsschock. „Während sich ihre gewohnte Arbeits- und Lebenswelt in der Auflösung befindet und ihr überkommenes soziales und kulturelles Kapital entwertet bzw. zumindest stark relativiert ist, sehen sie sich mit einem Mal in ein fremdes System versetzt." (Poldrack 1993, S. 5) Mit der „institutionellen Transplantation des Westmodells" ist nicht zwangsläufig sichergestellt, daß die in der ehemaligen Bundesrepublik gewohnten Strukturen auch in der ehemaligen DDR in vergleichbarer Weise funktionieren und akzeptiert werden. „Wenn solche Institutionen sich mit Leben füllen statt dahinwelken und schließlich verdorren sollen, dann ist die Voraussetzung dafür, daß sie von ihrer jeweils spezifischen gesellschaftlichen Basis her als sinnvolle und zweckmäßige Einrichtungen anerkannt sind." (Offe 1991, S. 79) Wie dies den Selbsthilfekontaktstellen gelungen ist, wird die Leitfrage der folgenden Kapitel sein.

Selbsthilfekontaktstellen gab es in der ehemaligen DDR nicht. Sie sind neue Institutionen, die nach der Wende in enger Anlehnung an die in den alten Bundesländern bestehenden Selbsthilfekontaktstellen entstanden sind. Besteht für sie ein Bedarf? Werden sie von der Bevölkerung angenommen?

Die Vermutung einzelner Experten, daß die neuen sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen im Osten nicht akzeptiert werden, trifft auf die Selbsthilfekontaktstellen nicht zu. Sie werden von selbsthilfeinteressierten Bürgern, Selbsthilfegruppen und Fachleuten, den Nutzern der Selbsthilfekontaktstellen, angenommen. Durch die Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen wird auch Akzeptanz für die anderen neuen Institutionen im Gesundheits- und Sozialbereich unterstützt.

Von 1993 bis 1995 erreichten die 17 Selbsthilfekontaktstellen des Modellprogramms insgesamt 18.553 Bürger, 15.957 Fachleute und 2.239 Selbsthilfegruppen (vgl. **Abb. 4.1**).

Abb. 4.1: Nutzer der Selbsthilfekontaktstellen und Kontakte mit Bürgern, Selbsthilfegruppen und Fachleuten im Modellprogramm (1993 - 1995)



© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu Bürgern, Selbsthilfegruppen und Fachleuten (n = 18.724 Bürger, n = 2.239 Gruppen, n = 15.952 Fachleute).

An Selbsthilfe interessierte Bürger stellen in den Kontaktstellen des Modellprogramms mit einem Anteil von 50 % den größten Adressaten- bzw. Nutzerkreis**,** allerdings im Vergleich zu Selbsthilfegruppen und Fachleuten mit geringeren Kontaktzahlen (24 %) (vgl. **Abb. 4.1**). Die Kontaktdichte, der Quotient aus Kontakt- und Nutzerzahlen, ist ein Indikator für die Beratungsintensität. Die Kontaktdichte der Bürger, die eine Kontaktstelle aufsuchen, beträgt 1,3. Von drei Bürgern suchen zwei die Kontaktstelle einmal auf, mit dem Dritten wird ein zweiter Kontakt vereinbart. Aufgabe der Kontaktstelle ist es, über Selbsthilfe zu informieren, im Gespräch mit dem Bürger zu klären, ob eine Selbsthilfegruppe für ihn in Frage kommt. Danach wird er in der Regel entweder an eine Selbsthilfegruppe oder an einen professionellen Dienst weitervermittelt. Der überwiegende Teil der Bürgerinnen und Bürger hat sich vor dem Besuch in den Selbsthilfekontaktstellen noch nicht engagiert. Den Kontaktstellen gelingt es neben der intensiven Beratungs- und Unterstützungsarbeit für die Gruppen und Initiativen im hohem Maße, Kontakte zu den Menschen in der Bevölkerung aufzubauen, die sich engagieren wollen, und diese bei der Realisierung ihres Engagements zu unterstützen.

Der hohe Stellenwert der Unterstützung durch die Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen und Initiativen zeigt sich darin, daß sie im Durchschnitt 13 Kontakte mit der Kontaktstelle haben. Diese Kontaktdichte ist mit Abstand die höchste der drei Nutzergruppen. Sie zeigt die enge Zusammenarbeit mit den Gruppen und Initiativen. Die Kontaktdichte ist gleichzeitig ein Indikator für den hohen Beratungs- und Unterstützungsbedarf der Gruppen und Initiativen.

Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit einer Selbsthilfekontaktstelle und ihre Verankerung im lokalen Umfeld ist die enge Zusammenarbeit mit Fachleuten aus Verwaltungen, Verbänden und Einrichtungen. Die Stabilität der Beziehungen zwischen den Kontaktstellen und den Fachleuten wird unterstrichen durch die Tatsache, daß jeder professionelle Nutzer im Durchschnitt die Kontaktstelle dreimal kontaktiert.

Die Inanspruchnahme der Kontaktstellen schwankt stark zwischen städtischen und ländlichen Einzugsgebieten. Städtische Kontaktstellen werden stärker in Anspruch genommen als ländliche Kontaktstellen, wie bereits die Erfahrungen aus dem Programm „Informations- und Unterstützungs-

stellen für Selbsthilfegruppen“ in den alten Bundesländern gezeigt haben. Institutionelle, psychologische und Mobilitätsbarrieren sowie eine höhere Zahl tabuisierter Themen sind die Ursachen für die geringere Inanspruchnahme ländlicher Kontaktstellen im Vergleich zu städtischen Kontaktstellen (vgl. Burmeister 1992, S. 33 f.). Es gibt erfolgreiche städtische und erfolgreiche ländliche Kontaktstellen. Als eine wichtige Meßlatte des Erfolges dient die Inanspruchnahme.

Die Anzahl der Kontakte einer Selbsthilfekontaktstelle ist ein weiterer Indikator zur Leistungsbewertung (vgl. **Kap. 2.4**). Erfolgreiche städtische Kontaktstellen haben in drei Jahren mehr als 7.000 Kontakte. Erfolgreiche ländliche Kontaktstellen haben bei der im Modellprogramm gegebenen Personal- und Sachausstattung in drei Jahren mehr als 4.500 Kontakte mit ihren Nutzern.

Ohne die über die Gruppen und Initiativen erreichten Bürger als Einzelpersonen zu berücksichtigen, wurden die Selbsthilfekontaktstellen in Städten in einem Jahr von 1.172 Nutzern und die Kontaktstellen in ländlichen Regionen von 536 Nutzern in Anspruch genommen (vgl. **Abb. 4.2**). Städtische Kontaktstellen haben im Laufe eines Arbeitstages 14 Kontakte mit Bürgern, Gruppen und Fachleuten, auf dem Land sind es 8 Kontakte. Die unterschiedlichen städtischen und ländlichen Nutzer- und Kontaktzahlen geben Hinweise auf die Qualitätsstandards der Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen unter der Voraussetzung, daß die gegebene Personal- und Sachausstattung erhalten bleibt.

Selbsthilfekontaktstellen erreichen mit der Dauer ihres Bestehens offenbar immer stärker ihre Zielgruppen. Von Jahr zu Jahr steigt die Zahl der beratenen Bürger um 4 %. In den Städten und Gemeinden suchen immer mehr Selbsthilfegruppen und Initiativen die Unterstützung ihrer Kontaktstelle. Pro Jahr werden 30 % mehr Selbsthilfegruppen als im Vorjahr von den Kontaktstellen in ihrer Arbeit unterstützt. Auch die Fachleute kooperieren zunehmend mit den Selbsthilfekontaktstellen.

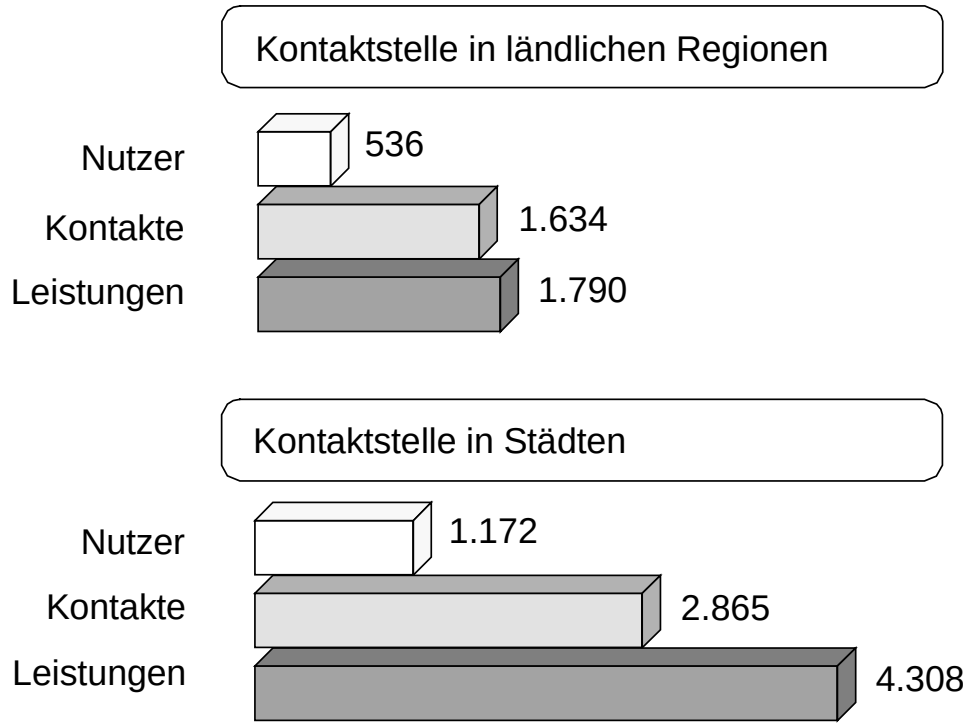
4.2. Bürger und ihre Selbsthilfeanliegen

Welche Bürgerinnen und Bürger der neuen Bundesländer haben die Selbsthilfekontaktstellen aufgesucht? Was wollen sie von den Selbsthilfekontaktstellen, und mit welchen Anliegen wenden sie sich an

sie? Es hat sich herumgesprochen, daß die Selbsthilfekontaktstellen gute Arbeit leisten. Das ist

Abb. 4.2: Nutzer, Kontakte und Leistungen erfolgreicher Selbsthilfekontaktstellen

(Durchschnittliche Angaben pro Jahr)



© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebung zu selbsthilfeinteressierten Bürgern, Selbsthilfegruppen und Fachleuten (n = 15.381 Bürger, n = 1.971 Gruppen, n = 14.695 Fachleute).

auf ihre erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit (vgl. **Kap. 6.4**), eine sehr gute Beratung und Unterstützung der Selbsthilfegruppen (vgl. **Kap. 8.3**) und eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Fachleuten zurückzuführen (vgl. **Kap. 9**). Bürger erfahren von der Arbeit der Kontaktstelle z.B. durch Freunde, Bekannte, Nachbarn, durch die Tageszeitung, das Radio, durch Fernsehbeiträge und durch ausliegende Selbsthilfematerialien, z.B. bei ihrem Hausarzt. Fachleute aus dem Gesundheitswesen und Sozialbereich sprechen Bürger auf Selbsthilfe und die Kontaktstellen an.

Mit jedem Kontakt zwischen Selbsthilfeberatern und Bürgern erhöht sich die Chance, daß sich mehr Bürger in Selbsthilfe engagieren. Von Januar 1993 bis Juni 1995 suchten 15.381 Bürger die Selbsthilfekontaktstellen in den neuen Bundesländern auf. Von diesen hatten 11.482 Bürger ein selbst-

hilfebezogenes Anliegen. Selbsthilfeinteressenten wollen von der Selbsthilfekontaktstelle in erster Linie Informationen über Selbsthilfegruppen und die Vermittlung in eine Gruppe oder Initiative (vgl. **Kap. 6.1**). An die Kontaktstellen haben sich auch Menschen mit nicht selbsthilfebezogenen Anliegen gewandt, sie suchten Hilfe. Mit der Wiedervereinigung sind zahlreiche neue Institutionen entstanden, und alte, bekannte wurden aufgelöst bzw. lösten sich selbst auf, bedingt durch die Änderungen im Wirtschafts- und Sozialsystem. Viele Bürger kannten die neuen Institutionen nicht, wußten nicht, was sie von ihnen erwarten können und was nicht. Die Selbsthilfekontaktstellen konnten diese Bürger beraten, indem sie sie über professionelle Dienste informierten und an die entsprechenden Fachleute weitervermittelten. 10 % dieser Bürger wurden zu Mietrechts-, Wohnprojekt- und Sozialrechtsfragen beraten.

Ob das Profil einer Selbsthilfekontaktstelle im öffentlichen Bewußtsein verankert ist, kann nach dem Anteil der Selbsthilfeinteressenten an allen Besuchern beurteilt werden. Insgesamt waren es 75 % der Bürger, die mit einem selbsthilfebezogenen Anliegen die Kontaktstelle aufsuchten. In der Stadt waren es 84 %, auf dem Land 67 %. Im Laufe des Modellprogramms erhöhte sich der Anteil der selbsthilfebezogenen Anliegen auf dem Land. Im ersten Jahr betrug der Anteil an selbsthilfebezogenen Anliegen nur 62 %.

Viele Menschen in den neuen Bundesländern wollen Probleme durch die Selbsthilfe lösen, was sich nicht nur an der Zunahme der Selbsthilfegruppen zeigt (vgl. **Abb. 3.12**). Die Bedeutung der Selbsthilfekontaktstellen für noch nicht engagierte, aber hochinteressierte Bürger zeigt sich daran, daß sie in den neuen Bundesländern mit 12 % bereits einen vergleichsweise hohen Anteil der interessierten Bevölkerung unterstützen, den die Kontaktstellen in den alten Bundesländern erreichen (15 %). Jedoch ist in den neuen Bundesländern noch nicht das Westniveau der Selbsthilfegruppendichte (Gruppen im Verhältnis zur Einwohnerzahl) erreicht. Sie liegt in ostdeutschen Städten bei 50 % und in ostdeutschen ländlichen Regionen bei 80 % des westdeutschen Niveaus (vgl. **Abb. 3.11**).

Die über 50jährigen wollen sich in den neuen Bundesländern (29 %) stärker als in den alten Bundesländern in der Selbsthilfe engagieren. Viele dieser älteren Menschen haben ihren Arbeitsplatz verloren (18 %). Sie

wenden sich auf der Suche nach Beratung und Unterstützung an die Selbsthilfekontaktstellen. Sie wollen sich austauschen, über ihre Probleme reden, sich selbst und anderen helfen. Die jungen Alten sind entgegen der Prognose von Poldrack (1991, S. 78) im Unterschied zu den alten Bundesländern nicht unterrepräsentiert.

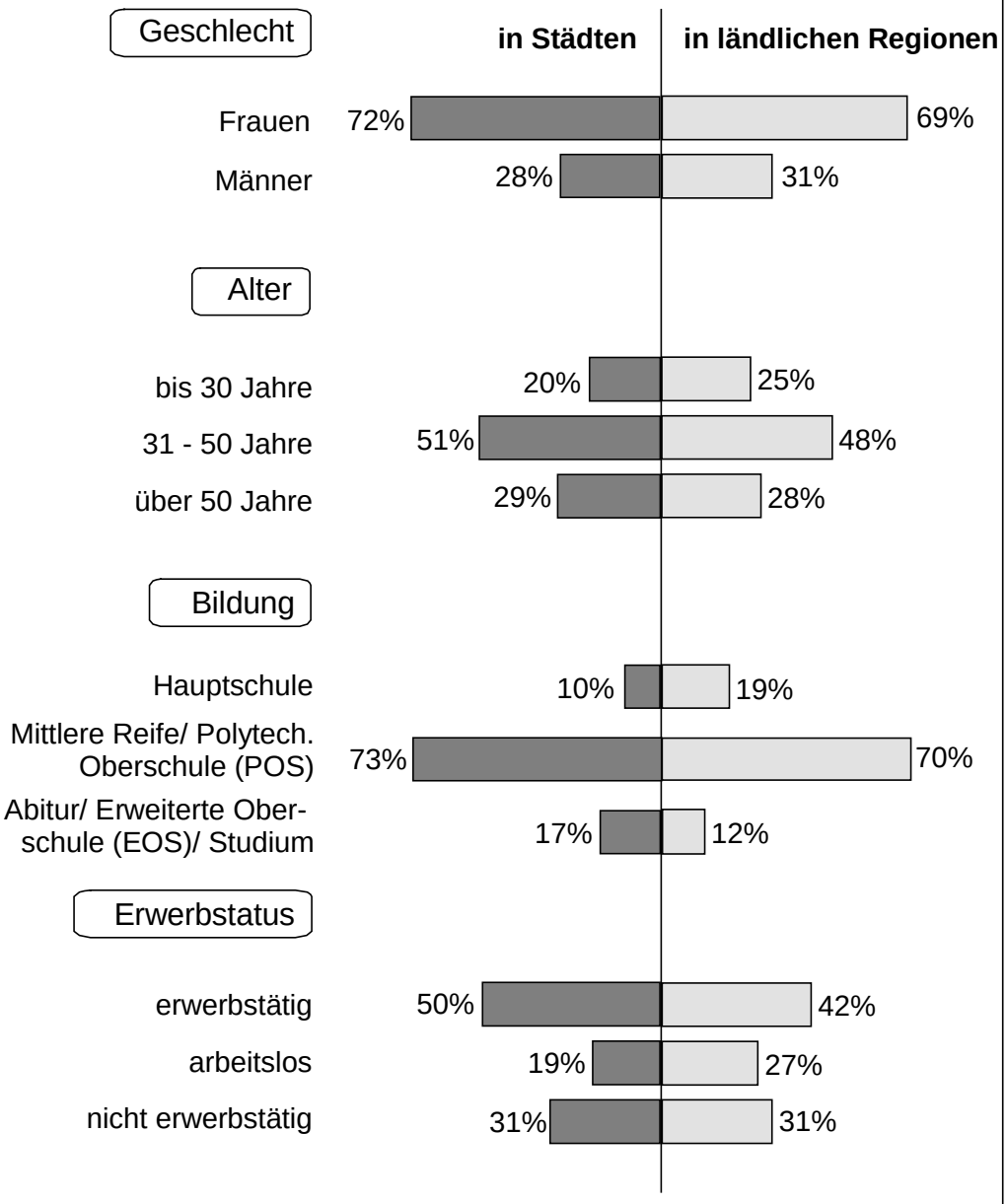
Die über 50jährigen in den neuen Bundesländern:
Zu jung für die Nazis und alt genug für den Aufbau des Sozialismus. Sie wurden Brigadier, Sekretärin, Reisekader, Nationalpreisträger, erste Verkäuferin. Beim Zusammenbruch der DDR waren die Über-50jährigen auf dem Höhepunkt der Karriere. Plötzlich werden sie nicht mehr gebraucht. Man kauft sie aus dem Produktionsprozeß heraus, zahlt lächerliche Summen für ihre Erfahrung, ihre Wünsche. Eine Generation wird abgeschoben. (Sylvester 1991, S. 1, 31 f.).

An Selbsthilfe interessierte Bürger in den neuen Bundesländern sind in erster Linie weiblich, zwischen 31 und 50 Jahre alt und haben einen Realschulabschluß; 50 % sind erwerbstätig (vgl. **Abb. 3.2**).

Unterscheiden sich die an Selbsthilfe interessierten Bürger in Städten und ländlichen Regionen (vgl. **Abb. 4.3**)? Der Anteil von Frauen und Männern, die sich an die Kontaktstelle gewandt haben, zeigt im Stadt-Land-Vergleich nur geringe Unterschiede. Auf dem Land suchen tendenziell mehr junge Menschen (25 %) als in der Stadt (20 %) die Kontaktstelle auf. Die Hauptgruppen auf dem Land wie in der Stadt sind die 31- bis 50jährigen, die in der Selbsthilfe eine ihnen angemessene Form des Engagements sehen.

In den Städten haben die Selbsthilfeinteressierten einen höheren Bildungsstand als auf dem Land. Die Einkommenssituation ist auf dem Land schlechter als in der Stadt. 27 % der Selbsthilfeinteressierten sind arbeitslos, nur noch 42 % gehen einem Beruf nach. Entsprechende Merkmale finden sich bei den Selbsthilfegruppen in ländlichen Regionen: Der Anteil der Nichterwerbstätigen und damit tendenziell Einkommensschwächeren liegt höher. Selbsthilfegruppen sollen daher auch direkt gefördert werden, weil sonst die Gefahr besteht, daß die Mitglieder der Gruppen finanziell überfordert werden.

Abb. 4.3: Demografie der an Selbsthilfe interessierten Bürger in Städten und ländlichen Regionen

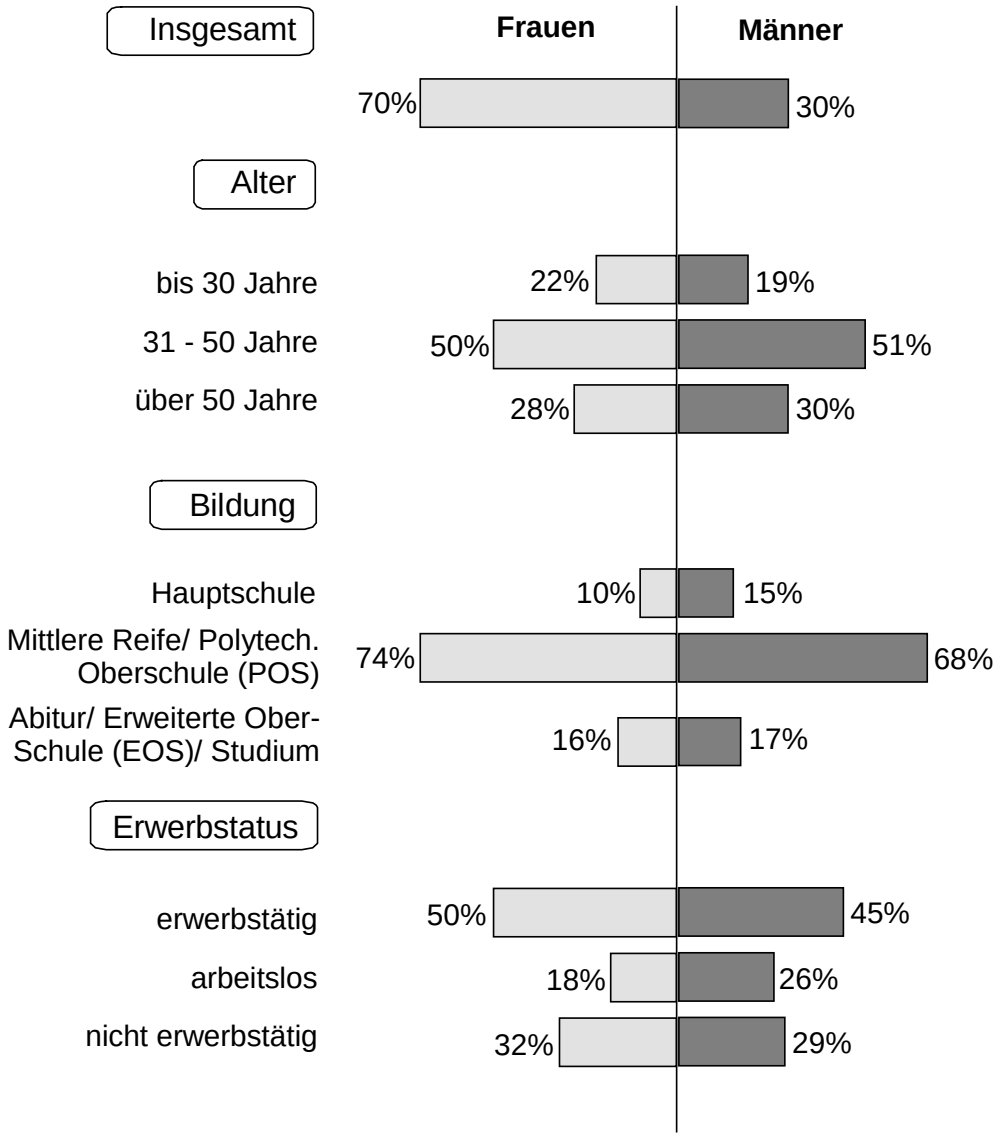


© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu selbsthilfeinteressierten Bürgern (n = 11.482 selbsthilfeinteressierte Bürger).

Vergleicht man die selbsthilfeinteressierten Frauen und Männer in den neuen Bundesländern nach Alter, Bildung und Erwerbsstatus, so fällt die ähnliche Verteilung bei Alter und Schulabschlüssen auf (vgl. **Abb. 4.4**). An Selbsthilfe interessierte Frauen (50 %) sind häufiger erwerbstätig als Männer (45 %), obwohl die Erwerbsquote von Frauen geringer ist als die der Männer. Viele Frauen wollen sich neben ihrer Erwerbstätigkeit bürgerschaftlich engagieren. Obwohl Frauen eine wesentlich höhere Arbeitslosenquote als Männer aufweisen, ist der Anteil weiblicher Arbeitsloser mit 20 % an den selbsthilfeinteressierten Frauen deutlich geringer als der Anteil männlicher Arbeitsloser (26 %). In der ehemaligen DDR waren fast alle Frauen erwerbstätig. Sie verfügten über ein eigenes Einkommen und hatten einen entsprechenden Status. Die überproportional hohe Entlassungsquote von Frauen veränderte diesen Status. Es ist häufig wieder der Mann, der das Familieneinkommen erwirbt, und die Frau, die dazuverdient. Mit dem Verlust des Arbeitsplatzes geht nicht nur die finanzielle Unabhängigkeit verloren, sondern die Arbeit wird durch die Entlassung im nachhinein noch entwertet. „Wäre sie etwas wert, dann hätte ich noch meinen Arbeitsplatz." Resignation kann sich breitmachen. Engagement in Selbsthilfe wirkt dieser Resignation entgegen, es stärkt das Selbstwertgefühl und erhöht die soziale Kompetenz. Für Selbsthilfekontaktstellen ergibt sich hieraus die Konsequenz, sich dieser Zielgruppe stärker zuzuwenden.

Selbsthilfeinteressierte Frauen in den neuen Bundesländern sind älter als selbsthilfeinteressierte Frauen in den alten Bundesländern. Im Osten sind 28 % über 50 Jahre alt, im Westen liegt der Anteil bei 18 %. Deutlich mehr erwerbstätige Frauen - was natürlich auf die höhere Erwerbsquote von Frauen in der DDR zurückzuführen ist - engagieren sich in den neuen Bundesländern (50 %) als im Westen (42 %). Auch die an Selbsthilfe interessierten Männer sind in den neuen Bundesländern älter als in den alten Bundesländern. 30 % sind älter als 50 Jahre. In den alten Bundesländern sind lediglich 17 % über 50 Jahre alt. In den neuen Bundesländern sind im Gegensatz zu den Frauen männliche Kontaktstellenbesucher in geringerem Maße erwerbstätig (45 %) als in den alten Bundesländern (59 %).

Abb. 4.4: Demografie der an Selbsthilfe interessierten Männer und Frauen



© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu selbsthilfeinteressierten Bürgern (n = 11.482 selbsthilfeinteressierte Bürger).

Selbsthilfeanliegen der Bürgerinnen und Bürger

Mit der Wiedervereinigung wurden die Bürger in den neuen Bundesländern „funktionale Analphabeten“ (Koch 1991, S. 163). Die Übernahme des bundesdeutschen Rechts- und Institutionensystems führte zu starker Verunsicherung der Bürger. Weder die formalen Routinen noch die informellen Routinen waren eingeübt und verinnerlicht worden. Die Verunsicherung lähmte einige, aber viele machten sich daran, das neue System in einem „try-and error-Verfahren“ für sich zu entdecken. Zu diesem neuen System gehören auch die Selbsthilfekontaktstellen. Man wandte sich nicht ausschließlich mit Selbsthilfeanliegen an die Kontaktstellen. Der Kontakt mit einer Kontaktstelle bot auch immer die Chance, zusätzliche Informationen über das im Aufbau befindliche Gesundheits- und Sozialsystem zu erhalten und auf diesem Wege die eigene Verunsicherung abzubauen und mit dem neuen System vertraut zu werden. Auf der anderen Seite konnten die Bürger in den Selbsthilfekontaktstellen ihre Verunsicherung und teilweise auch Verzweiflung zugeben und zulassen.

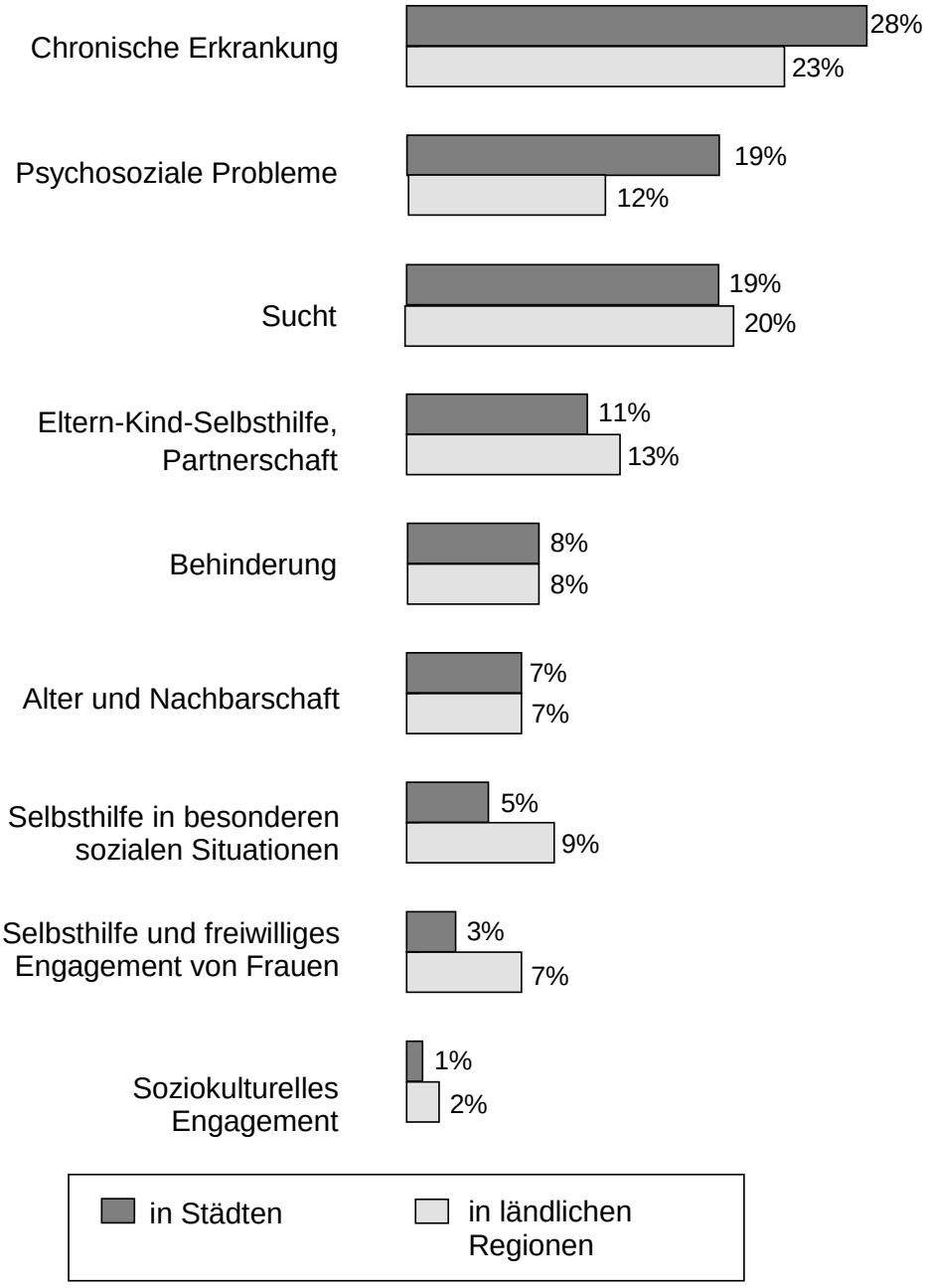
Mit welchen Selbsthilfeanliegen wenden sich die Menschen an die Selbsthilfekontaktstelle? Welche Bedürfnisse haben sie? In welchen Bereichen wollen Menschen beraten und unterstützt werden? Die Kontaktstellen berichten, daß die Menschen, die eine Kontaktstelle aufsuchen, in der Regel eine konkrete Vorstellung haben, in welchen Bereichen sie sich engagieren möchten. Sie suchen die Kontaktstelle auf, weil sie sich für Frauen einsetzen möchten, eine chronische Krankheit haben, unter psychischen Problemen leiden, zu viele Drogen konsumieren etc. Häufig ist ihnen jedoch nicht klar, ob Selbsthilfe der richtige Weg ist, um ihre Probleme zu lösen. Die Selbsthilfekontaktstelle verhilft zur Klärung durch Beratung, Handlungsangebote und Informationen.

Von allen selbsthilfeinteressierten Bürgern, die sich an die Kontaktstellen gewandt haben, waren 72 % an gesundheitlichen und 28 % an sozialen Themen interessiert. **Abb. 4.5** zeigt die neun Hauptbereiche des Selbsthilfeengagements. Dabei handelt es sich um chronische Erkrankung, psychosoziale Probleme, Behinderung, Sucht (gesundheitliche Bereiche) sowie Frauenselbsthilfe, Familie und Beziehung, Alter und Nachbarschaft, Selbsthilfe in besonderen sozialen Situationen wie Arbeitslosigkeit oder Sozialhilfebedürftigkeit und soziokulturelles Engagement (soziale

Bereiche). Die meisten Selbsthilfeinteressenten wollen sich in Gruppen chronisch

Abb. 4.5: Selbsthilfeanliegen der Bürger

Für welche Anliegen wollen sich selbsthilfeinteressierte Bürger engagieren?



© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebung zu selbsthilfeinteressierten Bürgern (n = 11.482 selbsthilfeinteresssierte Bürger).

Kranker engagieren. In den Städten sind es 28 %, und in den ländlichen Regionen sind es 23 %. Während in den Städten psychosoziale und Suchtprobleme mit 19 % an zweiter Stelle der Engagementbereiche stehen, sind es auf dem Land Probleme im Zusammenhang mit Suchtmitteln und hier vor allem Alkoholsucht, die jeden fünften (20 %) motivieren, die Selbsthilfekontaktstelle aufzusuchen.

Über den Untersuchungszeitraum des Modellprogramms hinweg blieb die Verteilung der Selbsthilfeinteressenten in den Städten in den neun Selbsthilfebereichen nahezu konstant. Auf dem Land vollzog sich zwischen 1993 und 1995 eine andere Entwicklung. 1993 waren die meisten Selbsthilfeinteressenten, die sich an eine Selbsthilfekontaktstelle wandten, Menschen mit Suchtproblemen (20 %). Im Jahr 1995 sind es immer noch 18 %. An Bedeutung verloren hat die familien- und partnerschaftsbezogene Selbsthilfe. 1993 lagen 19 % der Anliegen in diesem Bereich, 1995 nur noch 9 %. Hervorzuheben ist der deutliche Anstieg der Anliegen im Bereich psychosoziale Probleme. Während sich 1993 9 % der Bürger in diesem Bereich engagieren wollten, waren es 1995 19 %. Menschen mit psychischen Problemen gab es vermutlich 1993 auf dem Land im gleichen Umfang wie 1995. Inzwischen trauen sie sich, ihre Probleme zu benennen und zuzugeben. Damit ist ein wichtiges Thema durch die Medien und durch die Selbsthilfekontaktstellen aus der Tabuzone herausgeführt worden.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit denen des Modellprogramms in den alten Bundesländern, lassen sich kaum Unterschiede ausmachen. Mit 21 % ist der Anteil derjenigen, die psychosoziale Probleme lösen wollen, im Westen etwas höher (18 % in den fünf neuen Bundesländern). Personen mit Suchtproblemen stellten in den alten Ländern nur jeden achten Besucher (13 %), in den neuen Bundesländern beträgt der Anteil 18 %. Die Anteile im Bereich Frauenselbsthilfe sind in den fünf neuen Ländern geringer (4 %) als in den alten Ländern (8 %).

Fast drei Viertel aller selbsthilfeinteressierten Bürger in Städten, die in eine Selbsthilfekontaktstelle kommen, wollen sich im Bereich der gesundheitlichen Selbsthilfe engagieren. Mit 63 % ist der Anteil gesundheitlicher Anliegen auf dem Land geringer, dafür wenden sich dort verstärkt Menschen mit sozialen Anliegen an die Selbsthilfekontaktstelle.

Die Anliegen der selbsthilfeinteressierten Bürger - vergleichbar zu den Selbsthilfegruppen (vgl. auch **Abb. 4.8**) - können weiter differenziert werden. Menschen haben unterschiedliche Motive, warum sie sich für etwas einsetzen wollen, und unterschiedliche Themen, für die sie sich engagieren. Die neun Hauptbereiche der Selbsthilfe lassen sich in 39 Selbsthilfeteilbereiche untergliedern. Stadt- und Landbewohner unterscheiden sich in ihren Engagementinteressen in den verschiedenen Selbsthilfeteilbereichen .

In den Städten suchen Menschen, die chronisch krank sind, in erster Linie Unterstützung bei inneren Erkrankungen und orthopädischen Erkrankungen, Menschen auf dem Land vor allem bei Krebs und rheumatischen Erkrankungen. Menschen mit psychosozialen Problemen artikulieren in den Städten ihren Unterstützungsbedarf im Zusammenhang mit Phobien wesentlich häufiger (17 %), während dies auf dem Land kaum vorkommt (7 %). Im Bereich Behinderung sind die meisten Interessenten in den Städten von Sinnesschädigungen betroffen (bzw. Angehörige von solchen Betroffenen), wie z.B. Schwerhörige oder Blinde; auf dem Land geht es überwiegend um die Problematik der Körperbehinderung. Suchtkranke suchen in zwei von drei Fällen (66 %) auf dem Land die Kontaktstelle auf, weil sie alkoholkrank sind. In der Stadt sind es noch 44 %, aber es kommen als wichtige Motive Eßstörungen (28 %) und die Drogensucht (10 %) hinzu.

Gewalt gegen Frauen ist das häufigste Engagementmotiv in Städten im Bereich der Frauenselbsthilfe (39 %), gefolgt von Frauengesprächskreisen. Diese stehen auf dem Land eindeutig im Vordergrund (49 %), gefolgt von Engagement in Frauenverbänden und -initiativen. Menschen, die sich und anderen im Bereich von Eltern-Kind-Selbsthilfe und Partnerschaft helfen wollen, interessieren sich in den Städten vor allem für ihr Singledasein (41 %), auf dem Land steht das Thema „Sexualität“ im Vordergrund.

Was sind die wichtigsten Gründe und Motive, warum Frauen, Ältere, Arbeitslose und Akademiker sich engagieren? Frauen engagieren sich, weil sie chronische innere Erkrankungen, psychische Probleme haben, unter Eßstörungen und Magersucht leiden und sich mit ihrem Älterwerden auseinandersetzen wollen. Männer wollen sich mit Selbsthilfe von ihrer Abhängigkeit vom Alkohol lösen. Knapp jeder fünfte Mann gibt dieses

Motiv an, wenn er die Kontaktstelle aufsucht. Wichtig sind ebenfalls chronische innere Erkrankungen und psychische Probleme.

Bei den Unter-30jährigen stehen eindeutig die psychischen Probleme und die Eßstörungen im Vordergrund. Häufig werden auch sexuelle Probleme genannt. Bei den Über-50jährigen spielt erwartungsgemäß das Erleben des Alters eine Hauptrolle (19 %). Mit großem Abstand folgen innere Erkrankungen (12 %).

Schulbildung und Erwerbsstatus sind keine Faktoren, die die Anliegen der Selbsthilfeinteressierten bestimmen. Der Anteil derjenigen, die eine Kontaktstelle aufgrund von Alkoholproblemen aufsuchen, nimmt mit steigendem Bildungsgrad ab. Dies ist kaum auf den geringeren Konsum Höhergebildeter zurückzuführen, sondern vermutlich auf andere Formen der Verarbeitung bzw. Hilfe. Arbeitslose suchen in erster Linie nicht die Kontaktstelle auf, um sich mit ihrer Arbeitslosigkeit auseinanderzusetzen und sich gemeinsam zu unterstützen, sondern weil sie Alkoholprobleme haben.

Viele Bürger in den neuen Bundesländern waren und sind mit Problemen und schwierigen Lebenslagen konfrontiert. In den Selbsthilfekontaktstellen haben sie einen Anlaufpunkt gefunden. Hier werden sie über die Möglichkeiten von Selbsthilfe informiert, an eine Selbsthilfegruppe weitervermittelt oder darin unterstützt, selber eine neue zu gründen. Jüngste repräsentative Bevölkerungsumfragen zeigen, daß sieben Jahre nach der Wende viele Bürger in Ostdeutschland ihre Lebenssituation und Beteiligungschancen negativ einschätzen (vgl. Spiegel 1996, S. 64 ff.). Unterschiede der Wertorientierung haben sich in den letzten Jahren im Ost-West-Vergleich verstärkt: Für viele Menschen in den neuen Bundesländern ist das Bedürfnis nach „Ruhe und Ordnung“ wichtiger geworden, während der „Schutz der Meinungsfreiheit“ in den Hintergrund getreten ist. Der Wert „Gleichheit“ wird deutlich höher als „Freiheit“ eingestuft. Selbsthilfekontaktstellen können diesem Trend mit entgegenwirken. Sie tragen dazu bei, daß Bürger Partizipation erlernen und wahrnehmen können.

4.3 Selbsthilfegruppen und Initiativen

In den drei Jahren des Modellprogramms haben die Selbsthilfekontaktstellen 2.239 Selbsthilfegruppen und Initiativen unterstützt und beraten. Für die Gruppen wurden in 29.961 Kontakten eine Vielzahl von Einzelleistungen erbracht; dies entspricht einer Kontaktdichte von 13 Kontakten pro Gruppe. Damit sind die Gruppen die Nutzergruppe, die am intensivsten von den Kontaktstellen beraten und unterstützt wurde. Die Kontaktstellen werden von den Selbsthilfegruppen gebraucht und anerkannt. Auf Tagungen und Selbsthilfeforen betonen Gruppen immer wieder, wie wichtig es ist, daß sie eine Anlaufstelle haben, wie gut die Unterstützung ist und daß man sich nicht mehr vorstellen kann, ohne Kontaktstelle zu arbeiten (vgl. **Kap. 8.2**).

Anliegen von Selbsthilfegruppen und Initiativen

Die Selbsthilfe in den neuen Bundesländern reicht von den **A**nonymen **A**lkoholikern bis zur **Z**öliakiegruppe. Trotz aller Verschiedenartigkeiten der Gruppen bleibt das Grundmotiv, sich zu engagieren, erhalten: die Hilfe für sich und für andere. Individuell entscheiden Gruppen, wo der Schwerpunkt ihres Engagements liegt, ob sich die Gruppenmitglieder gegenseitig helfen wollen, ob die Gruppe auch andere auf Mißstände aufmerksam machen will oder Verbesserungen für Betroffene durchsetzen möchte. Die Gruppen unterscheiden sich nicht nur in ihrer inhaltliche Ausrichtung, sondern auch in ihrer Engagementform. Selbsthilfegruppen von Betroffenen haben andere Unterstützungsbedürfnisse als außenorientierte Gruppen und Selbsthilfeinitiativen (vgl. **Kap. 6.2**).

Mit welchen Anliegen wenden sich die Selbsthilfegruppen an die Kontaktstelle? Unterscheiden sich die Anliegen der von den Selbsthilfekontaktstellen unterstützten Selbsthilfegruppen von den Anliegen der Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern (vgl. **Kap. 3.3**)? Unterscheiden sich die Anliegen von unterstützten Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinteressenten? 65 % der Gruppen haben überwiegend gesundheitsbezogene Anliegen. Dabei engagieren sich die meisten Gruppen (31 %) im Bereich der chronischen Erkrankungen (vgl. **Abb. 4.6**). Wer an chronischen Erkrankungen leidet, trägt selbst die Verantwortung, wie er mit der Krankheit zu leben lernt, welche Einschränkungen er akzeptiert und welche nicht. Es können Schwierigkeiten und Hindernisse beim

Verarbeiten von Krankheit auftreten. Selbsthilfe trägt dazu bei, diese Schwierigkeiten abzubauen.

14 % aller Selbsthilfegruppen, die mit den Selbsthilfekontaktstellen in Verbindung stehen, sehen als ihr Anliegen die Auseinandersetzung mit Behinderung. Alkoholkranke, Drogen- und Spielsüchtige, Menschen, die an Eßstörungen und Magersucht leiden, sowie ihre Angehörigen versuchen in Selbsthilfegruppen ihre Süchte in den Griff zu bekommen, um wieder zu einem lebenswerteren Leben zurückzufinden (11 %). Psychische Krankheiten wie Depressionen, Psychosen, Phobien, Schizophrenie werden auch

Abb. 4.6: Selbsthilfebereiche der unterstützten Selbsthilfegruppen und Initiativen in Städten und ländlichen Regionen

In welchen Bereichen engagieren sich die beratenen Selbsthilfegruppen?

© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebung zu Selbsthilfegruppen (n = 1.971 Gruppen).

heute noch von Teilen der Bevölkerung nicht ernst genommen. Die Betroffenen werden stigmatisiert. Patientenselbsthilfe hat mit dazu beigetragen, daß die Psychiatrie reformiert wurde und daß psychische Leiden enttabuisiert wurden.

35 % der Gruppen, die sich an die Kontaktstelle wenden, haben soziale Anliegen. Vielen Menschen ist es wichtig, sich für diskriminierte Mitglieder der Gesellschaft einzusetzen; so sind z.B. 6 % aller Selbsthilfegruppen im Bereich der Frauenselbsthilfe tätig. 7 % der Gruppen und Initiativen setzten sich für Menschen in besonderen sozialen Situationen ein. Gruppen engagieren sich für das Nebeneinander und Miteinander verschiedener Nationalitäten, in Initiativen wird versucht, die Resozialisierung von Strafgefangenen voranzubringen, Arbeitslose und Vorruheständler finden sich in Gruppen zusammen, Menschen engagieren sich für die Belange von Kindern. Es werden aber auch Gruppen gegründet, um die eigene Rolle als Mutter, Vater, Alleinerziehende, Single oder Mann besser zu verstehen bzw. besser auszufüllen (11 %). In Deutschland nimmt der Anteil alter Menschen zu. Sie schließen sich in Selbsthilfegruppen zusammen, um ihrem Leben auch im Alter Sinn zu geben bzw. sich gegenseitig zu unterstützen. Selbsthilfegruppen können neben der Unterstützung durch eine Kontaktstelle auch von einem Seniorenbüro beraten und unterstützt werden. Seniorenbüros fördern gezielt das freiwillige Engagement Älterer. Sie unterstützen u.a. Interessengruppen, Helfergruppen und Selbsthilfegruppen. Allerdings stellt Selbsthilfe von Älteren mit 9 % den kleinsten Anteil (vgl. Braun/ Claussen 1996, S. 89).

Gegenseitige Unterstützung ist auch ein Motiv, sich in einer nachbarschaftlichen Selbsthilfegruppe zu beteiligen. Heute engagieren sich 7 % aller Gruppen in diesem Bereich. Dem Umweltschutz und der Kulturarbeit haben sich einige Selbsthilfegruppen und Initiativen verschrieben. Das Spektrum reicht von der Regenwaldgruppe bis zur Bürgerinitiative, die sich für Tempo 30 in den Wohngebieten von Halle einsetzt. Initiativen veranstalten Musiktage, spielen Theater, betreiben Kulturhäuser. Mit 4 % aller Gruppen ist dieser Bereich in den fünf neuen Ländern noch leicht geringer als in den alten Bundesländern.

Eine Kritik an der Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen, die im Laufe des Modellprogramms geäußert wurde, bestand darin, daß sie sich zu stark auf

Gruppen mit gesundheitsbezogenen Anliegen konzentrieren. Diese Kritik ist begründet; die Situation spiegelt die Anliegen und Befindlichkeiten der Bürger in den neuen Bundesländern (vgl. **Kap. 3.2**) und kann auf förderpolitische Aspekte zurückgeführt werden. Selbsthilfekontaktstellen haben in Erwartung einer Finanzierungsbeteiligung durch die Krankenkassen ihre Arbeit auf gesundheitliche Selbsthilfe ausgerichtet**.** Viele Selbsthilfegruppen des gesundheitlichen Bereiches beschäftigen sich neben gesundheitlichen Themen allerdings auch mit sozialen Fragen. Insofern fördern Selbsthilfekontaktstellen auch die soziale Selbsthilfe, die in gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen stattfindet (vgl. **Abb. 3.5**.).

Kontaktstellen vermitteln Selbsthilfeinteressenten in Selbsthilfegruppen und Initiativen. Unterscheiden sich die Anliegen von Selbsthilfeinteressenten (vgl. **Abb. 4.5**) von denen der Selbsthilfegruppen und Initiativen? Welche Folgen hat dies für die Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen?

19 % der Bürger suchen die Kontaktstellen auf, weil sie ihre Suchtprobleme durch Selbsthilfe lösen wollen, aber nur 12 % der unterstützten Gruppen in der Stadt (9 % auf dem Land) setzen sich mit den Süchten auseinander. Ähnlich verhält es sich mit dem Bereich psychosoziale Probleme. Der Anteil bei den Selbsthilfeinteressenten (Stadt 19 % und Land 12 %) liegt deutlich höher als der Anteil bei den Gruppen (Stadt 10 % und Land 6 %). Von den Kontaktstellen werden überdurchschnittlich viele Personen in die bestehenden Gruppen vermittelt. Umgekehrt verhält es sich beim soziokulturellen Engagement. Es gibt mehr Gruppen und Initiativen als Interessenten. Die Aufgabe der Selbsthilfekontaktstellen besteht darin, die Gruppen bei der Suche nach neuen Mitgliedern zu unterstützen, beispielsweise durch die Beratung über Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit (vgl. **Kap. 6.4**).

Die Selbsthilfe ist nicht nur zahlenmäßig gewachsen (vgl. **Kap. 3.4**), sondern auch in ihrer Vielfalt. Menschen mit immer spezifischeren Anliegen gründen eigene Selbsthilfegruppen. Das Spektrum wird breiter (vgl. **Abb. 4.7**). Exemplarisch kann dies für den Bereich Behinderung gezeigt werden: In der ehemaligen DDR existieren drei große Verbände - der Deutsche Verband für Versehrtensport, der Verband der Gehörlosen sowie der Verband der Blinden und Sehschwachen -, in denen es Selbsthilfegruppen von Behinderten gab. Heute besteht eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen

in diesem Bereich, beispielsweise von Stotterern, Rollstuhlfahrern, Kehlkopflosen, Blinden, kleinwüchsigen Menschen, Menschen mit der Huntington´schen Krankheit, Gehörlosen und Ertaubten oder Gruppen, die Tageszeitungen für Blinde herstellen.

Abb. 4.7: Von Selbsthilfekontaktstellen unterstützte Gruppen und Initiativen nach Engagementbereichen

Bereich	Ausgewählte Gruppen und Initiativen
Gesundheitliche Selbsthilfe	
Chronische Erkrankung	Allergiker • Amalgangeschädigte • Bluter • Diabetiker • Epilepsie• Frauen nach Krebs • Herz-Kreislauf • Leukämiekranke • Multiple Sklerose • Osteoporose • Parkinson • Psoriasis • Rheumatiker • Tinitus • Zölliakie
Psychosoziale Probleme	Angstgruppe • Angehörige um Suizid • Psychisch Belastete • Psychosen • Tod des Ehepartners • Trauernde Angehörige
Behinderung	Augenprotetiker • DownSyndrom • Eltern autistischer Kinder • Eltern geistig Behinderter • Gehbehinderte • Hörbehinderte • Kehlkopflose • Kleinwüchsige • Querschnittsgelähmte •
Sucht	Abnehmen mit Vernunft • Anonyme Alkoholiker • Blaue Kreuz Gruppe • Kinder alkoholkranker Eltern • Magersüchtige • Norwood Gruppe • Spielsucht
Soziale Selbsthilfe	
Selbsthilfe und freiwilliges Engagement von Frauen	Frauen in der Lebensmitte • Frauen und Gesundheit • Frauengesprächskreis • Frauenverbände/ -initiativen • Notruf für vergewaltigte Frauen • mißhandelte Frauen
Eltern-Kind-Selbsthilfe, Partnerschaft	Eltern-Kind-Gruppen • Erziehungsfragen • Männergruppen • Müttergruppen •Pflege- und Adoptiveltern • Schwulengruppe • Singles • Überaktives Kind
Alter und Nachbarschaft	Alter und Senioren • aktive Senioren • Initiative Älter Werden • Initiative Betreuung älterer Menschen • Nachbarschaftsinitiative • Seniorenverband • Seniorenreiseclub
Selbsthilfe in besonderen sozialen Situationen	Arbeitslose Frauen • Asylbewerberinitiative • Ausländer-Initiativkreis • Gefangenengruppen • Initiative Hilfen für Aussiedler • Arbeitsloseninitative • Obdachloseninitiative
Soziokulturelles Engagement	freie Theatergruppen • Kulturinitiativen • Lesekreise • kreatives Gestalten • soziokulturelle Gruppen
Wohnen, Verkehr, Umwelt, Ökologie	Arbeitskreis gesundes Wohnen • Initiative Verkehrsberuhigung • Ökohäuser • Regenwaldgruppe • Umwelt und Öko-

	logie • Verkehrsökologie
© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.	

Einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen stellt die direkte Förderung durch Kommunen und Krankenkassen dar. Nach eigener Auskunft stellen die gesetzlichen Krankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland für Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeverbände jährlich 10 Millionen DM zur Verfügung. Mit der Novellierung des Paragraphen 20 SGB V muß eine „Positivliste“ von förderungswürdigen Selbsthilfegruppen erstellt werden (vgl. **Kap. 15**). Es besteht die Gefahr, daß mit diesem Verzeichnis, welches die Spitzenverbände der Krankenkassen erstellen und mit der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) abstimmen müssen, ein Großteil der bislang geförderten Selbsthilfegruppen ausgegrenzt wird. Wendet man die medizinischen Kriterien auf das in **Abb. 4.7** vorgestellte Spektrum der Selbsthilfegruppen an, so ist zu befürchten, daß zukünftig nur noch ein kleinerer Teil der Gruppen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen gefördert wird. Eine derartige Entwicklung wäre kontraproduktiv und kann nicht den Absichten des Gesetzgebers entsprechen. Wenn diese Liste, die bis Anfang 1997 veröffentlicht werden soll, eng gefaßt wird, könnten über 80 % der Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik und damit eine Vielzahl der Gruppen, die bislang von Krankenkassen gefördert wurden, aus der Förderung herausfallen.

Die Vielschichtigkeit von Problemlagen, für die sich Selbsthilfegruppen und Initiativen engagieren, ist groß. Führen strukturelle Unterschiede zwischen dem Leben auf dem Land und in der Stadt zur Gründung unterschiedlicher Selbsthilfegruppen? Ähnlichkeiten zeigen sich beispielsweise in den Bereichen psychosoziale Probleme und Frauenselbsthilfe; auf dem Land wie in der Stadt existieren in den beiden Selbsthilfeteilbereichen nahezu gleich viele Gruppen.(vgl. **Abb. 4.8**). In beiden Bereichen bestehen auf dem Land noch stärker als in der Stadt Tabuzonen, z.B. die Unfähigkeit, über psychische Probleme zu sprechen. Der Grund liegt in der Angst, nicht ernst genommen oder ausgeschlossen und isoliert zu werden. Die Mißhandlung von Frauen ist ebenfalls auf dem Land stärker tabuisiert als in der Stadt. An der Enttabuisierung hat die Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen ihren Anteil.

Unterschiede im Stadt-Land-Vergleich finden sich im Bereich Sucht, insbesondere Alkoholsucht ist im ländlichen Raum viel stärker ausgeprägt (78 %) als in den Städten (52 %). Auf der anderen Seite gibt es im ländlichen Raum keine Gruppen, die sich in dem Bereich Drogen (ohne

Alkohol) und Spielsucht engagieren, während es in der Stadt 7 % der Suchtgruppen sind.

Abb. 4.8: Selbsthilfegruppen in 39 Selbsthilfeteilbereichen

Von 100 Selbsthilfegruppen entfallen ... % auf:					
Selbsthilfe-teilbereiche	**Städte**	**ländl. Regionen**	**Selbsthilfe-teilbereiche**	**Städte**	**ländl. Regionen**
Chronische Erkrankung	100%	100%	**Frauenselbsthilfe**	100%	100%
Orthopäd.-neurologische Erkrankung	17%	14%	Frauengesprächs-kreise	31%	34%
Chronische, innere Erkrankungen	37%	13%	Frauenverbände, Fraueninitiativen	32%	31%
Unverträglichkeiten, Hauterkranktungen	8%	7%	Frauen und Gesundheit	12%	11%
Krebs	15%	27%	Frauenhaus, miß-handelte Frauen	26%	23%
Angehörigengruppe	7%	10%	**Eltern-Kind-SH, Partnerschaft**	100%	100%
Allgemeine Gesund-heitsförderung	3%	7%	Alleinerziehende	10%	11%
Rheumatische Erkrankungen	9%	13%	Eltern-Kind-Gruppen	38%	40%
Pflegefallgruppen	5%	8%	Müttergruppen	6%	14%
Psychosoziale Probleme	100%	100%	Alleinlebende, Singles	13%	9%
Seel. Gesundheit	17%	17%	Sexualität	30%	20%
Phobien	9%	9%	Männergruppen	4%	6%
Psychische Probl.	59%	61%			
Trennung, Trauer	15%	13%	**Alter und Nachbarschaft**	100%	100%
Behinderung	100%	100%	Alter, Senioren	89%	97%
Sinnesschädigung	39%	48%	Nachbarschaft	11%	3%
Körperbehinderung	31%	9%	**Besondere soziale Situationen**	100%	100%
Sonstige	22%	30%	Ausländer, Asylan-ten, Aussiedler	16%	10%
Geistige Behind.	8%	13%	Bes.soz.Situatione n	54%	51%
Sucht	100%	100%	Arbeitslose	29%	39%
Alkohol	52%	78%	**Soziokulturelles Engagement**	100%	100%

Eßstörungen, Eß-sucht, Magersucht	19%	17%	Ökologie	39%	15%
Angehörige Suchtkranker	12%	6%	Soziokulturelle Gruppen	37%	80%
Drogen, Spielsucht	7%	0%	Jugendgruppen	24%	5%
Sonstige	11%	0%	Insgesamt	n = 1.551	n = 420
© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu Selbsthilfegruppen (n=1.971 Gruppen).					

Gruppen aus den Bereichen Eltern-Kind-Selbsthilfe und Partnerschaft setzen auf dem Land ebenfalls andere Schwerpunkte als in der Stadt. Müttergruppen sind auf dem Land relativ stark vertreten. Gruppen, die sich mit dem Thema Sexualität auseinandersetzen, gibt es weniger als in der Stadt. Nachbarschaft wird auf dem Land seltener in Selbsthilfe organisiert, weil sie ständiger Bestandteil des Lebens ist. Beziehungen sind auf dem Land enger als in der Stadt. In vielen Stadtteilen kann die Anonymität bzw. Freiheit für die Bewohner zur Belastung werden. Dies mag ein Grund dafür sein, daß sich Menschen in den Städten verstärkt zu Nachbarschaftsinitiativen zusammenschließen. Umwelt- und Naturschutzgruppen finden sich häufiger in den Städten als auf dem Land. Dies ist beispielsweise auf höhere Umweltbelastungen (Lärm- und Abgasbelästigung, Vielzahl versiegelter Flächen, wenig Grünanlagen) sowie auf ein höheres Problembewußtsein in den Städten zurückzuführen.

Typen und Größe von Selbsthilfegruppen

Die Gruppen, die von den Kontaktstellen am häufigsten beraten werden, sind Selbsthilfegruppen von Betroffenen. Zu diesem Typ gehören 69 % aller Gruppen. Jede fünfte Gruppe ist eine außenorientierte Selbsthilfegruppe (20 %), Selbsthilfeinitiativen stellen 11 % aller Gruppen. Nach der Selbsthilfegruppenbefragung gibt es in den neuen Bundesländern 55 % Selbsthilfegruppen von Betroffenen, 33 % außenorientierte Selbsthilfegruppen und 12 % Selbsthilfeinitiativen (vgl. **Abb. 3.5**). Selbsthilfegruppen von Betroffenen bedürfen einer stärkeren Unterstützung durch die Kontaktstellen. Außenorientierte Selbsthilfegruppen nehmen die Selbsthilfekontaktstellen unterdurchschnittlich in Anspruch.

Obwohl sich die Anliegen von Selbsthilfegruppen und Initiativen im Ost-West-Vergleich ähneln (s.o.), unterscheiden sich die Gruppen in ihrem Typ deutlich. Die wissenschaftliche Begleitung hat dabei sichergestellt, daß die Abgrenzungskriterien zwischen den Gruppentypen in beiden Programmen identisch verwendet wurden. In Westdeutschland beträgt der Anteil der Selbsthilfegruppen von Betroffenen 50 %. Es gibt weniger außenorientierte Gruppen (28 %) als in den neuen Bundesländern, aber wesentlich mehr Selbsthilfeinitiativen (22 %). Mit 12 % spielen die Selbsthilfeinitiativen in den neuen Bundesländern nur eine geringe Rolle (vgl. **Abb. 2.3**).

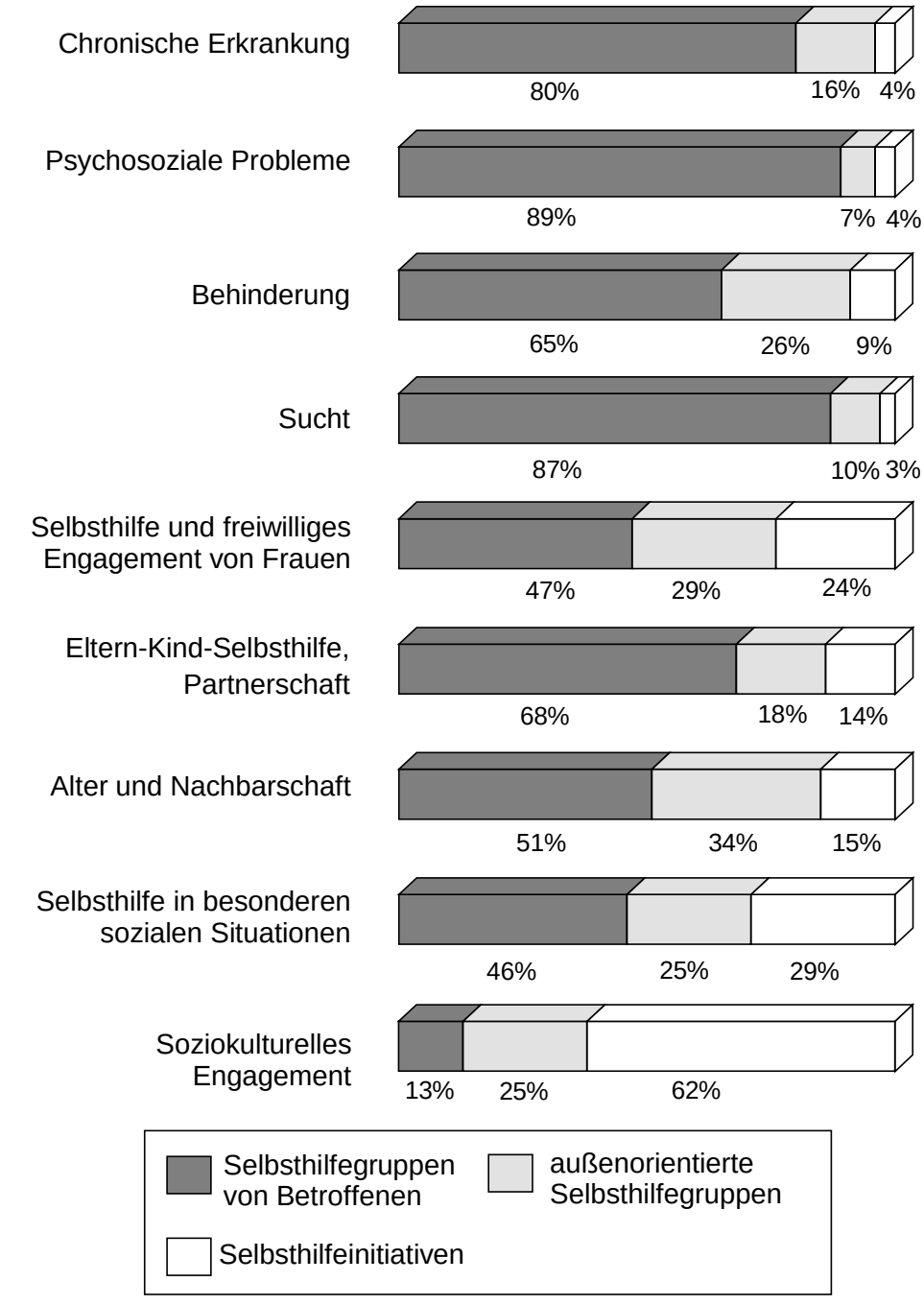
69 % der von Selbsthilfekontaktstellen in den neuen Bundesländern beratenen Gruppen haben bis zu 15 Mitglieder. Eine mittlere Gruppengröße, 16 bis 50 Mitglieder, haben 19 % der beratenen Gruppen. Nur 11 % der beratenen Gruppen haben mehr als 50 Mitglieder. Vergleicht man diese Struktur mit allen Selbsthilfegruppen in den Bundesländern (vgl. **Kap. 3.3**), zeigt sich, daß die Kontaktstellen in den neuen Bundesländern überdurchschnittlich viele kleine Gruppen beraten. Dies ist auf den erhöhten Beratungsbedarf von Selbsthilfegruppen von Betroffenen zurückzuführen.

Welche Gruppentypen engagieren sich in welchem Umfang in den neun Engagementbereichen? Die drei Gruppentypen sind in den verschiedenen Engagementbereichen unterschiedlich stark vertreten (vgl. **Abb. 4.9**). So engagieren sich in dem Bereich psychosoziale Probleme in erster Linie Betroffene. Sie leiden z.B. an Phobien oder am Tod geliebter Menschen. Hier ist das Gespräch mit ebenfalls Betroffenen die adäquate Form, sich selbst und den anderen zu helfen. Menschen, die sich nicht in der gleichen Lage befinden, können diese Menschen zwar solidarisch unterstützen, aber den richtigen Zugang haben sie nicht, weil sie den Schmerz, das Leiden nicht kennen. Das gleiche gilt auch für den Bereich chronische Erkrankungen: Die Vielzahl chronischer Krankheiten, die alle andere Verläufe haben und andere Einschränkungen und Belastungen für die Erkrankten mit sich bringen, führt dazu, daß Menschen sich mit anderen Betroffenen zusammentun. Menschen mit unterschiedlichen Krankheiten werden sich eher nicht zusammentun, weil Krankheit als Motiv zum Zusammenschluß nicht ausreicht. Jemand, der an Krebs leidet, wird in erster Linie daran interessiert sein, sich mit Gleichbetroffenen auszutauschen. In Zusammenhang mit der Krankheit kommen auch andere Menschen hinzu, die nicht selbst Betroffene sind. So entstehen die Angehörigengruppen, deren Mitglieder sich in erster Linie gegenseitig unterstützen und Mut machen.

In der gesundheitlichen Selbsthilfe dominieren die Selbsthilfegruppen von Betroffenen. Den höchsten Anteil haben sie mit 89 % im Bereich der psychosozialen Probleme. Im Bereich Behinderung sind die Gruppen von Betroffenen immer noch dominant, aber nicht mehr so ausgeprägt. Hier haben sich Behinderte und Nichtbehinderte zusammengesetzt, um mehr Rechte und Unterstützung für die Betroffenen gegenüber der Politik und der

Gesellschaft durchzusetzen, was sich in einem 26 %igen Anteil an außenorientierten Gruppen zeigt.

Abb. 4.9: Anteile der Selbsthilfegruppentypen in den neun Selbsthilfebereichen



© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebung zu Selbsthilfegruppen (n = 1.971 Gruppen).

In der sozialen Selbsthilfe (Eltern-Kind, Partnerschaft, Alter, Selbsthilfe in besonderen sozialen Situationen, soziokulturelles Engagement) dominieren nicht die Selbsthilfeinitiativen. Nur für den Bereich soziokulturelles Engagement (62 %) trifft das zu.

ISAB hat mit den Befragungen 1992 und 1995 in den Kontaktstellen die Erwartungen erhoben, mit denen sich Selbsthilfegruppen und Initiativen an Selbsthilfekontaktstellen wenden. Das wichtigste Motiv, eine Selbsthilfekontaktstelle aufzusuchen, ist der Wunsch nach Unterstützung in der Startphase (vgl. **Abb. 4.10**). Hier zeigt sich der Beitrag der Selbsthilfekontaktstellen zur Aktivierung des Engagements von Bürgern; gerade in der Gründungsphase benötigen die Menschen Beratungs- und Unterstützungsleistungen, um ihr Engagement in Selbsthilfe realisieren zu können (vgl. **Kap. 6.2**).

Behörden, Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen, Kirchen und Gewerkschaften bieten Räume für Gruppen an. Nur bekommen nicht alle Selbsthilfegruppen und Initiativen diese Informationen. Vor dem Hintergrund, daß in einer mittelgroßen Stadt zwischen 100 und 250 Selbsthilfegruppen existieren, von denen rund ein Drittel öffentliche Räume nutzen muß, entsteht ein hoher Koordinierungsbedarf. Diesen Bedarf tragen die Gruppen an die Kontaktstelle heran; die Unterstützung der Kontaktstelle bei der Bereitstellung von Räumen ist für die Gruppen das zweitwichtigste Anliegen.

Selbsthilfegruppen benötigen Informationen darüber, welche Fördermöglichkeiten bestehen. Dies ist eins der beiden drittwichtigsten Anliegen der Selbsthilfegruppen. Häufig ist die Förderpraxis nicht transparent und eindeutig geregelt. Gäbe es keine Kontaktstelle, müßte jede Selbsthilfegruppe für sich an alle denkbaren Institutionen herantreten. Darüber hinaus ist nicht sichergestellt, daß die Selbsthilfegruppen alle Institutionen kennen, die Selbsthilfe fördern. In einer Selbsthilfekontaktstelle können die Informationen zentral gesammelt, gebündelt und zielgerichtet zur Verfügung gestellt werden.

Interessierte finden ihren Weg zur Kontaktstelle über die Öffentlichkeit, dies ist auch den Selbsthilfegruppen bewußt. Sie benötigen Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit, beispielsweise bei der Formulierung einer Pressemitteilung, der Redaktion ihrer Selbsthilfezeitung, der Organisation

einer Veranstaltung oder der Gestaltung eines Flugblattes. Die Unterstützung bei der

Abb. 4.10: Erwartungen der Selbsthilfegruppen und Initiativen an die Selbsthilfekontaktstellen

Welche Anliegen und Interessen wurden von den Gruppen an die Kontaktstelle herangetragen?
Antwortvorgaben: sehr oft (1) ... gar nicht (5)

© ISAB Köln 06/1996. Jährliche Befragung der 17 Selbsthilfekontaktstellen.

Öffentlichkeitsarbeit nimmt zusammen mit der Information über die Förderpraxis den dritten Rang bei den wichtigsten Anliegen ein.

Weitere Anliegen sind Informationen über die Möglichkeiten zur Selbsthilfe, die Unterstützung bei der Beschaffung von Sachmitteln, die Interessenvertretung der Selbsthilfegruppen gegenüber der Politik und Verwaltung und die Vermittlung von Kontakten zu den Professionellen, der Politik und Verwaltung.

Für die Selbsthilfegruppen gibt es außer den Selbsthilfekontaktstellen keinen Ansprechpartner, der das Bedürfnis nach Kontakten zu anderen Gruppen adäquat befriedigen könnte. Unterstützung bei Konzeptionen und der Anleitung von Gruppen können sich die Selbsthilfegruppen theoretisch auch bei anderen Institutionen erbitten, aber die Unterstützung erfolgt dann aus dem Blickwinkel der Institution. Wenn die Selbsthilfekontaktstellen Weiterbildungsmöglichkeiten organisieren, können daran mehrere Gruppen teilnehmen. Die Referenten erreichen mehr Interessierte mit einer Veranstaltung, was die Effektivität der Veranstaltung erhöht.

Selbsthilfegruppen und Initiativen - dies zeigt die Nutzeranalyse - wenden sich mit unterschiedlichsten Anliegen an die Selbsthilfekontaktstellen. Wie in den alten Bundesländern unterstützten die Kontaktstellen Gruppen mit gesundheitsbezogenen Anliegen zunächst stärker. Unverkennbar ist jedoch, daß die Bewertung der Unterstützung der sozialen Selbsthilfegruppen in den Kontaktstellen im Laufe des Modellprogramms gestiegen ist.

4.4. Fachleute aus Verwaltungen, Verbänden, Diensten und Einrichtungen

Selbsthilfekontaktstellen wirken als Clearingstellen zwischen ihren drei Nutzergruppen: an Selbsthilfe interessierten Bürgerinnen und Bürgern, den Selbsthilfegruppen und den Fachleuten aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich. Sie bauen Kontakte zwischen Selbstinteressenten, Selbsthilfegruppen auf der einen Seite und Fachleuten auf der anderen Seite auf. Die Selbsthilfekontaktstellen bringen Selbsthilfe und Ärzte, Therapeuten, Menschen aus sozialen Berufen und der Verwaltung zusammen. Die Kontaktstelle bildet die Schnittstelle zwischen dem

freiwilligem Bürgerengagement und dem professionellen Dienstleistungssystem.
Die Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Fachleuten wird durch die Kontaktstellen gefördert, weil sie beiden Seiten nutzt. Selbsthilfegruppen werden von Fachleuten finanziell, materiell und ideell unterstützt. Fachleute erhalten von den Selbsthilfegruppen Anregungen und Innovationsvorschläge, wie sie ihre Arbeit verbessern können (Selbsthilfe in Funktion als Konsumentenvertretung). Diese Einschätzung wird von einer großen Mehrheit der Fachleute geteilt (vgl. **Kap. 9.1**). Gesundheitliche Selbsthilfe trägt in hohem Maße dazu bei, Patienten zu stabilisieren und wieder aufzubauen, so daß Ärzte, Therapeuten, Psychologen, ambulante Dienste, Krankenhäuser mit ihrer Arbeit bessere Erfolge erzielen. Die Förderung von Selbsthilfe in Form des social sponsoring verbessert das Image des Förderers. Darüber hinaus ist die Selbsthilfeförderung eine Aufgabe der Krankenkassen (vgl. **Kap. 15**). Die Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Fachleuten ist nicht selbstverständlich und nicht immer konfliktfrei. Kammerer und Kuckartz (1994) betonen, daß das Verhältnis von Fachleuten und Selbsthilfegruppen von den Fachleuten zwar als gut und nicht als Konkurrenz eingeschätzt wird, daß aber auch Spannungen und Unsicherheiten bestehen (vgl. **Kap. 8**.). Kontaktstellen bauen auf beiden Seiten Vorbehalte ab und fungieren häufig als Moderatoren zwischen diesen beiden Nutzergruppen.

Natürlich gehört es zu den selbstverständlichen Aufgaben der Selbsthilfekontaktstellen, Kooperationsbeziehungen zu Fachleuten aufzubauen und zu pflegen. Erstaunlich ist jedoch der große Umfang der Kooperation, der nicht allein aus der Kontaktpflege erklärt werden kann. Einrichtungen wie Selbsthilfekontaktstellen, die Querschnitsaufgaben wahrnehmen, werden intensiv von unterschiedlichsten Fachleuten aus Verwaltung, Verbänden, Diensten und Einrichtungen in Anspruch genommen. Dieser Befund wurde auch bei anderen, querschnittsbezogenen Diensten wie Seniorenbüros (vgl. Braun/ Claussen 1996) und Betreuungsvereinen (Hoffmann/ Künstler 1996) festgestellt. Eine Erklärung hierfür könnte darin liegen, daß sich die Fachleute bei querschnittsbezogenen Einrichtungen wie Selbsthilfekontaktstellen umfassend über ein Themengebiet informieren können.

In den 17 Modellstandorten hatten Selbsthilfekontaktstellen in drei Jahren des Modellprogramms Kontakt zu 15.952 Fachleuten, die hauptberuflich

im Bereich des Gesundheits- und Sozialsystems beschäftigt sind. Mit ihnen hatten sie insgesamt 44.938 Kontakte, was einer durchschnittlichen Kontaktdichte von 2,9 entspricht. 46 % aller Kontakte der Selbsthilfekontaktstelle waren Kontakte mit Fachleuten (vgl. **Abb. 4.1**).
Diese Kontakte sind über den Zeitraum des Modellprogramms aufgebaut worden. Damit stellt sich die Frage, wie sich die Zusammenarbeit mit den Fachleuten entwickelte. Im Jahr 1994 konnten die Kontakte zu Fachleuten intensiviert werden, wenn man sie mit den Ausgangszahlen von 1993 vergleicht. Die Zunahme 1993/ 94 beträgt 88 %. 1995 gelang es den Kontaktstellen, Beziehungen zu Fachleuten weiter auszubauen.

Die Hauptansprechpartner für die Selbsthilfekontaktstelle im professionellen System sind die kommunalen Ämter (vgl. **Abb. 4.11**). In den Städten kommen 18 % der Fachleute aus diesem Berufskreis, auf dem Land waren es 20 %. Wie wichtig der Austausch untereinander ist, wenn neue Formen der Engagementförderung eingeführt werden, spiegelt sich darin wider, daß 15 % der Kontakte zu anderen Selbsthilfekontaktstellen führten. Hier hat auch das Partnerschaftsprogramm zwischen ostdeutschen und westdeutschen Kontaktstellen gegriffen. Zu den Adressaten der Kontaktstelle gehören selbstverständlich auch die anderen Beratungsstellen. Diese werden durch die Einrichtung der Selbsthilfekontaktstelle entlastet und können sich ihren Einzelberatungen widmen. Den Selbsthilfekontaktstellen ist es möglich, durch die genaue Kenntnis der kommunalen Beratungsstruktur nicht an Selbsthilfe interessierte Bürger adäquat weiterzuvermitteln. Während in der Stadt 14 % der Fachleute in kommunalen Beratungsdiensten arbeiteten, waren es auf dem Land 9 %. Dies ist der einzige gravierende Unterschied im Stadt-Land-Vergleich. Er kann darauf zurückgeführt werden, daß es auf dem Land weniger Beratungsdienste gibt.

Die Kontakthäufigkeit mit den Krankenkassen liegt mit 9 % aller Kontakte deutlich niedriger. Erstaunlicherweise bestehen auch zu den Wohlfahrtsverbänden mit 7 % nur geringe Kontakte, obwohl 39 % der Gruppen in einem Wohlfahrtsverband organisiert sind. Auf die überregionalen Selbsthilfeverbände entfallen 6 % der Kontakte (vgl. **Kap. 3.3**).

Hat es während der Modellaufzeit Veränderungen in den Beziehungen zu den Fachleuten aus den verschiedenen Berufsbereichen gegeben? Es wurde

davon ausgegangen, daß die Kontakte zu anderen Beratungsstellen in der Initiativphase der Kontaktstellen intensiver gewesen sind, weil die Beratungsstellen in ihrer Organisation und ihrem institutionellem Rahmen Ähnlichkeiten mit Kontaktstellen aufweisen. Diese Hypothese hält einer Überprüfung an der Wirklichkeit nicht stand. Die einzige Gruppe von Professionellen, bei der man von einer Entwicklung sprechen kann, sind die Ärzte,

Abb. 4.11: Fachleute, die mit den Selbsthilfekontakstellen zusammenarbeiten (Beispiele)

Verwaltung	⇨ Kommunale Verwaltung (z.B. Sozialamt, Gesundheitsamt, Jugendamt) ⇨ Landesministerium	18%
Beratungsstelle	⇨ Frauen-, Familien-, Drogen-, Arbeitlosen-beratungsstelle	13%
Krankenkasse	⇨ Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) ⇨ Betriebskrankenkasse (BKK) ⇨ Innungskrankenkasse (IKK) ⇨ Barmer Ersatzkasse (BEK) ⇨ Deutsche Angestelltenkrankenkasse(DAK) ⇨ Technikerkrankenkasse (TKK) ⇨ Knappschaft ⇨ private Krankenkassen	9%
Arzt, Therapeut, Psychologe	⇨ Ärztekammern, Kassenärztl. Vereinigung ⇨ Ärzte, Krankengymnasten, Therapeuten	8%
Ambulanter bzw. stationärer Dienst, kirchlicher Mitarbeiter	⇨ Psychiatrie ⇨ Krankenhäuser ⇨ Privatkliniken ⇨ Pflegedienste ⇨ Pfarrer	9%
Wohlfahrtsverband	⇨ Arbeiterwohlfahrt (AWO) ⇨ Caritas ⇨ Diakonisches Werk ⇨ Der PARITÄTISCHE ⇨ Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	7%
Selbsthilfeverband	⇨ Deutsche AIDS-Hilfe ⇨ Senioren-Schutz-Bund Graue Panther ⇨ Arbeitskreis Sekten-Okultismus-New Age ⇨ Elternkreis nierenkranker Kinder ⇨ Bundesverb. Selbsthilfe Körperbehinderter	6%
Bildungseinrichtung	⇨ Volkshochschule	7%
Andere Kontaktstellen	⇨ Landesarbeitsgemeinschaft der SHKS	15%
Sonstige Fachleute	⇨ Gewerkschaften ⇨ Verlage ⇨ Apotheken	10%

	⇨ Stiftungen ⇨ Presse	
© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebung zu Fachleuten (n = 14.695 Fachleute).		

Therapeuten und Psychologen. Sie arbeiten 1995 wesentlich häufiger mit der Selbsthilfekontaktstelle zusammen als noch zu Beginn des Modellprogramms. Damit hat sich ein Ergebnis der Professionellenbefragung aus dem Jahr 1993 bewahrheitet. Die Fachärzte wollen in Zukunft stärker mit den Selbsthilfekontaktstellen zusammenarbeiten (vgl. **Kap. 9.3**).

Neben der quantitativen ist auch die qualitative Entwicklung der Kooperationsbereitschaft zwischen Selbsthilfekontaktstellen und dem professionellen System wichtig.

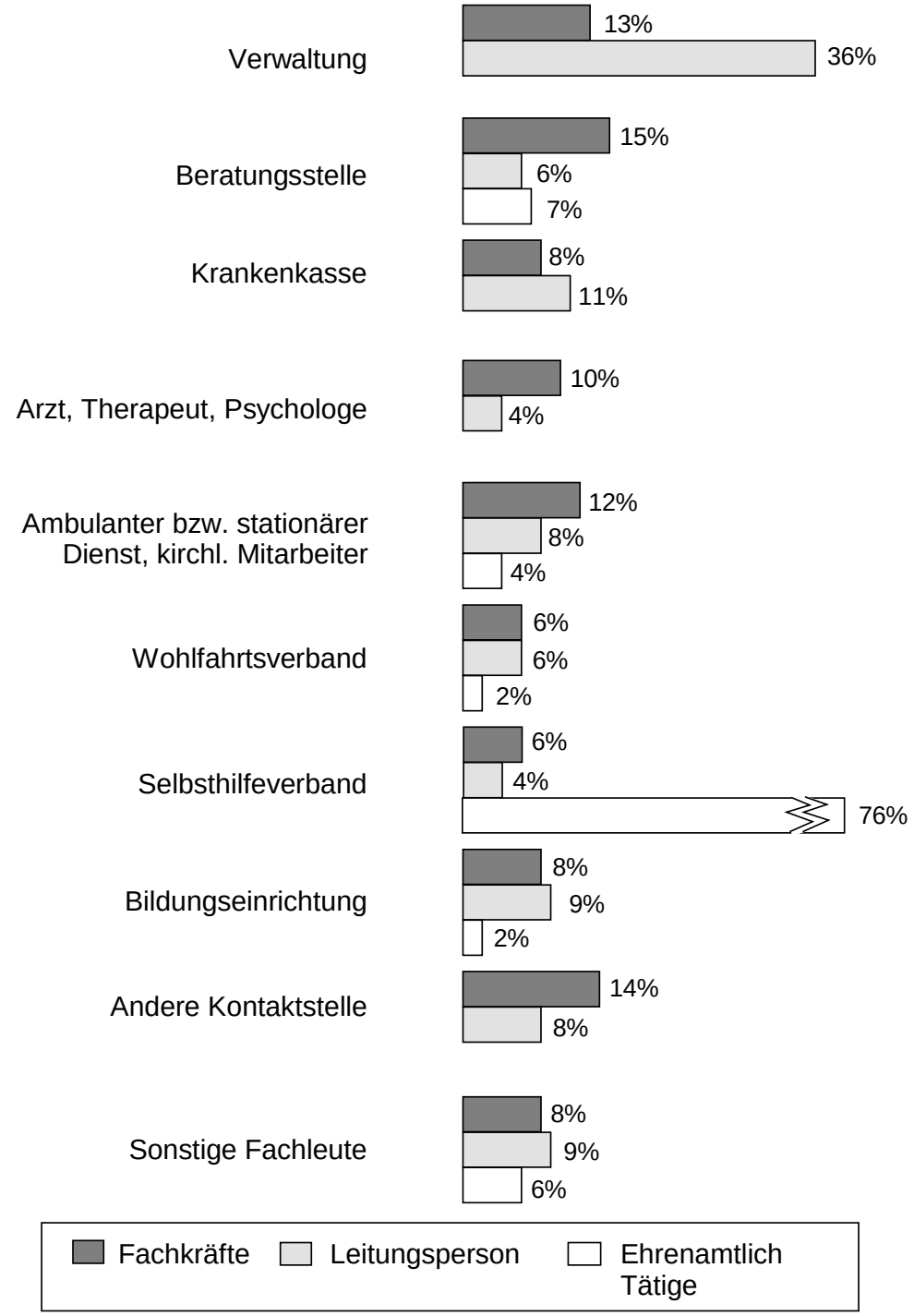
Selbsthilfekontaktstellen schätzen die Kooperationsbereitschaft der Verwaltung der beratenden und therapeutischen Dienste befriedigend ein. Gute Beurteilungen weisen die Beratungsstellen, die kommunalen Verwaltungen, die Landesministerien, die Diakonie, der PARITÄTISCHE, Therapeuten und Psychologen sowie die AOK auf. Dies ist erfreulich, weil mit diesen Institutionen auch ein quantitativ reger Austausch stattfindet. Die Veränderungen in der Einschätzung der Kooperationsbereitschaft im Zeitablauf sind relativ gering.

Welche Position haben die Fachleute (vgl. **Abb. 4.12**)? Leitungspersonen erreichen die Kontaktstellen in 16 % der Fälle. Die meisten Kontakte (80 %) bestehen zu Fachkräften. Mit einem Anteil von nur 4 % an allen Kontakten sind die Beziehungen zwischen ehrenamtlich Tätigen und Selbsthilfekontaktstellen gering. Die hohe Zahl der Kontakte mit Fachleuten ist nicht erstaunlich: Die Selbsthilfekontaktstellen kooperieren in vielfältiger Form mit Mitarbeitern aus Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens. Vergleichsweise niedrig liegt die Zahl der ehrenamtlich tätigen Kooperationspartner. Geht man davon aus, daß in vielen Verbänden und Diensten die Vorstands- bzw. Trägervertreter ehrenamtlich arbeiten, so müssen die Kontaktstellen diesen Kooperationsbereich zukünftig stärker wahrnehmen.

Von den Leitungspersonen stammen 36 % aus der Verwaltung, d.h. aus Gesundheits-, Jugend- oder Sozialämtern auf der kommunalen Ebene oder entsprechender Landesbehörden. Hieran zeigt sich, daß die Kontaktstellen gute Zugangs- und Einflußmöglichkeiten aufgebaut haben. Auch bei den Krankenkassen werden viele Leitungspersonen (11 %) erreicht, was die Chancen erhöht, daß die Krankenkassen die Selbsthilfegruppen intensiver als bisher finanziell, materiell und ideell unterstützen.

Abb. 4.12: Positionen der Fachleute nach Berufsbereichen

Welche Position haben die Fachleute, mit denen Sie kooperieren?



© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebung zu Fachleuten (n = 14.695 Fachleute).

Die Selbsthilfekontaktstellen haben vielfältige Formen der Zusammenarbeit mit Entscheidungsträgern und Diensten aus der Verwaltung und dem Sozial- und Gesundheitswesen aufgebaut. Dies bedeutete auch einen Lernprozeß für viele Mitarbeiter, daß die Kooperation mit Fachleuten aus Verwaltung, Verbänden, Diensten und Einrichtungen entscheidend dazu beiträgt, die Rahmenbedingungen für die Selbsthilfe zu verbessern. Gleichzeitig trägt die enge Kooperation mit Fachleuten immer auch dazu bei, die mittelfristige Absicherung der Selbsthilfekontaktstellen zu fördern.

Teil 2 Aufgabenprofil, Leistungen und Ressourcen von Selbsthilfekontaktstellen

5. Aufgaben von Selbsthilfekontaktstellen

Die große Herausforderung für alle am Modellprogramm in den neuen Bundesländern beteiligten Akteure bestand darin, die in der Ausschreibung des Programmes formulierten Ziele durch die Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen umzusetzen. Ende 1992 war zunächst offen, ob Selbsthilfe von der Bevölkerung als eine Option gesehen und akzeptiert werden würde. Daher war zu untersuchen, welche Bevölkerungsgruppen sich in Selbsthilfe engagieren und welches ihre spezifischen Unterstützungsbedarfe sind (vgl. **Kap. 3**). Die Ergebnisse der Evaluation der Selbsthilfekontaktstellen bilanzieren, welches Profil die Selbsthilfekontaktstellen entwickelt haben und welche Leistungen für die Nutzer erbracht wurden. Ferner wird gezeigt, welche Ressourcen für die Durchführung der Aufgaben und Leistungen von Selbsthilfekontaktstellen notwendig sind.

5.1 Aufgabenprofil der Selbsthilfekontaktstellen

Die am Modellprogramm „Informations- und Unterstützungsstellen für Selbsthilfegruppen“ in den alten Bundesländern beteiligten Selbsthilfekontaktstellen, dies zeigt die Analyse der Aufgaben und Leistungsstruktur durch die wissenschaftliche Begleitung, haben ein Aufgabenprofil mit fünf Kernaufgaben entwickelt (vgl. Braun/ Opielka 1992, S. 124 ff.). Zu Beginn des Modellprogramms in den neuen Bundesländern lagen diese Ergebnisse zum Aufgabenprofil von Selbsthilfekontaktstellen veröffentlicht vor. Für die wissenschaftliche Begleitung stellte sich die Frage, ob Mitarbeiter und Träger in den Kontaktstellen der neuen Bundesländer dieses Profil ganz bzw. in Teilen übernehmen und ob sie neue Aufgabenbereiche wahrnehmen? Um ein zentrales Ergebnis der Evaluation vorwegzunehmen: Das Aufgabenprofil mit den fünf Kernaufgaben hat sich auch in den neuen Bundesländern durchgesetzt. Die Kernaufgaben einer fachübergreifend arbeitenden Selbsthilfekontaktstelle haben sich als Standard der Arbeit erwiesen.

Angesichts des sektoral gegliederten Sozialsystems in der Bundesrepublik ergibt sich für eine angemessene Selbsthilfeförderkonzeption - nach dem konzeptionellen Verständnis der Selbsthilfekontaktstellen als fachübergreifende Querschnittsaufgabe - die Herausforderung, wie diese in die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für Selbsthilfe eingebunden werden kann. Die Notwendigkeit, Selbsthilfeunterstützung als Querschnittsaufgabe zu realisieren, d.h. die Anliegen und Bedürfnisse der an Selbsthilfe interessierten Bürger insgesamt aufzugreifen, und nicht parzelliert nach gesundheitlichen, sozialen und sonstigen Anliegen zu unterstützen, ergeben sich aus den zusammenhängenden und nicht sektoral zersplitterten Bedürfnissen, Motiven und Unterstützungswünschen der Betroffenen in Selbsthilfegruppen und Initiativen.

Ziel der integrierten und themenübergreifenden Konzeption von Selbsthilfekontaktstellen ist es, diejenigen Menschen zu erreichen und Gruppen zu unterstützen, die nicht in Selbsthilfeverbänden organisiert sind, als auch Gruppen zu unterstützen, die einem Selbsthilfeverband oder Wohlfahrtsverband angeschlossen sind, die aber in ihren lokalen Unterstützungswünschen von ihrem Verband nicht hinreichend unterstützt werden.

Wie die Selbsthilfeförderdiskussion in den letzten Jahren gezeigt hat, ergeben sich aus der querschnittsbezogenen Förderkonzeption z.T. erhebliche Reibungspunkte, beispielsweise mit den Krankenkassen. Infolge der Verengung des WHO-Gesundheitsbegriffes auf ein enges Krankheitsverständnis ist zu befürchten, daß die „Gesundheitskassen“ zukünftig nur noch diejenigen Selbsthilfegruppen für unterstützungswürdig halten, die sich auf medizinisch anerkannte Krankheitsbilder beschränken.

Probleme für eine integrierte, querschnittsbezogene Selbsthilfegruppenförderung bestehen auch in der kommunalen Förderpolitik, die Selbsthilfegruppen noch weitgehend ressortbezogen durch Gesundheitsämter, Sozialämter etc. unterstützt. Ressortübergreifende Selbsthilfeförderetats sind noch immer die Ausnahme. Die wirkungsvolle Unterstützung der Selbsthilfe und des freiwilligen Engagements und die sich hieraus ergebenden Impulse für das Sozial- und Gesundheitssystem wird in hohem Maße davon abhängen, inwieweit es gelingt, eine problemübergreifende Zusammenarbeit und

Unterstützung des Selbsthilfeengagements zu etablieren durch querschnittsbezogen arbeitende - und nicht sektoral ausgerichtete - Selbsthilfekontaktstellen und eine entsprechende Selbsthilfegruppenförderung auf kommunaler Ebene.

Ziele und Funktionen von Selbsthilfekontaktstellen

Der Evaluation der Selbsthilfekontaktstellen lag die These zugrunde, daß Selbsthilfekontaktstellen ein notwendiges Dienstleistungsangebot darstellen, welches flächendeckend vorzuhalten ist. Selbsthilfekontaktstellen übernehmen in der Bundesrepublik Deutschland eine Brückenfunktion zwischen dem Sozialstaat und den von diesem vorgehaltenen Leistungen auf der einen und den Bürgern auf der anderen Seite. Die Herausforderung an die Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen besteht darin, inwieweit es ihnen gelingt, zur Aktivierung des Engagements der Bürgerinnen und Bürger in Selbsthilfe beizutragen. Diese Anforderung erhielt im Modellprogramm durch zwei Faktoren einen besonderen Stellenwert: Einerseits galt es, Rolle und Möglichkeiten von Selbsthilfe im gesellschaftlichen Transformationsprozeß nach der Wiedervereinigung auszuloten. Andererseits galt es, die Möglichkeiten von Selbsthilfe angesichts der sich abzeichnenden Stagnation bzw. sogar des Rückganges der Bereitschaft zu freiwilligem Engagement zu erkunden.

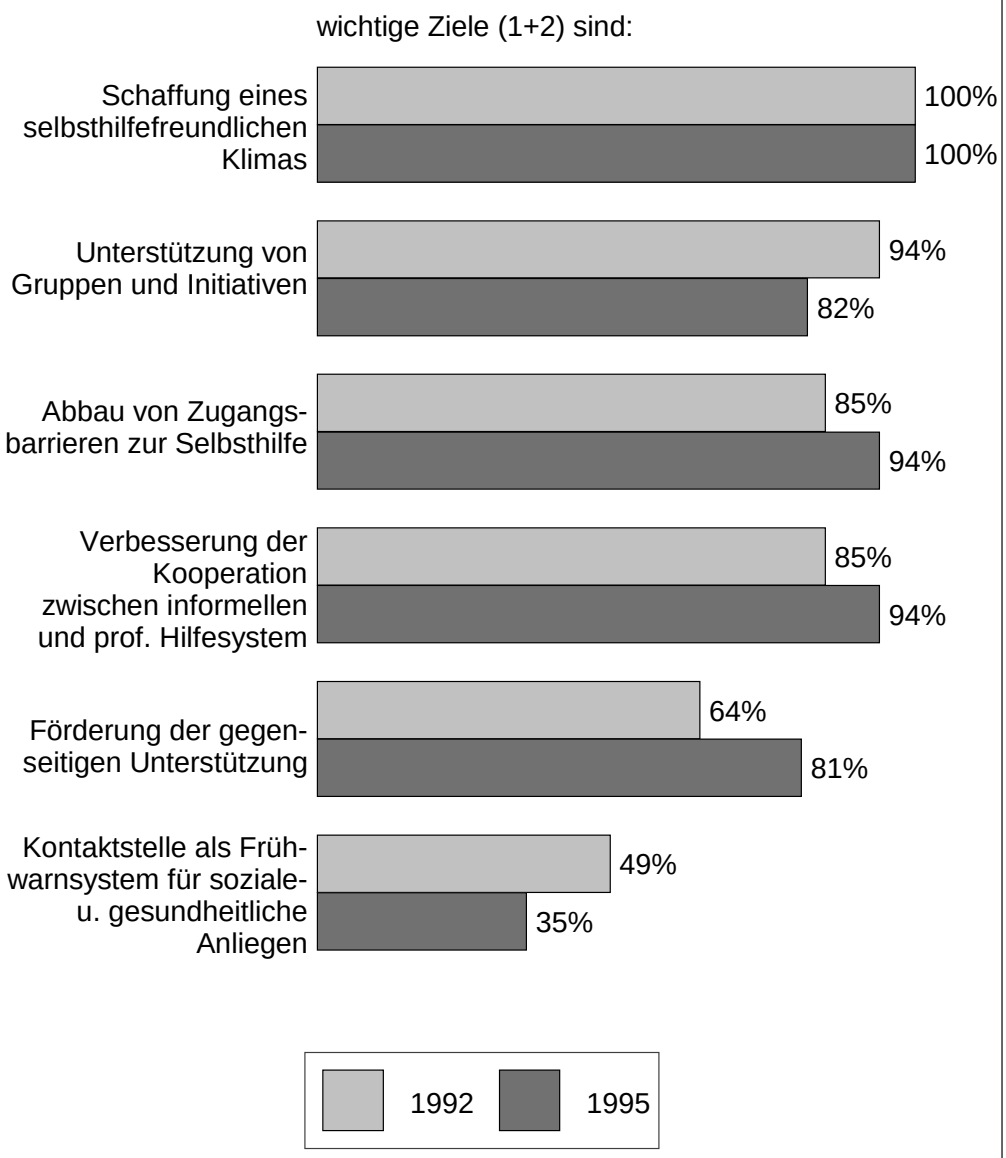
Selbsthilfekontaktstellen übernehmen folgenden Funktionen:

1. Die Aktivierung des Engagement von Bürgerinnen und Bürgern in Selbsthilfegruppen und Initiativen
2. Die Unterstützung und Vernetzung von Selbsthilfegruppen und die Förderung der gegenseitigen Unterstützung
3. Die Schaffung selbsthilfefreundlicher Rahmenbedingungen durch die lokale Vernetzung der Selbsthilfeförderung durch die Zusammenarbeit mit Fachkräften, Verbänden und Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens sowie die Verbesserung der Kooperation zwischen informellem und formellem Hilfesystem (Brückenfunktion)
4. Die Aufwertung und Anerkennung des freiwilligen Engagements von Bürgern in Selbsthilfe durch gezielte Information und Öffentlichkeitsarbeit

Für die Analyse der Organisationsentwicklung der Selbsthilfekontaktstellen bildet das Selbstverständnis der Mitarbeiter einen wichtigen Indikator. Dieses offenbart sich in den Zielen, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer Arbeit verfolgen (vgl. **Abb. 5.1**). Das wichtigste Ziel aller Kontaktstellen ist die Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas (100 %), ein Ergebnis, welches sich mit den Zielen der Selbsthilfekontaktstellen in den alten Bundesländern deckt. An zweiter Stelle steht die Unterstützung von Gruppen und Initiativen (90 %), der Abbau von Zugangsbarrieren zur Selbsthilfe

Abb. 5.1: Ziele der Selbsthilfekontaktstellen

Welche Ziele waren für die Kontaktstelle wichtig?
Antwortvorgaben: sehr wichtig (1) ... nicht wichtig (5)



© ISAB Köln 06/1996. Jährliche Befragung der 17 Selbsthilfekontaktstellen.

(88 %) und die Verbesserung der Kooperation von informellem (selbsthilfebezogenem) und professionellem System (88 %). Etwas geringer eingestuft werden die Förderung der gegenseitigen Unterstützung in Nachbarschaft und Wohnumfeld (70 %) sowie die Funktion der Selbsthilfekontaktstellen als Frühwarnsystem für soziale und gesundheitliche Anliegen (44 %). Auch diese Bewertung deckt sich mit der Sicht der Selbsthilfekontaktstellen in den alten Bundesländern.

Bei der Beurteilung der Zielveränderung im Verlaufe des Modellprogramms, ist eine hohe Zielkonsistenz festzustellen. Der Stellenwert der Funktion einer Kontaktstelle als Frühwarnsystem wird 1995 etwas niedriger eingestuft als in der Anfangsphase des Modellprogrammes. Da die Kontaktstellen häufig die einzigen Dienste in den neuen Bundesländern waren die Beratungsleistungen anboten, wandten sich in den Jahren 1992/ 93 interessierte Bürger auch mit Fragen zu den Themen Arbeitslosigkeit, Krankenversicherung, Sozialhilfe und Mietrecht an die Kontaktstellen. Entsprechend hat die, zum damaligen Zeitpunkt wichtige Frage der Sozialberatung dazu geführt, daß die Mitarbeiter die Funktion der „Feuermelderfunktion“ zunächst größere Bedeutung beigemessen haben. 1995 wird die Bedeutung der Unterstützung von Gruppen und Initiativen niedriger eingestuft. In der Anfangsphase des Modellprogrammes beschränkten sich viele Kontaktstellen ausschließlich auf die Beratung von Selbsthilfegruppen. Die Vielzahl von Gruppengründungen in den ersten Jahres des Programmes und die hieraus resultierenden Anforderungen an die Mitarbeiter haben dazu beigetragen, daß diese Aufgabe zunächst als wichtigstes Ziel gesehen wurde. Andererseits wird dem Abbau von Zugangsbarrieren, der Verbesserung der Kooperation von informellem und professionellem Hilfesystem sowie der Förderung der gegenseitigen Unterstützung am Ende des Modellprogrammes eine höhere Bewertung beigemessen.

Überprüft wurde, wie sich die Struktur in den Einzugsbereichen auf die Ziele der Kontaktstellen auswirkt. In städtischen Kontaktstellen wird dem Abbau von Zugangsbarrieren ein deutlich höherer Stellenwert beigemessen (98 % gegenüber 67 %). Demgegenüber sehen Mitarbeiterinnen aus ländlichen Einzugsgebieten in der Unterstützung von Gruppen und Initiativen (100 % gegenüber 86 %) sowie in der Kontaktstelle als Frühwarnsystem (53 % gegenüber 40 %) wichtigere Ziele für ihre Arbeit. Der Vergleich von Kontaktstellen mit unterschiedlicher Personalausstattung weist

demgegenüber kaum Unterschiede auf: Lediglich Kontaktstellen mit einer angemessenen Personalausstattung messen der Verbesserung der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Fachleuten höhere Bedeutung zu (94 % gegenüber 73 %). Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erfahrungen aus den alten Bundesländern. Nur Kontaktstellen mit ausreichender Personalausstattung können die Moderationsaufgabe zwischen Selbsthilfe und Fachleuten realisieren. Kontaktstellen mit einer geringen Personalaustattung müssen ihre Arbeit weitgehend auf die Unterstützung der Betroffenen begrenzen.

Konzeption der Selbsthilfekontaktstellen

Welchen Niederschlag haben die Funktionen und die Zielsetzungen in der Konzeption der Kontaktstelle gefunden? Ein konzeptioneller Unterschied besteht zwischen Kontaktstellen mit spezialisierten und Selbsthilfekontaktstellen mit fachübergreifenden Ansatz. Ein spezialisierter Arbeitsansatz besteht, wenn sich die Kontaktstelle auf einzelne und spezielle Themen ausrichtet, beispielsweise als Kontaktstelle für Betroffene eines bestimmten Krankheitsbildes oder als Kontaktstelle für psychosoziale Probleme. Demgegenüber sind Kontaktstellen mit fachübergreifenden Ansatz auf alle Themen und Bereiche gesundheitlicher, sozialer und kultureller Selbsthilfe ausgerichtet. Bereits in den alten Bundesländern hatte sich gezeigt, daß die Mehrzahl der Kontaktstellen einen fachübergreifenden Ansatz praktizieren.

Ein zweiter konzeptioneller Unterschied besteht in der Zusammenlegung der Kontaktstellenarbeit mit Beratungsstellen (z.B. Ehe- und Lebensberatung). Bei diesem Ansatz ist die Kontaktstelle räumlich und konzeptionell in andere fachspezifische Beratungsangebote eingebunden. An die wissenschaftliche Begleitung war die Frage gestellt, ob im Rahmen eines solchen Ansatzes die Ziele und Aufgaben der Selbsthilfeunterstützung angemessen erbracht werden können. Im Modellprogramm in den neuen Bundesländern wurden in der Anfangsphase in zwei Standorten integrierte Angebote aufgebaut, in der Kontaktstelle im Haus der Begegnung in Bad Freienwalde und in der „IKOS mit integrierter Lebens- und Familienberatung“ in Jena.

Ein dritter konzeptioneller Unterschied besteht darin, ob die Selbsthilfekontaktstellenarbeit von hauptamtlichen Fachkräften erbracht

oder von anderen Diensten als Nebenaufgabe mitgeleistet wird. Im Modellprogramm war vorgegeben, daß die Kontaktstellen zumindest mit einer Personalstelle ausgestattet werden müssen. Im Laufe des Modellprogrammes zeigte sich, daß in anderen Städten in den neuen Bundesländern die Selbsthilfeunterstützung, nicht zuletzt aus Kostengründen, in einigen Fällen als Nebenaufgabe anderer bereits bestehender Beratungsstellen und Diensten übertragen wurde.

Zur Unterscheidung sollte daher der Begriff Selbsthilfekontaktstelle nur für konzeptionell eigenständige Dienste der Selbsthilfeförderung verwendet werden. Sie unterstützen Selbsthilfe querschnittsbezogen als Hauptaufgabe. Bei allen anderen Diensten und Einrichtung handelt es sich um Dienste, die Selbsthilfeunterstützung als Nebenaufgabe wahrnehmen (z.B. die Rehabilitationsberater der Krankenkassen). In der Bundesrepublik Deutschland gibt es derzeit ca. 260 die Selbsthilfe unterstützende Dienste[1]. Von diesen haben 160 Selbsthilfekontaktstellen eigene Personalstellen, Räumlichkeiten und einen Sachmitteletat.

Ein Problem der Profilbildung und der Institutionalisierung von Selbsthilfekontaktstellen liegt in der Bezeichnung bzw. dem Namen, den Träger und Mitarbeiter für die sie wählen. Eine Vielzahl von Namen wird verwandt, wobei folgende Bezeichnungen am verbreitetsten sind:

- Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe(gruppen) (KISS)
- Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe (IKOS)
- „Stadtname“ und Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe (z.B. MIKS in Münster, PIKS in Potsdam, F.I.K.S. in Fürstenwalde)
- Selbsthilfebüro und „Stadtname“ (z.B. Selbsthilfebüro Würzburg)

Alle Bezeichnungen stehen für Selbsthilfekontaktstellen, die Selbsthilfeförderung als Hauptaufgabe erbringen. Die Vielfalt der verwendeten Bezeichnungen kann dazu führen, daß Förderer und Kooperationspartner den dahinter stehenden Einrichtungstypus einer Selbsthilfekontaktstelle nicht als eine Dienstleistungsform auffassen. Aus

1 Die Unterscheidung in Selbsthilfekontaktstellen (Hauptaufgabe) und Unterstützungsstellen (Nebenaufgabe) hat sich in der Fachöffentlichkeit durchgesetzt. Vgl. hierzu NAKOS Juni 1995 „Roten Adressen“. Verzeichnis der Selbsthilfe-Unterstützungsstellen.

förderpolitischen Erwägungen ist es daher angebracht, den Begriff Selbsthilfekontaktstellen zu verwenden.

Entwicklung des Aufgabenprofils

Welches Aufgabenprofil haben die Kontaktstellen in den neuen Bundesländern entwickelt? Die Beratung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen ist die Aufgabe, die eindeutig der Arbeit einer Selbsthilfekontaktstelle zugeschrieben wird. Unstrittig ist auch, daß Information, Beratung und Vermittlung von am Thema der Selbsthilfe interessierten Bürgerinnen und Bürgern zur Arbeit einer Kontaktstelle gehört. In der Anfangsphase des Modellprogrammes wurde von einzelnen Kontaktstellen infrage gestellt, ob es eine Aufgabe der Selbsthilfekontaktstellen ist, sich aktiv im lokalen Gefüge der Dienste und Einrichtungen einzubringen und Kooperationsbeziehungen zu Fachleuten aus Sozial- und Gesundheitswesen aufzubauen. Zu diesem Aufgabenbereich zählt auch die Kooperation mit der kommunalen Verwaltung und kommunalen Entscheidungsträgern, um über Möglichkeiten und Unterstützungsbedarfe der Selbsthilfe zu informieren und die Interessen der Selbsthilfegruppen auf der kommunalen Ebene zu vertreten.

Das inzwischen von allen Selbsthilfekontaktstellen praktizierte Aufgabenprofil besteht aus fünf Bereichen, die das Handwerkszeug für die Unterstützung und Zusammenarbeit mit den drei Adressaten- bzw. Nutzergruppen bilden (vgl. **Abb. 5.2**):

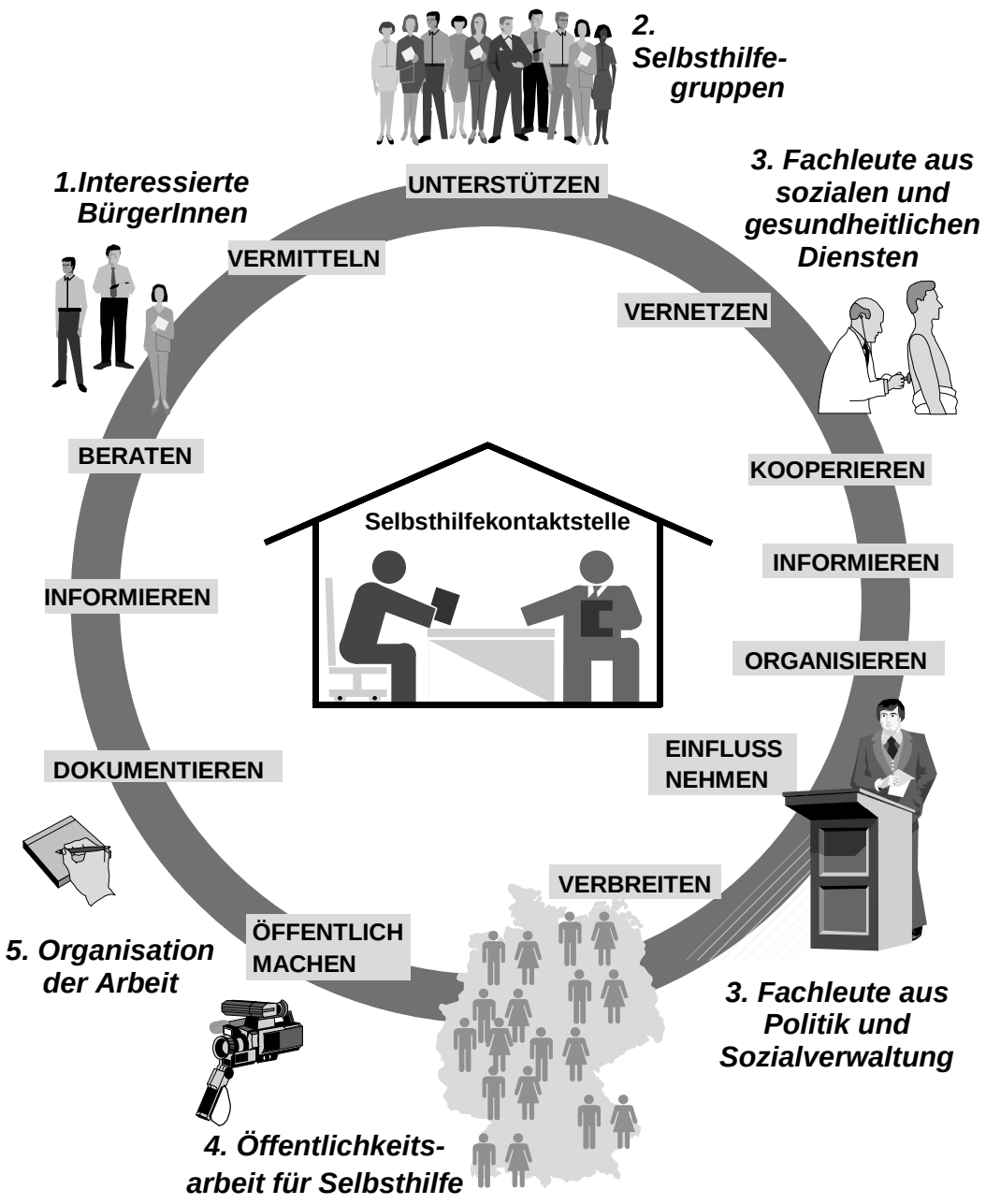
- Beratung von selbsthilfeinteressierten Bürgerinnen und Bürgern
- Beratung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
- Kooperation mit Fachleuten
- Öffentlichkeitsarbeit für Selbsthilfe
- Organisation und Dokumentation

Selbsthilfekontaktstellen unterstützen selbsthilfeinteressierte Bürger, indem sie zunächst über die Möglichkeiten von Selbsthilfe, die Arbeitsweisen von Selbsthilfegruppen sowie über die Arbeit und Unterstützungsleistung der Selbsthilfekontaktstellen informieren. Die Information erfolgt häufig telefonisch, etwas weniger in persönlichen Gesprächen. Die Mitarbeiterinnen beraten die interessierten Bürger dabei, wie sie Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe aufnehmen können oder ggf. eine eigene Gruppe gründen können. Auch die Vermittlung von Kontakten

in Selbsthilfegruppen und zu anderen professionellen Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens zählen zur Aufgabe der Selbsthilfeberater.

Selbsthilfekontaktstellen unterstützen und beraten Selbsthilfegruppen. Die Beratungsleistungen beziehen sich dabei in erster Linie auf Gründungshilfen, wie organisatorische und technische Unterstützungsleistungen durch die Beschaffung von Räumen und Sachmitteln; ferner durch die konzeptionelle Be-

Abb. 5.2: Aufgaben der Selbsthilfekontaktstellen



© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

ratung von Gruppen, beispielsweise in Form der Gewinnung neuer Mitglieder oder der Intervention in Krisensituationen. Weitere Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen bestehen in der Information über die kommunale Selbsthilfegruppenförderung sowie den Austausch von Informationen und die Förderung der Vernetzung von Selbsthilfegruppe und Initiativen auf der lokalen Ebene.

Selbsthilfekontaktstellen kooperieren mit Fachleuten. Sie werden über die Arbeit von Selbsthilfegruppen informiert und in verschiedenen Formen der Zusammenarbeit unterstützt. Mitarbeiter aus sozialen und gesundheitlichen Diensten können sich als Referenten von Selbsthilfegruppen zur Verfügung stellen. Sie können Menschen, die sich an ihre Einrichtung wenden, auf Selbsthilfegruppen und die Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen hinweisen. Zudem besteht die Aufgabe der Selbsthilfekontaktstelle darin, auf der örtlichen Ebene mit der kommunalen Politik und Sozialverwaltung zu kooperieren. Vertreter aus Ämtern, Verbänden und anderen Institutionen müssen über die Arbeit und Anliegen von Selbsthilfegruppen und geeignete Formen der Unterstützung informiert werden. Ein wichtiger Beitrag der Selbsthilfekontaktstelle besteht darin, die kommunale Selbsthilfegruppenförderung zu koordinieren und bei der Ausarbeitung von Förderrichtlinien mitzuarbeiten.

Selbsthilfekontaktstellen leisten Öffentlichkeitsarbeit für Selbsthilfe, indem sie mit verschiedensten kommunalen Institutionen und den örtlichen Medien kooperieren. Die Durchführung von jährlichen Selbsthilfetagen oder auch Gesundheitstagen, bei denen sich soziale und gesundheitliche Selbsthilfegruppen den interessierten Bürgern präsentieren, haben sich als eine erfolgreiche Unterstützungsleistung von Selbsthilfekontaktstellen erwiesen. Die Kontaktstelle berät aber auch Selbsthilfegruppen dabei, wie sie sich in der lokalen Presse präsentieren können. Sie sorgt dafür, daß aktualisierte Verzeichnisse, beispielsweise in Form von kommunalen Selbsthilfegruppenführern erstellt werden und regelmäßig in der lokalen Presse auf die Treffen der verschiedenen Selbsthilfegruppen hingewiesen wird. Neben Selbsthilfeführern haben sich die Erstellung von Faltblättern, regelmäßigen Rundschreiben an alle Selbsthilfegruppen sowie die Herausgabe einer Selbsthilfezeitung, die als Kommunikationsmedium zwischen den Selbsthilfegruppen, der Kontaktstelle, den Fachleuten und der Öffentlichkeit dient, als ein erfolgreiche Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit erwiesen.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Kontaktstellenarbeit ist eine professionelle Organisation und Dokumentation der Arbeit. Kontaktstellen müssen über regelmäßige Sprechzeiten für die drei Nutzergruppen erreichbar sein. Wenn es um die Motivation selbsthilfeinteressierter Bürger geht, ist ein leichter Zugang von zentraler Bedeutung (günstige Verkehrsanbindung, ansprechende Räumlichkeiten, kundenorientierte Öffnungszeiten etc.). In ländlichen Regionen sowie Großstädten haben sich Außen- bzw. Nebenstellen bewährt. Um die Informationskompetenz der Selbsthilfekontaktstelle sicherzustellen, ist eine umfassende Dokumentation und kontinuierliche Bedarfsermittlung notwendig. Hierzu zählt eine Kartei von Selbsthilfegruppen und denjenigen selbsthilfeinteressierten Bürgern, die in keine Gruppe vermittelt werden konnten, ein Verzeichnis von Räumlichkeiten sowie eine Professionellen- und Institutionenkartei. Das kontinuierliche Ausfüllen einer regelmäßigen Nutzer- und Leistungsstatistik hat sich, dies zeigen die Erfahrungen beider Modellprogramme, als eine wichtige Informationsquelle für die Entwicklung der eigenen Arbeit, für die Darstellung der Leistung gegenüber Träger, Finanziers und Dritten sowie als Grundlage der Reflexion der eigenen Arbeit erwiesen.

Zeitaufwand für die Aufgaben

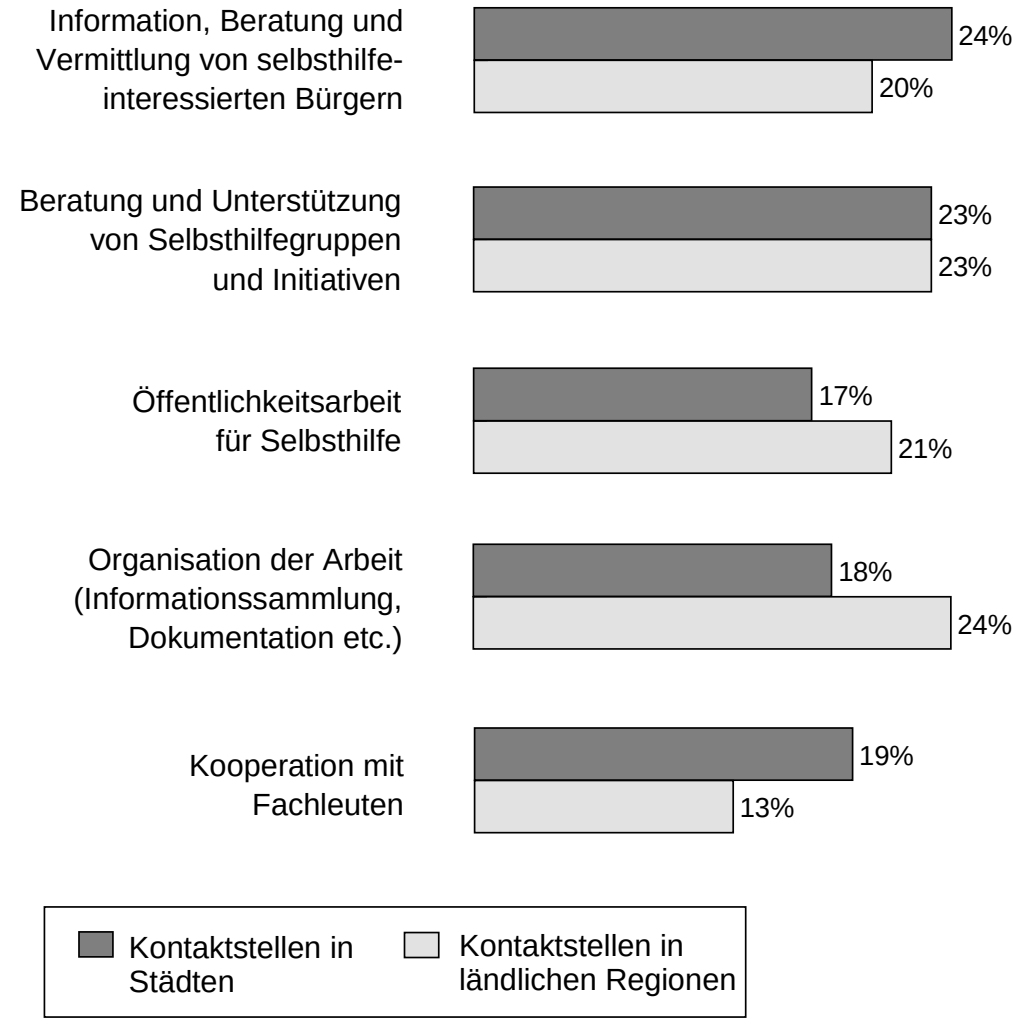
Um die Aufgaben erfolgreich bewältigen zu können, müssen die Selbsthilfekontaktstellen sowohl mit Fachberatern als auch mit Verwaltungskräften ausgestattet sein. Hierbei ist es notwendig, daß die Selbsthilfeberater neben ihrer Qualifikation über ein hohes Maß an professionellen Kenntnissen und Fähigkeiten sowie extrafunktionalen Schlüsselqualifikationen (soziale, kommunikative, planerische Kompetenzen und Fähigkeiten) verfügen. Die Frage, welche Qualifikationen als Grundlage für die Arbeit in einer Selbsthilfekontaktstelle geeignet sind, wurde in den regionalen Arbeitstreffen und zentralen Arbeitstagungen wiederholt diskutiert. Die Ergebnisse sind in die Empfehlungen zur personellen Ausstattung von Selbsthilfekontaktstellen (vgl. **Kap. 7**) eingeflossen.

Ausgehend von der zur Verfügung stehenden Personalkapazität stellt sich die Frage, wieviel Zeit die Kontaktstellen zur Durchführung der Aufgaben benötigen? Analysiert wurde auch das Verhältnis zwischen dem tatsächli-

chen Arbeitsaufwand für die fünf Aufgaben (vgl. **Abb. 5.3**) und der Beurteilung der Wichtigkeit dieser Aufgaben aus Sicht der Mitarbeiter (vgl. **Abb. 5.4**).

Abb. 5.3: Zeitaufwand für die Aufgabenschwerpunkte der Selbsthilfekontaktstellen

Wie groß waren die Zeitanteile für die Aufgaben in einem durchschnittlichen Arbeitsmonat?



© ISAB Köln 06/1996. Jährliche Befragung der 17 Selbsthilfekontaktstellen.

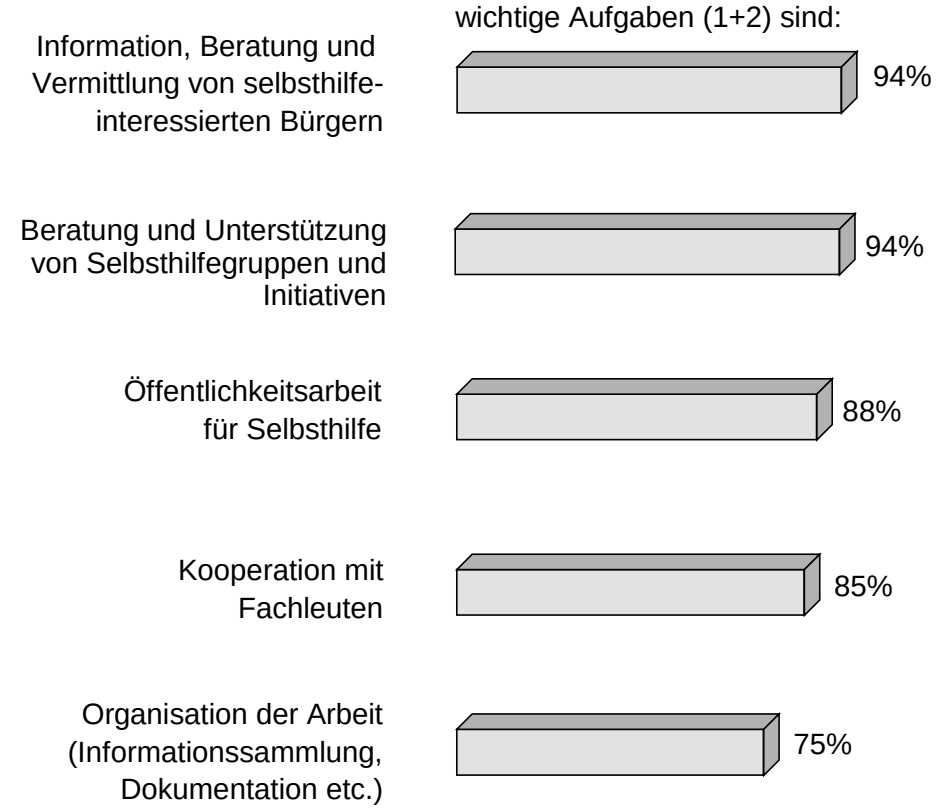
Beim Zeitaufwand stehen die Information und Beratung von selbsthilfeinteressierten Bürgern und der damit verbundenen Vermittlung in Selbsthilfegruppen (23 %) sowie die Beratung und Unterstützung von Gruppen und Initiativen (23 %) deutlich im Vordergrund. Demgegenüber haben Öffentlichkeitsarbeit (18 %) sowie Kooperation mit Fachleuten (17 %) eine geringe zeitliche Relevanz.

Unterschiede bestehen beim tatsächlichen Arbeitsaufwand zwischen Kontaktstellen in ländlichen Regionen und in Städten. In ländlichen Regionen wird für die Arbeitsorganisation mit 24 % gegenüber 18 % in städtischen Einzugsgebieten mehr Zeit aufgewendet. Dies ist darauf zurückzuführen, daß in den ländlichen Kontaktstellen, die selten über Verwaltungskräfte verfügen, die Fachkräfte mehr Zeit für die Durchführung von organisatorischen Arbeiten aufwenden müssen. Dagegen können Kontaktstellen in Städten, die über höhere personelle Ressourcen verfügen, aufgrund der Entlastung durch Verwaltungskräfte sowie einer Arbeitsteilung zwischen den Mitarbeitern, mehr Zeit für die Unterstützung und Beratung von selbsthilfeinteressierten Bürgern und die Kooperation mit Fachleuten aufwenden. Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, daß ländliche Kontaktstellen stärker für Selbsthilfe und ihre eigene Arbeit werben müssen. So liegt der Zeitaufwand für die Öffentlichkeitsarbeit in ländlichen Kontaktstellen mit 21 % gegenüber 17 % in städtischen Einzugsgebieten deutlich höher.

Wegen der höheren zeitlichen Inanspruchnahme für die Arbeitsorganisation und Öffentlichkeitsarbeit in ländlichen Regionen kann weniger für die Kooperation mit Fachleuten aufgewendet werden. Kontaktstellen in ländlichen Einzugsgebieten wenden 13 % ihrer Arbeitszeit für die Kooperation mit Fachleuten und professionellen Diensten und Einrichtungen auf, bei städtischen Selbsthilfekontaktstellen sind es 19 %. Hieran zeigt sich, daß Kontaktstellen in städtischen Einzugsgebieten mit angemessener Personalausstattung die Aufgabe der Kooperation mit Fachleuten, der Einbindung der Selbsthilfe in das regionale System der professionellen Dienste sowie die Absicherung der Selbsthilfekontaktstelle erfolgreich wahrnehmen können. Der Vergleich nach Personalressourcen bestätigt dies, Kontaktstellen mit hoher Personalkapazität können für die Zusammenarbeit mit Fachleuten und damit den Diensten und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens mehr Arbeitszeit einbringen.

Abb. 5.4: Bedeutung der Aufgaben der Selbsthilfe-kontaktstellen

Welche Bedeutung hatten die Aufgaben für die Selbsthilfekontaktstellen im Berichtszeitraum?
Antwortvorgaben: sehr wichtig (1) ... nicht wichtig (5)



© ISAB Köln 06/1996. Jährliche Befragung der 17 Selbsthilfekontaktstellen.

Betrachtet man die Einstufung der Wichtigkeit der fünf Aufgaben durch die Kontaktstellen (vgl. **Abb. 5.4**), stehen auch hier Information, Beratung und Vermittlung von Bürgern (94 %) sowie Beratung von Selbsthilfegruppen und Initiativen (94 %) im Vordergrund. Der Kooperation mit Fachleuten (85 %) sowie die Organisation der Kontaktstellenarbeit (75 %) wird ein geringerer Stellenwert beigemessen.

Bei der Beurteilung der Wichtigkeit der Kontaktstellenaufgaben im Stadt-Land-Vergleich sind keine relevanten Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Kontaktstellen festzustellen. Lediglich die Öffentlichkeitsarbeit stufen die Kontaktstellen in ländlichen Einzugsgebieten höher ein (mit 95 % gegenüber 85 % in Städten). Dem Einsatz für die Anliegen der Betroffenen, sowohl der interessierten Bürger als auch der Selbsthilfegruppen und Initiativen, wird von der Mehrzahl der Selbsthilfekontaktstellen die höchste Bedeutung beigemessen und auch die meiste Arbeitszeit zur Verfügung gestellt. Demgegenüber wird von Kontaktstellen mit besserer Personalausstattung mehr Zeit für die Kooperation mit Fachleuten aufgewandt, ohne daß sie diese Aufgabe höhere Bedeutung beimessen.

Selbstbeurteilung der Leistungen

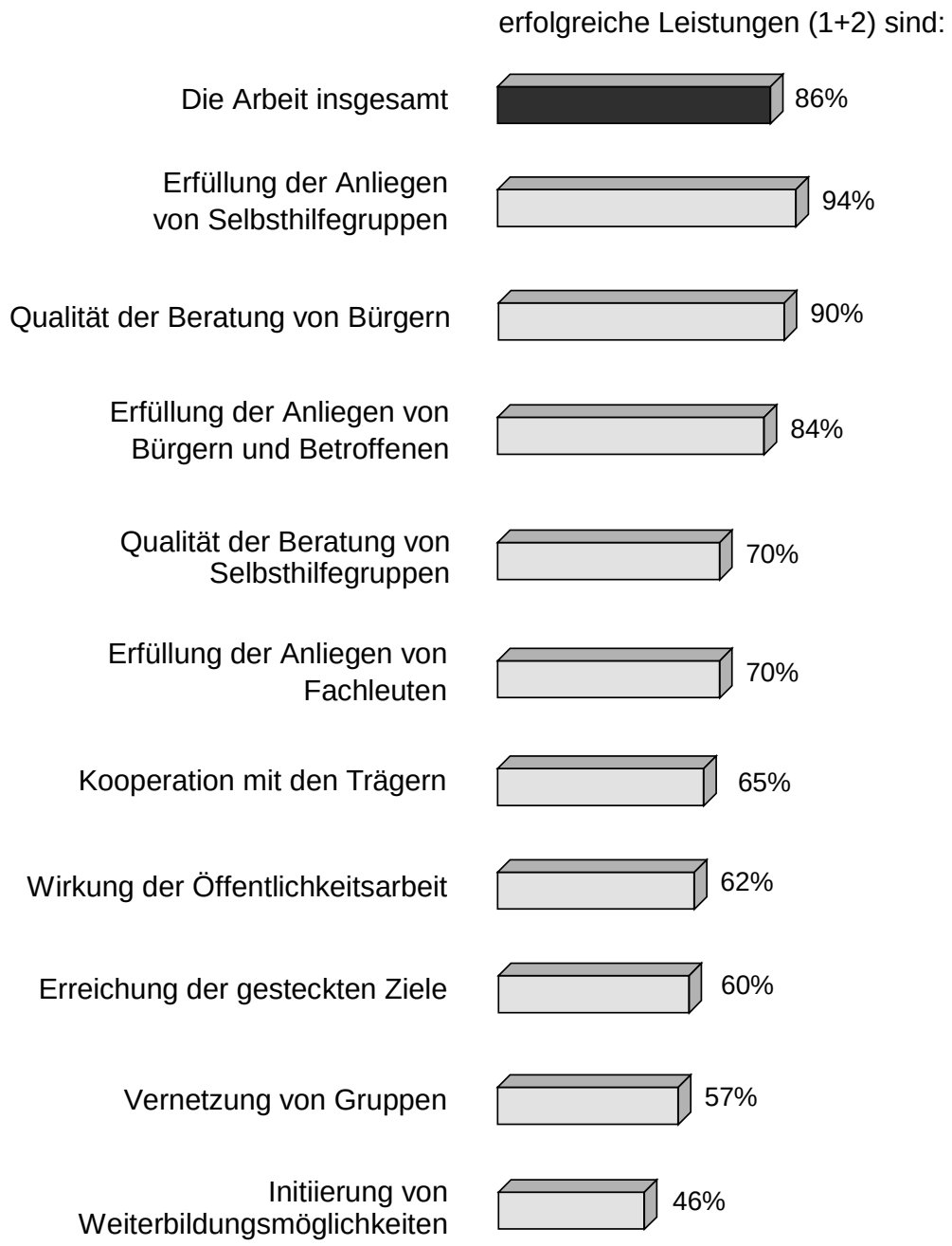
Ein weiterer Indikator für die Organisationsentwicklung der Selbsthilfekontaktstellen ist die Beurteilung der eigenen Leistungen. Hinsichtlich der Selbstbeurteilung der Leistungen der Kontaktstellen durch die Mitarbeiter angesichts der aktuellen personellen Kapazität ist festzustellen, daß die Arbeit von allen Selbsthilfekontaktstellen insgesamt mit 86 % als gut eingestuft wird (vgl. **Abb. 5.5**).

Differenziert man die Selbstbeurteilung nach einzelnen Leistungen der Selbsthilfekontaktstelle, werden die Erfüllung der Anliegen von Gruppen (94 %), die Erfüllung der Anliegen von Bürgern (84 %) sowie die Erfüllung der Anliegen der Fachleute (70 %) als erfolgreich eingestuft. Auch die Qualität der Beratung wird als gut eingestuft (90 % für die Beratung von Bürgern, 70 % für die Beratung von Gruppen). Defizite werden bei der Vernetzung der Gruppen (57 %) sowie bei der Initiierung von Weiterbildungsmöglichkeiten (46 %) gesehen. Die Kontaktstellen sehen demnach die Stärken ihrer Arbeit in der Erfüllung der Anliegen der drei Adressatengruppen. Nach eigener Einschätzung haben sie bei den

inhaltlichen, konzeptionellen Zielen der Arbeit eine sehr positive Leistungsbilanz.

Abb. 5.5: Leistungsbewertung der Selbsthilfekontaktstellen

Wie wird der Erfolg der Leistungen der Selbsthilfekontaktstelle beurteilt? Antwortvorgaben: sehr gut (1) ... unzureichend (5)



© ISAB Köln 06/1996. Jährliche Befragung der 17 Selbsthilfekontaktstellen.

Die bisher zu enge Orientierung der Kontaktstellenunterstützung auf gesundheitliche Selbsthilfegruppen muß überwunden werden. Die in sozialen Selbsthilfegruppen und Initiativen liegenden Lösungskompetenzen für gesellschaftliche und soziale Probleme bedürfen einer intensiveren Unterstützung als dies in der Modellprogrammphase erfolgt ist. Die Unterstützungsleistungen der Kontaktstellen sollten das bürgerschaftliche Engagement in Initiativen und außenorientierte Selbsthilfegruppen stärker einbeziehen, um gemeinschaftliche Interessenartikulation und Interessendurchsetzung zu fördern. Eine Beschränkung der Engagementförderung auf Gruppen, in deren Zentrum psychosoziale Bewältigungsstrategien stehen, wird den Anliegen von Initiativen und bürgerschaftlichem Engagement nicht gerecht.

Angesichts des in vielen Bereichen noch geringen Selbsthilfeengagements in der sozialen Selbsthilfe, der Beteiligungsprobleme von Bürgern an kommunalpolitischen Entscheidungsprozessen und dem Mitwirkungsbedarf der Bürger an der Bewältigung sozialer, umweltbezogener und ökologischer Probleme können Selbsthilfekontaktstellen wichtige, bisher zu wenig berücksichtigte Funktionen übernehmen:

- Entwicklung von Know-how für das Engagement in sozialen Selbsthilfegruppen,
- Moderationsfunktion zwischen Bürgern, dem politischen und professionellen System,
- Entwicklung gemeinwesenorientierter Kommunikations- und Beteiligungsmodelle und damit Unterstützung von Professionellen und Politikern im produktiven Kontakt mit den Bürgern,
- Vernetzung des Bürgerengagements unter konkreten Sozial- und gesundheitspolitischen und kommunalpolitischen Zielsetzungen,
- Aktivierung und Bündelung des kritischen Potentials in den Selbsthilfeinitiativen.

Um diese Funktionen erfüllen zu können, müssen sich Kontaktstellen in ihrem Selbstverständnis und Know-how weiterentwickeln. Hierbei sollten sie von ihren Trägern, aber auch von Politik und Verwaltung unterstützt werden.

Die Ergebnisse des Modellprogrammes in den neuen Bundesländern zeigen, daß die Selbsthilfekontaktstellen ihr Aufgabenprofil auf der

Grundlage eines fachübergreifenden Arbeitsansatzes entwickelt haben. Dieses spiegelt sich sowohl in der Bewertung von Zielen und der Bedeutung, die diesen Aufgaben beigemessen wird. Die Evaluation der Selbsthilfekontaktstellen in den neuen Bundesländern bestätigt die Erfahrungen der Organisationsentwicklung von Selbsthilfekontaktstellen in den alten Bundesländern. Nach nunmehr zehn Jahren der modellhaften Organisationsentwicklung von Selbsthilfekontaktstellen in den alten und neuen Bundesländern wurde das Aufgabenprofil der Selbsthilfekontaktstellen mit fünf Kernaufgaben entwickelt, das heute sowohl von der Fachöffentlichkeit, den Fach- und Verbandsvertretern der Selbsthilfe als auch der Mehrzahl der Selbsthilfekontaktstellen als Standard anerkannt.

Weiterentwicklung des Aufgabenspektrums von Selbsthilfekontaktstellen

Bei der Entwicklung des Aufgabenprofils der Selbsthilfekontaktstellen gewann die Frage einer Profilerweiterung zunehmend an Bedeutung. Die Diskussion zur Erweiterung des Aufgabenspektrums wurde von verschiedenen Entwicklungen beeinflußt:

- Durch die zielgruppenspezifische Förderung von freiwilligem Engagement entstanden weitere engagementunterstützende Dienste wie Seniorenbüros, Freiwilligenzentren und Wissensbörsen. Damit stellt sich die Frage, wie Selbsthilfekontaktstellen gegenüber diesen Diensten positioniert werden sollen.
- Ausgehend von der Diskussion über die Förderung bürgerschaftlichen Engagement stellt sich die Frage, wie eine effiziente Unterstützung eher durch eine querschnittsbezogene, eine zielgruppengerechte Infrastruktur gefördert werden kann?

Die Profilerweiterung und die damit verbundene Übernahme weiterer Aufgaben zeigen sich in dem Bestreben der Kontaktstellen, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen. Sie spiegelt sich auch in der Erprobung und Förderung durch den Bund. So wurde die GFK KB 1995 beauftragt, mit ausgewählten Kontaktstellen aus dem Modellprogramm Formen einer Kooperation zwischen Kontaktstellen und Rehabilitationskliniken zu erproben (vgl. **Kap. 16**). Die Diskussion wurde von einzelnen Verbänden aufgegriffen, beispielsweise vom PARITÄTISCHEN NRW (vgl. Greiwe 1996a).

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung war es notwendig, die Frage der Profilerweiterung in die Evaluation des Modellprogrammes aufzunehmen (vgl. Braun/ Kettler 1996, S. 147 ff.). Es galt, die sich etablierenden Selbsthilfekontaktstellen an aktuelle sozialpolitische Entwicklungen anzupassen und hierdurch einen Beitrag zu ihrer Absicherung zu geben. Die Diskussion über eine Profilerweiterung zeigt aber auch das Dilemma, in dem sich die Selbsthilfekontaktstellen gegenwärtig befinden: Während die Finanzierung der Hauptaufgaben der Kontaktstellen noch nicht gesichert ist, werden sie zunehmend durch Kommunen und Länder aufgefordert, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen.

Die Überlegungen zu einer Profilerweiterung gehen davon aus, daß eine engagementunterstützende Infrastruktur auf der kommunalen Ebene notwendig ist, jedoch angesichts der knappen öffentlichen Haushalte auch finanzierbar sein muß. Eine Aufgabenerweiterung müßte im Zusammenhang mit dem Kernaufgabenprofil der Kontaktstelle stehen und dazu beitragen, Ressourcen für die Absicherung der Kontaktstelle bereitzustellen.

Zusätzliche Aufgaben können für kommunale Ämter, Krankenkassen und andere Sozialversicherungsträger, Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens sowie private Kunden erbracht werden. Die Diskussion mit Fachvertretern bei der Tagung Selbsthilfe 2000 in Suhl ergab, daß vier zusätzliche Leistungsfelder geeignet sind:

- die Verwaltung und Abrechnung des kommunalen Selbsthilfegruppenetats
- die Organisation und Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. die Organisation, Durchführung und Dokumentation von Veranstaltungen sowie die Erstellung von Materialien wie der Arbeits- und Hilfsmittelführer in Chemnitz)
- die Durchführung von Projekten zu gesundheitlichen und sozialen Themen (z.B. Suchtprävention im Betrieb, Kooperation mit Rehabilitationskliniken etc.)
- die Unterstützung der kommunalen Verwaltung (z.B. bei der Gesundheitsberichterstattung und der Durchführung von Gesundheitskonferenzen)

Die Selbsthilfeberater sehen in der Durchführung von Projekten mit Ärzten und Krankenkassen ein aussichtsreiches Feld für die Aufgabenerweiterung einer Selbsthilfekontaktstelle (94 %). Dies ist jedoch insofern zu relativieren, da Krankenkassen bislang Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen nur über zusätzliche Projekte zeitlich befristet mitfinanzieren. Die Hälfte aller Selbsthilfekontaktstellen sieht in gemeinsamen Projekten mit Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie in der Mitarbeit und Unterstützung der Kommunen bei der kommunalen Gesundheitsberichterstattung ein potentielles Aufgabenfeld.

Aufgabenerweiterung durch Verwaltung der Mittel für Selbsthilfegruppen:

Selbsthilfekontaktstelle Gardelegen: Im Februar 1996 stellte der Paritätische Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. Träger der Selbsthilfekontaktstelle in Gardelegen, den Antrag auf die Einrichtung einer Zentralstelle zur Bearbeitung, Vergabe und Abrechnung der Mittel an Selbsthilfegruppen und Organisationen gemäß der Förderrichtlinie des Landkreises Stendal vom 16.12.93 (Drucksache Nr. 835). Als Zentralstelle soll die Selbsthilfekontaktstelle folgende Aufgaben übernehmen:

- die Ausgabe der Fördermittelanträge an Selbsthilfegruppen und Vereine,
- die Entgegennahme der Anträge und Prüfung sowie ggf. eine Beratung der Antragsteller,
- die Erstellung von Zuwendungsbescheiden,
- die Vorbereitung von Geldanweisungen auf der Grundlage der Zuwendungsbescheide,
- die Entgegennahme und Prüfung der Verwendungsnachweise
- sowie die Erstellung eines Verwendungsnachweises über alle an Selbsthilfegruppen geflossenen Mittel.

Die Aufgaben einer Zentralstelle zur Vergabe der Mittel an Selbsthilfegruppen wurden unter der Voraussetzung beantragt, daß die Förderung auf Grundlage o.a. Richtlinie erfolgt und die Bewilligung beim zuständigen Landkreis verbleibt. (Der PARITÄTISCHE Sachsen-Anhalt, 12. Feb. 96).

Die Notwendigkeit des regionalen Bezuges bei der Aufgabenerweiterung zeigt sich im Stadt-Land-Vergleich. Selbsthilfeberater in ländlichen und

städtischen Einzugsgebieten präferieren unterschiedliche zusätzliche Aufgaben. In Kontaktstellen in ländlichen Einzugsgebieten wird der Organisation von Veranstaltungen mit Krankenkassen (20 gegenüber 42 %) ein geringerer Stellenwert als in Städten beigemessen. In der Übernahme von Aufgaben einer Bürgerberatungsstelle sehen sie keine sinnvolle Zusatzaufgabe (0 gegenüber 42 %). Einen deutlich höheren Stellenwert als städtische Selbsthilfekontaktstellen messen sie demgegenüber der Verwaltung des kommunalen Selbsthilfegruppenetats (80 gegenüber 50 %) sowie der Durchführung von Projekten mit Einrichtungen des Gesundheitswesens (60 gegenüber 47 %) bei.

Aufgabenerweiterung durch Herausgabe einer „Hilfsmittelbroschüre“:
Die Selbsthilfekontaktstelle Chemnitz hat als zusätzliches Angebot für Selbsthilfegruppen, Initiativen und interessierte Bürger und Fachleute die „Hilfsmittel-Börse“ entwickelt. Hierbei handelt es sich um einen Gesamtkatalog, in dem alle technischen Hilfsmittel für Veranstaltungen und Zusammenkünfte aufgelistet sind. Die Hilfsmittel-Börse gibt Informationen darüber, wo (Adresse und Ansprechpartner) welche technischen Geräte zu welchen Konditionen ausgeliehen werden. Sie umfaßt Angaben zu Geräten wie CD-Playern, Copy-Printern und Diaprojektoren bis hin zu Videorecordern, Videokameras und Videos. Sie steht allen interessierten Einzelpersonen und Gruppen kostenlos zur Verfügung. Parallel hierzu wurde ein Gesamtverzeichnis der Räume in Chemnitz erstellt, die sogenannte „Raumbörse“. Sie umfaßt Informationen über Ansprechpartner, Kapazität der Räumlichkeiten, Ausstattung und den zeitlichen Zugang sowie ggf. entstehende Mietkosten. (Informationsmaterialien der KISS Chemnitz 1996).

Eine Aufgabe ist die Information und Vermittlung von Bürgerinnen und Bürgern, die sich freiwillig engagieren möchten. Sofern im Einzugsgebiet keine weiteren engagementunterstützenden Dienste bestehen, die derartige Leistungen erbringen, sind Selbsthilfekontaktstellen für diese Aufgabe prädestiniert. Durch ihre Kontakte mit vielfältig interessierten Bürgern sowie mit Gruppen und Initiativen verfügen sie über einen direkten Zugang zu einem breiten Bevölkerungskreis. Ferner sind sie in der lokalen Presse präsent, und verfügen über Instrumente und das Know-how (z.B. Erstellung von Karteien und Wegweisern), um diese Aufgaben zu

übernehmen. In Standorten, in denen auch andere engagementfördernde Dienste bestehen, kann die Information und Vermittlung von ehrenamtlich interessierten Bürgern in Kooperation erfolgen. Ein konkretes Projekt besteht seit Anfang 1996 in Potsdam, die „Koordinationsstelle Ehrenamt“. Durch diese Ausweitung des Aufgabenprofiles von Selbsthilfekontaktstellen besteht die Möglichkeit, daß sie neben der Förderung des Engagements in Selbsthilfe zu einer breiten Förderung von ehrenamtlichen Aktivitäten beitragen.

Aufgabenerweiterung um eine „Koordinationsstelle Ehrenamt“:
Aufgabenschwerpunkt dieser Stelle ist es, ehrenamtliche Aktivitäten von Mitbürgern zu bündeln und in Dateien zu erfassen. Andererseits soll diese Stelle ehrenamtliche Aktivitäten fördern. Erreicht werden soll, daß bereits vorhandene Potentiale in der Nachbarschaftsarbeit, in der Altenhilfe, in der Elternselbsthilfe und im Dienstleistungsgewerbe wieder aktiviert werden. Außerdem soll diese Koordinationsstelle ein Vermittlungsbüro sein für Menschen, die Hilfe suchen und anbieten können. Zunächst soll über eine breite Öffentlichkeitsarbeit und in Zusammenarbeit mit Wohlfahrtsverbänden, Sozialstationen und anderen sozial- und gesundheitsbezogenen Projekten eine Aktivierung des ehrenamtlichen Engagements der Bürger erfolgen. Des weiteren wird nach Möglichkeiten gesucht, ehrenamtliches Engagement in verschiedenen Bereichen nutzbringend einzusetzen. (aus: Konzeption „Koordinationsstelle Ehrenamt“ in Potsdam 1996).

Eine Erweiterung der Aufgaben von Selbsthilfekontaktstellen ist sinnvoll, wenn die Durchführung der Kernaufgaben der Selbsthilfekontaktstellen sichergestellt ist. Die Profilerweiterung muß einen lokalen Bezug aufweisen und sie ist regional abzustimmen. Die Finanzierung sollte in Abhängigkeit von Art und Dauer der Aufgaben erfolgen. Kurzzeitige und einmalige Leistungen sind durch eine Projektfinanzierung sicherzustellen. Der Arbeits- und Kostenaufwand für diese Leistungen sollte über Leistungsverträge oder über die anteilige Finanzierung von Personalkosten erfolgen. Beispielsweise sollten für die Übernahme der Verwaltung und Abrechnung der kommunalen Selbsthilfegruppenförderung Mittel in Höhe einer halben Fachberaterstelle zur Verfügung gestellt werden.

5.2 Zusammenarbeit mit den örtlichen Beiräten

Selbsthilfebeiräte, Kuratorien bzw. Arbeitsgemeinschaften für Selbsthilfe haben sich bereits in den alten Bundesländern als wichtiges Instrument zur Unterstützung der Selbsthilfe und zur Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas erwiesen (vgl. **Kap. 13**). In den Modellstandorten in den neuen Bundesländern wurden Selbsthilfebeiräte in sechs Regionen eingerichtet: Stralsund, Teterow, Chemnitz, Hoyerswerda, Magdeburg und Suhl.

Wichtigste Aufgabe der Selbsthilfebeiräte (vgl. **Abb. 5.6**) für die Kontaktstelle ist die Unterstützung bei der Außendarstellung (67 %). Darüber hinaus unterstützt der Beirat die Kontaktstellen, indem er Kontakte zu Fachleuten und zum sozialpolitischen Umfeld vorbereitet (55 %) und sich für die langfristige Absicherung der Selbsthilfekontaktstelle und für die Vergabe von Mitteln an Selbsthilfegruppen einsetzt. Die Unterschiede in der Aufgabenbeurteilung von Selbsthilfebeiräten zwischen ländlichen und städtischen Kontaktstellen sind gering. Während Kontaktstellen in ländlichem Einzugsgebiet die Unterstützung bei der Außendarstellung wünschen, sehen die Kontaktstellen in Städten in der Unterstützung bei der Vergabe von Mitteln der Selbsthilfegruppenförderung eine zentrale Leistung des Beirates.

Konzeptionell zu unterscheiden sind zwei Typen von Selbsthilfebeiräten. Es gibt Beiräte, die sich als Gremium zur Unterstützung der Selbsthilfekontaktstelle (Kontaktstellenbeirat) verstehen. Hier liegen die Aufgaben der Beiräte in der Beratung und Unterstützung der Selbsthilfekontaktstellenarbeit sowie einer Verankerung der Kontaktstelle im regionalen Umfeld und der damit verbundenen finanziellen Absicherung der Kontaktstelle. Manche Beiräte verstehen sich eher als Selbsthilfebeirat in einem Einzugsgebiet. Hier stehen Fragen der Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas, der Verbreitung des Selbsthilfegedankens in der Region (Multiplikatorenfunktion) sowie des Aufbaus eines regionalen Förderkonzeptes für Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen (Lobbyfunktion) im Vordergrund.

Zusammenarbeit zwischen Beirat und Selbsthilfekontaktstelle

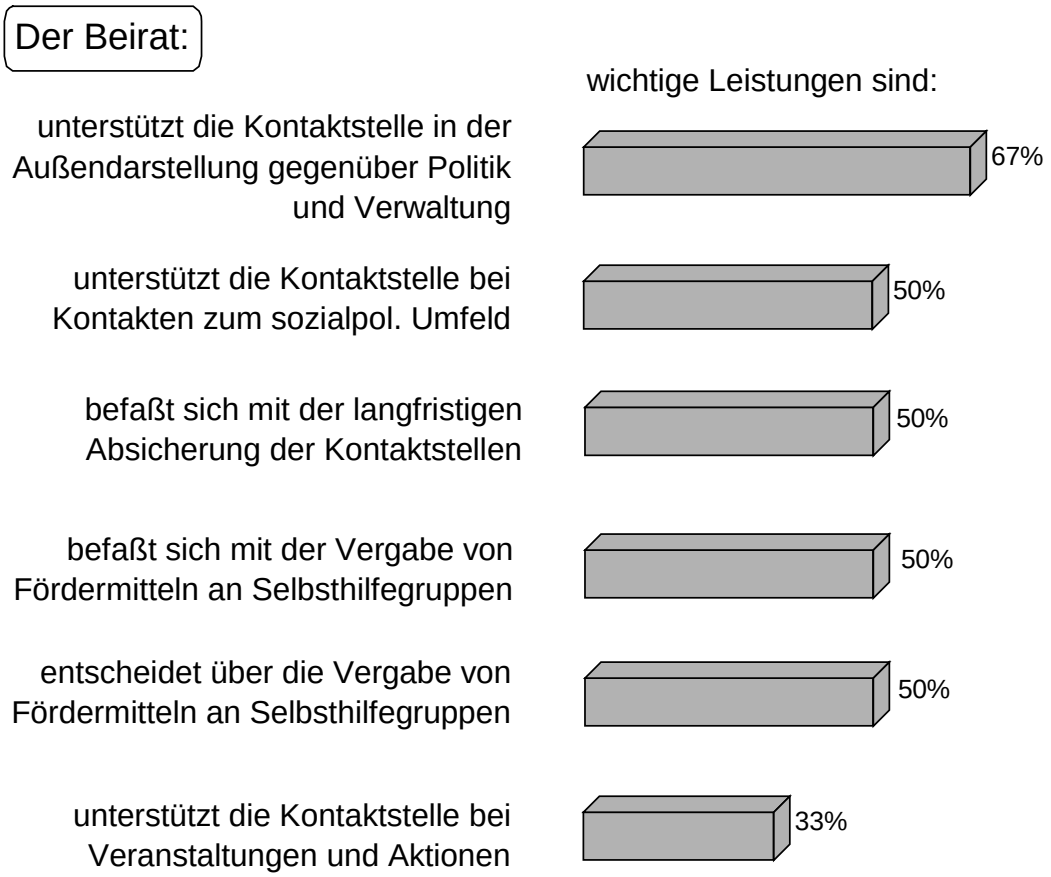
Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Beirat und Selbsthilfekontaktstelle? Eine Aufgabe der Kontaktstellen besteht darin, den Beirat organisatorisch zu entlasten. Hierfür übernimmt sie die Abstimmung der Tagesordnung, den Versand der Einladungen zu den Beiratsitzung sowie das Erstellen der Protokolle. Einigen Kontaktstellen wird ebenfalls die Geschäftsführung des Beirates übertragen.

Ein weiterer Bereich ist die Öffentlichkeitsarbeit. Hierzu zählen die Durchführung von Veranstaltungen wie jährliche Selbsthilfe- oder Gesundheitstage. Der Beirat unterstützt die inhaltliche Vorbereitung dieser Veranstaltungen. Einzelne Beiratsmitglieder präsentieren die Arbeit von

Selbsthilfegruppen und Kontaktstelle. Beiratsmitglieder tragen als Multiplikatoren dazu bei,

Abb. 5.6: Leistungen von Selbsthilfebeiräten

Welches Leistungen des Selbsthilfebeirats waren für die Kontaktstellen wichtig?



© ISAB Köln 06/1996. Jährliche Befragung der 17 Selbsthilfekontaktstellen.

über die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen und Kontaktstelle in ihren Institutionen zu informieren und neue Kooperationen vorzubereiten.

Eine Aufgabe bei der kommunalen Selbsthilfegruppenförderung ist die Verwaltung der Mittel für und die Entscheidungsvorbereitung der Mittelvergabe an die Gruppen. Hierbei hat sich die Kooperation und Aufgabenteilung zwischen Kontaktstellen und Beirat bewährt. Insbesondere kleine Gruppen von Betroffenen, die nicht auf der Landes- und Bundesebene vertreten sind und damit über keine Interessenvertretung verfügen, werden oft nicht bei der Förderung berücksichtigt. Den Selbsthilfebeiräten kommt hier die Aufgabe zu, die Förder- und Vergabekriterien weiterzuentwickeln und mit der Förderung durch andere Institutionen, wie z.B. den Krankenkassen, abzustimmen. Häufig sind die Beiräte damit überfordert, jeden einzelnen Antrag ausführlich zu begutachten. Eine Aufgabe für Selbsthilfekontaktstellen ist es, eine Vorentscheidung über die Anträge der Gruppen und Initiativen zu treffen. Dissens herrscht unter den Selbsthilfekontaktstellen darüber, inwieweit sie bei der Vergabe von Mitteln an Selbsthilfegruppen beteiligt sein sollten. Auf der einen Seite stehen Kontaktstellen, die die Entscheidung über die Vergabe von Mitteln an Selbsthilfegruppen im Widerspruch zu ihren Informations- und Beratungsaufgaben sehen. Für sie sind beide Aufgaben nicht miteinander vereinbar. Auf der anderen Seite gibt es Selbsthilfekontaktstellen, die in der Mitentscheidung bzw. alleinigen Entscheidung der Kontaktstelle über Mittel an Gruppen eine Aufgaben sehen. Die Erfahrungen im Modellprogramm zeigen, daß bei denjenigen Kontaktstellen, die bei der Entscheidung über die Vergabe von Mitteln beteiligt sind, diese Aufgabenübernahme von allen Beteiligten, Gruppen, Kontaktstellenmitarbeitern und der Kommune, positiv beurteilt wird. Dies wird auch dadurch unterstrichen, daß die Gruppen, befragt danach, wer ihre Interessenvertretung vor Ort übernehmen soll, sich deutlich für die Selbsthilfekontaktstelle ausgesprochen haben.

Mitglieder des Selbsthilfebeirats

Da Selbsthilfebeiräte sich in erster Linie für die Förderung von Selbsthilfegruppen und die Unterstützung der Kontaktstelle einsetzen, sollten alle für die Förderung maßgeblichen Akteure einbezogen werden (vgl. **Abb. 5.7**). Vertreter der kommunalen Ämter und Ausschüsse, Wohlfahrtsverbände

und Krankenkassen, die Selbsthilfekontaktstelle sowie die Sprecherin oder der Sprecher der Selbsthilfegruppen.

Abb. 5.7: Mitglieder des Selbsthilfebeirats

... kommunale Verwaltung, Politik und Infrastruktur

... und örtliche Selbsthilfe

Kommunale Verwaltung
- Sozialamt
- Gesundheitsamt
- Jugendamt

Selbsthilfegruppen und Initiave
- gesundheitliche Selbsthilfegruppen
- soziale Selbsthilfegruppen
- Gruppen Betroffener
- Helfergruppen

Soziale und gesundheitliche Einrichtungen:
- Beratungsstellen
- Erwachsenenbildung
- ambulante/teilstationäre Dienste
- stationäre Einrichtungen

Selbsthilfekontaktstellen:
- Mitarbeiter
- Träger

Selbsthilfeverbände:
- Behindertenverbände
- Verbände chronisch Kranker
- Regionale Arbeitsgemeinschaf der Selbsthilfeverbände

Träger der Freien Wohlfahrtspflege:
- Diakonisches Werk
- Caritas
- Der Paritätische
- Arbeiterwohlfahrt
- Deutsches Rotes Kreuz

GVK:
- AOK
- VdAK
- IKK
- BKK

Kommunale Politik:
- Sozial- und Gesundheits- ausschuß
- sozialpolitische Sprecher der Ratsfraktion

Weitere lokale Akteure:
- z.B. Gewerkschaften
- z.B. Unternehmen

© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

5.3 Kommunen, Wohlfahrtsverbände und Vereine als Träger von Selbsthilfekontaktstellen

Welche Auswirkung hat die Trägerschaft der Selbsthilfekontaktstelle für die Durchführung ihrer Aufgaben und Leistungen? Welche Vor- und Nachteile ergeben sich aus der unterschiedlichen Trägerschaft für die Arbeit einer Selbsthilfekontaktstellen. Wie sollte die Kooperation zwischen Träger und Kontaktstelle gestaltet werden und über welche Kompetenzen sollten den Kontaktstelle eingeräumt werden, um die ihr übertragenen Aufgaben angemessen wahrnehmen zu können?

Die Trägerschaft von Selbsthilfekontaktstellen wird vorrangig von Kommunen (in der Regel durch das Sozial- oder Gesundheitsamt), Wohlfahrtsverbänden und Vereinen bzw. Zusammenschlüssen von Selbsthilfegruppen übernommen. Im Modellprogramm in den neuen Bundesländern waren sieben Kommunen, sechs Wohlfahrtsverbände und vier Vereine Träger der Kontaktstelle. Für die Bundesrepublik Deutschland kommt eine Untersuchung von Thiel für 1994 auf folgende Verteilung der Trägerschaft bei Selbsthilfekontaktstellen: Von 137 Selbsthilfekontaktstellen befanden sich 19,3 % in öffentlicher (kommunaler) Trägerschaft, 34,7 % in der von Wohlfahrtsverbänden und 40,1 % in der von kleinen Trägervereinen[2] (vgl. Thiel 1995, S. 85). Dies bedeutet, daß die freie Trägerschaft bei Wohlfahrtsverbänden und kleinen Trägervereinen gegenüber öffentlichen Trägern überwiegt.

Welche Erwartungen haben die Träger an die Selbsthilfekontaktstelle. Aus Sicht der Mitarbeiter haben die Träger hohe Erwartungen an die inhaltliche Ausrichtung (74 %) sowie an die Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfekontaktstelle (74 %). Geringer sind die Erwartungen an die Berichterstattung durch die Kontaktstelle (52 %).

Die Selbständigkeit der Selbsthilfekontaktstelle bei der Organisation sowie bei der inhaltlichen Ausgestaltung ihrer Arbeit wird bei allen drei Formen der Trägerschaft durchweg sehr gut beurteilt wird. Unterstützung erfährt die Selbsthilfekontaktstelle insbesondere bei der Durchführung von konkreten Veranstaltungen. Ferner unterstützen Träger die Kontaktstellen

2 5,9 % waren in sonstiger Trägerschaft wie Krankenkassen, privaten Trägern, Landeskirchen, gemeinnützigen Stiftungen oder ohne Trägerschaft.

bei der Öffentlichkeitsarbeit (63 %) sowie bei der Zusammenarbeit mit Fachleuten (53 %). Die Unterstützung bei Fragen der finanziellen Absicherung der Selbsthilfekontaktstelle (44 %) sowie bei der Einrichtung eines Selbsthilfebeirates (37 %) ist geringer.

An der Beurteilung durch die Kontaktstellen wird deutlich, daß eine hohe Selbständigkeit bei der Organisation der Arbeit (93 %) sowie bei der inhaltlichen Konzeption und Durchführung der Arbeit (90 %) anerkannt wird (vgl. **Abb. 5.8**). Dies gilt sowohl für Kontaktstellen in ländlichen als auch in städtischen Einzugsgebieten. Bei der Organisation und inhaltlichen Konzeption sehen Kontaktstellen in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden und Vereinen eine etwas höhere Selbständigkeit. Die Kompetenzen hinsichtlich der Disposition über Sachmittel werden im Vergleich zur Organisation und inhaltlichen Konzeption etwas geringer eingestuft (75 %).

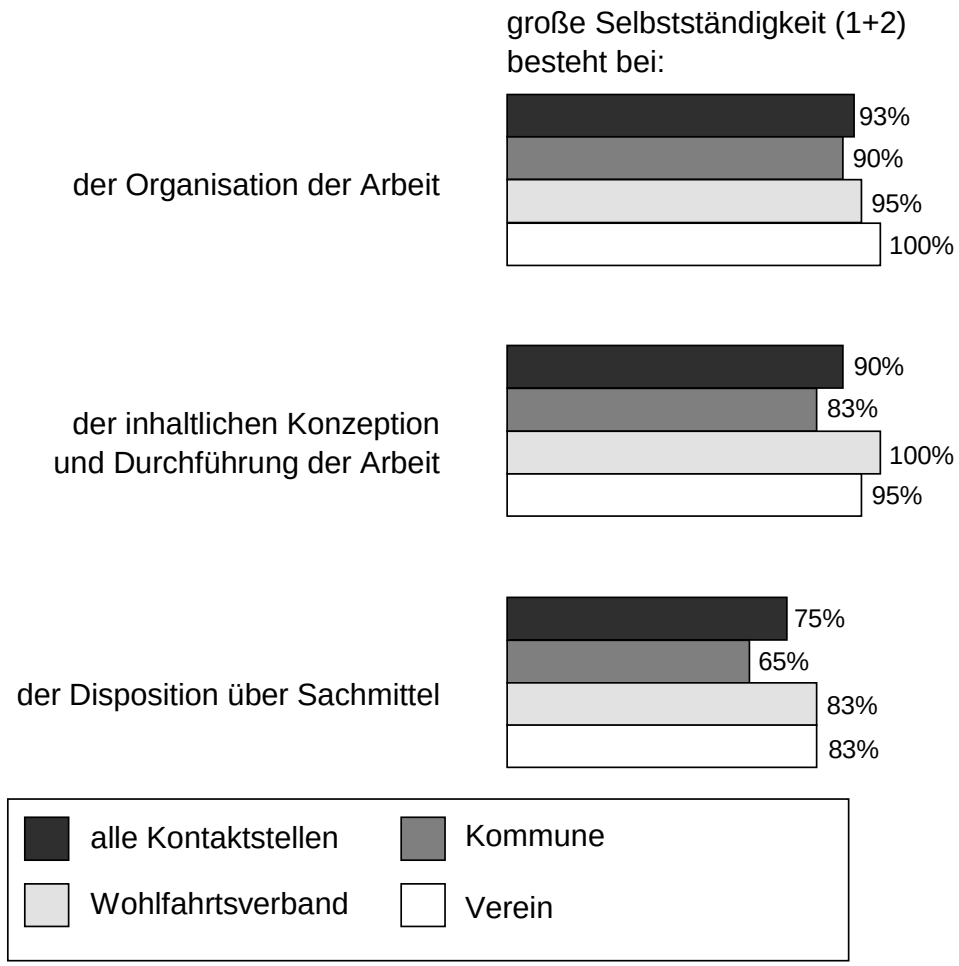
Die Kontaktstellen in freier Trägerschaft haben in der Regel höhere Gestaltungsspielräume bei der Arbeitsplanung und -organisation. Kontaktstellen in kommunaler Trägerschaft haben, sofern sie nicht als Stabsstelle eingebunden sind, aufgrund der bürokratischen Struktur und Arbeitsweise des Trägers geringere Gestaltungsspielräume. Kritisiert werden lange Dienstwege sowie ein erhöhter Abstimmungsbedarf. Von Kontaktstellen in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes wird die mangelnde Unterstützung der Arbeit der Selbsthilfekontaktstelle insbesondere bei der Außendarstellung kritisiert.

Anders fällt die Beurteilung der Träger bei der Frage der Arbeitsplatzsicherheit, der mittelfristigen Absicherung der Selbsthilfekontaktstelle sowie beim Engagement des Trägers für Fragen der Selbsthilfe auf der lokalen Ebene aus. So sind die freien Trägervereine, denen in der Regel nur geringe finanzielle Mittel aus Mitgliedsbeiträgen zur Verfügung stehen, oft nicht in der Lage, den für die Finanzierung der Personalstellen notwendigen Eigenanteil zu erbringen. Demgegenüber wird die kommunalen Träger deutlich positiver beurteilt. Die Arbeitsplätze sind vergleichsweise abgesichert. Zudem können häufig Ressourcen anderer Abteilungen des Trägers genutzt werden, z.B. für die Durchführung von Verwaltungsaufgaben. Im Vergleich zu den freien Trägervereinen sowie den kommunalen Trägern werden von den Selbsthilfekontaktstellen in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden verschiedene

Vorteile angesprochen. So können Ressourcen der Verbände mitgenutzt werden. Darüber hinaus können Fachberatungsangebote des Trägers, z.B. in arbeits- und personalrechtlichen Fragen, ebenfalls genutzt werden. Kleinen Trägervereinen stehen diese Möglichkeiten in der Regel nicht zur Verfügung. Dies hat dazu geführt, daß die freien Trägervereine im Laufe des Modellprogrammes Mitglied eines Wohlfahrtsverbandes geworden sind.

Abb. 5.8: Selbständigkeit der Selbsthilfekontaktstellen bei verschiedenen Trägern

Wie groß war die Selbstständigkeit der Kontaktstellen bei der organisatorischen und inhaltlichen Gestaltung und bei der Durchführung Ihrer Arbeit? Antwortvorgaben: sehr groß (1) ... sehr klein (5)



© ISAB Köln 06/1996. Jährliche Befragung der 17 Selbsthilfekontaktstellen.

In einzelnen Standorten haben sich verschiedene Institutionen zu einem Trägerverbund für die Selbsthilfekontaktstellen zusammengeschlossen (z.B. in Dortmund, in Bad Freienwalde, auch in Stralsund bestand ursprünglich diese Absicht). Der Vorteil eines Trägerverbundes besteht darin, verschiedene Institutionen eng in die Arbeit der Kontaktstelle einzubinden. Die Erfahrungen in den neuen Bundesländern zeigen jedoch, daß es zwischen den Trägerpartnern z.T. zu erheblichen Abstimmungsproblemen kommt. Es erscheint daher in der Regel sinnvoller, nur eine Institution als Träger zu wählen. Die Einbindung anderer lokaler Institutionen kann durch die Beteiligung im Selbsthilfebeirat erreicht werden.

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, daß für Selbsthilfekontaktstellen verschiedene Träger geeignet sind. Auch in den neuen Bundesländern bestätigt sich, daß es den idealen Träger nicht gibt. Die Träger unterstützen die Selbsthilfekontaktstellen in erster Linie in der Außendarstellung und tragen zu einer Verbesserung der Kooperation mit Fachleuten bei.

5.4 Selbsthilfekontaktstellen in den alten und neuen Bundesländern

Beim Vergleich zwischen Selbsthilfekontaktstellen in den alten und neuen Bundesländern überwiegen die Gemeinsamkeiten. Dies ist plausibel, besteht doch von Beginn an ein vielfältiger Austausch zwischen den Kontaktstellen eines Bundeslandes. Bereits während des Modellprogrammes in den neuen Bundesländern hat das Partnerschaftsprogramm zwischen Ost- und Westkontaktstellen dazu beigetragen, daß eine intensive Diskussion über die Arbeitsorganisation und die Konzeption zwischen den Kontaktstellen stattgefunden hat (vgl. **Kap. 2.4**). Dieser Austausch wurde durch gemeinsame Fortbildungen, z.B. im Rahmen der NAKOS Tagungen sowie in den jährlichen Tagungen der DAG SHG e.V., vertieft.

Es bestanden unterschiedliche Ausgangs- und Rahmenbedingungen sowie unterschiedliche Auffassungen, die Einfluß auf die Einstellungen von Mitarbeitern und Trägern sowie auf ihr Selbstverständnis in der Arbeit hatten. Ein Unterschied zwischen Selbsthilfekontaktstellen in den alten und neuen Bundesländern liegt in der historische Entwicklung. In den alten

Bundesländern entstand aus der Selbsthilfebewegung der Wunsch nach Unterstützung, nach Vernetzung und Repräsentierung in der jeweiligen Region bzw. Kommune. Lokale Unterstützungsnetzwerke der Selbsthilfe entstanden, in denen zunächst noch Mitglieder einzelner Gruppen ehrenamtlich arbeiteten. Aus diesen lokalen Netzwerken sind später die Selbsthilfekontaktstellen entstanden. Anders die Situation in den neuen Bundesländern. Dort gründeten sich nach der Wende Selbsthilfegruppen und zeitgleich, nicht zuletzt auch durch die staatliche Förderung des Modellprogramms initiiert, Selbsthilfekontaktstellen. Dies hat in der Anfangsphase des Modellprogramms zu einer vielschichtigen Diskussion unter den Selbsthilfekontaktstellen über Ziele und Aufgaben der Selbsthilfekontaktstellen geführt.

Unterschiedlich war die sozialpolitische und wirtschaftliche Ausgangssituation, aus der die Kontaktstellen im Westen und im Osten entstanden. In den alten Bundesländern entstanden die ersten Selbsthilfekontaktstellen Anfang der 80er Jahre, einer Phase, die noch durch den Ausbau sozialpolitischer Leistungen gekennzeichnet war. Das Modellprogramm in den alten Bundesländern, das 1987 startete, fiel bereits in die Phase knapper öffentlicher Haushalte. Zielsetzung der Sozialpolitik war es damals, neue Rahmenbedingungen aufzubauen und neue Ziele der Sozialpolitik zu verwirklichen. Hierbei konnten Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen, deren Leistungen und Arbeit zunehmend anerkannt wurden, einen wichtigen Beitrag leisten. Anders die Situation in den neuen Bundesländern: Selbsthilfekontaktstellen entstanden hier in einer Situation des gesellschaftlichen Umbruches. Wenngleich in der Phase nach der Wende bei vielen Fachleuten die Hoffnung auf den Aufbau eines neuen Sozial- und Gesundheitswesens bestand, so zeigten sich im Laufe des Modellprogramms in den neuen Bundesländern schnell die Auswirkungen der leeren öffentlichen Kassen. Die Institutionalisierung von Selbsthilfekontaktstellen und die Diskussion über ihre Finanzierung wurde zunehmend aus haushaltspolitischer Sicht geführt.

Unterschiede zeigen sich auch darin, wie die Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen durch ihr Umfeld, von den Fachleuten aus Kommunen und von der Landesebene, gesehen wurde. Die Selbsthilfebewegung in den alten Bundesländern war auch aus der Kritik an dem bestehenden Sozial- und Gesundheitssystem entstanden. Viele Fachleute verstanden die Aktivitäten

der Selbsthilfegruppen zunächst eher als Konkurrenz und als Einmischung. Diese Sichtweise wurde auch auf die entstehenden Selbsthilfekontaktstellen in den alten Bundesländern übertragen. Die Anerkennung der Arbeit der Kontaktstellen in den alten Bundesländern durch die Fachleute stieg langsam, beispielsweise indem die Leistungen der Arbeit von Kontaktstellen wissenschaftlich belegt wurden und indem auch der Gesetzgeber Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen berücksichtigte. Anders die Situation in den neuen Bundesländern, dort entstanden nach der Wende die Selbsthilfekontaktstellen gleichzeitig mit allen anderen Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens. Hintergrund war der Übergang von der Dispensairebetreuung in der DDR auf das kassenärztliche System in den neuen Bundesländern. Viele Fachleute in den neuen Bundesländern haben die Selbsthilfekontaktstellen von Anfang an als Kooperationspartner gesehen.

Auch konzeptionell zeigen sich Unterschiede bei der Entstehung der Selbsthilfekontaktstellen. In den alten Bundesländern waren einzelne Kontaktstellen zunächst auch als Anlaufstelle für therapeutisch interessierte Personen bzw. therapeutisch-orientierte Selbsthilfegruppen konzipiert. Die Ausdifferenzierung von Aufgaben, Nutzern und Leistungen zum heutigen Profil erfolgte erst schrittweise.

Darüber hinaus übernahmen in der Anfangsphase des Modellprogramms in den neuen Bundesländern viele Kontaktstellen Aufgaben im Bereich der Bürger- und Sozialberatung. Der Bedarf der Sozialberatung (beispielsweise in den Bereichen Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe, Gesundheitswesen, Mietfragen und Rechtsberatung) ist auf Defizite im Sozial- und Gesundheitswesen nach der Wende in den neuen Bundesländern zurückzuführen. Verbunden mit dem Aufbau einer sozialen und gesundheitlichen Infrastruktur sowie der Einrichtung von Beratungsstellen nahm dieser Sozialberatungsbedarf in den Selbsthilfekontaktstellen ab. Gleichzeitig ist durch die stärkere Verankerung der Selbsthilfekontaktstellen in das regionale Sozial- und Gesundheitswesen ein deutlicher Anstieg der Vermittlungsleistung der Kontaktstellen an andere Dienste und Einrichtungen zu verzeichnen.

Trotz dieser Entstehungsgeschichte und den unterschiedlichen gesellschaftlichen Ausgangssituationen überwiegen heute die Gemeinsamkeiten: Beim Arbeitsansatz, beim Aufgabenprofil, bei Nutzern

und Leistungen zeigen die Ergebnisse der beiden Modellprogramme hohe Übereinstimmung. Allerdings ist die Situation außerhalb des Programms bei einer Vielzahl von Diensten im Bereich der Selbsthilfeunterstützung anders. Während des Modellprogramms entstanden in anderen Standorten in den neuen Bundesländern Selbsthilfeunterstützungsstellen. Diese erbringen die Unterstützung der Selbsthilfe in der Regel nur als Nebenaufgabe und decken nicht das gesamte Aufgabenprofil der Kontaktstellenarbeit ab. In der Regel sind diese Dienste finanziell unzureichend abgesichert, oft arbeiten die Mitarbeiter im Rahmen zeitlich befristeter Personalstellen, die über AB-Maßnahmen oder nach § 249 h AFG finanziert sind. 1995 bestanden neben den 17 am Modellprogramm beteiligten Kontaktstellen 60 weitere Selbsthilfekontakt- und Selbsthilfeunterstützungsstellen in den neuen Bundesländern (vgl. NAKOS 1995). Ihre Zukunft ist ungewiß. Es ist davon auszugehen, daß nach Wegfall der AB-Maßnahmen und anderer beschäftigungsunterstützender Maßnahmen nur ein Teil fortbestehen wird. Mit dem Auslaufen des Modellprogramms in den neuen Bundesländern kann festgestellt werden, daß heute keine besonderen Unterschiede zwischen eigenständigen und fachübergreifenden Selbsthilfekontaktstellen in den alten und neuen Bundesländern bestehen.

6. Leistungen zur Unterstützung der Selbsthilfe

Nach der Beschreibung der Adressaten und Nutzer von Selbsthilfekontaktstellen (**Kap. 4**) sowie des von ihnen im Verlauf des Modellprogramms entwickelten Aufgabenprofils (**Kap. 5**) wird in **Kap. 6** gezeigt, durch welche konkreten Leistungen es den Selbsthilfekontaktstellen gelungen ist,

- die an Selbsthilfe interessierten Bürger in ihrem Engagement und in ihren Selbsthilfeinteressen zu unterstützen,
- die Arbeit von Selbsthilfegruppen und Initiativen zu fördern und zu vernetzen sowie
- die Bereitschaft von Fachleuten zur Unterstützung der Selbsthilfe aufzugreifen und die Rahmenbedingungen für Selbsthilfeengagement zu verbessern.

Dabei wird auch untersucht, wie sich die Leistungen der Kontaktstellen, die sie für ihre drei Nutzergruppen erbringen, in Hinblick auf die Anforderungen, die Formen und Inhalte der Information, Beratung und Unterstützung unterscheiden.

An die Selbsthilfekontaktstellen wenden sich selbsthilfeinteressierte Bürger mit vielfältigen Anliegen (vgl. **Kap. 4.2**). Selbsthilfekontaktstellen stehen grundsätzlich allen Selbsthilfegruppen und Initiativen offen (vgl. **Kap. 4.3**). Sie arbeiten mit den unterschiedlichsten Institutionen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zusammen (vgl. **Kap. 4.4**). Ist es den Selbsthilfekontaktstellen gelungen, ihre fachübergreifende Konzeption überzeugend umzusetzen? Lassen sich für die einzelnen Adressatengruppen Leistungsprofile der Selbsthilfekontaktstellen erkennen? Werden diese Leistungen den Anliegen der selbsthilfeinteressierten Bürger, Gruppen und Fachleute gerecht?

6.1 Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen für Bürger

Die Form der Kontakte mit den Selbsthilfeinteressenten ist bei Kontaktstellen in städtischen und ländlichen Einzugsgebieten unterschiedlich (vgl. **Abb. 6.1**). In Kontaktstellen in Städten erfolgen die Kontakte zu 61 % telefonisch, 35 % der Bürger kommen persönlich vorbei. Viele Themen sind in der Gesellschaft tabuisiert, Selbsthilfe versucht sie

zu enttabuisieren. In Städten rufen Bürger, die ein tabuisiertes Problem haben und es mit Selbsthilfe lösen wollen, zuerst einmal bei der Kontaktstelle an, weil sie dann anonym bleiben können. Es ist jedoch festzustellen, daß ältere interessierte Bürger das persönliche Beratungsgespräch bevorzugen. In ländlichen Regionen suchen 69 % der Selbsthilfeinteressenten die Kontaktstellen persönlich auf. Das Telefon nutzen nur 29 % für die Kontakte. Die geringere Telefondichte auf dem Land ist hierfür eine Ursache. Mit steigender Telefondichte werden sich die telefonischen Kontakte erhöhen.

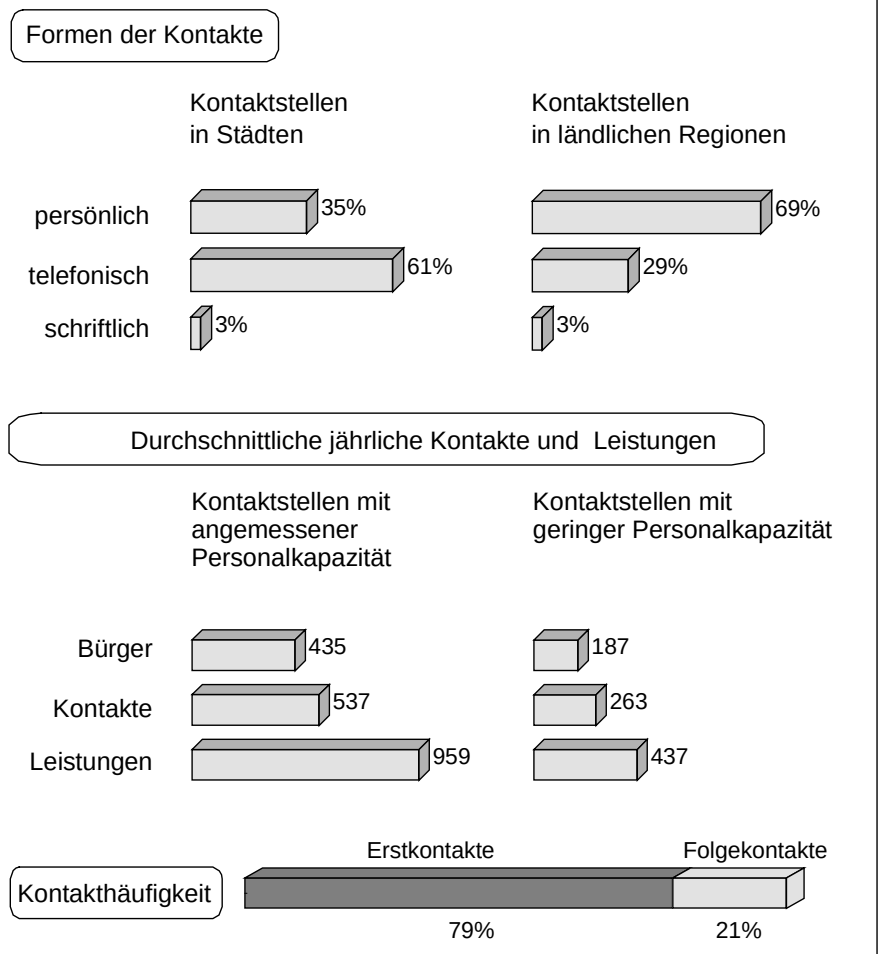
Selbsthilfeinteressenten aus den neuen Bundesländern nehmen selten per Brief oder Postkarte den Kontakt zur Kontaktstelle auf. Ebenso informieren die Selbsthilfekontaktstellen die Selbsthilfeinteressenten kaum schriftlich. In den alten Bundesländern werden Selbsthilfeinteressenten wesentlich häufiger schriftlich informiert und unterstützt (11 % der Kontakte). Im Ost-West-Vergleich wenden sich Bürger in den neuen Bundesländern öfter persönlich an die Selbsthilfekontaktstellen als in den alten Bundesländern. Wenn Selbsthilfeinteressenten qualifiziert informiert und persönlich beraten werden sollen, muß die Kontaktstelle mehrere Räume zur Verfügung haben, z.B. ein Beratungszimmer, ein Verwaltungszimmer, Gruppenräume. Der Erfolg von Kontaktstellen, die Unterstützung des freiwilligen Engagements, wird geringer, wenn in einem Raum gleichzeitig ein Beratungsgespräch und ein Telefonat geführt werden müssen. Man stört sich gegenseitig.

Wie werden die Leistungen für die Bürger erbracht? Die Selbsthilfeinteressenten nehmen in drei von vier Fällen nur einmal Kontakt mit der Selbsthilfekontaktstelle auf. In den meisten Fällen reicht ein Gespräch, um die Bürger zu informieren. Bei einem Viertel ist ein zweites Gespräch notwendig. Den Kontaktstellen gelingt es, den an sie herangetragenen Beratungsbedarf zügig zu befriedigen. Mehrfachkontakte, die bei den Selbsthilfegruppen und Fachleuten häufiger vorkommen, sind hier meist nicht notwendig.

Kontaktstellen mit einer Personalkapazität von mehr als 60 Wochenstunden informieren und vermitteln doppelt so viele Bürger wie Kontaktstellen mit einer niedrigeren Personalkapazität. Ein Ziel von Selbsthilfeförderung ist es, engagementbereite Bürger zu motivieren, sich zu engagieren. Um dies erfolgreich leisten zu können, müssen

Kontaktstellen mit mindestens 1,5 Stellen für Selbsthilfeberaterinnen ausgestattet werden. Die Nachfrage nach Leistungen der Kontaktstellen übersteigt bei geringer Personalkapazität ihre Leistungsmöglichkeiten. Wären Kontaktstellen mit geringer Personalkapazität angemessen ausgestattet, könnten sie stärker in Anspruch genommen

Abb. 6.1: Kontaktumfang und Leistungen für selbsthilfe-interessierte Bürger



© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu Bürgern (n = 15.381 Bürger).

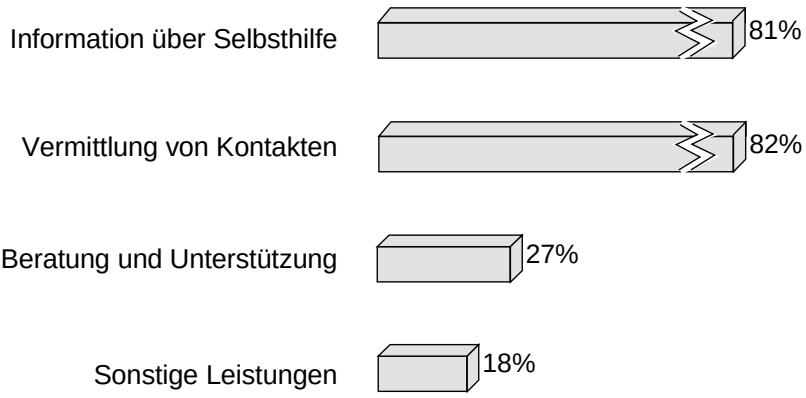
werden, d.h. mehr Bürger würden informiert und vermittelt, mehr Bürger würden unterstützt und motiviert, selbst eine Selbsthilfegruppe oder Initiative zu gründen.

Die Kontaktstellen unterstützen selbsthilfeinteressierte Bürgerinnen und Bürger mit unterschiedlichen Leistungen. Die Unterstützungsarbeit der Selbsthilfekontaktstellen für die Bürger läßt ein eindeutiges Leistungsprofil erkennen, das sich in vier für die Selbsthilfe relevante Leistungsbereiche gliedern läßt (vgl. **Abb. 6.2**):

- Information über Selbsthilfe,
- Vermittlung in Gruppen oder an Fachleute,
- Beratung und Unterstützung über Möglichkeiten der Selbsthilfe und des freiwilligen Engagements sowie über den Aufbau von Selbsthilfegruppen und Initiativen,
- sonstige Leistungen wie Sozialberatung oder psychosoziale Beratung.

Abb. 6.2: Leistungsbereiche für selbsthilfeinteressierte Bürger

Welche Leistungen wurden für den selbsthilfeinteressierten Bürger erbracht?



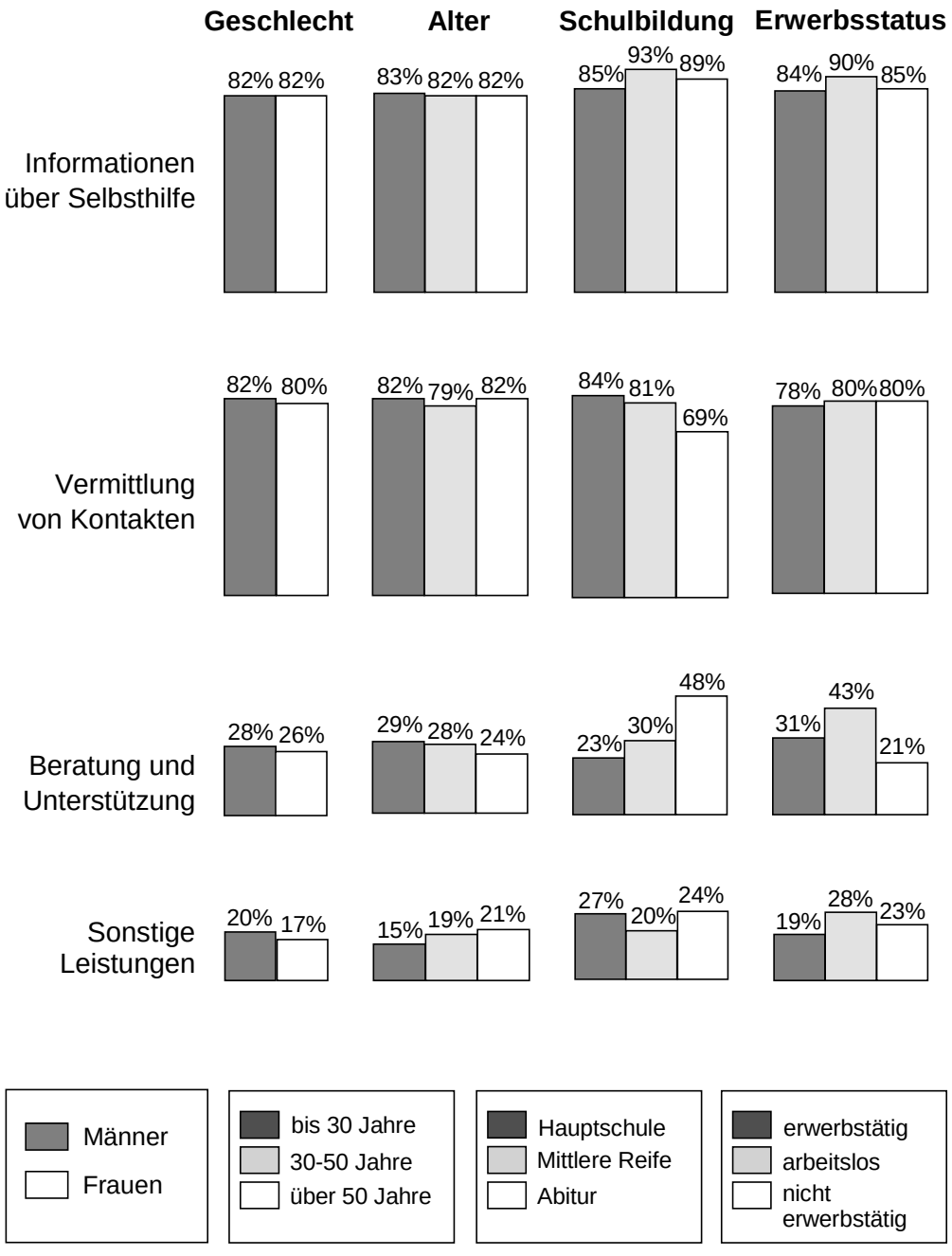
© ISAB Köln 03/1996. Stat. Erhebungen zu selbsthilfeinteressierte Bürgern (n = 23.803 Leistungen für 11.482 selbsthilfeinteressierte Bürger).

Im Mittelpunkt stehen die Leistungsbereiche Information und Vermittlung. Fast alle Bürger werden über Selbsthilfe informiert (81 %) und in Selbsthilfegruppen und/ oder an professionelle Dienste vermittelt (82 %). Die Beratung und Unterstützung über die Möglichkeiten von Selbsthilfe (27 %) wird besonders wichtig, wenn Bürger nicht in Gruppen vermittelt werden können. Gegenüber der Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Initiativen ist die Beratung von selbsthilfeinteressierten Bürgern eine nachgeordnete Aufgabe der Selbsthilfekontaktstellen. Dennoch ist die Beratung von großer Bedeutung. Über sie werden Bürger motiviert, für ihr Anliegen selbst eine Gruppe zu gründen. Durch die Arbeit der Kontaktstellen entstehen neue Selbsthilfegruppen und Initiativen. Beratungsleistungen wie psychosoziale Beratung, Sozial- oder sonstige Beratung (18 %) (vgl. **Abb. 6.2**) sind selten. Sie werden gegenüber Menschen in Notlagen erbracht, die sich an die Kontaktstellen wenden. Diese kommen mit einer Vielzahl von Problemen. Für einen Teil stellt die Selbsthilfe den richtigen Lösungsweg dar.

Die Kontaktstellen können ihre Leistungen zielgerichtet erbringen, weil sie ihre Informationen z.B. über Gruppen in Selbsthilfegruppenkarteien permanent aktualisieren und als einzige Institution über diese Informationen verfügen. Dies unterscheidet die Selbsthilfekontaktstellen deutlich von anderen Beratungsstellen, die auch in Selbsthilfegruppen vermitteln. Nur das fachübergreifende Konzept der Selbsthilfekontaktstellen (vgl. **Kap. 5.1**) stellt sicher, daß sich jeder an sie wenden kann, der sich in der Selbsthilfe engagieren will. Kontaktstellen haben durch die Unterstützung von Gruppen aus allen Selbsthilfebereichen einen sehr guten Überblick über die Selbsthilfeszene in ihrer Stadt bzw. ihrem Kreis.

Wie unterscheiden sich die Leistungen für verschiedene demografische Gruppen von Selbsthilfeinteressenten? Die spezifischen Leistungen, die Selbsthilfekontaktstellen für Selbsthilfeinteressenten erbringen, haben sich für alle demografischen Gruppen als angemessen erwiesen. Sie werden von allen demografischen Gruppen in Anspruch genommen, lediglich der Grad der Inanspruchnahme variiert (vgl. **Abb. 6.3)**. Informationen über Selbsthilfe brauchen und erhalten fast alle. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Person eine Frau oder ein Mann, ob sie alt oder jung ist. Arbeitslose werden von den Selbsthilfekontaktstellen verstärkt informiert.

Abb. 6.3: Leistungen für verschiedene demografische Gruppen



© ISAB Köln 06/1995. Stat. Erhebungen zu selbsthilfeinteressierten Bürgern (n = 23.803 Leistungen für 11.482 selbsthilfeinteressierte Bürger).

Vier von fünf selbsthilfeinteressierten Bürgern werden in Selbsthilfegruppen und Initiativen vermittelt und/ oder an professionelle Einrichtungen weiterverwiesen. Die Vermittlung variiert mit dem Grad der Bildung der selbsthilfeinteressierten Bürger. Je geringer das Bildungsniveau, desto häufiger ist die Vermittlung in bestehende Gruppen.

Beratung und Unterstützung erhalten alle demografischen Gruppen, aber nicht im gleichen Maße. Jüngere Selbsthilfeinteressenten, Bürger mit Abitur und Arbeitslose erhalten in stärkerem Maße Beratung und Unterstützung. Jüngere Menschen stehen der Selbsthilfe aufgeschlossener gegenüber. Bürger mit höherer Bildung sind eher in der Lage, Gruppen zu gründen und die schwierige Startphase durchzustehen als Selbsthilfeinteressenten mit niedriger Bildung, weil sie durch ihre Sozialisation häufiger in Gruppen gearbeitet haben und Gruppenprozesse besser kennen. Auf Arbeitslose sind die Selbsthilfeberaterinnen gezielt zugegangen. Es gibt auch heute noch sehr wenig Arbeitslosenselbsthilfegruppen, so daß die Kontaktstellen versuchen, Arbeitslose verstärkt zu motivieren.

Mit der Wende und der Wiedervereinigung wurde ein für die Bevölkerung in den neuen Bundesländern neues Gesundheits-, Sozial- und Rechtssystem eingeführt. Die Verunsicherung war groß (vgl. **Kap. 4**). Aus der Verunsicherung entstand ein hoher Beratungsbedarf. Auch an die neuen Selbsthilfekontaktstellen wendeten sich Menschen, die über die neuen Institutionen, über ihre Rechte und Pflichten aufgeklärt wurden. Die Selbsthilfekontaktstellen haben durch diese Aufklärungsarbeit mit dazu beigetragen, Akzeptanz für die neuen Institutionen zu schaffen. Sozialberatung, Mietberatung und psychosoziale Beratung waren dafür notwendig. Je älter die Menschen waren, desto höher war scheinbar die Verunsicherung durch den Systemwechsel und entsprechend höher der Beratungsbedarf. Arbeitslose mußten verstärkt aufgeklärt werden. Die Kontaktstellen versuchten, die psychischen Belastungen aufzufangen, die aus der nicht gekannten Arbeitslosigkeit resultierten.

Einzelleistungen für Selbsthilfeinteressenten

Selbsthilfekontaktstellen haben für die Unterstützung von selbsthilfeinteressierten Bürger ein spezifisches Leistungsprofil entwickelt. Sie informieren und vermitteln in erster Linie. Beraten werden Bürger in

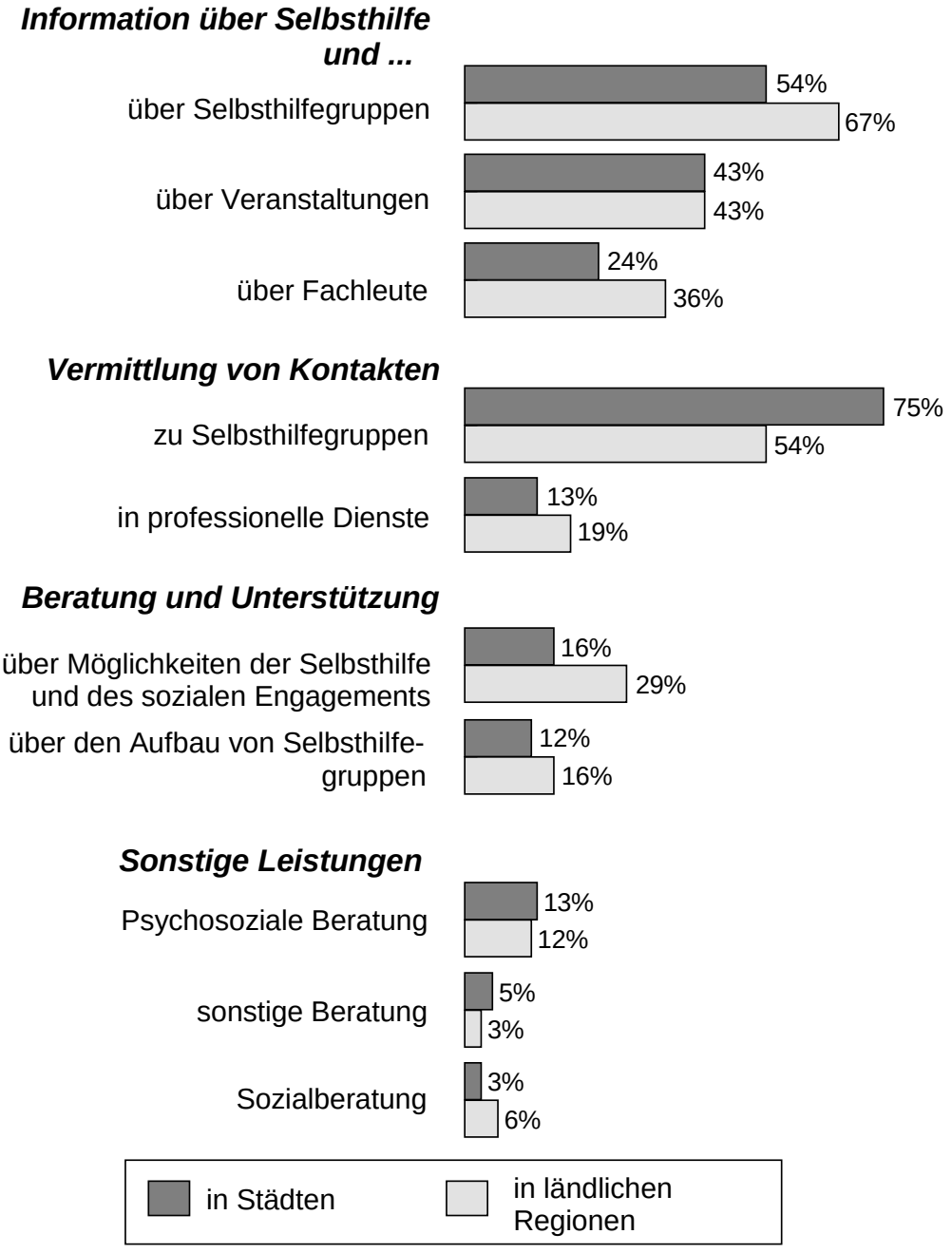
geringerem Maße. Was machen Selbsthilfekontaktstellen konkret? Worüber informieren sie? Wie vermitteln und beraten sie?

Bürger wenden sich an die Selbsthilfekontaktstellen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Voraussetzungen: Selbsthilfeinteressierte, die sich schon mit der Selbsthilfe auseinandergesetzt haben, Selbsthilfeinteressenten, die nicht genügend von Selbsthilfegruppen wissen, und Menschen in Notlagen, die die Kontaktstellen als Informationsbüro begreifen, Kontakt suchen oder beraten sein wollen. Die Kontaktstellen reagieren auf diese Bedürfnisse mit unterschiedlichen Informationen. Selbsthilfeinteressierte, die sich schon mit Selbsthilfe befaßt haben, brauchen weniger Informationen, wie eine Selbsthilfegruppe arbeitet. Im Vordergrund stehen hier Informationen, wann und wo sich die Gruppe trifft, der Name des Ansprechpartners, seine Telefonnummer. Selbsthilfeinteressierte ohne Erfahrungen und Wissen werden durch die Kontaktstellen breiter informiert. Was kann Selbsthilfe? Ist Selbsthilfe ein Lösungsweg für den Selbsthilfeinteressierten? Welche Gruppenregeln sind einzuhalten? Welche Ziele verfolgt die Gruppe? Die Selbsthilfekontaktstellen können die Bürger durch Selbsthilfegruppenzeitungen informieren. In den Kontaktstellen werden Fotos von Veranstaltungen gezeigt. Sie vermitteln, daß Selbsthilfe auch Spaß macht und daß man nicht alleine ist. Interessenten werden auf gruppenspezifische Veröffentlichungen aufmerksam gemacht. Es besteht die Möglichkeit, sich Bücher auszuleihen. Auf dem Land ist die Information über Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen notwendiger als in der Stadt (vgl. **Abb. 6.4**). Menschen auf dem Land müssen mehr über Selbsthilfegruppen erfahren, weil Selbsthilfe weniger alltäglich ist, weil es weniger Selbsthilfegruppen gibt.

Die Selbsthilfekontaktstelle informiert:
Am häufigsten begegnen uns Anfragen von Einzelpersonen nach bestimmten themenbezogenen Gruppen. Die Person hat ihre Diagnose bzw. kann ihr Problem einordnen und wünscht Kontakt mit Menschen in gleicher Situation. Hier überwiegen telefonische Anfragen, und in der Regel wird nur eine Kontaktadresse oder ein Treffpunkt (Uhrzeit) erfragt. Interessenten, die persönlich zur Kontaktstelle kommen, wünschen in den meisten Fällen noch nähere Informationen über die Gruppe, z.B. über Ziele und Inhalte, Gruppenstärke, professionelle Begleitung usw., oder sie sind interessiert an Informationsmaterial der Gruppe oder des jeweiligen Themas. (KISS Dresden)

Abb. 6.4: Leistungen für selbsthilfeinteressierte Bürger in Städten und ländlichen Regionen

Welche Leistungen wurden für den selbsthilfeinteressierten Bürger erbracht?



© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu selbsthilfeinteressierten Bürgern (n = 30.193 Einzelleistungen für 11.482 selbsthifeinteressierte Bürger).

Alle Kontaktstellen nutzen die Begegnungsmöglichkeiten mit den Bürgern, um auf Selbsthilfeveranstaltungen hinzuweisen. Vor großen Veranstaltungen wie z.B. Selbsthilfetagen, die für alle Bürger aufgrund der Themenvielfalt interessant sind, wird jeder Selbsthilfeinteressent über die Veranstaltung informiert. Selbsthilfetage sind Herausforderungen für die Selbsthilfekontaktstellen, weil die Planung, Organisation in ihren Händen liegt. Für die Selbsthilfeinteressenten bieten Veranstaltungen die Möglichkeit, Gruppen und ihre Arbeit näher kennenzulernen. Kontaktstellen führen eigene Veranstaltungen durch und nehmen an anderen teil. Das sind z.B. Gesundheitstage, Kongresse, Workshops und Messen. Bei Hinweisen auf Veranstaltungen handelt es sich um die zweitwichtigste Informationsleistung, die 43 % der selbsthilfeinteressierten Bürger erhalten.

In die Kontaktstellen kommen Bürger, die Hilfe suchen. „Wo gibt es Therapiemöglichkeiten, wenn man vom Alkohol loskommen will?“ „Wo kann ich einen anonymen Aidstest machen lassen ?“ „Gibt es eine Turmorberatungsstelle in meiner Nähe?“ Das sind Fragen, die die Kontaktstellen beantworten können: Aus ihrer Kartei professioneller Dienste nennen sie Ansprechpartner, Adresse, Telefonnummer und Öffnungszeiten. Durch die Mitarbeit der Kontaktstellen in kommunalen Arbeitskreisen und durch ihre tägliche Zusammenarbeit mit Fachleuten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich kennen die Beraterinnen die Arbeitsansätze der Fachleute. Besteht die Möglichkeit, sich an verschiedene professionelle Einrichtungen zu wenden, empfehlen die Kontaktstellen im Gespräch mit dem Bürger diejenigen, die seinen Vorstellungen am nächsten kommen. Auf dem Land wird in stärkerem Maße über das Gesundheits- und Sozialwesen informiert als in der Stadt.

Selbsthilfe ist nur ein Lösungsweg für Probleme, er kann in manchen Fällen nur nach oder neben der Fremdhilfe beschritten werden. Im Gespräch mit Selbsthilfeinteressenten wird in einigen Fällen deutlich, daß professionelle Hilfe erforderlich ist. „Oft sind es nur Nebensätze oder leise Zwischentöne, die dem Selbsthilfeberater die Notwendigkeit professioneller Hilfe signalisieren. Wenn die Berater erläutern, was einerseits in der Gruppe geschieht und andererseits welche Leistungen ein professioneller Dienst bzw. die Beratungsstellen erbringen, erkennt der Bürger in der Regel selbst die in seiner Situation angemessene Hilfe. So hat der Berater keine Entscheidung aufgezwungen - die Motivation, eine

Beratungsstelle bzw. einen Dienst aufzusuchen, ist größer.“ (Walther/ Panek 1995, S. 187)

Die Übergänge zwischen Informationsweitergabe und Vermittlung sind fließend. Häufig können die Kontaktstellen beides in einem Gespräch zufriedenstellend erledigen. Selbsthilfekontaktstellen in Städten vermitteln in höherem Maße in Selbsthilfegruppen und Initiativen (75 %) als Kontaktstellen auf dem Land. Dies ist auf die geringere Zahl von Selbsthilfegruppen auf dem Land zurückzuführen (vgl. **Kap. 4.3**). Auf dem Land werden mehr selbsthilfeinteressierte Bürger (19 %) an andere Beratungseinrichtungen, Ärzte, Kliniken und Therapeuten verwiesen als in den Städten (13 %).

Die geringere Zahl an Gruppen versuchen die ländlichen im Vergleich zu städtischen Kontaktstellen dadurch wettzumachen, daß sie in stärkerem Maße an Selbsthilfe interessierte Bürger motivieren, selbst eine Gruppen zu gründen (16 %). Wenden sich Selbsthilfeinteressierte mit einem Anliegen an die Kontaktstelle, zu dem es keine Gruppe oder Initiative gibt, werden die Bürger nicht nur informiert, sondern auch über die Möglichkeiten von Selbsthilfe und des sozialen Engagements beraten. Selbsthilfeberater überzeugen Bürger, wie sinnvoll es ist, sich für seine eigene Sache einzusetzen, sie motivieren die Bürger, an sich selbst und ihre eigenen Fähigkeiten zu glauben, und zeigen, daß der Bürger mit seinem Problem nicht allein ist. Ist diese Klippe überwunden, bietet die Kontaktstelle Rat und Tat beim Aufbau einer Selbsthilfegruppe oder Initiative an. Als erstes muß der Bürger überzeugt sein, daß er eine Gruppe gründen kann, daß er auftretende Schwierigkeiten zusammen mit der Kontaktstelle bewältigen wird. Dann beginnt der organisatorische Teil der Gruppengründung. Ein Raum für das Gründungstreffen und Interessenten müssen gefunden werden. Dies erfolgt z.B. über Aufrufe in der Tageszeitung, in Anzeigenblättern, in der Selbsthilfezeitung, durch Aushänge in Schaukästen.[1] Der Zeitaufwand ist wesentlich höher als bei einer Vermittlung in eine bestehende Gruppe. Durch Gruppengründungen tragen die Selbsthilfekontaktstellen aktiv dazu bei, daß es mehr bürgerschaftliches Engagement in der Stadt bzw. im Kreis gibt. Nicht jede

[1] Eine ausführliche, problemorientierte Beschreibung der Entwicklung von einem Erstgespräch bis zur Selbsthilfegruppengründung findet sich bei Moos-Hofius/ Rapp 1995, S. 190 f.

Gruppengründung gelingt. Gerade auf dem Land finden sich trotz intensiver Suche häufig nicht genug Bürger, die das gleiche Anliegen wie die Gruppengründer haben. Kontaktstellen machen den Bürgern Mut, damit sie nicht aufgeben. Zu einem späteren Zeitpunkt werden sie wieder versuchen, neue Mitglieder zu finden.

Eine erfolgreiche Gruppengründung:
Frau K. sucht im November unsere Kontaktstelle auf. Sie ist seit Jahren an Kinderlähmung erkrankt und erkundigt sich, ob es bereits eine Selbsthilfegruppe „Polio“ gibt. Nachdem sie erfahren hat, daß noch keine solche Gruppe besteht, ist sie schnell bereit, eine mit zu gründen. Wir besprechen mögliche Wege einer Gruppengründung. Frau K. kennt bereits andere interessierte Betroffene. Im Gespräch stellt sich heraus, daß ein behindertengerechter Raum gefunden werden muß. Wir finden ihn in den Räumen der Stadtmission. Die KISS kümmert sich um die Bekanntgabe des Termins des Gründungstreffens in der örtlichen Presse. Zum ersten Gruppentreffen kommen acht Betroffene aus Erfurt und Umgebung. Die Gruppe vereinbart, sich alle zwei Monate zu treffen. Sie wollen sich über neue medizinische Erkenntnisse informieren und Schwierigkeiten mit Behörden gemeinsam bewältigen. Eine Selbsthilfeberaterin wird auf Wunsch der Gruppe am nächsten Treffen teilnehmen und über Formen des Gruppenlebens sprechen. (Fallbeispiel KISS Erfurt)

Selbsthilfeinteressierte Bürger suchen nicht nur Informationen zum Thema Selbsthilfe, sondern haben auch Fragen zu den neuen Institutionen des Gesundheits- und Sozialsystem. Sie möchten Auskünfte über Ansprüche auf soziale Leistungen, Hilfen beim Ausfüllen von Formularen, psychosoziale Beratung in Krisensituationen.[2] Es kann in Gesprächen mit Bürgern zu Situationen kommen, in denen von den Beraterinnen ein konkreter Lösungsvorschlag erwartet wird oder Sätze fallen wie „Ich bin fertig“ oder „Dann kann ich mir ja gleich einen Strick nehmen“. Die Beraterinnen müssen auch auf solche Situationen eingehen. Es stellt sich die Frage, ob bei derartig komplexen existentiellen Problemlagen die Grenzen der Möglichkeiten von Selbsthilfe erreicht sind. Die Berater müssen in solchen Fällen mit den Bürgern klären, ob ggf. die Vermittlung an professionelle Dienste sinnvoller ist.

[2] Zu den Konsequenzen einer Erweiterung der Konzeption von Selbsthilfekontaktstellen siehe Panek 1995, S. 195 f.

Leistungen der Kontaktstelle für selbsthilfeinteressierte Bürger in verschiedenen Selbsthilfebereichen

An die Selbsthilfekontaktstellen wenden sich selbsthilfeinteressierte Bürgerinnen und Bürger aus dem Einzugsgebiet. Obwohl die Anliegen sehr heterogen sind, hat sich gezeigt, daß die von den Selbsthilfekontaktstellen entwickelten Informations-, Vermittlungs- und Beratungsleistungen zur Förderung der Selbsthilfebereitschaft und -fähigkeit für Bürger mit verschiedenen Selbsthilfeanliegen geeignet sind. Das fachübergreifende Konzept der Unterstützung von Selbsthilfeinteressenten hat sich hierbei bewährt. Sehr viele selbsthilfeinteressierte Bürger brauchen Informationen und wollen in Selbsthilfegruppen vermittelt werden, unabhängig davon, mit welchem konkreten Selbsthilfeanliegen sie sich an die Kontaktstellen gewandt haben. Unterhalb dieser Gemeinsamkeiten im Leistungsprofil finden sich Unterschiede, die auf die unterschiedlichen Anliegen der Bürger zurückzuführen sind.

Informationen über Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen brauchen vor allem Menschen mit psychosozialen Problemen (60 %), mit Suchtproblemen (60 %) und Frauen, die sich für Frauen engagieren wollen (61 %) (vgl. **Abb. 6.5**). Sie suchen häufig die Selbsthilfekontaktstellen mit einem akuten, Problem, aus einem aktuellen Anlaß auf. Der Problemdruck ist zu groß geworden, und sie reagieren darauf. Die Kontaktstellen zeigen die Lösungsmöglichkeiten auf, die Selbsthilfe bietet, machen aber auch auf die Grenzen der Selbsthilfe aufmerksam.

Ältere Bürger, die sich für neue Perspektiven des Engagements im Alter interessieren, werden am häufigsten über Selbsthilfeveranstaltungen informiert (56 %). Bürger, die sich in besonderen sozialen Situationen befinden oder solche Menschen unterstützen wollen, und Bürger, die sich im soziokulturellen Bereich engagieren möchten, werden weniger über Selbsthilfeveranstaltungen informiert, da andere Unterstützungswege für sie wichtiger sind. Auf Selbsthilfetagen z.B. waren die Selbsthilfegruppen und Initiativen aus diesen Bereichen bisher selten mit eigenen Ständen präsent.

Selbsthilfekontaktstellen haben eine Drehscheibenfunktion für die selbsthilfeinteressierten Bürger. 72 % werden in Selbsthilfegruppen und Initiativen vermittelt und 14 % an professionelle Einrichtungen. In der

gesundheitlichen Selbsthilfe schwanken die Vermittlungsquoten in die Gruppen nur gering, in der sozialen Selbsthilfe schwanken sie stark. Geringere Vermittlungsquoten in den Bereichen Selbsthilfe in besonderen sozialen Situationen und soziokulturelles Engagement werden durch verstärkte Beratung über Selbsthilfe und den Aufbau neuer Selbsthilfegruppen ausgeglichen. Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialwesen haben eigene Lösungskompetenzen. Die Selbsthilfekontaktstellen kennen sie. Aus diesem Grund werden manche

Abb. 6.5: Leistungen für selbsthilfeinteressierte Bürger in neun Selbsthilfebereichen

	Selbsthilfebereiche									
Leistungen der Kontaktstelle	Chronische Erkrankung	Psycho-soziale Probleme	Behinderung	Sucht	Selbsthilfe von Frauen	Eltern-Kind-Selbsthilfe, Partnerschaft	Alter, Nachbarschaft	Selbsthilfe in bes. sozialen Situationen	Sozioku l-turelles Engagement	**Ø**
Informationen über Selbsthilfe und										
über SHgruppen	53 %	60 %	49 %	60 %	61 %	58 %	46 %	53 %	53 %	56 %
über SH-Veranstaltungen	44 %	41 %	49 %	41 %	40 %	43 %	56 %	33 %	35 %	43 %
über Fachleute	21 %	26 %	24 %	35 %	31 %	20 %	16 %	35 %	25 %	25 %
Vermittlung von Kontakten										
zu Selbsthilfegruppen	75 %	74 %	68 %	78 %	63 %	75 %	76 %	45 %	37 %	72 %
in prof. Dienste	9 %	14 %	13 %	20 %	15 %	10 %	8 %	27 %	11 %	14 %
Beratung und Unterstützung										
über Selbsthilfe u. soz. Engagement	16 %	19 %	17%	16 %	28 %	21 %	19 %	27 %	37 %	19 %
über den Aufbau von Selbsthilfegruppen	14 %	12 %	12 %	10 %	19 %	15 %	6 %	16 %	15 %	13 %

© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu selbsthilfeinteressierte Bürger (n = 30.193 Einzelleistungen für 11.482 selbsthilfeinteressierte Bürger).

Bürger problemadäquat an die Fachleute weitervermittelt. So ist z.B. ein Teil der Suchtkranken (20 %), der sich an die Kontaktstellen wendet, in einer so schlechten körperlichen und seelischen Verfassung, daß sie an Fachleute weitervermittelt werden müssen. Das soziale Netz fängt viele auf, die sich in besonderen sozialen Situationen befinden. Es gibt für viele Probleme Anlaufstellen, in denen Menschen geholfen werden kann. Aus diesem Grund werden Bürger in schwierigen sozialen Situationen im Vergleich häufiger an Fachleute vermittelt (27 %).

Selbsthilfekontaktstellen beraten und unterstützen Bürger, die sich in der sozialen Selbsthilfe engagieren wollen, stärker als Selbsthilfeinteressierte aus dem gesundheitlichen Bereich. Ein Grund dafür ist die geringe Gruppenzahl im sozialen Bereich. Kontaktstellen versuchen der Verschiebung des Selbsthilfeengagements weg von der sozialen Veränderung hin zur Selbstveränderung (Kröner 1996, S.3) entgegenzuwirken. Erfolge sind sichtbar: so steigt die Zahl sozialer Selbsthilfegruppen von 1993 bis 1995 stärker als die der gesundheitlichen (vgl. **Kap. 3.3**).

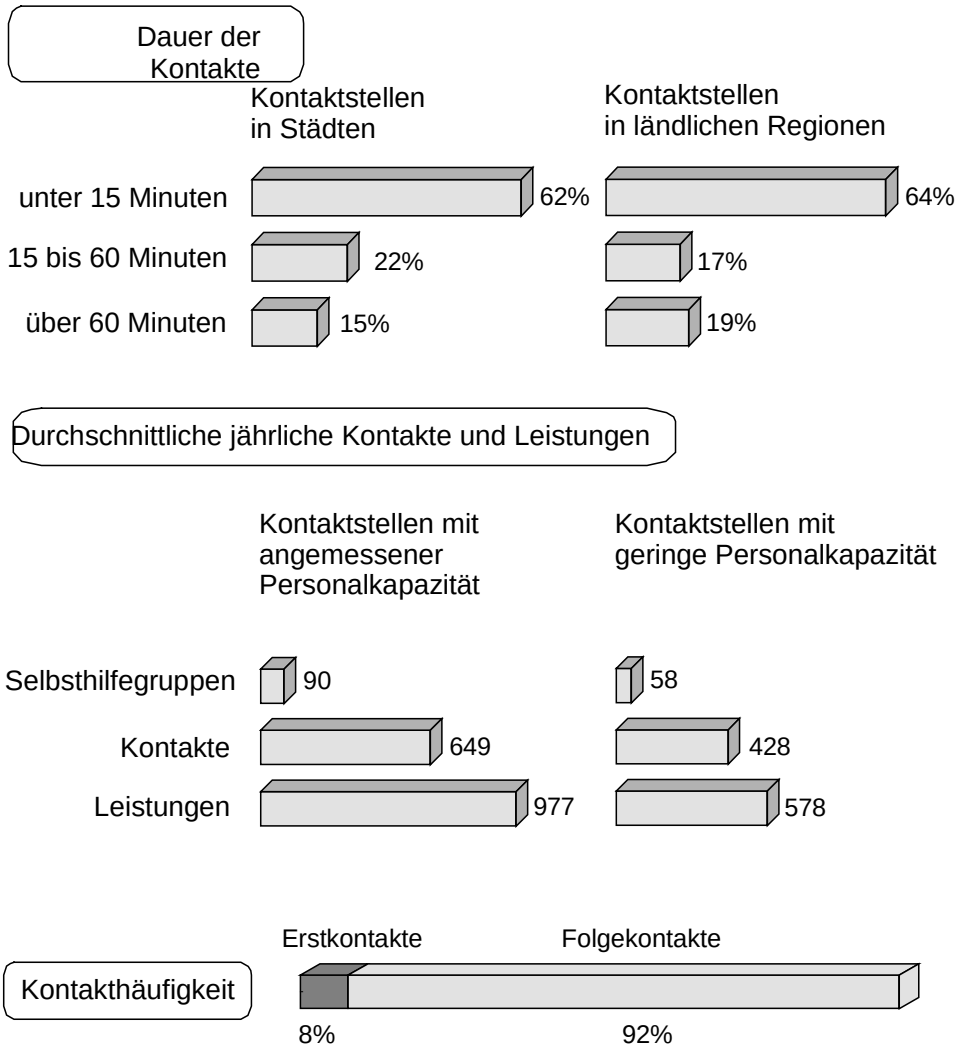
6.2 Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen für Selbsthilfegruppen und Initiativen

Die zweite Nutzergruppe der Selbsthilfekontaktstellen sind die Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen. Im Gegensatz zu fachspezifischen Kontaktstellen unterstützen Selbsthilfekontaktstellen mit ihrem fachübergreifenden Konzept (vgl. **Kap. 5**) alle Selbsthilfegruppen und Initiativen aus einem lokalen Umfeld. Die Selbsthilfekontaktstellen stehen allen Gruppen offen von, den Anonymen Alkoholikern bis zur Zöliakiegruppe. Wie die hohe Inanspruchnahme zeigt, werden ihre Leistungen von den Gruppen und Initiativen anerkannt.

Selbsthilfekontaktstellen mit angemessener Personalkapazität unterstützen pro Jahr durchschnittlich 90 Gruppen. Mit diesen Selbsthilfegruppen und Initiativen haben sie 649 Kontakte pro Jahr. Im Durchschnitt wendet sich eine Selbsthilfegruppe siebenmal an die Selbsthilfekontaktstelle. Kontaktstellen mit niedriger Personalkapazität erreichen weniger Gruppen (58 im Durchschnitt), die Anzahl der Kontakte mit ihnen liegt pro Jahr durchschnittlich bei 428 (vgl. **Abb. 6.6**). Die geringere Personalkapazität führt

dazu, daß weniger Gruppen beraten werden können und weniger Gruppen durch die Unterstützung der Selbsthilfekontaktstellen neu entstehen.

Abb. 6.6: Kontaktumfang und Leistungen für Selbsthilfegruppen



© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu Selbsthilfegruppen (n = 1.971 Gruppen).

Ein Indikator der Beratungsintensität ist die Dauer der Kontakte. Die meisten Unterstützungsbedürfnisse, die an die Selbsthilfekontaktstellen herangetragen werden, lassen sich in kurzer Zeit erledigen. Dieser Befund ist unabhängig vom Einzugsgebiet und der Personalausstattung der Kontaktstelle. 63 % aller Kontakte dauern weniger als 15 Minuten. Ein Fünftel aller Kontakte sind Beratungsgespräche mit einer Länge von 15 Minuten bis zu einer Stunde. Bei 17 % der Kontakte reicht diese Zeit nicht aus. Bis zu zwei Stunden dauern ausführliche Beratungen. Die Beratung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen ist - besonders in den Städten - zeitintensiver als die Beratung und Vermittlung von Selbsthilfeinteressenten.

Während des Modellprogramms wurden 1.971 Gruppen von den 17 Kontaktstellen unterstützt und beraten. Die Leistungen, die sie für die Gruppen erbringen, sind vielfältig. Im Laufe des Modellprogramms haben die Selbsthilfekontaktstellen ein differenziertes Leistungsprofil für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Initiativen entwickelt (vgl. **Abb. 6.7**):

- Information z.B. zur Förderpraxis von Selbsthilfegruppen und über die Arbeit der Kontaktstellen,
- organisatorische und technische Unterstützung,
- konzeptionelle Beratung von Gruppen,
- Unterstützung bei der Lobbyarbeit,
- Vorbereitung und Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen und
- Qualifizierung und Vernetzung.

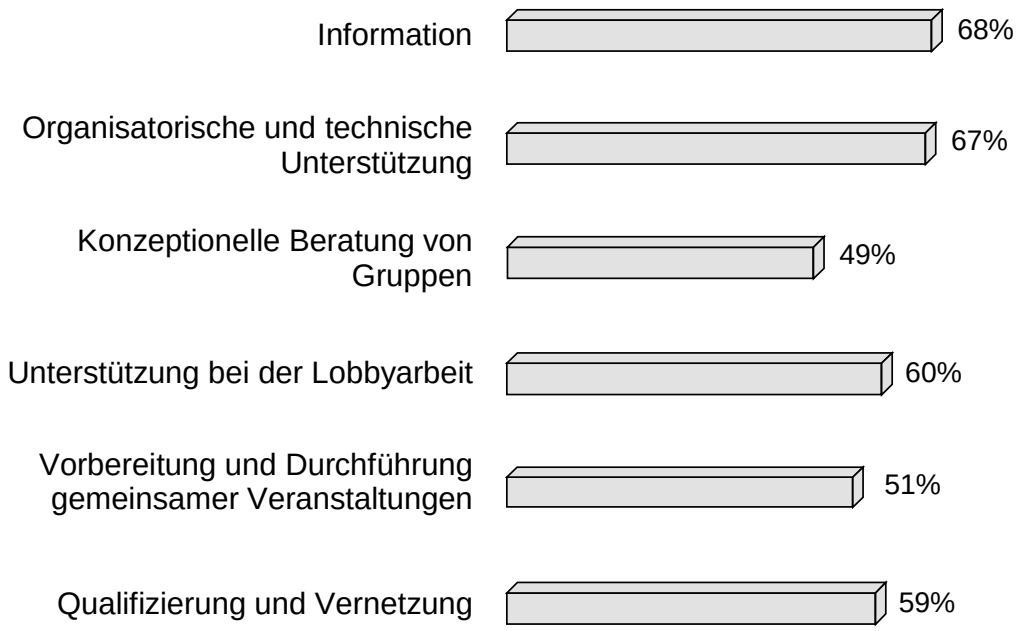
Wie Selbsthilfeinteressenten brauchen Selbsthilfegruppen und Initiativen Informationen von den Kontaktstellen. Dabei handelt es sich in erster Linie um Informationen zur Förderpraxis von Selbsthilfegruppen. Die direkte Förderung ist regional unterschiedlich und häufig nicht transparent. Selbsthilfe wird gefördert, weil Selbsthilfegruppen soziale, auch im öffentlichen Interesse liegende Ziele verfolgen und die Gruppen nur über geringe Eigenmittel (Mitgliedsbeiträge, Spenden) verfügen.

Häufig wenden sich Gruppen an die Selbsthilfekontaktstellen mit Fragen wie: „Was ist besser? Institutionalisierung oder Projektförderung? Welche Vor- und Nachteile gibt es?“, „Warum muß ich den Antrag auf Förderung für das nächste Jahr schon im Juli einreichen?“ „Wie muß ich über die Ausgaben Buch führen?“ „Was ist eine Inventarisierungspflicht? Betrifft

sie unsere Gruppe?“ „Warum fördert die AOK unsere Gruppe nicht, obwohl meine Bekannte in Berlin in genau der gleichen Gruppe ist und Geld bekommt?“. Die Kontaktstellen können solche Fragen beantworten. Sie verfügen über die Informationen, ob Gruppen von dieser oder jener Institution Unterstützung erhalten können, sie kennen die Antragsverfahren und wissen über Widerspruchsmöglichkeiten Bescheid. Durch die Unterstützung der Gruppen sind die Selbsthilfeberaterinnen zu Expertinnen in Sachen direkter Gruppenförderung geworden. Selbsthilfegruppen müssen ebenso darüber aufgeklärt werden, was eine Kontaktstelle zu leisten imstande ist, aber auch darüber, wo die Grenzen der Selbsthilfeunterstützung liegen. Öffentlichkeitsarbeit, die das Profil der Kontaktstellen unterstreicht, trägt dazu bei, daß Mißverständnisse bei den Gruppen vermieden werden und die Selbsthilfekontaktstellen bei den Gruppen bekannt werden. Informationen erhalten 68 % der Gruppen. Um diese Informationen qualifiziert weitergeben zu können, müssen die Selbsthilfeberaterinnen die erforderlichen Informationen kontinuierlich sammeln und aktualisieren.

Abb. 6.7: Leistungsbereiche für Selbsthilfegruppen

Welche Leistungen wurden für Selbsthilfegruppen erbracht?



© ISAB Köln 03/1996. Stat. Erhebungen zu Selbsthilfegruppen (n = 32.027 Leistungen für 1.971 Gruppen).

Selbsthilfegruppen kommen nicht nur wegen Informationen in ihre Kontaktstelle. Sie erhalten auch organisatorische und technische Unterstützung. Sie nutzen den Kopierer, haben die Möglichkeit, am Personal Computer Texte zu schreiben, ihre Gruppenzeitung fertigzustellen oder sich nur zu treffen. Voraussetzung für diese von den Gruppen angenommenen Leistungen ist eine entsprechende Ausstattung der Selbsthilfekontaktstelle. Es ist sinnvoller, einen Kopierer in einer Kontaktstelle bereitzustellen, wo er von zahlreichen Gruppen und Initiativen genutzt werden kann, als ihn über den direkten Förderweg nur einer Gruppe zugänglich zu machen. Zwei Drittel aller Gruppen (67 %) werden organisatorisch und technisch unterstützt. Die technische Unterstützung setzt eine Mindestausstattung der Kontaktstelle mit Kopierer, PC, Videorecorder, Gruppenräumen samt Bestuhlung voraus.

Folgende Gruppen nutzen die Räumlichkeiten der Kontaktstelle regelmäßig:
Agoraphobie, Parkinson, Neurodermitis, Osteoporose, Anonyme Alkoholiker, Anonyme Eßsüchtige, Frauengruppe FORT, Neue Erziehung, Elterninitiative „Verkehrssicheres Wohnen“, Kontakt- und Spielgruppe, Akademie 2. Lebenshälfte, Eltern von sozial gefährdeten Jugendlichen, Streitfall Kind, Al Anon. (PIKS Potsdam)

Vielen Gruppen mangelt es an einem geeigneten Raum, um sich treffen zu können. Auch eine mit Gruppenräumen ausgestattete Selbsthilfekontaktstelle kann bei weitem nicht die gesamte Nachfrage nach Gruppenräumen befriedigen. Die Kontaktstellen kennen durch ihre Zusammenarbeit mit Fachleuten die Raumsituation und -belegungen in zahlreichen Gebäuden. Ihr Wissen speichern die Selbsthilfeberaterinnen in der Raumbörse, in der die Adressen der Einrichtungen, die Träger und die Ansprechpartner, die Erreichbarkeit, die Anzahl der verfügbaren Räume, behindertengerechte Ausstattung, die Nutzungsgebühren und die möglichen Nutzungszeiten vermerkt sind. Sie unterstützen die Gruppen aktiv bei ihrer Raumsuche.

Die konzeptionelle Beratung von Gruppen ist eine wichtige Voraussetzung für ihren Bestand. Gruppenmitglieder sind zwar Experten bezüglich des eigenen Problems, für das Bestehen einer Selbsthilfegruppe reicht das aber nicht in allen Fällen aus. Es gibt erfolgreich erprobte Verfahrensregeln

auch für eine Selbsthilfegruppe. Die Selbsthilfeberaterinnen kennen diese Verfahren genau und können sie auch neuen Gruppen vermitteln. Eine frühzeitige Intervention der Selbsthilfeberaterinnen kann das Entstehen von Krisen innerhalb der Gruppe verhindern. Fast die Hälfte der Gruppen (49 %) wird konzeptionell beraten. Dies setzt pädagogische Fähigkeiten und Wissen voraus, z.B. um Gruppenprozesse analysierend unterstützen zu können.

Selbsthilfe braucht eine Lobby auf der kommunalen Ebene, denn hier werden die konkreten Rahmenbedingungen für Selbsthilfe gesetzt. Selbsthilfekontaktstellen sind eine Lobby für die Selbsthilfe in zweifacher Hinsicht: Die Selbsthilfeberaterinnen werden neben den Selbsthilfebeiräten zu Fürsprechern für die Selbsthilfe, z.B. indem sie in kommunalen Arbeitskreisen mitwirken, und sie verfügen mit der Kontaktstelle über eine zentrale Anlaufstelle, in der Gruppen Unterstützung für ihre Lobbyarbeit erhalten können, wenn sie dies wünschen. Wer mit seiner Gruppe Zustände verändern, verbessern will, muß die Bevölkerung, die Fachleute mit Argumenten überzeugen, und diese Argumente müssen auch noch gut vorgetragen sein. Die Unterstützung bei der Lobbyarbeit (60 %) erfordert von den Selbsthilfeberaterinnen besondere Fähigkeiten und Einfühlungsvermögen. Schnell kann ein Vorschlag für ein öffentlichkeitswirksames Vorhaben von einer Gruppe als Bevormundung und Einmischung verstanden werden (vgl. **Kap. 8.2**).

Wer andere auf sich aufmerksam machen, andere überzeugen, sich einmischen und mitsprechen will, braucht Öffentlichkeit. Gruppen werben für ihre Ideen auf Flugblättern, in Selbsthilfegruppenzeitungen. Bei der Gestaltung werden sie durch die Selbsthilfekontaktstellen unterstützt. Eine weitere Möglichkeit stellen Selbsthilfeveranstaltungen dar. Sie werden zusammen mit den Selbsthilfekontaktstellen vorbereitet und durchgeführt. Die Kontaktstelle entwirft z.B. ein Konzeptpapier für einen Selbsthilfetag, das auf dem Gesamttreffen aller Selbsthilfegruppen diskutiert wird. Über das Ergebnis werden auch die Gruppen informiert, die nicht am Gesamttreffen teilnehmen konnten. Die konkrete Durchführung wird einer Arbeitsgruppe aus Vertretern der Selbsthilfegruppen, der Kontaktstelle und ihres Trägers übertragen.

Planungskonzept zum Erfurter Selbsthilfetag im und um das Gesundheitsamt:
Das Gesundheitsamt befindet sich im Zentrum der Stadt und ist verkehrsgünstig gelegen. Die Veranstaltung fand im Juni statt, so daß auch das Außengelände genutzt werden konnte. Anliegen dieses Tages war es, den Gedanken der Selbsthilfe einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen. Selbsthilfebeteiligte und Selbsthilfeinteressierte hatten Gelegenheit, miteinander ins Gespräch zu kommen. Ziel dieses Tages war es, die bestehenden Selbsthilfegruppen in der Öffentlichkeit vorzustellen und untereinander bekannt zu werden. Weiterhin ging es darum, eine erste Vernetzung zwischen Erfurter Selbsthilfegruppen und Professionellen auf den Weg zu bringen. Wir wollten die Partnerschaft der Kasseler und Erfurter Kontaktstellen vorstellen und Erfurter und Kasseler Selbsthilfegruppen miteinander bekanntmachen. Als Zielgruppe hatten wir die Bevölkerung in ihrer gesamten Breite im Auge, die bestehenden Selbsthilfegruppen in Erfurt und Kassel und die Professionellen (Krankenkassen, Freie Träger, Politiker etc.), die mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten oder sie fördern können. Empfehlenswert ist es, die wesentlichen konzeptionellen Inhalte in einem einprägsamen Tagesmotto zusammenzufassen, z.B. 1. Erfurter Selbsthilfetag „Kommunikation - Information - Unterhaltung“. (KISS Erfurt)

Ist z.B. eine Podiumsveranstaltung nicht nur mit Mitgliedern der Selbsthilfegruppen geplant, bemüht sich die Kontaktstelle um Vertreter aus Politik, Verwaltung, Krankenkassen, Verbänden (vgl. **Kap. 4.4**). Durch die zahlreichen Kontakte von Kontaktstellen zu Fachleuten ist gewährleistet, daß eine adäquate Auswahl von Diskussionsteilnehmern eingeladen wird.

Neben den Selbsthilfetagen, die das gesamte Spektrum der Selbsthilfe zeigen, gibt es zahlreiche Veranstaltungen, die die Kontaktstellen mit einzelnen Selbsthilfegruppen organisieren oder an denen sie aktiv teilnehmen. 51 % der Gruppen lassen sich in der Vorbereitung von Veranstaltungen von den Selbsthilfekontaktstellen unterstützen. Von den Kontaktstellen wurden u.a. Selbsthilfekonferenzen, themenbezogene Selbsthilfeveranstaltungen, z.B. „Eltern und Kind-Gruppen in Potsdam“, Aktionstage, Gesundheitstage, Suchtwochen, Frauenwochen, Ärztewochen, Ausstellungen, Messen, Tagungen und Kongresse, auf denen Selbsthilfegruppen und Initiativen auftraten, mitgetragen. Große

Selbsthilfeveranstaltungen erfordern einen Planungszeitraum von bis zu einem halben Jahr.

Behinderte wollen ins Gespräch kommen:
Viertes „Fest der Begegnung“ auf dem Stendaler Marktplatz/ 2000 Besucher werden erwartet.
„Wir wollen zeigen, daß Behinderte nicht in der Ecke sitzen und die Welt bedauern.“ Almut Schorr, Vorsitzende des Allgemeinen Behindertenverbandes Stendal und Umgebung sieht das „Fest der Begegnung“ nicht als Veranstaltung, um Mitleid zu erregen. Vielmehr wollen die Behinderten auf sich aufmerksam machen und ins Gespräch mit der Bevölkerung kommen. Bisher sei das Fest der Begegnung, das in diesem Jahr zum vierten Mal stattfindet, immer auf großes Interesse gestoßen. „Im letzten Jahr hatten wir 2000 Besucher“, hofft Almut Schorr für dieses Jahr auf dieselbe Resonanz. Keine Zweifel daran hat Sigrid Roßberg, Vorsitzende der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, die dieses Mal als Partner des Behindertenverbandes auftritt. Überraschungsgäste haben sich für das Programm ebenfalls angesagt. Wer genau, das wollten Almut Schorr und Sigrid Roßberg noch nicht verraten. Bekannt ist hingegen, daß die Volkmann-Formation das Fest um 10 Uhr mit einem Tanz eröffnen wird. Vorstellen werden sich eine Reihe von Selbsthilfegruppen aus der gesamten Altmark. Angesagt haben sich das Mütterzentrum aus Stendal, der Behindertenverband (Stendal, Osterburg), die Selbsthilfegruppen Kehlkopfloser (Stendal, Gardelegen), der Diabetiker (Stendal), Frauen nach Krebs (Salzwedel, Havelberg) und Blinder und Sehbehinderter (Altmark) sowie die Gruppen Mißmut (Stendal), Rheumaliga (Stendal, Gardelegen) und die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen. Eine Podiumsdiskussion sucht die Antwort auf die Frage „Wieviel Unterstützung braucht Selbsthilfe in Gruppen?“ (Altermarkzeitung v. 22. Mai 1996)

Daß Selbsthilfegruppen ihre Erfahrungen austauschen, ist nicht selbstverständlich. Es ist eine Leistung der Kontaktstellen, Selbsthilfegruppen mit unterschiedlichen Anliegen zusammenzubringen, z.B. in den regelmäßig stattfindenden Gesamttreffen. Es werden Themen diskutiert, die alle Gruppen betreffen. Sie bieten die Möglichkeit, andere Selbsthilfegruppen und Initiativen kennenzulernen, miteinander ins Gespräch zu kommen und Ähnlichkeiten zu entdecken. Daraus kann sich z.B. eine themenbezogene Zusammenarbeit zwischen Gruppen entwickeln. Das Partnerschaftsprogramm zwischen Kontaktstellen in den alten und neuen

Bundesländern ist auf die Selbsthilfegruppen ausgeweitet worden (vgl. **Kap. 2.4**). Selbsthilfegruppen arbeiten über Bundesländergrenzen hinweg zusammen, sie berichten sich gegenseitig und tauschen sich aus; hierbei handelt es sich auch um einen Beitrag zur Verständigung zwischen Ost und West. Selbsthilfekontaktstellen bieten Weiterbildungsseminare an, sie vermitteln in Seminare oder suchen Referenten für Weiterbildungsveranstaltungen. Außenorientierte Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen haben Anliegen, die einen eindeutigen Außenbezug haben. Sie wollen, daß andere sie zur Kenntnis nehmen, wollen andere überzeugen. Wer solche Ziele verfolgt und in der Öffentlichkeit steht, braucht Argumente. Selbsthilfegruppen und Initiativen haben ihr Laienwissen, sie ergänzen es um Fachwissen, um ihre Ziele besser durchsetzen zu können. Qualifizierung und Vernetzung sind zwei Folgen von Weiterbildungsveranstaltungen. Auf Seminaren z.B. zum Thema Moderation und Rhetorik treffen sich Selbsthilfegruppen und lernen sich kennen. Bei themenbezogenen Veranstaltungen begegnen sich Referenten, d.h. Fachleute, und Selbsthilfegruppen. 59 % der Gruppen nutzen die Unterstützung der Selbsthilfekontaktstellen bei Fragen der Qualifizierung und Vernetzung.

Selbsthilfekontaktstellen bieten für die Selbsthilfegruppen und Initiativen ein breiteres Leistungsspektrum an als für selbsthilfeinteressierte Bürger. Viele Probleme können von den Selbsthilfekontaktstellen gelöst werden, aber auch eine Selbsthilfekontaktstelle kann sich z.B. nur um Gruppenräume bemühen und sie nicht selber bereitstellen. Die Beratung und Unterstützung erfordert von den Selbsthilfeberaterinnen zahlreiche Fähigkeiten. Das Bild von Matzat (1991), ein idealer Selbsthilfeunterstützer sei ein Zehnkämpfer, trifft für die Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Initiativen in besonderem Maße zu.

Einzelleistungen für Selbsthilfegruppen und Initiativen

Das Leistungsprofil der Selbsthilfekontaktstellen für Selbsthilfegruppen und Initiativen umfaßt eine Vielzahl von Einzelleistungen (vgl. **Abb. 6.8**). In ihrem jeweiligen Anteil unterscheiden sich städtische von ländlichen Kontaktstellen.[3]

[3] Zugunsten der Übersichtlichkeit wird in Abb. 6.8 auf die Darstellung des Stadt-Land-Vergleichs verzichtet. Die Ergebnisse der Gegenüberstellung fließen in die nachfolgenden Erläuterungen ein.

Abb. 6.8: Leistungen für Selbsthilfegruppen

Welche Leistungen wurden für Selbsthilfegruppen erbracht?

© ISAB Köln 03/1996. Stat. Erhebungen zu Selbsthilfegruppen (n = 34.280 Einzelleistungen für 1.971 Gruppen).

Information: Am häufigsten wurden Informationen zur Förderpraxis von Selbsthilfegruppen nachgefragt, insgesamt von 57 % der Gruppen (Stadt: 56 %, Land: 62 %). Die Selbsthilfeberaterinnen wirken immer häufiger bei der direkten Mittelvergabe an die Selbsthilfegruppen mit. Ziel ist es, direkte Gruppenförderung transparenter zu machen, für die Förderer sowie für die Selbsthilfegruppen und Initiativen. Selbsthilfekontaktstellen sind in einer Stadt, einem Kreis häufig die einzigen, die einen vollständigen Überblick über die Fördersituation haben. Darüber hinaus werden 44 % der Gruppen über die Arbeit der Kontaktstelle informiert (Stadt: 42 %, Land: 52 %). Dies schafft Transparenz über die Leistungen und Grenzen von Kontaktstellenarbeit und führt zu einer höheren Akzeptanz.

Organisatorische und technische Unterstützung: Die technische Ausstattung der Selbsthilfekontaktstelle nutzen 46 % der Gruppen auf dem Land und in der Stadt. Selbsthilfekontaktstellen überzeugen, wenn den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen und Initiativen direkt weitergeholfen werden kann. Die Unterstützung ist konkret und direkt. Dies nehmen die Gruppenmitglieder gerne an. „Ich wollte in meiner Gruppe ein Video zeigen, und in der Kontaktstelle konnte ich mir den Recorder dazu ausleihen. Das finde ich klasse.“ (Gespräch mit einem Gruppenmitglied auf dem Selbsthilfeforum in Erfurt am 6.3.1995). Die Raumsuche in Städten gestaltet sich schwieriger als auf dem Land. Es gibt mehr Selbsthilfegruppen, die um Räume konkurrieren. Hinzu kommen mehr Vereine, Gruppen, Projekte als auf dem Land: Alle versuchen Räume für Treffen zu finden. Städtische Selbsthilfekontaktstellen verwenden viel Zeit darauf, für Gruppen geeignete Räume zu finden. 41 % der städtischen und 31 % der ländlichen Selbsthilfegruppen nehmen bei der Raumsuche die Kontaktstelle in Anspruch. Insgesamt erhalten 39 % der Gruppen diese Leistung. Bei der Beschaffung von Sachmitteln werden 28 % der städtischen Gruppen und 39 % der ländlichen Gruppen unterstützt. Hierzu wenden sich die Selbsthilfekontaktstellen an die Verwaltung, an die Krankenkassen und an die Wirtschaft. Sachmittel sind z.B. Büromaterialien aber auch Druckkostenzuschüsse für die Selbsthilfegruppenzeitung, Tische und Stühle, Stände für eine Veranstaltung. Sie können in Form finanzieller Förderung oder in materieller Form gewährt werden.

Laienkompetenz ist eine bedeutende Kompetenz, aber viele Gruppen wollen sich auch Fachwissen aneignen. Aus diesem Grund wenden sich

Gruppenmitglieder mit der Bitte um die Vermittlung eines Referenten an die Kontaktstelle. Knapp jede fünfte Gruppe in den Städten und 30 % der Gruppen auf dem Land lassen sich Referenten durch die Kontaktstelle vermitteln. Für eine erfolgreiche Vermittlung müssen die Selbsthilfeberaterinnen wissen, welcher Fachmann, welche Fachfrau für das gewählte Thema in Frage kommt. Sie finden heraus, ob die Person Zeit hat, und teilen ihr mit, welche speziellen Bedürfnisse die Gruppe hat.

Viele Gruppen benötigen organisatorische Hilfe in der Startphase. Diese Leistung nimmt jede vierte Selbsthilfegruppe in Anspruch, die von einer städtischen Kontaktstelle unterstützt wird. Von den Gruppen in ländlichen Einzugsgebieten wurden 29 % in der Startphase beraten. Der Erfolg von Selbsthilfekontaktstellen zeigt sich darin, daß die 17 Kontaktstellen in drei Jahren 503 Gruppen in der Startphase unterstützten, 385 Gruppen in städtischen und 118 Gruppen in ländlichen Einzugsgebieten. Selbsthilfekontaktstellen haben einen großen Anteil daran, daß es zu einer Vielzahl erfolgreicher Gruppengründungen gekommen ist.

Konzeptionelle Beratung von Gruppen: Erfolgreiche Konzepte zeigen sich in der Außenwirkung der Gruppen. Eine erfolgreiche Außenwirkung zeigt sich neben der Durchsetzung der Gruppenziele auch in der Gewinnung neuer Mitglieder. Die Kontaktstellen unterstützen die Gruppen und Initiativen auch hierbei (36 %). Hierin zeigt sich unter anderem die Stärke in der Konzeption der Selbsthilfekontaktstellen. Sie arbeiten eng mit Selbsthilfegruppen und mit Selbsthilfeinteressierten zusammen, vermitteln Mitglieder in die Gruppen und suchen gezielt Mitglieder für die Gruppen. Beides stärkt die Selbsthilfegruppen.[4] Auch bei Selbsthilfegruppen gibt es kritische Untergrenzen. Zieht sich z.B. der aktive Kern aus persönlichen Gründen wie Umzug, Beginn eines Arbeitsverhältnisses aus einer Gruppe zurück, ist oft das Fortbestehen der Selbsthilfegruppe gefährdet, wenn die verbliebenen Mitglieder nicht aktiver werden oder nicht rechtzeitig neue aktive Mitglieder für die Gruppe gefunden werden. Um neue Mitglieder für eine Selbsthilfegruppe zu gewinnen, wenden sich die Selbsthilfeberaterinnen mit Inseraten in der Tagespresse, mit kostenlosen Infoblättern und in ihren Selbsthilfezeitungen/ -rundschreiben an die Öffentlichkeit.

[4] Konkrete Beispiele, wie und wo neue Mitglieder gewonnen werden können, finden sich bei Geislinger 1995, S. 206 f.

Kontaktstellen beraten Gruppen und Initiativen auch bei ihrer inhaltlichen Arbeit. Auf dem Land ist dies wichtiger als in der Stadt. Eine weitere Beratungsleistung der Kontaktstellen ist die Unterstützung bei der Überwindung von Krisen. Daß Krisensituationen entstehen, liegt häufig daran, daß Gruppenregeln nicht eingehalten werden, z.B. daß Informationen über Mitgliedern nach außen dringen, obwohl die Gruppe Vertraulichkeit vereinbart hatte. Regeln gehören zum Konzept von Selbsthilfegruppen. Die Selbsthilfekontaktstelle bieten spezielle Seminare zum Thema Gruppenprozesse an. Krisenintervention ist nicht häufig notwendig.[5] 10 % der städtischen und 8 % der ländlichen Gruppen erhalten Unterstützung in Krisensituationen. Die Beraterinnen versuchen, diese Gruppen zu stabilisieren.

Unterstützung bei der Lobbyarbeit: Ohne Öffentlichkeitsarbeit wird die Außenwirkung einer Gruppe gering bleiben. Strategien und Formen der Öffentlichkeitsarbeit können die Selbsthilfegruppen und Initiativen mit den Kontaktstellen klären, weil die Öffentlichkeitsarbeit ein zentraler Bestandteil des Aufgabenprofils der Selbsthilfekontaktstellen ist. 46 % aller städtischen und 54 % aller ländlichen Gruppen lassen sich von der Kontaktstelle bei ihrer Öffentlichkeitsarbeit unterstützen (vgl. **Kap 6.4**). Durch die Einbindung der Kontaktstelle in das kommunale Umfeld können sich die Kontaktstellen bei Verwaltung und Politik eher Gehör verschaffen und Gruppen auf diesem Weg bei ihrer Interessenvertretung unterstützen. In Kontaktstellen mit städtischem Einzugsgebiet erhalten 31 % der Gruppen diese Leistung. Kontaktstellen mit ländlichem Einzugsgebiet unterstützen 35 % der Gruppen bei der Interessenvertretung gegenüber Politik und Verwaltung.

Qualifizierung und Vernetzung: Über die Hälfte aller Gruppen nimmt das Angebot der Kontaktstellen zur Vermittlung von Kontakten zwischen Gruppen und Initiativen zwecks Erfahrungsaustausch in Anspruch. Kontaktstellen bieten Gesamttreffen an, an denen alle Selbsthilfegruppen und Initiativen der Stadt, des Landkreises teilnehmen können. Die Selbsthilfekontaktstellen haben Seminare entwickelt, die speziell auf die Bedürfnisse von Selbsthilfegruppen zugeschnitten sind. So können in der

[5] Zu der Rolle von Selbsthilfeberaterinnen und Handlungsoptionen bei der Krisenintervention vgl. Tornow 1995, S. 230 ff.

Kontaktstelle Gruppenmitglieder an Seminaren z.B. über Methoden des Gruppenlebens teilnehmen. Sie lernen dort Übungen zur Kontaktaufnahme in der Gruppe, zur Lockerung und Entspannung, zur Entscheidungsfindung oder wie man ein Gruppentreffen gestaltet.

Selbsthilfekontaktstellen unterstützen die Selbsthilfegruppen und Initiativen mit einer Vielzahl von Leistungen. Sie machen dies erfolgreich (vgl. **Abb. 8.5**). Alle Einzelleistungen sind Bausteine, die zusammen eine effektive und effiziente Selbsthilfegruppenunterstützung ermöglichen. Für fachspezifische Beratungsstellen ist die Selbsthilfeunterstützung eine Nebenaufgabe, daher bieten sie bestimmte Leistungen gar nicht an, z.B. die Organisation von Selbsthilfegruppentreffen zum Erfahrungsaustausch, oder unterstützen nur in eingeschränkter Form, z.B. bei der Beschaffung von Räumen oder mit Informationen zur Förderpraxis von Gruppen.

Leistungen für Selbsthilfegruppen in verschiedenen Selbsthilfebereichen

Welche Selbsthilfegruppen und Initiativen werden von den Selbsthilfekontaktstellen in besonderem Maße informiert? Wer benötigt die organisatorische und technische Unterstützung am meisten? Ist die konzeptionelle Beratung für alle Gruppen gleich wichtig? Welche Gruppen brauchen die Unterstützung der Kontaktstelle bei der Lobbyarbeit besonders? Mit welchen Gruppen arbeitet die Kontaktstelle bei der Vorbereitung von öffentlichkeitswirksamen Veranstaltung zusammen? Welchen Gruppen nehmen die Angebote zur Qualifizierung und Vernetzung überdurchschnittlich in Anspruch?

Obwohl die Gruppen in ihren Anliegen sehr heterogen sind, zeigen sich große Gemeinsamkeiten in ihrem Unterstützungsbedarf. Der fachübergreifende Ansatz der Selbsthilfekontaktstellen wird diesen Unterstützungsinteressen gerecht. Es gibt elementare Unterstützungswünsche von Selbsthilfegruppen und Initiativen, die nahezu alle Gruppen aus den verschiedenen Bereichen haben (vgl. **Abb. 6.9**). Die dabei vorhandenen graduellen Unterschiede deuten auf besondere Unterstützungsbedürfnisse und Anliegen hin.

Selbsthilfegruppen brauchen und suchen Informationen über Fördermöglichkeiten, über die Leistungen der Kontaktstellen und über

Fachleute. Dies ist bei Gruppen mit verschiedenen Anliegen ebenso der Fall wie bei unterschiedlichen Gruppentypen sowie bei Gruppen mit wenigen und vielen Mitgliedern. Insbesondere von soziokulturellen Gruppen werden Informationsleistungen unterdurchschnittlich nachgefragt.

Abb. 6.9: Leistungen für Selbsthilfegruppen in neun Selbsthilfebereichen

	Selbsthilfebereiche									
Leistungen der Kontaktstelle	Chronische Erkrankung	Psycho-soziale Probleme	Behinderung	Sucht	Selbsthilfe von Frauen	Eltern-Kind-Selbsthilfe, Partnerschaft	Alter, Nachbarschaft	Selbsthilfe in bes. sozialen Situationen	Soziokul-turelles Engagement	Ø
Information	73 %	61 %	70 %	69 %	67 %	67 %	67 %	66 %	51 %	68 %
Organisatorische und technische Unterstützung	74 %	76 %	63 %	73 %	53 %	65 %	66 %	57 %	45 %	67 %
Konzeptionelle Beratung von Gruppen	57 %	64 %	43 %	54 %	39 %	52 %	43 %	34 %	33 %	49 %
Lobbyarbeit	66 %	56 %	62 %	62 %	50 %	57 %	58 %	65 %	54 %	60 %
Vorbereitung und Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen	62 %	44 %	58 %	49 %	46 %	47 %	54 %	42 %	45 %	51
Qualifizierung und Vernetzung	61 %	58 %	61 %	61 %	50 %	59 %	56 %	52 %	46 %	59 %

© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu Selbsthilfegruppen (n = 34.280 Einzelleistungen für 1.971 Gruppen).

Die Ausstattung der Selbsthilfekontaktstellen, die Unterstützung bei der Raumsuche und der Sachmittelbeschaffung, Hilfen in der Startphase und Referentenvermittlung werden von Gruppen aus dem gesundheitlichen Bereich stärker in Anspruch genommen als von Gruppen aus dem sozialen Bereich. Dies kann darauf zurückgeführt werden, daß sich mehr Gruppen aus dem Gesundheitsbereich in den Räumen der Kontaktstelle treffen.

Die konzeptionelle Beratung hat für Gruppen aus dem psychosozialen Bereich eine besondere Bedeutung. Dies sind fast ausschließlich Gruppen von Betroffenen. Menschen, die psychische Probleme haben, werden von den Kontaktstellen nur über das Arbeiten in Gruppen beraten. Zu den ersten Gruppentreffen kommen meistens die Selbsthilfeberaterinnen und klären über Gruppenregeln und -prozesse auf. Ziel ist nicht die Anleitung und Betreuung, sondern die Vermittlung von Kenntnissen, damit die Gruppen eigenständig arbeiten können.

Unterstützung bei ihrer Lobbyarbeit nehmen alle Selbsthilfegruppen in Anspruch. Es gibt jedoch Unterschiede zwischen den Gruppen. Im gesundheitlichen Bereich gehen die Selbsthilfegruppen für chronische Erkrankungen, Behinderung und Sucht verstärkt an die Öffentlichkeit. Der Bereich der chronischen Erkrankungen ist nicht nur der zahlenmäßig größte der Selbsthilfe, sondern auch auf Selbsthilfetagen, Gesundheitstagen und -wochen in hohem Maße mit Ständen präsent, an denen Informationsmaterialien verteilt werden, Erfolge dokumentiert sind und dem nicht von einer Krankheit Betroffenen gezeigt wird, was chronische Erkrankungen bedeuten. Die Selbsthilfekontaktstellen haben viel zu dieser Entwicklung beigetragen, indem sie ihr Wissen über Öffentlichkeitsarbeit an die Selbsthilfegruppen weitergegeben haben. Bürger, die sich in der Selbsthilfe in besonderen sozialen Situationen engagieren, nutzen ebenfalls die Selbsthilfekontaktstellen überdurchschnittlich, um ihre Öffentlichkeitsarbeit zu verbessern. Im Unterschied zu Gruppen aus dem Bereich chronischer Erkrankungen nehmen sie seltener an der Organisation gemeinsamer Veranstaltungen teil.

An der Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen haben Gruppen aus allen Bereichen ein Interesse. Gruppen aus dem Bereich chronischer Erkrankungen werden von den Selbsthilfekontaktstellen etwas stärker bei der Organisation von Veranstaltungen unterstützt.

Mitarbeit der Selbsthilfekontaktstellen bei der direkten Selbsthilfegruppenförderung

Über die aufgezeigten Leistungen für Selbsthilfegruppen hinaus übernahmen Selbsthilfekontaktstellen im Laufe des Modellprogramms eine mittelbar für die Gruppen sehr wichtige Aufgabe: die Mitarbeit bei der direkten Selbsthilfegruppenförderung in der Kommune. Zu den Leistungen der Kontaktstelle gehört die Information und Beratung von Gruppen und Initiativen über die Möglichkeiten der direkten Selbsthilfegruppenförderung sowie die Beratung bei der Antragstellung. Darüber hinaus werben die Selbsthilfekontaktstellen im professionellen Umfeld sowie bei potentiellen Finanzierungsträgern weitere Mittel für die direkte Gruppenförderung ein. Diese Aufgaben sind innerhalb der Kontaktstellen unstrittig.

Uneinigkeit herrscht jedoch darüber, inwieweit die Kontaktstellen bei der Entscheidung über die Vergabe von Mitteln an Selbsthilfegruppen mitwirken sollen. Im Kontrast dazu steht die Überzeugung der Gruppen. Sie bejahen fast einstimmig (84 %) die Mitwirkung der Kontaktstelle an der Vergabe von Fördermitteln an die Gruppen (vgl. **Abb. 8.7**). Viele Kontaktstellen betrachten eine Trennung zwischen der Entscheidung über die Fördergelder und der Verwaltung der Fördergelder als Lösung. Die Entscheidung sollte nach Auffassung vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eher bei Selbsthilfebeiräten oder -förderbeiräten liegen (vgl. NAKOS 1995, S. 58).

Unstrittig ist mittlerweile unter den für die direkte Selbsthilfegruppenförderung zuständigen Stellen, daß sie auf der lokalen bzw. kommunalen Ebene anzusiedeln ist (vgl. **Kap. 3.4**). Zwar sollen auch Mittel der Landesebene einfließen; der Fördertopf auf Basis entsprechender Richtlinien sowie die Vergabe sollen aufgrund der besseren Kenntnis der jeweiligen kommunalen Situation vor Ort liegen.

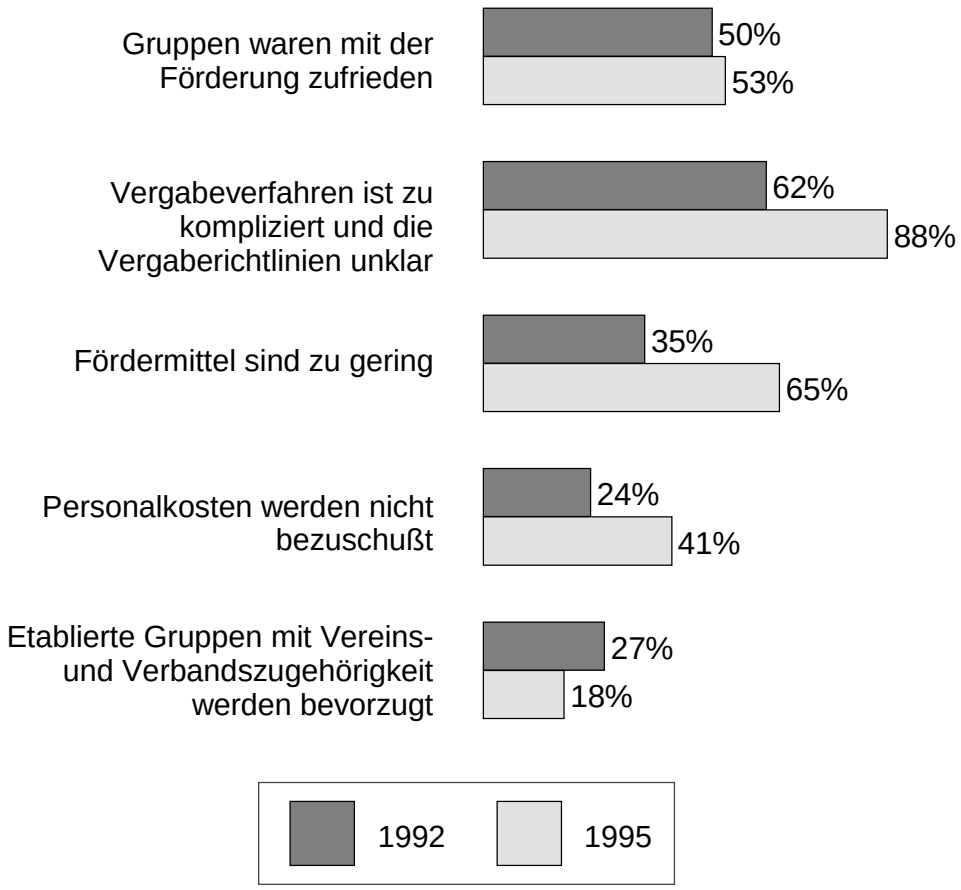
Eingestanden wird von den für die direkte Selbsthilfeförderung zuständigen Stellen auch, daß aufgrund eines fehlenden Gesamtfinanzierungskonzeptes bzw. einer Vielzahl von nicht koordinierten Einzelaktivitäten Unzufriedenheit über die Vergabeverfahren besteht. Nur die Hälfte der Selbsthilfegruppen und Initiativen ist mit der gegenwärtigen Förderpraxis zufrieden (vgl. **Abb. 6.10**). Kritisiert wird, daß

das Verfahren zu kompliziert ist und die Vergaberichtlinien unklar sind oder sogar gänzlich fehlen (71 %).

Die Kompliziertheit des Vergabeverfahrens und unklare bzw. fehlende Vergaberichtlinien (88 %), zu geringe Fördermittel (65 %) sowie das Fehlen von Personalkostenzuschüssen (41 %) werden zum Ende des Modellprogramms stärker als in der Anfangsphase kritisiert. Dies kann darauf zurückgeführt werden, daß die Erwartungen der Gruppen und Initiativen im Laufe der letzten Jahre gestiegen sind. Zum anderen ist die Kritik an der direkten Selbsthilfegruppenförderung heute differenzierter.

Abb. 6.10: Beurteilung der Selbsthilfegruppenförderung

Wie wird die Selbsthilfegruppenförderung von den Gruppen und Initiativen beurteilt?

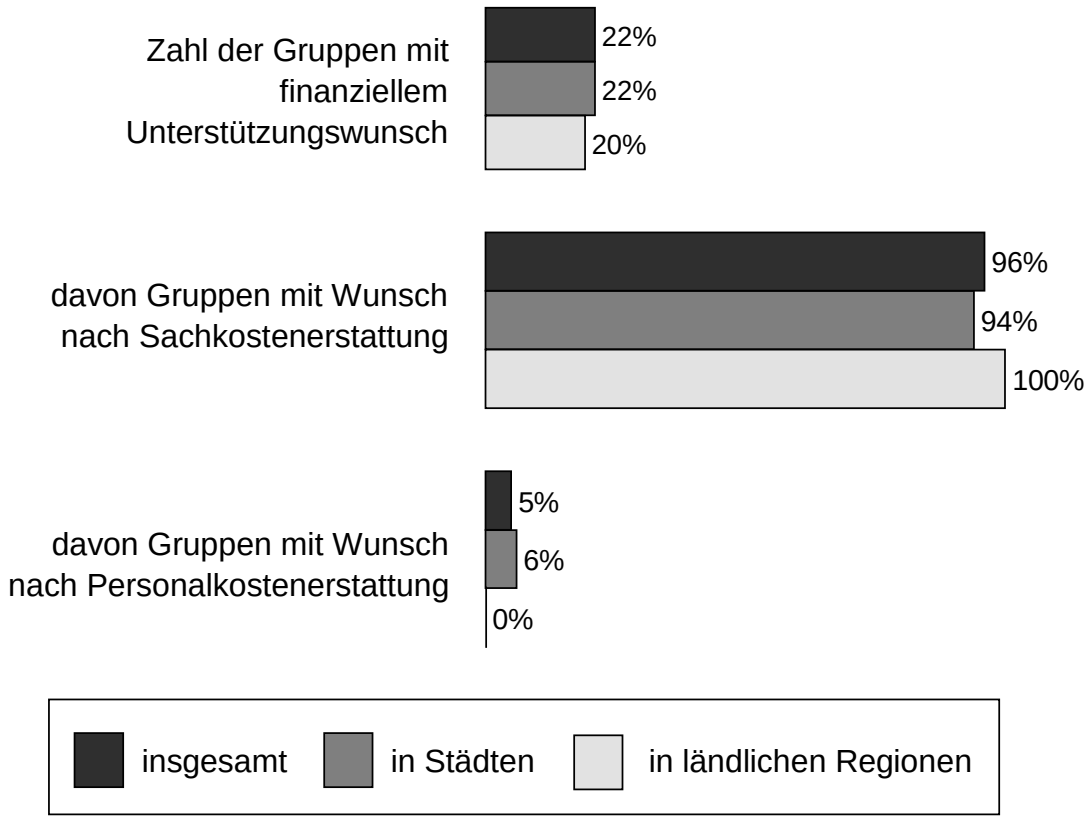


© ISAB Köln 06/1996. Jährliche Befragung der 17 Selbsthilfekontaktstellen.

Wie wichtig Information und Beratung von Gruppen bei finanziellen Anträgen ist, wird daran deutlich, daß sich im Laufe des Programms 22 % der Gruppen an die Kontaktstellen mit dem Wunsch nach finanzieller Unterstützung gewendet haben (vgl. **Abb. 6.11**). In der Regel wünschen sie Mittel für Sachkosten (96 %): Personalkostenbezuschussung wurde, in städtischen und in ländlichen Einzugsgebieten, nur von wenigen gewünscht (5 %).

Abb. 6.11: Finanzieller Unterstützungswunsch von Selbsthilfegruppen und Initiativen

Wieviele Gruppen wandten sich an die Kontaktstelle mit dem Wunsch zur Unterstützung bei der Beschaffung finanzieller Ressourcen?



© ISAB Köln 06/1996. Jährliche Befragung der 17 Selbsthilfekontaktstellen (n = 427 von 1.971 Selbsthilfegruppen).

Trotz Kritik an der direkten Selbsthilfegruppenförderung bleibt festzustellen, daß deren Umfang zugenommen hat. Den Gruppen und Initiativen stand 1994 deutlich mehr Geld zur Verfügung als 1992 (vgl. **Kap. 3.3**).

6.3 Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen für Fachleute

Selbsthilfe bewirkt innovative Impulse. Selbsthilfe fördert die Kundenorientierung des Sozial- und Gesundheitssystems und ist ein zentrales Bindeglied zwischen dem professionellen Dienstleistungssystem und den Bürgern (vgl. **Kap. 2.2**). Aus diesen Gründen haben Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialsystem ein Interesse, Selbsthilfe zu fördern und zu unterstützen. Selbsthilfekontaktstellen greifen diese Bereitschaft auf. Sie arbeiten intensiv mit den Fachleuten zusammen und setzen sich bei ihnen für die Selbsthilfegruppen ein. Zu Fachleuten bestehen die meisten Kontakte (vgl. **Abb. 4.1**).

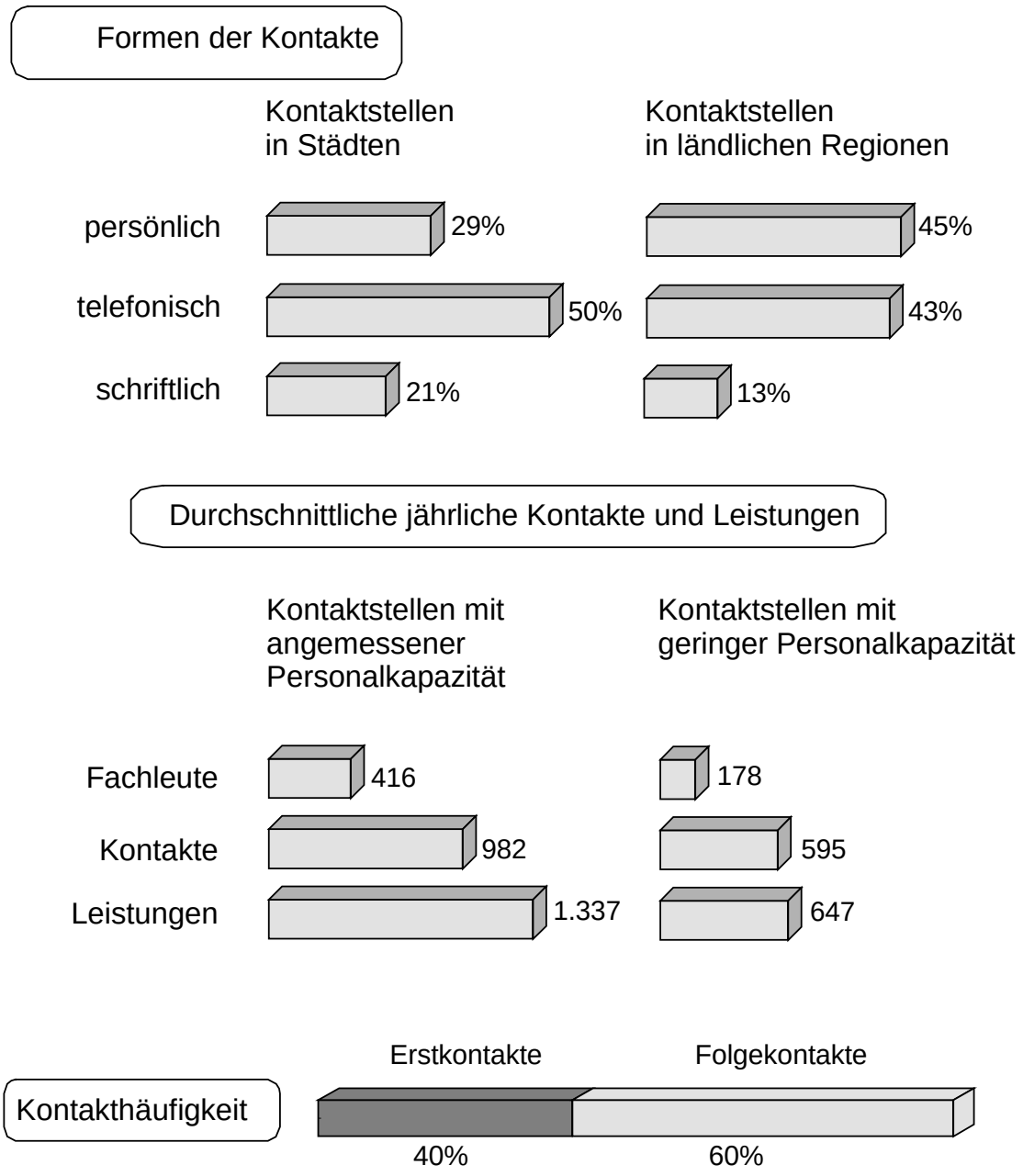
Selbsthilfekontaktstellen arbeiten mit Fachleuten zusammen, deren Aufgabengebiet einen Bezug zu Themen der Selbsthilfe hat: Fachleute in den Gesundheits-, Sozial-, Kultur- und Umweltämtern bzw. in Länderministerien, in den Beratungsstellen oder in den jeweiligen Ausschüssen der kommunalen Parlamente bzw. Landesparlamente. Selbsthilfekontaktstellen kooperieren mit Ärzten, Psychologen, Therapeuten, mit Professionellen in ambulanten Einrichtungen und Krankenhäusern, Kirchen, Wohlfahrtsverbänden, überregionalen Selbsthilfeverbänden und Bildungseinrichtungen (vgl. **Kap. 4.4**).

In städtischen Kontaktstellen erfolgen die Kontakte mit Fachleuten am häufigsten per Telefon. Telefonische Kontakte haben einen Anteil von 50 %, persönlich werden 29 % der Kontakte wahrgenommen. In Kontaktstellen mit ländlichem Einzugsgebiet sind telefonische (43 %) und persönliche Kontakte (45 %) fast gleichgewichtig (vgl. **Abb. 6.12**). Wie bei den Selbsthilfeinteressenten bleibt der schriftliche Kontakt eher die Ausnahme, wenn auch der Anteil hier nicht so gering ist wie bei den Selbsthilfeinteressenten. In den Städten wird gut jeder fünfte Kontakt schriftlich geknüpft, auf dem Land sind es immerhin 13 %.

Die Selbsthilfekontaktstellen arbeiten längerfristig mit den Fachleuten zusammen. Im Durchschnitt treffen eine Selbsthilfeberaterin und ein Fachmann dreimal zusammen. Die Kontakte sind nicht so eng wie die zwischen Kontaktstelle und Selbsthilfegruppen, aber intensiver als zwischen Kontaktstelle und Selbsthilfeinteressenten. Kontaktstellen mit

angemessener Personalkapazität, d.h. einer Personalkapazität von mehr als 60 Wochenstunden, haben mit Fachleuten 982 Kontakte pro Jahr, Selbsthilfekontaktstellen mit

Abb. 6.12: Kontaktumfang und Leistungen für Fachleuten



© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu Fachleuten (n = 14.695 Fachleute).

niedriger Personalkapazität (595 Kontakte pro Jahr) erreichen nur 60 % des Kontaktumfangs einer Selbsthilfekontaktstelle mit hoher Personalkapazität. Die Zusammenarbeit der Kontaktstellen mit den Fachleuten ist wichtig, weil sie zu direkter Unterstützung für die Selbsthilfegruppen führt. Je zahlreicher die Kontakte, desto umfangreicher die Unterstützung, und je umfangreicher die Unterstützung, desto besser ist das Selbsthilfeklima in einer Kommune. Je besser das Selbsthilfeklima, desto besser entwickelt sich die Selbsthilfe. Selbsthilfekontaktstellen mit mindestens 1,5 Planstellen für Selbsthilfeberaterinnen können mehr Fachleute überzeugen, Selbsthilfe zu unterstützen, als kleinere Selbsthilfekontaktstellen. Sie sind effektiver als Selbsthilfekontaktstellen mit geringer Personalkapazität.

Die Leistungen der Kontaktstellen für die Fachleute und in Kooperation mit ihnen sind vielfältig. Im Laufe des Modellprogramms haben Selbsthilfekontaktstellen ein Leistungsprofil für die Zusammenarbeit mit den Fachleuten entwickelt (vgl. **Abb. 6.13)**:

- Information über Selbsthilfe,
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für Selbsthilfe,
- Unterstützung bei der Beschaffung von Räumen und Referenten sowie bei der Öffentlichkeitsarbeit,
- Organisation von Selbsthilfeveranstaltungen und
- allgemeine Vermittlung.

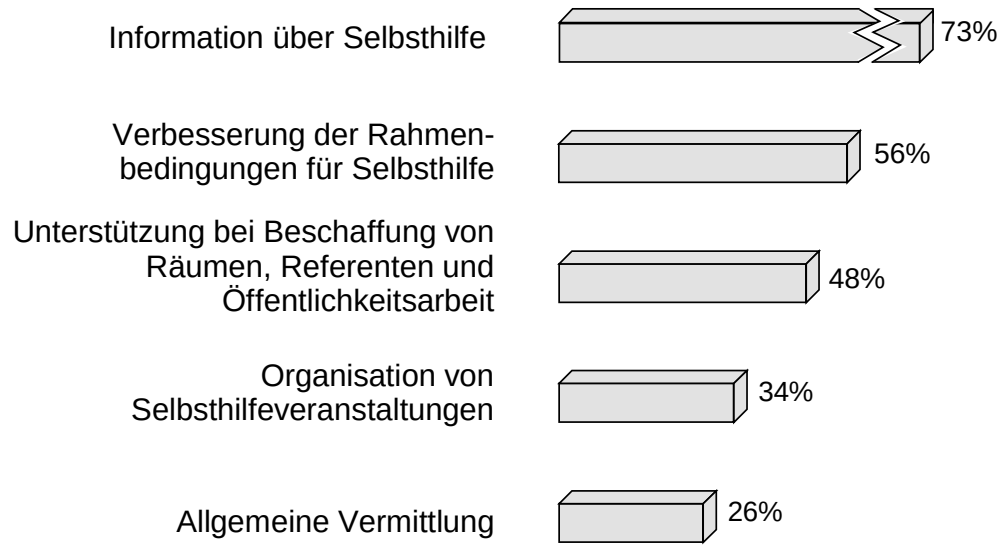
Die wichtigste Leistung ist die Information. Knapp drei von vier Fachleuten (73 %), die mit Selbsthilfekontaktstellen kooperieren, werden von diesen über die Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen und die Leistungen und Fähigkeiten von Selbsthilfegruppen und Initiativen informiert. Die Konzeption der Selbsthilfekontaktstelle, ihre Leistungen und Fähigkeiten galt es, im lokalen, regionalen, gesundheitlichen und sozialen System bekanntzumachen. Dies ist den Selbsthilfekontaktstellen gelungen, denn 72 % aller Fachleute kennen die Selbsthilfekontaktstelle (vgl. **Kap. 9.3**). Die Konzeption der Selbsthilfekontaktstellen ist nicht nur bekannt, sie wird von Fachleuten für gut gehalten. Nur 16 % der Fachleute glauben, daß die Aufgaben einer Selbsthilfekontaktstelle auch von anderen Diensten wahrgenommen werden können (vgl. **Abb. 9.8**).

Selbsthilfekontaktstellen und Fachleute arbeiten zusammen, um die Rahmenbedingungen für Selbsthilfe zu verbessern (56 %). Dies kann den

Gruppen unmittelbar nützen, z.B. wenn eine Selbsthilfeberaterin bei einer Krankenkasse eine finanzielle Unterstützung für eine Gruppe aushandelt. Auf der anderen Seite ergeben sich durch ein selbsthilfefreundliches Klima positive Effekte für die Fachleute. Verbesserte Bedingungen für Selbsthilfe führen zu Entlastungseffekten auf seiten der Fachleute z.B. bei den anderen Beratungsstellen, zu einem Imagegewinn z.B. für örtliche Sponsoren eines Selbsthilfetages, zur Möglichkeit, Werbung zu betreiben, z.B. durch den Stand eines Gesundheitshauses auf einem Infomarkt.

Abb. 6.13: Leistungsbereiche für Fachleute

Welche Leistungen wurden für Fachleute erbracht?



© ISAB Köln 03/1996. Stat. Erhebungen zu Fachleuten (n = 34.622 Leistungen für 14.695 Fachleute).

Das Profiseminar - ein Leistungsangebot der Selbsthilfekontaktstellen für Fachleute:
Das Profiseminar ist eine Veranstaltung für eine bestimmte Gruppe Professioneller (z.B. Mitarbeiterinnen von Beratungsstellen), zu der die Selbsthilfekontaktstelle in regelmäßigen Abständen (z.B. zweimal im Jahr) einlädt und das von ihr inhaltlich vorbereitet und ausgestaltet wird. Es beinhaltet die Weitergabe von Informationen über neue Selbsthilfeaktivitäten und deren Inhalte sowie über die Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen selbst. Darüber hinaus verfügt die Selbsthilfekontaktstelle (oftmals als einzige Stelle in einer Stadt) über Professionalität in der Arbeit mit Selbsthilfegruppen und kann daher andere Fachleute zur Unterstützung von Selbsthilfearbeit anleiten. Durch den persönlichen Austausch von Erfahrungen während der Veranstaltungen entstehen Beziehungen, die eine kollegiale, partnerschaftliche Zusammenarbeit ermöglichen. Mit der Durchführung von Profiseminaren bietet eine Selbsthilfekontaktstelle Fachleuten mehrere Leistungen an und gewinnt somit an Attraktivität. Die Leistungen heißen im einzelnen: Information, Weiterbildung und Erfahrungsaustausch. (KISS Chemnitz).

Selbsthilfekontaktstellen setzen sich für die Unterstützung der Selbsthilfe durch die Fachleute ein. Sie machen konkrete Vorschläge, wie Institutionen Selbsthilfegruppen unterstützen können. Selbsthilfegruppen suchen Räume, in denen sie sich treffen können; Fachleute können über Räume verfügen. Selbsthilfegruppen suchen Referenten für Vorträge; Fachleute referieren. Selbsthilfegruppen machen inzwischen Öffentlichkeitsarbeit auf hohem Niveau. Fachleute stellen z.B. Druckkostenzuschüsse bereit oder lassen die Publikation in der Hausdruckerei drucken. Dies gelingt durch die Vermittlung der Kontaktstelle. In 48 % der Kontakte setzen sich die Selbsthilfekontaktstellen direkt für die Selbsthilfeunterstützung durch Fachleute ein. Möglichkeiten für eine effektive Öffentlichkeitsarbeit für Professionelle ergeben sich auf großen Selbsthilfeveranstaltungen, wie sie z.B. Selbsthilfetage darstellen. Hier kommen Fachleute mit interessierten Menschen zusammen und haben die Chance, für ihre Vorstellungen, Ideen und Aktionen zu werben. 34 % aller Fachleute nutzen die Chancen, die sich auf Selbsthilfeveranstaltungen ergeben. Sie helfen tatkräftig bei der Organisation mit.

Beispiele der Zusammenarbeit zwischen Fachleuten und Selbsthilfeberaterinnen:
Gestaltung von Gesundheitstagen im Ostseecenter Stralsund zusammen mit der DAK. Absprache mit der Volkshochschule über ein Selbsthilfe Seminar. Organisation der Europäischen Suchtwoche zusammen mit dem Projektbüro des Vereins „Gesundes Stralsund“, der Suchtberatungsstelle und den Krankenkassen. Das Berufsförderungswerk informiert Psychologen und Soziologen in Zusammenarbeit mit der Kontaktstelle über die Möglichkeiten der Selbsthilfe. Beraterinnen gewinnen Fachleute als Referenten für Informationsveranstaltungen wie z.B. Gesamtgruppentreffen, Selbsthilfetage. Teilnahme der Kontaktstelle mit einem Informationsstand an den Thüringer Ärztetagen. Überzeugung einer Krankenkasse, daß sie einen Raum für eine Selbsthilfegruppe mietfrei zur Verfügung stellt. Beraterinnen gewinnen einen Physiotherapeut als Anleiter der Gruppen „Frauen und Rheuma -Krankengymnastik“. (ISAB Köln 06/ 1996).

Konkrete Entlastungseffekte ergeben sich für die Fachleute aus der Möglichkeit, die Selbsthilfekontaktstellen zu kontaktieren; man denke z.B. an einen Arzt, der eine MS-Patientin betreut und meint, daß dieser Frau zusätzlich zu seiner Hilfe das Engagement in einer Gruppe mehr Rückhalt geben würde. Mit einem Anruf bei der Kontaktstelle kann er in Erfahrung bringen, ob es eine Selbsthilfegruppe zu diesem Thema gibt. Wenn es sie gibt, kann er den Kontakt zur Selbsthilfekontaktstelle vermitteln, die dann weitervermittelt. Auf der anderen Seite werden den Fachleuten Kunden zugeführt. Diese Drehtüreffekte der Selbsthilfekontaktstellen vom professionellen System in die Selbsthilfe und von der Selbsthilfe in das professionelle System sind für alle Beteiligten von Vorteil. 26 % der Fachleute nehmen diese Leistungen in Anspruch.

Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialwesen werden von den Selbsthilfekontaktstellen in erster Linie über Selbsthilfe informiert. Kontaktstellen arbeiten mit den Fachleuten erfolgreich an der Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas, was sich darin zeigt, daß bei kommunalen Entscheidungen auch Selbsthilfevertreter einbezogen werden, daß Selbsthilfe als integraler Bestandteil sozialen Lebens akzeptiert und wahrgenommen wird. Ein selbsthilfefreundliches Klima zeigt sich

außerdem in der konkreten Unterstützung der Selbsthilfegruppen und Initiativen.

Leistungen für Fachleute in verschiedenen Bereichen

Im Gesundheits- und Sozialsystem wirken viele unterschiedliche Institutionen. Wie arbeiten die Selbsthilfekontaktstellen mit diesen zusammen? Nehmen alle Institutionen die gesamten Leistungen des Leistungsprofils wahr und an? Die Zusammenarbeit mit den Fachleuten aus unterschiedlichsten Institutionen hat sich bewährt. Informationen über Leistungen der Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen werden am häufigsten an Fachleute in verschiedenen Bereichen weitergegeben (vgl. **Abb. 6.14**).

Alle Ärzte, Therapeuten, Psychologen, die mit Selbsthilfekontaktstellen kooperieren, werden von diesen informiert. 82 % der ambulanten Dienste und Krankenhäuser erhalten Informationen über die Kontaktstellen und Selbsthilfegruppen. Von der Vermittlung von Bürgern profitieren die Ärzte (52 %), das ambulante und stationäre System (46 %) sowie Beratungsstellen (44 %) überproportional. Die Fähigkeit von Selbsthilfekontaktstellen, Veranstaltungen mit hoher Breitenwirkung zu organisieren, wird von allen Fachleuten honoriert. Am stärksten engagieren sich hierbei die Krankenkassen (46 %). Verhandlungen und Gespräche mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für Selbsthilfe zu verbessern, führen die Selbsthilfekontaktstellen am meisten mit den Krankenkassen (75 %) und mit Politik und Verwaltung (75 %). Die enge Zusammenarbeit (89 %) zwischen den Partnerkontaktstellen in Ost und West, der Erfahrungsaustausch zwischen den am Modellprogramm beteiligten Selbsthilfekontaktstellen und die Zusammenarbeit von Selbsthilfekontaktstellen in Landesarbeitsgemeinschaften führt zu einem Austausch von Informationen, die der Verbesserung der Rahmenbedingungen für Selbsthilfe dienen.

Ärzte, Psychologen und Therapeuten unterstützen die Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfegruppen und der Kontaktstelle, indem sie Broschüren, Selbsthilfezeitungen und Flugblätter von Selbsthilfegruppen in ihren Praxisräumen auslegen (84 %). Krankenkassen (56 %) unterstützen die Selbsthilfegruppen: Sie stellen Räume bereit. Sie verfügen häufig über Hausdruckereien, die z.B. Veröffentlichungen von Selbsthilfegruppen

herstellen. Mitarbeiter der Krankenkassen halten Vorträge vor Selbsthilfegruppen, z.B. Ernährungsberater in einer Gruppe übergewichtiger Menschen.

Abb. 6.14: Leistungen für Fachleute in verschiedenen Bereichen

Leistungen der Kontaktstelle	Beratungs-stellen	Verwaltung	Wohlfahrts-verband	Arzt, Therapeut, Psychologe	Ambulanter bzw. station. Dienst, kirchl. Mitarbeiter	Selbsthilfe-verband	Kranken-kassen	andere Selbsthilfe-kontaktstellen	**Ø**
Informationen über Selbsthilfe	73 %	69 %	64 %	100 %	82 %	73 %	75 %	50 %	73 %
Verbesserung der Rahmenbedingungen für Selbsthilfe	41 %	75 %	51 %	28 %	31 %	45 %	75 %	89 %	57 %
Unterstützung bei Beschaffung von Räumen, Referenten und Öffentlichkeits-arbeit	46 %	34 %	39 %	84 %	53 %	56 %	56 %	44 %	49 %
Organisation von Selbsthilfe-veranstaltungen	33 %	35 %	32 %	21 %	22 %	35 %	46 %	42 %	34 %
Allgemeine Vermittlung	44 %	20 %	29 %	52 %	46 %	21 %	28 %	11 %	27 %

© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu Fachleuten (n = 34.622 Leistungen für 14.695 Fachleute).

Einzelleistungen für Fachleute

Die häufigste Leistung der Selbsthilfekontaktstelle für Fachleute ist die Information über die Aufgaben der Kontaktstellen sowie darüber, daß die Kontaktstelle Leistungen anbietet, die für die Fachleute wichtig sind und auch zu ihrer Entlastung beitragen können. Auf dem Land erhalten 61 % der Fachleute diese Leistung, in den Städten sind es 59 %. Informationen über die Anliegen und Leistungen von Selbsthilfegruppe erhalten auf dem Land 46 % und in der Stadt 51 % der Fachleute (vgl. **Abb. 6.15**).

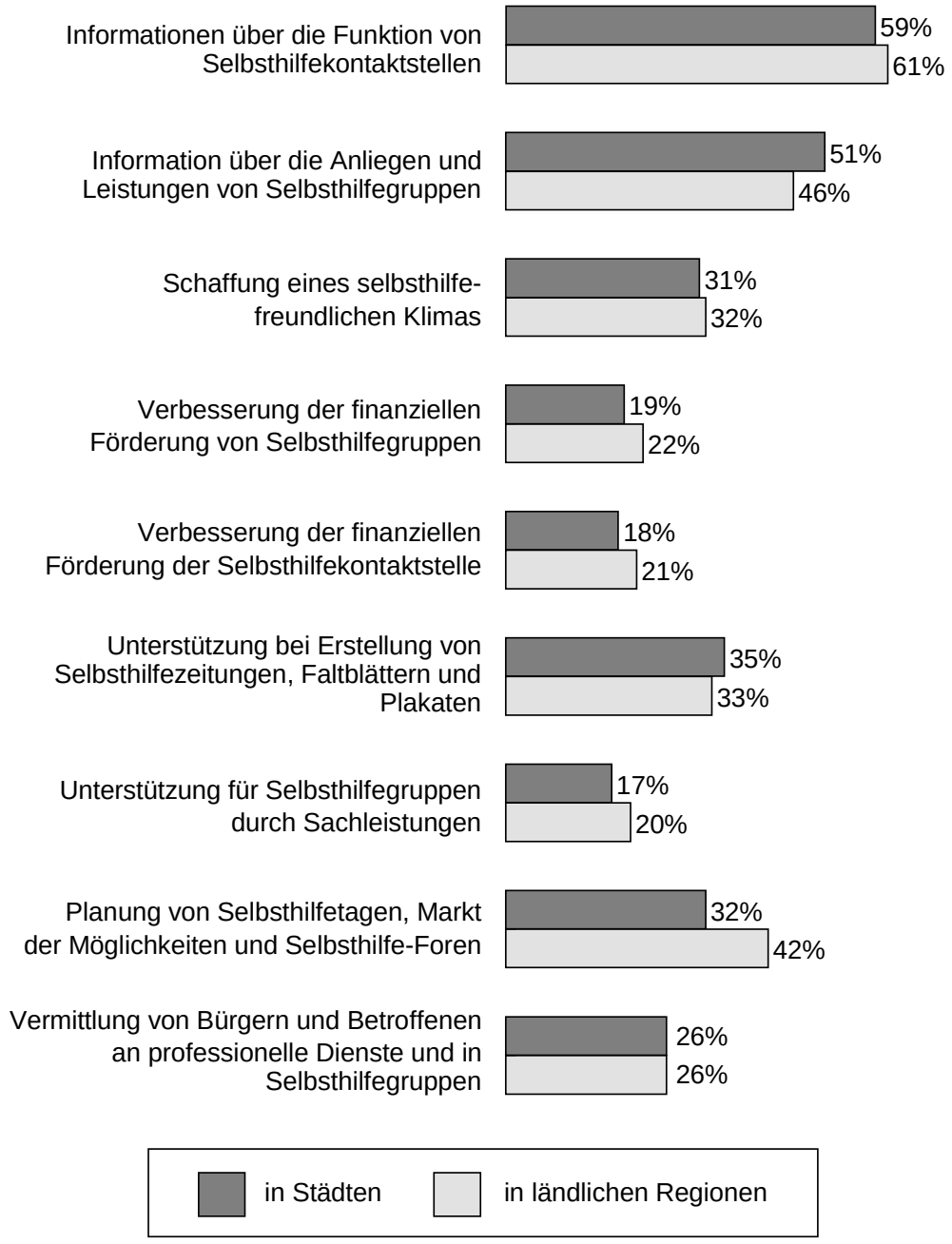
Fast gleich wichtig sind, wenn man die Leistungszahlen als Vergleichsmaßstab heranzieht, die Leistungen Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit von Gruppen (Stadt: 35 %, Land: 33 %), Teilnahme an Selbsthilfeveranstaltungen (Stadt: 32 %, Land: 42 %) und die Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas (Stadt : 31 %, Land: 32 %).

Auf Platz sechs liegt die Vermittlung in das professionelle System bzw. in Selbsthilfegruppen. Hierbei bestehen keine Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Kontaktstellen. Seltener geht es in den Kontakten zwischen Fachleuten und Selbsthilfekontaktstellen um die materielle und finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen und Initiativen. Mit 19 % der Fachleute in den Städten werden Gespräche geführt, um sie von der Notwendigkeit der finanziellen Förderung von Selbsthilfegruppen zu überzeugen. Bei 17 % steht die materielle Unterstützung im Vordergrund. Auf dem Land werden in 22 % der Fälle Kontakte mit dem Ziel gemacht, die finanzielle Lage von Selbsthilfegruppen zu verbessern, und in 20 % der Fälle sollen die Gruppen materiell besser ausgestattet werden.

Festzuhalten bleibt die Tatsache, daß die Selbsthilfekontaktstellen eng mit den Fachleuten zusammenarbeiten. Die Kontaktstellen übernehmen eine Brückenfunktion im kommunalen Umfeld. Sie führen Mitglieder aus Gruppen und Fachleute, die sonst keinen Kontakt hätten, zu beiderseitigem Vorteil zusammen. Kontaktstellen vertreten die Interessen von Selbsthilfegruppen und Initiativen und setzen sich für sie ein. Die Selbsthilfeberaterinnen haben einen leichteren Zugang zu Behörden und Verwaltungen, weil sie selbst eine Institution sind. Für die Fachleute entstehen aus der Zusammenarbeit neue Impulse für ihre eigene Arbeit, Erleichterungen ihrer Arbeit und Imagegewinne.

Abb. 6.15: Leistungen für Fachleute in Städten und ländlichen Regionen

Welche Leistungen wurden für Fachleute erbracht?



© ISAB Köln 03/1996. Stat. Erhebungen zu Fachleuten (n = 46.844 Einzelleistungen für 14.695 Fachleute).

6.4 Öffentlichkeitsarbeit

Bereits in den alten Bundesländern hat sich erwiesen, daß die selbsthilfebezogene Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfekontaktstellen dazu beiträgt, ein „selbsthilfefreundliches Klima“ zu schaffen, Vorbehalte gegenüber Selbsthilfe abzubauen sowie die Anerkennung und Bereitschaft zur Unterstützung von Selbsthilfetätigkeiten zu fördern. Aus diesem Grund ist die selbsthilfebezogene Öffentlichkeitsarbeit eine zentrale Aufgabe von Selbsthilfekontaktstellen (vgl. **Kap. 5.1**). Ein „selbsthilfefreundliches Klima“ ist an zwei Voraussetzungen geknüpft. Erstens müssen die Interessen, Wünsche, Bedürfnisse der selbsthilfeinteressierten Bürger, der Gruppenmitglieder Gehör finden. Zweitens muß einem Großteil der Bevölkerung im allgemeinen und den Fachleuten im speziellen Wissen über die Leistungsfähigkeit und -grenzen von Selbsthilfegruppen und Initiativen vermittelt werden. Öffentlichkeitsarbeit von Selbsthilfekontaktstellen ist ein Mittel, um beide Voraussetzungen zu erfüllen.

Die Öffentlichkeitsarbeit über Inhalte und Formen von Selbsthilfe hatte in den neuen Bundesländern gerade in der Anfangsphase des Modellprogramms zentrale Bedeutung, weil vielen Bürgerinnen und Bürgern, aber auch Mitarbeitern aus Politik und Verwaltung Selbsthilfe unbekannt war. So wurden oft unter dem Begriff Selbsthilfe sämtliche Dienste und Aktivitäten des Sozial- und Gesundheitswesens gefaßt (vgl. **Kap. 3.2**). Hier bedurfte es einer kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit durch die Selbsthilfekontaktstellen, insbesondere in den lokalen Medien, um schrittweise den Gedanken der Selbsthilfegruppenarbeit in der Bevölkerung bekanntzumachen. Daneben haben sich die Selbsthilfekontaktstellen selbst bei der Bevölkerung bekannt gemacht.

Es gibt unterschiedliche Strategien, Öffentlichkeitsarbeit erfolgreich durchzuführen. Auf der einen Seite können sich Selbsthilfekontaktstellen mit Aktivitäten direkt an die Zielgruppe, z.B. die Bevölkerung, wenden. Auf der anderen Seite können Multiplikatoren von den Kontaktstellen überzeugt werden, sie und die Selbsthilfe bekannt zu machen. Beide Strategien unterscheiden sich in dem Grad der Erfolgskontrolle, die die Kontaktstellen hat, und in dem notwendigen Ressourceneinsatz. Eigene Veranstaltungen bieten eine hohe Erfolgskontrolle, sie binden aber auch viele Ressourcen. Selbsthilfekontaktstellen arbeiten mit einem Mix aus

beiden Strategien. Als erfolgreichste Strategie der Öffentlichkeitsarbeit bewerten die Selbsthilfekontaktstellen die Durchführung besonderer Aktivitäten in der Kommune (vgl. **Abb. 6.16**). Die eigenständige Durchführung von Veranstaltungen wie den Selbsthilfetagen oder auch die Durchführung von Veranstaltungen mit anderen Institutionen wie beispielsweise bei Gesundheitstagen eröffnet die Möglichkeit, die Arbeit der Selbsthilfegruppen und auch die Arbeit der Selbsthilfekontaktstelle vorzustellen. Als weitere Strategien werden die Bekanntmachung durch „Mund- zu Mund-"Werbung sowie durch Professionelle des Sozial- und Gesundheitswesens gesehen. Kontaktstellen beurteilen diese unter Umständen deshalb als weniger erfolgreich, weil sie den Erfolg dieser Strategien selbst nicht kontrollieren können.

Selbsthilfekontaktstellen setzen die Strategien in Aktivitäten um. Sie verankern das Thema Selbsthilfe in den Medien. Sie geben regelmäßig aktualisierte Medien wie z.B. einen Selbsthilfegruppenführer heraus. Sie führen Veranstaltungen durch und nehmen an ihnen teil. Gezielt werden Kampagnen organisiert und durchgeführt. Selbsthilfekontaktstellen geben ihre Fähigkeiten der Öffentlichkeitsarbeit an die Selbsthilfegruppen und Initiativen weiter.

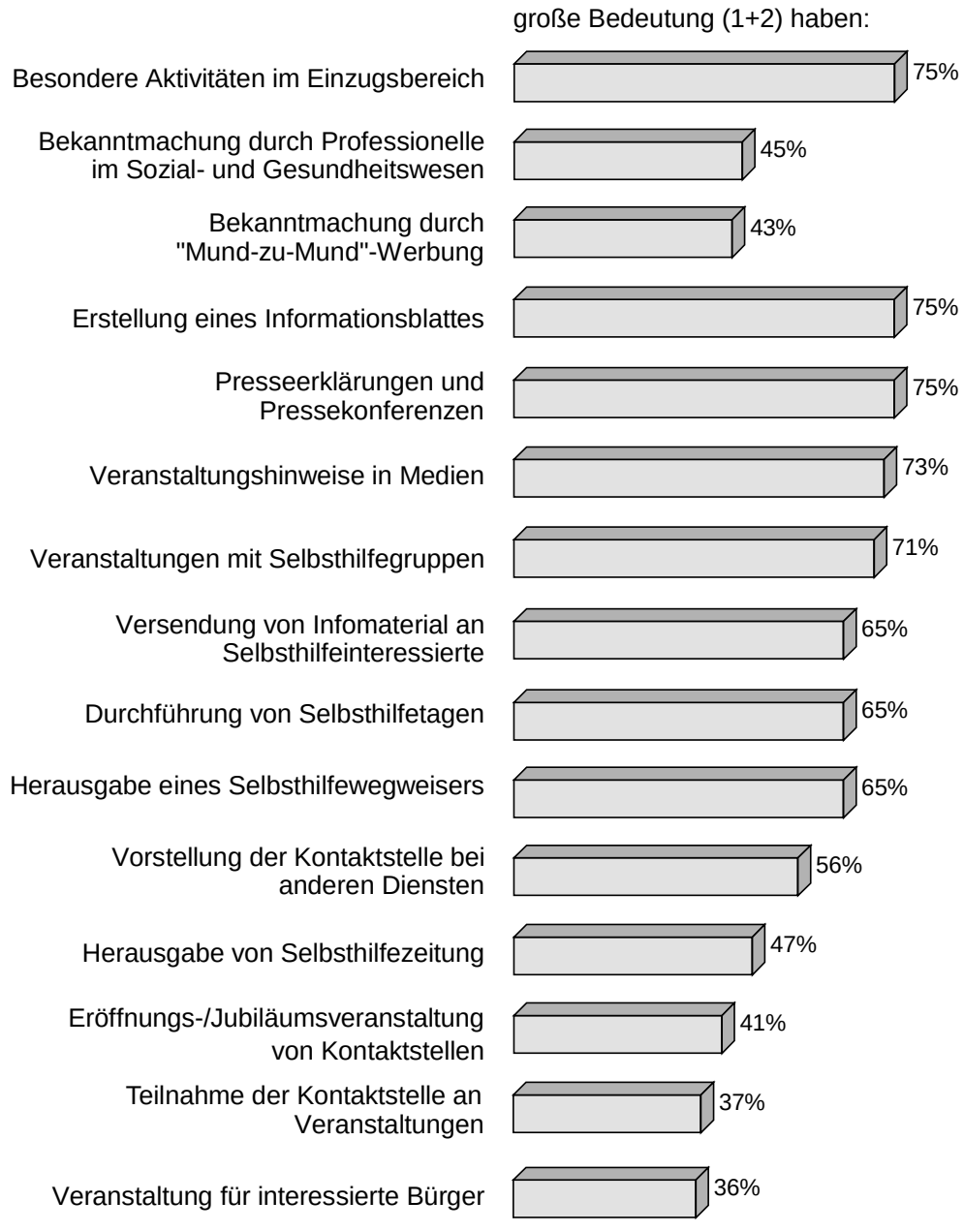
Den Selbsthilfekontaktstellen ist es gelungen, das Thema Selbsthilfe fest in den Medien zu verankern. In den Tageszeitungen findet sich häufig eine eigene Spalte mit Terminen zum Thema Selbsthilfe. Darüber hinaus wird über die Selbsthilfegruppen und die Kontaktstellen in eigenständigen Artikeln der lokalen Blätter und im Radio berichtet. Über die Tageszeitungen und Anzeigenblätter werden gezielt neue Mitglieder für Selbsthilfegruppen gesucht und gefunden. Die Selbsthilfekontaktstellen schätzen diese Aktivitäten als sehr wichtig ein. Für 75 % der Kontaktstelle sind Presseerklärungen und -konferenzen von großer Bedeutung. Der Verankerung von Veranstaltungshinweisen in den Printmedien messen die Kontaktstellen eine ähnliche Bedeutung bei (73 %).

Durch Selbsthilfeführer werden die bei den Selbsthilfekontaktstellen gesammelten Informationen einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Im Unterschied zu den alten Bundesländern wird der Herausgabe eines Selbsthilfewegweisers hohe Bedeutung beigemessen. Ein regelmäßig fortgeschriebener Selbsthilfewegweiser ist ein unverzichtbares Handwerkszeug für die Vermittlungsarbeit. In ihm präsentieren sich die

Selbsthilfegruppen und Initiativen, ihre Ziele und Arbeitsweisen. Selbsthilfeinteressierte Bürger und Fachleute erhalten durch den Wegweiser einen raschen Überblick über die

Abb. 6.16: Strategien und Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfekontaktstellen

Welche Bedeutung hatten im Berichtszeitraum die folgenden Strategien und Aktivitäten? Antwortvorgaben: sehr große (1) ... keine (5)



Vielfalt und unterschiedlichen Arbeitsweisen der Selbsthilfegruppen und Initiativen. Wie ein Telefonbuch wird der Wegweiser von der Realität überholt. Deshalb wird er von den Kontaktstellen regelmäßig aktualisiert und neu aufgelegt. Geringer beurteilen die Selbsthilfekontaktstellen in den fünf neuen Bundesländern die Bedeutung der Herausgabe einer Selbsthilfezeitung. Diese dient als Kommunikationsmedium zwischen Selbsthilfegruppen, Fachleuten, und der Öffentlichkeit. Sie erscheint regelmäßig und enthält Artikel über die Arbeit der Kontaktstelle, stellt Selbsthilfegruppen vor und enthält Aufrufe zur Gründung neuer Gruppen, einen Pressespiegel und Literaturhinweise und für die Selbsthilfe wichtige Termine. Fast alle Kontaktstellen veröffentlichen eine Selbsthilfezeitung.

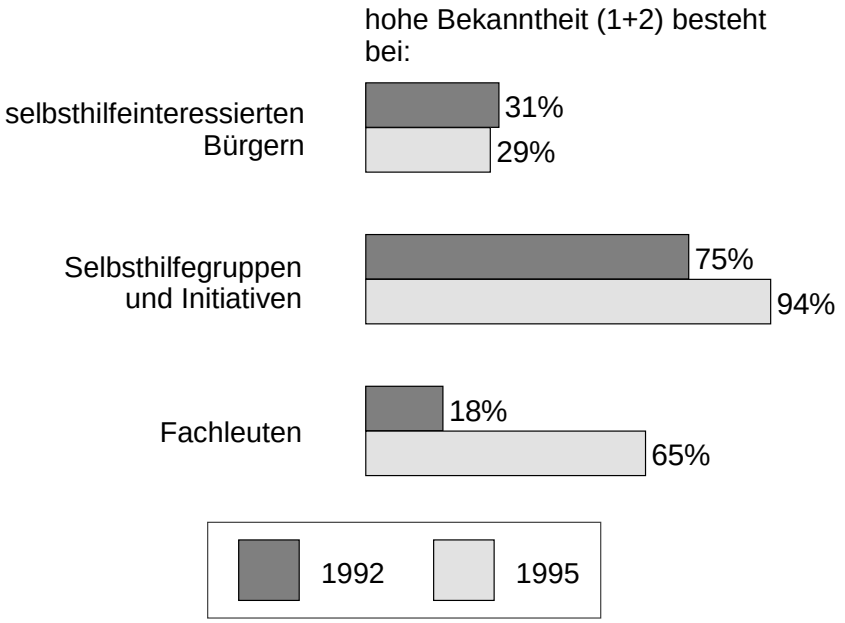
Die Selbsthilfekontaktstellen führen zusammen mit den Selbsthilfegruppen und Initiativen Veranstaltungen in eigener Regie durch. Des weiteren werden die Kontaktstellen und die Gruppen zu Veranstaltungen eingeladen, auf denen sie ihre Arbeit vorstellen, Menschen von Selbsthilfe überzeugen und für ihre Interessen eintreten. Selbsthilfetage werden in der Regel von den Kontaktstellen geplant und organisiert. Sie werden dabei von den Gruppen und den Fachleuten unterstützt. Der Aufwand für diese Veranstaltungen ist sehr hoch. Planungszeiten von einem halben Jahr sind keine Seltenheit. Aus diesem Grund finden die meisten Selbsthilfetage in einem jährlichen Turnus statt. Selbsthilfetage zielen auf eine allgemeine öffentliche Präsenz. Sie stellen lokale Foren der kommunalen bzw. regionalen Selbsthilfeszene dar, mit Grußworten von Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung und Berichterstattung. Im Unterschied zu den alten Bundesländern betrachten die Kontaktstellen in den neuen Bundesländern Veranstaltungen als ein bedeutendes Instrument der Öffentlichkeitsarbeit. Kontaktstellen und Gruppen treten bei gemeinsamen Veranstaltungen als eine Einheit auf. Für die Kontaktstellen sind Veranstaltungen, die zusammen mit Gruppen durchgeführt oder besucht werden, von größerer Bedeutung (71 %) als die alleinige Teilnahme der Kontaktstellen an Veranstaltungen (37 %).

Gezielt werden von den Selbsthilfekontaktstellen Teilgruppen der Adressaten über Infobriefe und Rundschreiben angesprochen. Aus ihren aktuellen Adreßdateien können die Selbsthilfekontaktstellen diejenigen Personen und Institutionen auswählen, die speziell für sie wichtige Informationen erhalten sollen. Die gezielte Ansprache von Personen reduziert die Kosten

der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Portokosten) und ermöglicht es, auf spezielle Themen mit einer hinreichenden Tiefe einzugehen.
Eine intensive und erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit erhöht den Bekanntheitsgrad der Kontaktstellen. Existenz und Leistungen der Kontaktstelle sind aus Sicht der Kontaktstellen 1995 insbesondere den Gruppen bekannt (94 %) (vgl. **Abb. 6.17**). Demgegenüber ist die Arbeit der Kontaktstelle bei selbsthilfeinteressierten Bürgern (29 %) sowie bei Fachleuten (65 %) weniger bekannt. 1992 äußerten 31 % der Kontaktstellen, daß sie eine hohe Bekanntheit unter selbsthilfeinteressierten Bürgern haben. Der scheinbaren Stagnation der Bekanntheit unter den Bürgern steht die Tatsache gegenüber, daß von 1993 bis 1995 Jahr für Jahr mehr selbsthilfeinteressierte Bürger die Kontaktstellen aufgesucht haben (vgl. **Kap. 4.1**). Da die Bürger nur in Ausnahmefällen die Kontaktstelle mehrfach aufsuchen, muß der Bekanntheitsgrad unter den selbsthilfeinteressierten Bürgern gestiegen sein. Im Zeitvergleich fällt auf, daß die Bekanntheit der Kontaktstellen nach ihrer Einschätzung insbesondere bei den Fachleuten im Laufe des Modellprogramms erheblich gestiegen ist (von 18 auf 65 %).

Abb. 6.17: Bekanntheitsgrad der Selbsthilfekontaktstellen bei den drei Nutzergruppen

Wie wird die Bekanntheit der Kontaktstelle bei den Nutzern der Kontaktstelle eingeschätzt?
Antwortangaben: sehr hoch (1) ... niedrig (5)



© ISAB Köln 06/1996. Jährliche Befragung der 17 Selbsthilfekontaktstellen.

7. Personelle und sachliche Ressourcen der Selbsthilfekontaktstellen

Welche personellen und sachlichen Ressourcen benötigen Kontaktstellen, um ihre Aufgaben fachlich qualifiziert erbringen zu können? Die Evaluation der Kontaktstellen in den alten Bundesländern ergab, daß die Leistungen von Selbsthilfekontaktstellen von hauptberuflichen Mitarbeitern erbracht werden müssen (vgl. Braun/ Opielka 1992, S. 222). Selbsthilfeunterstützung als Nebenaufgabe hat sich nicht als erfolgreiche Konzeption erwiesen. Beim Aufbau der 17 am Modellprogramm beteiligten Kontaktstellen in den neuen Bundesländern wurden diese Erfahrungen berücksichtigt. Nach den Vorgaben des Bundesministeriums an die Träger der Kontaktstellen sollte mindestens eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter in der Selbsthilfekontaktstelle hauptamtlich beschäftigt sein. Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war es, den Bedarf für eine angemessene personelle und sachliche Ausstattung von Selbsthilfekontaktstellen zu ermitteln.

Die hierzu entwickelten Empfehlungen wurden vom Fachbeirat des Modellprogramms und in einem Workshop mit Fachvertretern am 17.2.1994 im ISAB Institut in Köln präsentiert und im Zwischenbericht zum Modellprogramm veröffentlicht (vgl. Braun/ Kasmann/ Kettler 1994, S. 102).

Die Empfehlungen zur personellen und sachlichen Ausstattung von Selbsthilfekontaktstellen haben sich mittlerweile als eine wichtige Orientierungshilfe erwiesen. Beim Aufbau von Kontaktstellen auch außerhalb des Modellprogramms erwiesen. Die NAKOS hat die Unterscheidung in Selbsthilfekontaktstellenarbeit als Hauptaufgabe und Selbsthilfeunterstützung als Nebenaufgabe aufgegriffen (vgl. NAKOS 1995). Die KOSKON NRW erstellte in Kooperation mit der AG KISS NW im Jahre 1996 Empfehlungen für Selbsthilfekontaktstellen, die die ISAB Ergebnisse zur personellen und sachlichen Ausstattung berücksichtigen (vgl. AG KISS NW/ KOSKON 1996). Verschiedene Bundesländer und Kommunen haben die Förderempfehlungen aufgegriffen und in ihre Richtlinien zur Selbsthilfekontaktstellenförderung übernommen. Anläßlich der Fachtagung „Selbsthilfe 2000“ in Suhl wurde durch Experten aus den alten

und neuen Bundesländern bestätigt, daß sich das Aufgabenprofil der Selbsthilfekontaktstellen auf der Grundlage einer empfohlenen Personal- und Sachausstattung in den alten wie auch den neuen Bundesländern etabliert hat (vgl. Braun/ Kettler 1996).

7.1 Einzugsgebiet und Personalausstattung

Um den Personalbedarf einer Selbsthilfekontaktstelle bestimmen zu können, ist es notwendig, das Zuständigkeitsgebiet der Kontaktstellen zu definieren. Im Modellprogramm waren die Einzugsgebiete aufgrund der Bewilligungen durch das damalige BMFuS festgelegt. Im Laufe des Modellprogrammes zeigte sich jedoch, daß die Festlegung auf ein Stadt- oder Kreisgebiet nicht ausreichend war. Einzelne Träger erweiterten bereits in der Anfangsphase des Modellprogrammes das Einzugsgebiet bzw. richteten Außenstellen oder Außensprechzeiten ein.

Die Diskussion über die Größe des Einzugsgebietes wurde in der Mitte des Modellprogrammes zunehmend durch die anstehende Klärung der Finanzierung der Kontaktstellen überlagert. Es zeigte sich, daß verschiedene Einflußfaktoren eine Modifikation der ursprünglichen Einzugsgebiete der Selbsthilfekontaktstellen erforderlich machen. Dies ist darauf zurückzuführen, daß:

- sich in ländlichen Regionen die Kreisgebietsreform ausgewirkt hat und die Einzugsgebiete der Selbsthilfekontaktstellen auf die neuen politischen Grenzen (Stadt- und Kreisgrenzen) ausgerichtet werden mußten,
- in verschiedenen Städten eine Abnahme der Bevölkerung zu verzeichnen war, und insofern eine Einzugsgebietserweiterung notwendig wurde,
- bei mehreren Selbsthilfekontaktstellen eine konzeptionelle Änderung der Arbeit bei gleichzeitiger Ausweitung der Einzugsgebiete stattgefunden hat.

Ausgelöst durch die Veröffentlichung der Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung sowie durch die Selbsthilfe-Foren in den Modellstandorten präzisierten die Bundesländer ihre Vorstellungen zur Finanzierung der Selbsthilfekontaktstellen. Von einzelnen Bundesländern wurden Vorschläge über die erforderliche Zahl der

Selbsthilfekontaktstellen im Bundesland sowie zur Größe der Einzugsgebiete vorgelegt.

Die Einzugsgebiete der Selbsthilfekontaktstellen müssen sich an den politischen Grenzen orientieren. Einige Kontaktstellen wie beispielsweise Halle/ Saale und Chemnitz haben zunächst ihr Einzugsgebiet auf Teile der angrenzenden Kreise erweitert. Hier zeigte sich jedoch, daß die Kreise nicht bereit waren, sich an der Finanzierung der Kontaktstelle zu beteiligen.

Personalausstattung mit Fachkräften

Die Erfahrungen im Laufe des Modellprogramm zeigen, daß die tatsächliche Personalausstattung nur in einzelnen Selbsthilfekontaktstellen von den im Zwischenbericht zum Programm vorgelegten Empfehlungen abweicht. Die personelle Ausstattung in den Modellstandorten mit Fach- und Verwaltungskräften in den Selbsthilfekontaktstellen zeigt **Abb. 7.1** im Überblick. Die Zahl der Fachkräfte variiert zwischen einer und drei Stellen. Vergleicht man die Selbsthilfekontaktstellen nach der Klassifikation zur personellen Ausstattung (vgl. **Abb. 2.9**), so sind in Kontaktstellen mit niedriger Personalausstattung durchschnittlich etwa 1,3 Selbsthilfeberater und in Kontaktstellen mit angemessener Personalausstattung zwei Selbsthilfeberater beschäftigt. In ländlichen Regionen liegt die Zahl der Fachkräfte mit durchschnittlich 1,4 Personalstellen deutlich niedriger als in den Städten mit zwei Personalstellen. Klassifiziert man die 17 Modellstandorte nach Gebietsgrößen, zeigt sich, daß in Einzugsgebieten mit bis zu 300.000 Einwohnern durchschnittlich 1,7 und in Einzugsgebieten mit über 300.000 bis 500.000 Einwohnern durchschnittlich zwei Selbsthilfeberater beschäftigt sind. Bezogen auf den Modellzeitraum wurden somit in ländlichen Modellstandorten etwa die von der Begleitung empfohlene Personalausstattung realisiert. Demgegenüber ist ein Teil der Selbsthilfekontaktstellen in Städten mit zwei Selbsthilfeberatern personell gegenüber den empfohlenen 2,5 Stellen unterbesetzt.

In einigen Selbsthilfekontaktstellen kam es im Verlaufe des Programms zu personellen Änderungen. Dies ist insbesondere auf zeitlich befristete Stellen über AB-Maßnahmen sowie über AFG-Förderung (§ 249 h AFG) zurückzuführen. Aus fachlicher Sicht sind kurzfristige Stellen für eine

kontinuierliche Selbsthilfekontaktstellenarbeit nicht geeignet. Ein häufiger Wechsel der Selbsthilfeberater führt dazu, daß das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen immer wieder abgebrochen wird. Kontinuierliche Kooperationsbeziehungen zum professionellen Umfeld werden durch neue Ansprechpartner erschwert. Insbesondere der Wechsel von Leiterinnen wirkt sich hemmend auf diese Kooperationsbeziehungen und die Leistungsfähigkeit der Selbsthilfekontaktstellen aus.

Personalausstattung mit Verwaltungskräften

Um die Selbsthilfeberater von notwendigen Verwaltungsarbeiten (Korrespondenz mit Fachleuten, Einladungen zu Gruppentreffen und Veranstaltun-

Abb. 7.1: Personal- und Sachausstattung der am Modellprogramm beteiligten Selbsthilfe-kontaktstellen 1995

Standort	Fachkräfte (in Wstd.)	Verwaltungs-kräfte (in WStd.)	Raumgröße (in qm)	Erreichbarkeit (in WStd.)
Kontaktstellen in Städten				
Berlin - Mitte	100	--	84	12
Chemnitz	80	20	144	11
Dresden	80	32	115	40
Erfurt	60	30	73	13
Halle/Saale	80	--	210	35
Jena	72	--	82	42
Leipzig	80	40	100	30
Magdeburg	80	40	162	9
Potsdam	104	--	75	40
Schwerin	80	25	80	17
Stralsund	62	32	100	40
Suhl	65	20	150	40
Kontaktstellen in ländlichen Regionen				
Bad Freienwalde	12	--	210	12
Fürstenwalde	72	--	90	40
Gardelegen	88	20	192	14
Hoyerswerda	40	32	108	30
Teterow	40	--	40	30

© ISAB Köln 06/1996. Jährliche Befragung der 17 Selbsthilfekontaktstellen.

gen, Versand der Selbsthilfezeitungen etc.) zu entlasten, sollte eine Selbsthilfekontaktstelle zumindest anteilig über eine Verwaltungskraft disponieren können. U.U. kann auf Verwaltungskräfte des Trägers (bei einer Trägerschaft durch Kommunen und Wohlfahrtsverbänden) zurückgegriffen werden. In zehn der 17 Selbsthilfekontaktstellen wurden Verwaltungskräfte eingestellt. In sieben Kontaktstellen müssen Selbsthilfeberater Verwaltungsarbeiten übernehmen und können die fachlichen Aufgaben einer Kontaktstelle nur eingeschränkt wahrnehmen. Diese Schwierigkeit, die einer Kontaktstelle übertragenen Aufgaben und Leistungen qualifiziert sicherzustellen, findet ihren Ausdruck in der vergleichsweise schlechten Bewertung der Aufgabendurchführung durch die Kontaktstellenmitarbeiter (vgl**. Abb. 5.8**). Von allen Kontaktstellen wurde die Durchführung der Arbeiten mit der zur Verfügung stehenden personellen Kapazität nur zwischen gut und befriedigend beurteilt, wobei Kontaktstellen mit niedriger Arbeitskapazität und Kontaktstellen ohne Verwaltungskräfte eine deutlich schlechtere Bewertung vornehmen. In denjenigen Standorten, in denen Verwaltungskräfte eingestellt wurden, wurde die von ISAB im Zwischenbericht veröffentlichten Empfehlungen umgesetzt: In Kontaktstellen mit Einzugsgebieten bis 300.000 Einwohnern wird eine halbe Verwaltungskraft, in Kontaktstellen mit über 300.000 Einwohnern ca. eine Verwaltungskraft beschäftigt.

7.2 Qualifikations- und Weiterbildungsbedarf

Nach den Erfahrungen des Modellprogrammes in den alten Bundesländern sind verschiedene Qualifikationen gleichermaßen für die vielfältigen Aufgaben in einer Selbsthilfekontaktstelle geeignet. Da in den Kontaktstellen die Aufgaben Information und Beratung sowie Konzeption und Planung im Vordergrund stehen, hat sich die Kombination von sozialwissenschaftlich qualifizierten mit sozialpädagogisch ausgebildeten Mitarbeiterinnen bewährt (Braun/ Opielka 1992, S. 222).

Zu Beginn des Modellprogrammes war durch das Bundesministerium im Zuwendungsbescheid die Auflage gemacht worden, daß die einzustellenden Mitarbeiterinnen aus den neuen Bundesländer kommen. Vorgaben hinsichtlich der Qualifikation bestanden nicht. Das Qualifikationsprofil der Mitarbeiterinnen der Selbsthilfekontaktstellen zeigt, daß die Mehrzahl über Qualifikationen aus den Bereichen Soziales und Gesundheit verfügt. Nahezu ein

Drittel der 1992 eingestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hatte jedoch fachfremde Qualifikationen. Nach einer 1994 von Thiel durchgeführten Untersuchung (vgl. Thiel 1995) haben 63 % der Mitarbeiter eine Fachqualifikation, wobei sozialarbeiterische und sozialpädagogische Qualifikationen am häufigsten vertreten sind. Der Anteil der berufsfremden Qualifikationen liegt bundesweit bei 16 %, in den neuen Bundesländern bei 32 %.

Erschwert wurde die Einstellung von Mitarbeitern mit selbsthilfebezogenen Qualifikationen in den neuen Bundesländern durch folgende Faktoren:

- Soziale Berufe wie z.B. Sozialarbeiter hat es in der DDR nicht gegeben.
- Es gab in der DDR andere Qualifikationen, insbesondere im Gesundheitswesen, die in den alten Bundesländern unbekannt sind.
- Aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern bewarben sich eine Vielzahl von Personen mit fachfremden Qualifikationen für die vergleichsweise abgesicherte Arbeit in einer Kontaktstelle.

Bereits in der ersten Hälfte des Modellprogrammes stellte sich die Frage, welche „Nachqualifikationen“, berufsbegleitende Weiterbildung und ergänzenden Fortbildungsmaßnahmen notwendig sind. Es war absehbar, daß mit Auslaufen der Modellförderung Auflagen an die Qualifikation der Selbsthilfeberater gestellt werden würden. Mehrere Mitarbeiterinnen haben daher eine berufsbegleitende Ausbildung zum Sozialarbeiter begonnen

Die besondere Situation in den neuen Bundesländern hat dazu geführt, daß die Empfehlungen von ISAB zur Qualifikation der Selbsthilfeberater weiter präzisiert wurden. Hierbei waren folgende Überlegungen ausschlaggebend:

- Eine breite Palette von sozialen und gesundheitlichen Berufen kommt für die Kontaktstellenarbeit infrage. Als notwendig wird ein Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluß angesehen.
- Die Beschränkung auf wenige ausgewählte Qualifikationen ist aus verschiedenen Gründen nicht sinnvoll, da die Arbeit in Selbsthilfekontaktstellen nicht mit klassischer Beratungsarbeit vergleichbar ist.

- Neben der Qualifikation sind eine Vielzahl spezifischer Kenntnisse im Bereich der Arbeitsorganisation notwendig (z.B. Kenntnisse im Bereich Sozialmanagement und Arbeitsmanagement).
- Ferner sind spezifische Kenntnisse in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit, Gruppenarbeit sowie konzeptionelles Arbeiten notwendig.

Die Erfahrungen zeigen allerdings, daß die Mitarbeiter nur zum Teil über diese Qualifikationen und Kenntnisse verfügen. Es ist daher geboten, daß:
- in der Kontaktstelle Teams mit klarer Aufgabenteilung arbeiten.
- Angebote zur Qualifizierung von Selbsthilfekontaktstellenmitarbeiterinnen bereitgestellt werden.
- ein berufsbegleitendes Fortbildungsangebot für Kontaktstellenmitarbeiterinnen ermöglicht wird.

Um ein Fortbildungskonzept zu initiieren, beauftragte das BMFSFJ im November 1992 die NAKOS Berlin mit dem Projekt „Entwicklung und Umsetzung eines Fortbildungskonzeptes zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen“ (vgl. **Kap. 17**). Danach gehören zur Qualifikation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Selbsthilfeunterstützung inhaltliche Kenntnisse (z.B. über die Versorgungsstrukturen in den Bereichen Soziales und Gesundheit, spezifische Kenntnisse über bestimmte Krankheitsbilder etc.) und methodische Fertigkeiten (z.B. Sozialmanagement, Öffentlichkeitsarbeit, Moderation etc.). Darüber hinaus müssen in die Fortbildungen reflexive und soziale Komponenten für die Unterstützungsarbeit von Selbsthilfegruppen einbezogen werden. Hierzu zählt auch die Fähigkeit zur Analyse der eigenen Berufspraxis und die Klärung des beruflichen Selbstverständnisses (inklusive des Qualitätsbewußtseins). Nach dem von der NAKOS vorgelegten Fortbildungskonzept müssen fünf Bausteine, in ein Fortbildungsangebot integriert werden (vgl. Leisenheimer 1993, S. 72 ff.):
- Baustein 1: Fachliches Grundverständnis
- Baustein 2: Inhaltliche Qualifizierung für die alltägliche Praxis
- Baustein 3: Rahmenbedingungen
- Baustein 4: Überprüfung
- Baustein 5: Sozialmanagement

In Ergänzung zur Qualifizierung der Mitarbeiter im Modellprogramm durch ISAB beauftragte das BMFuS die NAKOS mit der Durchführung

von jährlich fünf Fachtagungen. Einige Tagungen richteten sich speziell an die Mitarbeiter aus den Selbsthilfekontaktstellen (vgl. **Kap. 17**).

Für das Drittel der Mitarbeiterinnen aus fachfremden Bereichen stellte sich die Frage, welche Weiterbildung bzw. Qualifikationen sie für eine kontinuierliche Beschäftigung in der Kontaktstellenarbeit benötigen. Für sie wurde geprüft, durch welche Träger Zusatzqualifikationen bzw. integrierte Spezialisierungen der Qualifikation (z.B. mit Studienschwerpunkt Selbsthilfeberater im Rahmen der Ausbildung zum Sozialarbeiter an einer Fachhochschule) durchgeführt werden können. Hierzu hat das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (BMBW) ein Vorhaben an der Fachhochschule Neubrandenburg finanziert. Zielsetzung war es, ein Anforderungsprofil für Selbsthilfeberater zu entwickeln (vgl. Burmeister/ Schwab 1995). Dabei sollte besonders dem Problem Rechnung getragen werden, wie die fehlende berufliche oder universitäre Ausbildung für die Arbeit in Selbsthilfekontaktstellen „nachgeholt“ werden kann. Das Projekt sollte klären, ob eine Fortbildung bzw. Nachqualifikation von Mitarbeiterinnen aus verschiedenen sozialen Berufen sowie aus Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen des Angebotes der Fachschule Neubrandenburg möglich ist und inwieweit die Selbsthilfeberatung als ein Studienschwerpunkt in die Studiengänge Sozialarbeit und Sozialpädagogik integriert werden kann.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß Selbsthilfeberater zur qualifizierten Durchführung ihrer Aufgaben über einen Hochschul- bzw. Fachhochschulabschluß verfügen müssen. Neben einer sozialwissenschaftlichen oder sozialpädagogischen/ sozialarbeiterischen Qualifikation sind Qualifikationen aus den Bereichen Soziales und Gesundheit geeignet. Des weiteren müssen die Selbsthilfeberater über Berufserfahrungen, wenn möglich im Bereich der Beratung und Unterstützung von Gruppen verfügen. Darüber hinaus sind Erfahrungen und Kenntnisse aus den Bereichen Sozialmanagement und Öffentlichkeitsarbeit wichtig.

Die Qualifizierung als Selbsthilfeberater muß stärker in die Studiengänge Sozialwesen integriert werden. Zwar gibt es Überlegungen für eine derartige Integration, die Entwicklung eines Curriculums steht bislang jedoch noch aus. Sichergestellt werden muß, daß Mitarbeiter aus

Selbsthilfekontaktstellen kontinuierlich an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen können.

7.3 Räumliche und sachliche Ausstattung

Selbsthilfekontaktstellen müssen adäquate Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Unabdingbar sind eigene Büroräume für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Günstig ist es, wenn in der Kontaktstelle Raum- und Serviceangebote für Selbsthilfegruppen bereitgestellt werden, die multifunktional ausgestattet sind. Ein Gruppenraum sollte über eine Büroausstattung verfügen, damit er neben Gruppentreffen auch als Büroraum für einzelne Selbsthilfegruppen genutzt werden kann (z.B. zum Schreiben von Einladungen zu Gruppentreffen). Schließlich sollte ein größerer Gruppenraum zur Verfügung stehen, um ggf. Veranstaltungen wie Sitzungen des Selbsthilfebeirates oder Treffen mit Fachleuten aus dem Sozial- oder Gesundheitswesen durchführen zu können.

Ein kaum auszugleichendes Hemmnis für die Nutzung der Kontaktstelle durch die Selbsthilfegruppen ist eine von Stadt- oder Ortszentren entfernte Lage der Kontaktstellen sowie lange Verkehrswege zu den Gruppentreffen. Als Beispiel kann die KOBES Magdeburg angeführt werden. Aufgrund ihrer dezentralen Lage (Fahrtzeit vom Stadtzentrum ca. 30 Minuten mit den öffentlichen Verkehrsmitteln) können nur wenig Magdeburger Selbsthilfegruppen ihre Gruppentreffen in der KOBES durchführen. Positives Beispiel ist demgegenüber die KISS Erfurt, die sich im Stadtzentrum befindet. Um auch unkompliziert Gruppentreffen zu ermöglichen, wurde in Kooperation mit einer Krankenkasse ein Gruppenraum mit einer Kochecke geschaffen. Die Erfahrung zeigt, daß dieses Raumangebot in starkem Maße von Gruppen genutzt wird.

Darüber hinaus muß die Kontaktstelle Räume für Selbsthilfegruppen bei anderen Institutionen einwerben und diese als Serviceangebot an Selbsthilfegruppen vermitteln. Hierbei kommen eine Vielzahl von Institutionen, beispielsweise Krankenkassen, Volkshochschulen oder auch andere Einrichtungen des Sozial-, Gesundheits- und Kulturwesens infrage.

Durch die Vermittlung von Räumen trägt eine Kontaktstelle zur Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas bei. Indem sie Räumlichkeiten, ggf. auch Sachleistungen für Selbsthilfegruppen bei anderen Institutionen ein-

wirbt, werden diese gleichzeitig über die Arbeit und über die Belange von Selbsthilfegruppen informiert. Zudem wird erreicht, daß sachliche Unterstützungsleistungen für Selbsthilfegruppen in der Region koordiniert werden.

Effektive Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen benötigt eine hinreichende Büroausstattung und Arbeitsorganisation wichtig. Zu Beginn des Modellprogramms fehlten in den neuen Bundesländern entscheidende Voraussetzungen. Viele Kontaktstellen verfügten in der Startphase nicht über Telefonanschlüsse. In der Zwischenzeit wurden diese Ausgangsdefizite beseitigt. Heute verfügen alle Kontaktstellen über Telefonanschlüsse und Anrufbeantworter, die überwiegende Zahl der Kontaktstellen hat ein Faxgerät.

Um für interessierte Bürger erreichbar zu sein müssen die Kontaktstellen möglichst lange Sprechzeiten anbieten. Da jedoch aufgrund von Außenterminen sowie der Durchführung interner Arbeiten (Dienstbesprechungen, Erstellen von Selbsthilfewegweisern, Organisation von Veranstaltungen, Teilnahme an Arbeitskreisen) eine ständige telefonische Erreichbarkeit nicht sichergestellt werden kann, ist es notwendig, Anrufbeantworter einzusetzen. Hierbei sollten interessierte Bürger über Zeiten informiert werden, in denen Kontaktstellenmitarbeiter direkt erreicht werden können. Bisher variiert die Erreichbarkeit der am Modellprogramm beteiligten Selbsthilfekontaktstellen z.T. erheblich.

Selbsthilfekontaktstellen müssen auch über angemessene Hilfsmittel zur Durchführung ihrer Unterstützungs- und Beratungsaufgaben verfügen muß. Hierzu zählen die Erstellung und Fortschreibung einer Gruppenkartei. In vielen Selbsthilfekontaktstellen wird mittlerweile die EDV eingesetzt (vgl. hierzu auch die Ausführungen im Praxishandbuch für Selbsthilfekontaktstellen. Kettler 1994, S. 45 ff.).

Zur Durchführung ihrer Arbeiten muß die Kontaktstelle über einen Sachmitteletat verfügen, wobei einzelne Aufgaben auch im Rahmen von Zusatzprojekten finanziert sein können (z.B. der Aufbau einer Bibliothek für Selbsthilfegruppen, die Erstellung eines Selbsthilfewegweisers, die Herausgabe einer Selbsthilfezeitung etc.).

7.4 Personal- und Sachausstattung sowie Kosten einer Selbsthilfekontaktstellen

Eine Selbsthilfekontaktstelle ist ein eigenständiger sozialer Dienst, der fach- und themenübergreifend für die Selbsthilfe arbeitet und Ratsuchenden breitgefächerte Beratungsangebote zur Selbsthilfe anbietet. Sie arbeitet mit allen Selbsthilfegruppentypen der sozialen und gesundheitlichen Selbsthilfe zusammen. Eine Selbsthilfekontaktstelle übernimmt Aufgaben, die von keinem anderen Dienst in dieser Art geleistet werden (vgl. die Ausführungen zum Aufgabenprofil im **Kap. 5**). Sie erbringt Leistungen für drei Nutzergruppen: selbsthilfeinteressierte Bürger, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen sowie hauptberuflich im Sozial- und Gesundheitsbereich tätige Fachleute.

Die Trägerschaft einer Selbsthilfekontaktstelle kann bei unterschiedlichen Institutionen in Städten und Kreisen liegen, bei der kommunalen Verwaltung, bei Wohlfahrtsverbänden oder freien Vereinen. Es muß sichergestellt sein, daß die Mitarbeiter der Kontaktstelle nicht für andere Aufgaben des Trägers eingesetzt werden.

Der Personalbedarf einer Selbsthilfekontaktstelle ist abhängig von der Größe des Einzugsbereiches, für den ihre Leistungen erbracht werden sollen. Die Leistungen von Selbsthilfekontaktstellen können effektiv erbracht werden, wenn sie mit mindestens zwei Selbsthilfeberatern (auch in Teilzeit) arbeiten. Als personelle Mindestausstattung wird empfohlen:

- für Selbsthilfekontaktstellen in Städten bzw. Kreisen mit 100.000 bis 300.000 Einwohnern 1,5 Selbsthilfeberater sowie 0,5 Verwaltungskraft (Typ 1);
- für Selbsthilfekontaktstellen in Städten bzw. Kreisen mit über 300.000 bis 500.000 Einwohnern 2,5 Selbsthilfeberater und 1 Verwaltungskraft (Typ 2).

Bei Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern sollen Nebenstellen in den Stadtteilen eingerichtet werden. In großflächigen Kreisen sollten die Selbsthilfeberater an feststehenden Terminen in Außenstellen präsent sein.

Geeignete Qualifikationen für die Selbsthilfeberater sind:[1] Sozialarbeiter/ -pädagoge, Psychologe, Pädagoge, Sozialwissenschaftler oder vergleichbare Fachrichtungen. Als Eingruppierung für Selbsthilfeberater wird eine analoge Eingruppierung wie bei anderen Beratungsstellen empfohlen. Wichtig sind Fähigkeiten und Erfahrungen in der Gruppenarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, organisatorische Fähigkeiten, konzeptionelle Fähigkeiten, Sozialmanagement. Eine spezielle Fortbildung für die Arbeit in einer Selbsthilfekontaktstelle ist notwendig.

Der Selbsthilfekontaktstelle müssen eigene Büroräume zur Verfügung stehen. Günstig ist es, wenn in der Kontaktstelle Raum- und Serviceangebote für Selbsthilfegruppen bereitgestellt werden. Um die Aufgaben einer Selbsthilfekontaktstelle qualifiziert wahrnehmen zu können, müssen sie über elementare personelle und sachliche Ressourcen verfügen.

Kosten einer Selbsthilfekontaktstelle

Die Analyse der Personalausstattung in den Modellstandorten zeigt, daß die personelle Besetzung mit Fach- und Verwaltungskräften nahezu den Empfehlungen des ISAB-Institutes entspricht (vgl. **Kap. 7.1**). Bei der Personalausstattung ergeben sich unter Berücksichtigung der beruflichen Qualifikationen der Selbsthilfeberaterinnen folgende Personalkosten für eine Selbsthilfekontaktstelle (vgl. **Abb. 7.2**):

- Bei Selbsthilfekontaktstellen des Typ 1 (1,5 Fachkräfte und 0,5 Verwaltungskräfte) ergeben sich 144.000 DM Personalkosten,
- bei Selbsthilfekontaktstellen des Typ 2 (2,5 Fachkräfte und 1 Verwaltungskraft) ergeben sich Personalkosten in Höhe von 200.000 DM jährlich.

1 Aufgrund anderer Qualifikationsstrukturen in der ehemaligen DDR sind in den neuen Bundesländern Übergangsregelungen bzw. ein Bestandsschutz notwendig. So sind für die derzeit in den Selbsthilfekontaktstellen arbeitenden Mitarbeiterinnen, die die oben genannten Qualifikationen nicht aufweisen, Sonderregelungen zu treffen.

Abb. 7.2: Kosten der Selbsthilfekontaktstellen

Kosten in DM	Personalkosten	Sachkosten incl. Miete	Personal- und Sachkosten insgesamt
Typ 1 (100.000 bis 300.000 EW) 1,5 Fachkräfte 0,5 Verwaltungskraft	144.000 DM	36.000 DM	180.000 DM
Typ 2 (300.000 bis 500.000 EW) 2,5 Fachkräfte 1,0 Verwaltungskraft	200.000 DM	50.000 DM	250.000 DM

© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

Finanzierung in %	mit GKV Beteiligung	ohne GKV Beteiligung
Bundesland	40%	60%
Kommune	30%	40%
Krankenkasse	30%	—

Die Sachkosten für eine Selbsthilfekontaktstelle betragen durchschnittlich 25 % der Personalkosten. Für Selbsthilfekontaktstellen des Typ 1 ergeben sich demnach jährliche Sachkosten (incl. der Miete) von 36.000 DM, bei Selbsthilfekontaktstellen des Typ 2 Kosten von 50.000 DM. Die Gesamtkosten (Personal- und Sachkosten) für Kontaktstellen des Typ 1 betragen jährlich 180.000 DM und für Kontaktstellen des Typ 2 jährlich 250.000 DM. Aufgrund der derzeit noch höher liegenden Personalkosten in den alten Bundesländern entstehen dort höhere Kosten für eine Selbsthilfekontaktstelle. Eine Kontaktstelle vom Typ 1 kostet jährliche Kosten von 200.000 DM, eine Kontaktstelle vom Typ 2 jährlich 280.000 DM.

Als Ergebnis des Modellprogramms bleibt festzuhalten, daß sich die auf der Grundlage der tatsächlichen Personalausstattung in den Standorten entwickelten Empfehlungen als realistische Eckwerte erwiesen haben. Die sich auf dieser Grundlage ergebenden Kosten für die bundesweite Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen sowie die Aufteilung der Kosten zwischen den verschiedenen Finanzierungsträgern werden im **Kap. 13** und **Kap. 14** vorgestellt.

Teil 3 Beurteilung der Selbsthilfekontaktstellen durch Selbsthilfegruppen und Fachleute

8. Selbsthilfekontaktstellen aus Sicht der Selbsthilfegruppen und Initiativen

Für die Leistungen von Selbsthilfekontaktstellen besteht auf seiten der Selbsthilfegruppen und Initiativen ein großer Bedarf, denn 83 % aller Gruppen in den Modellstandorten stehen bzw. standen mit ihrer Selbsthilfekontaktstelle in Kontakt. 14 % der Gruppen arbeiten ohne die Unterstützung durch eine Kontaktstelle, und nur 3 % der Selbsthilfegruppen wissen nicht, daß es an ihrem Ort eine Selbsthilfekontaktstelle gibt.[1]

Wie oft wenden sich die Selbsthilfegruppen an die Kontaktstelle? Durchschnittlich hatte eine Gruppe während des zweieinhalbjährigen Untersuchungszeitraums 13 Kontakte mit ihrer Selbsthilfekontaktstelle (vgl. **Kap. 4.3**). Nicht jede Selbsthilfegruppe wendet sich regelmäßig an die Selbsthilfekontaktstelle. Es vergeht z.T. mehr als ein halbes Jahr, ohne daß sich eine Selbsthilfegruppe von einer Selbsthilfekontaktstelle beraten läßt. Diese Gruppen (5 %) sind aber die Ausnahme (vgl. **Abb. 8.1**). 29 % der Gruppen hatten in den letzten sechs Monaten sporadische Kontakte (ein bis zwei Kontakte) zu den Selbsthilfekontaktstellen, 31 % der Gruppen lassen sich häufiger beraten und unterstützen (drei bis fünf Kontakte). Ein Fünftel aller Gruppen nimmt die Kontaktstellen öfter in Anspruch (sechs bis zehn Kontakte). 16 % der Gruppen nutzen die Selbsthilfekontaktstellen kontinuierlich, d.h. sie stehen mindestens zweimal pro Monat mit der Kontaktstelle in Kontakt.

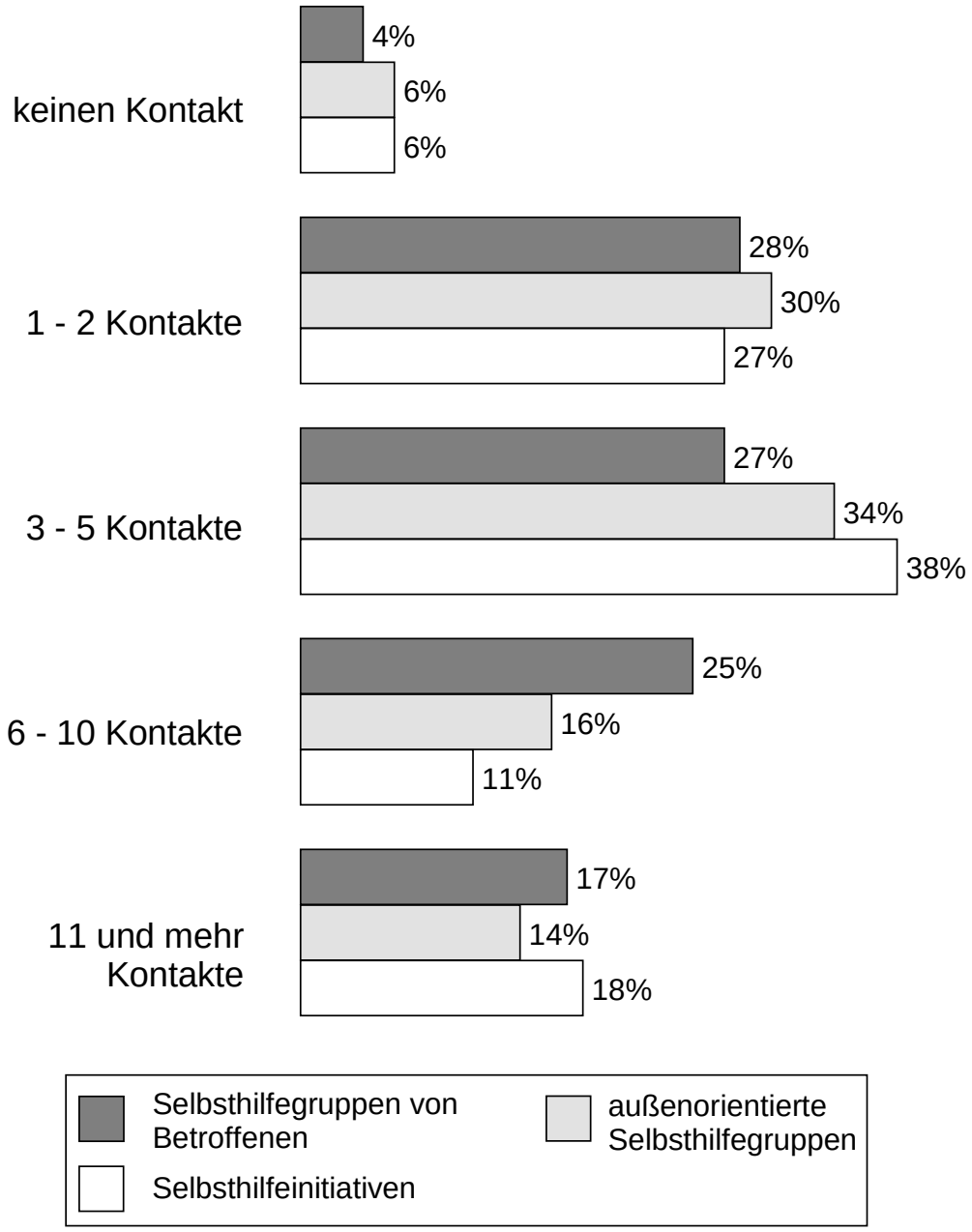
Welche Selbsthilfegruppen haben einen hohen Beratungs- und Unterstützungsbedarf? Selbsthilfegruppen von Betroffenen haben einen höheren Unterstützungsbedarf als außenorientierte Gruppen und Initiativen, wenn

1 Die Daten basieren auf zwei von ISAB im Verlauf des Modellprogramms durchgeführten Selbsthilfegruppenbefragungen 1993 und 1995. Die Adressen der Gruppen wurden sowohl in den Selbsthilfekontaktstellen als auch bei anderen Verbänden und Einrichtungen erhoben. Die Rücklaufquote betrug 42 %.

man als Indikator dafür die Kontakthäufigkeit heranzieht. Im Vergleich zu

Abb. 8.1: Kontaktintensität der Selbsthilfekontaktstellen mit verschiedenen Selbsthilfegruppentypen

Wieviele Kontakte hatte Ihre Gruppe während der letzten 6 Monate mit der Selbsthilfekontaktstelle?



© ISAB Köln 06/1996. Befragungen von Selbsthilfegruppen 1995 (n = 687 Gruppen).

außenorientierten Gruppen und Initiativen haben nur wenige Gruppen von Betroffenen keinen Kontakt zu ihrer Selbsthilfekontaktstelle.

Des weiteren hatten 42 % der Selbsthilfegruppen von Betroffenen in den letzten sechs Monaten mehr als sechs Kontakte zu den Kontaktstellen, d.h. viele Selbsthilfegruppen von Betroffenen haben enge Beziehungen zu Selbsthilfekontaktstellen. Außenorientierte Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen nutzen die Kontaktstellen gleich häufig (30 % bzw. 29 %).

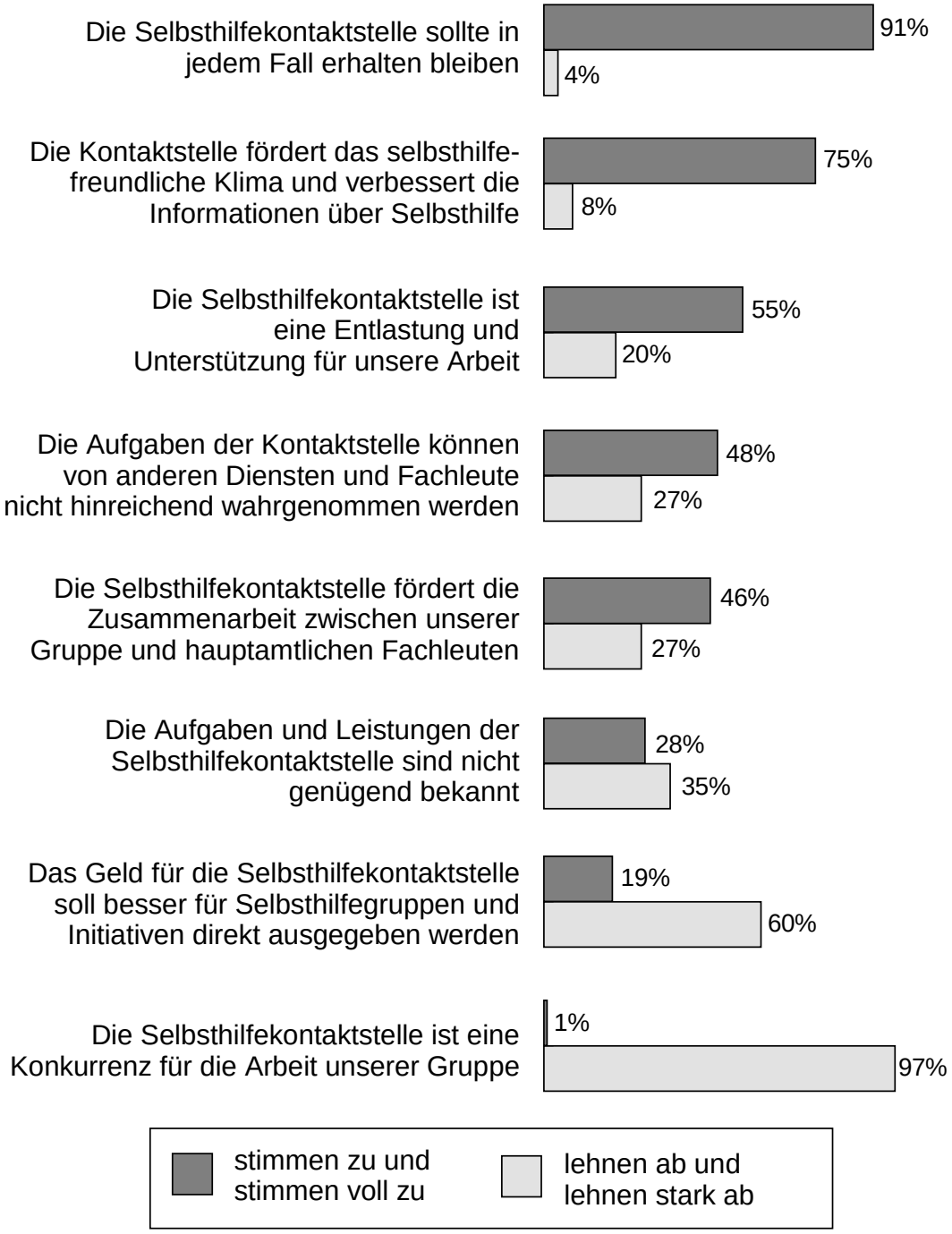
8.1 Beurteilungen und Meinungen zu den Selbsthilfekontaktstellen

Wie beurteilen die Selbsthilfegruppen das Konzept der Selbsthilfeförderung durch Kontaktstellen? Was denken Selbsthilfegruppen grundsätzlich über ihre Kontaktstelle? Wie beurteilen die Gruppen, daß Kontaktstellen neben der direkten Selbsthilfegruppenförderung finanziert werden müssen?

Die Gruppen sehen in den Kontaktstellen keine Konkurrenz (vgl. **Abb. 8.2**), sondern ein Unterstützungsangebot, das unbedingt erhalten bleiben sollte (91 % Zustimmung). Sie erkennen die spezifischen Leistungen wie z.B. Bemühen um ein selbsthilfefreundliches Klima, Förderung der Zusammenarbeit zwischen Gruppen und hauptamtlichen Fachleuten durch die Kontaktstelle in hohem Maße an. 56 % der Gruppen beurteilen das Selbsthilfeklima als freundlich bzw. sehr freundlich. Die Gruppen haben mehrheitlich den Eindruck, daß ihre Arbeit ernst genommen wird und daß man ihnen aufgeschlossen gegenübersteht. Die Arbeit der Kontaktstellen hat hieran einen hohen Anteil. Das Aufgabenprofil der Kontaktstellen muß vielen Gruppen noch deutlicher vermittelt werden, da über ein Viertel der Aussage zustimmt, daß die Aufgaben der Kontaktstelle nicht genügend bekannt sind. Hier ist weitere Überzeugungs- und Aufklärungsarbeit durch die Kontaktstellen zu leisten. Gruppen sollten mehr als bisher darüber informiert werden, welche Hilfe sie von den Kontaktstellen erwarten können. Deutliche Ablehnung erfährt die Meinung, daß das Geld für die Kontaktstellenförderung besser in die Gruppenförderung fließen sollte. Nur jede fünfte Gruppe ist der Auffassung, daß das Geld eher für Gruppen als für Kontaktstellen ausgegeben werden sollte.

Abb. 8.2: Meinungen der Selbsthilfegruppen über die Selbsthilfekontaktstellen

Welche Aussagen über Ihre Selbsthilfekontaktstelle treffen Ihrer Meinung nach in hohem Maße zu (1), welche lehnen Sie ab (5)?



© ISAB Köln 06/1996. Befragung von Selbsthilfegruppen 1995 (n = 687 Gruppen).

Wie beurteilen Selbsthilfegruppen die Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen? Sind sie mit deren Arbeit zufrieden? Die Selbsthilfegruppen kennen ihre Kontaktstelle, d.h. sie wissen, daß sie von ihr Unterstützung für die Gruppenarbeit erhalten können. Sie kennen aber auch die Grenzen der Unterstützung. Aus diesem Grund können sie die Leistung der Kontaktstelle realistisch beurteilen. Die Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen werden von 76 % der Gruppen als sehr gut bewertet. Nur 7 % der Gruppen sind mit der Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen unzufrieden.

Mit den Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen sind fast alle Typen von Selbsthilfegruppen zufrieden. Lediglich der Grad der Zufriedenheit variiert (vgl. **Abb. 8.3**). Selbsthilfegruppen von Betroffenen sind etwas zufriedener mit ihren Kontaktstellen als außenorientierte Gruppen und Selbsthilfeinitiativen. Kleine Gruppen sind zufriedener als große Gruppen, und junge Gruppen sind zufriedener als Gruppen, die es schon lange gibt. In der Gründungs- und Stabilisierungsphase werden die Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen überdurchschnittlich positiv beurteilt, und die besondere Wichtigkeit der Kontaktstelle für die Gruppen wird unterstrichen.

8.2 Beurteilung der Leistungen verschiedener Selbsthilfeunterstützer

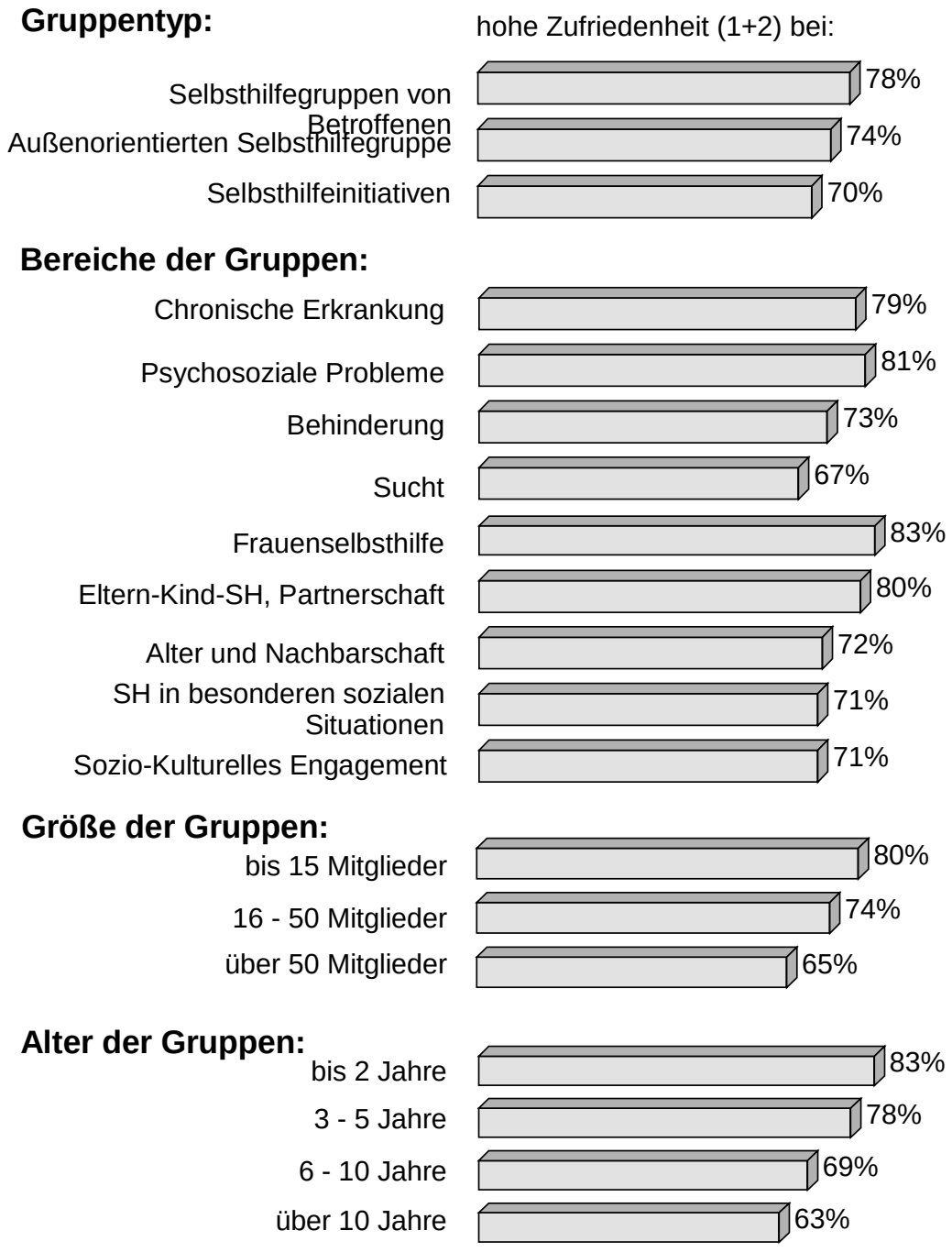
Selbsthilfegruppen und Initiativen erfahren Unterstützung nicht nur durch die Selbsthilfekontaktstellen, sondern auch durch andere Institutionen und Organisationen. Daher stellt sich die Frage, wie Selbsthilfegruppen ihre Unterstützung durch andere Institutionen im Vergleich zu den Unterstützungsleistungen der Kontaktstellen bewerten.

Krankenkassen fördern gesundheitliche Selbsthilfegruppen finanziell, materiell und ideell. So dürfen Gruppen kostenlos Räume der Krankenkassen benutzen, oder die Krankenkasse übernimmt den Druck bzw. die Druckkosten für eine Veröffentlichung einer Gruppe. Gefördert werden von Krankenkassen ausschließlich Gruppen, die im weitesten Sinne ein gesundheitliches Anliegen haben.

Die Kommunen fördern die Selbsthilfegruppen und Initiativen ebenfalls finanziell, materiell und ideell. Die konkreten Förderbedingungen variieren stark. Gefördert werden sowohl gesundheitsbezogene als auch soziale Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen.

Abb. 8.3: Gesamtbeurteilung der Selbsthilfekontaktstellen durch Selbsthilfegruppen und Initiativen

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den Leistungen der Kontaktstelle?
Antwortvorgaben: sehr zufrieden (1) ... sehr unzufrieden (5)



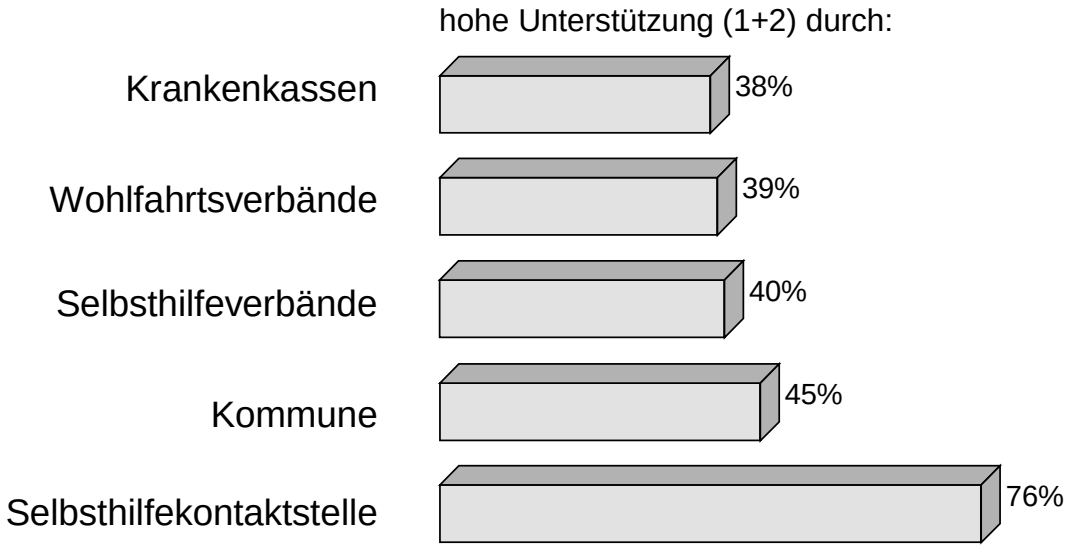
Wohlfahrtsverbände fördern Selbsthilfegruppen, indem sie sich für sie auf den verschiedenen politischen Ebenen einsetzen und dadurch, daß die Selbsthilfegruppen und Initiativen die Infrastruktur des Verbandes nutzen können. Informationen über Gruppen können z.B. in der Verbandszeitung erscheinen, neueste Forschungsergebnisse in der Verbandsbibliothek angefordert werden.

Die überregionalen Selbsthilfeverbände vertreten die Interessen der ihnen angeschlossenen Selbsthilfegruppen auf Bundes- und auf Landesebene (vgl. **Kap. 10.1**). Die örtlichen Selbsthilfegruppen können von ihrem Verband vor allem Informationsmaterialien beziehen. Die Selbsthilfe ist in den neuen Bundesländern wie in den alten sehr vielfältig geworden. Überregionale Selbsthilfeverbände gibt es nicht für alle Anliegen der Selbsthilfe, so daß nicht jedes Gruppenanliegen durch einen Selbsthilfeverband repräsentiert und unterstützt werden kann.

Die Selbsthilfeunterstützung der Krankenkassen bewerten 38 % der Gruppen als positiv (vgl. **Abb. 8.4**). Bewerten die gesundheitlichen Selbsthilfegruppen die Unterstützung durch die Krankenkassen höher? Der Anteil gesundheitlicher Selbsthilfegruppen, die die Unterstützung durch die Krankenkassen positiv beurteilen, liegt mit 44 % nur geringfügig höher. Wohlfahrtsverbände und überregionale Selbsthilfeverbände stehen mit den Krankenkassen aus Sicht der Gruppen als Selbsthilfeunterstützer auf einer Stufe: 39 % aller Gruppen beurteilen die Unterstützung durch einen Wohlfahrtsverband als positiv, und 40 % aller Gruppen sind mit der Unterstützung durch Selbsthilfeverbände zufrieden. Gruppen, die Mitglied eines Wohlfahrtsverbandes sind, halten zu 48 % die Unterstützung für gut. 61 % der Gruppen, die Mitglied eines Selbsthilfeverbandes sind, beurteilen die Unterstützung als positiv. Die Kommunen werden von den Gruppen in der Selbsthilfeunterstützung positiver bewertet als die Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände und überregionalen Selbsthilfeverbände. 45 % der Gruppen bewerten die kommunale Unterstützung als positiv. Die Ausnahmestellung der Selbsthilfekontaktstellenarbeit wird im Vergleich sehr deutlich, denn 76 % aller Gruppen bewerten die Beratung und Unterstützung als positiv bzw. sehr positiv. Diese hohe Zufriedenheit erreicht keine andere Institution, die die Selbsthilfe fördert. Sie unterstreicht die hohe Bedeutung der Kontaktstellen für die Gruppen. Die Selbsthilfekontaktstelle erbringt nach Einschätzung vieler Gruppen Leistungen, die von keinem anderen Dienst erbracht werden können.

Abb. 8.4: Bewertung von Selbsthilfekontaktstellen und selbsthilfeunterstützender Einrichtungen durch die Selbsthilfegruppen

Wie beurteilen Sie die Unterstützung Ihrer Gruppe durch folgende Institutionen? Antwortvorgaben: sehr gut (1) ... schlecht (5)



© ISAB Köln 06/1996. Befragung von Selbsthilfegruppen 1995 (n = 687 Gruppen).

Selbsthilfeberaterinnen dokumentierten, welche Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen am häufigsten von den Gruppen und Initiativen nachgefragt wurden, welche Leistungen von welchen Gruppen überdurchschnittlich und welche Leistungen unterdurchschnittlich nachgefragt wurden (vgl. **Kap. 6.2**). Was meinen die Gruppen, welche Leistungen für sie von den Selbsthilfekontaktstellen erbracht wurden, und wie beurteilen sie die Leistungen? Fühlen sich die Gruppen hinreichend unterstützt? Sind sie mit den Leistungen zufrieden?

Selbsthilfegruppen sehen sich in viel stärkerem Maße durch die Selbsthilfekontaktstellen unterstützt, als die Selbsthilfeberaterinnen bisher annehmen bzw. dokumentieren (vgl. **Kap. 6.2**). 75 % der Gruppen meinen, daß sie Unterstützung bei ihrer Öffentlichkeitsarbeit bekommen haben. Die Selbsthilfeberaterinnen meinen, daß sie 48 % der Gruppen bei der

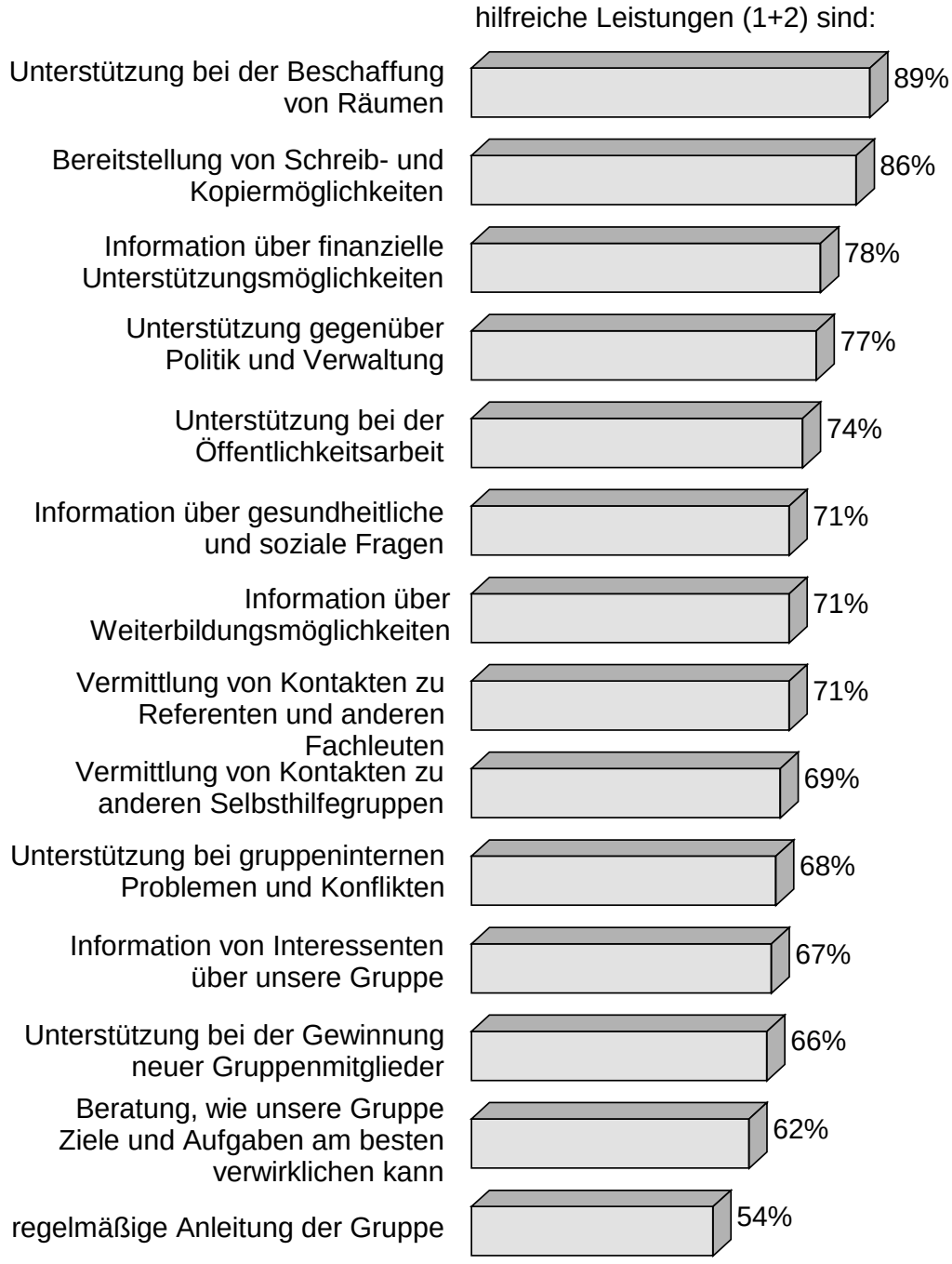
Öffentlichkeitsarbeit unterstützt haben. Die Einschätzungen, ob Selbsthilfegruppen eine Leistung erhalten haben, unterscheiden sich zwischen Selbsthilfeberaterinnen und Selbsthilfegruppen für jede Leistung um 10 bis 30 Prozentpunkte. Selbsthilfegruppen und Initiativen reagieren sensibler auf Beratungs- und Unterstützungsleistungen, als die Selbsthilfeberaterinnen glauben. Selbsthilfekontaktstellen leisten für die Selbsthilfegruppen mehr, als die Beraterinnen bisher gedacht haben. Einig sind sich die Gruppen und die Kontaktstellen in der Reihenfolge der am häufigsten erbrachten Leistungen.

Informationsleistungen über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, Vermittlung von Kontakten zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch, Vorbereitung und Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen sowie Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit sind die häufigsten Leistungen der Kontaktstellen für die Selbsthilfegruppen (vgl. **Abb. 6.8**). Es folgen die Bereitstellung von Schreib- und Kopiermöglichkeiten, Information über die Arbeit von Kontaktstellen und Unterstützung bei der Raumsuche.

1993 wurden die Gruppen befragt, in welchen Angelegenheiten sie Unterstützung als notwendig bzw. sehr notwendig ansehen. In fast jeder Angelegenheit ist die tatsächliche Unterstützung häufiger als der angegebene Bedarf (vgl. Braun/ Kasmann 1993, S. 54). 1993 waren die Leistungen der Kontaktstellen noch nicht so bekannt wie 1995. Die Gruppen haben die Vorteile der Unterstützung durch Kontaktstellen erkannt und angenommen. In der Befragung wurden alle Gruppen in den Einzugsgebieten der Kontaktstellen gebeten, deren Leistungen zu bewerten. Generell kann gesagt werden, daß alle Leistungen positiv angenommen wurden. Die Spannweite der Beurteilung einer Leistung als hilfreich bzw. sehr hilfreich reicht von 54 % bis 89 % (vgl. **Abb. 8.5**). Ausgesprochen positive Beurteilungen erfahren die Leistungen, die die Gruppen organisatorisch und technisch unterstützen. Dies sind Leistungen, die von den Gruppen schon 1993 als besonders notwendig angesehen wurden (vgl. Braun/ Kasmann 1993, S. 54). Besonders die Unterstützung bei der Raumsuche für die Gruppen wird von 89 % als hilfreich beurteilt. Die Möglichkeiten, Geräte leihen oder Kopierer oder PC benutzen zu können, finden bei 86 % ebenso großen Anklang.

Abb. 8.5: Beurteilung der Leistung der Selbsthilfekontakt-stellen von Selbsthilfegruppen

Wie bewerten Sie die folgenden Leistungen der Selbsthilfekontaktstelle? Antwortvorgaben: sehr hilfreich (1) ... nicht hilfreich (5)



Informationen zur Förderpolitik von Selbsthilfegruppen wurden 1993 mit Abstand zur notwendigsten Leistung der Kontaktstellen erklärt (vgl. Braun/ Kasmann 1993, S. 54). Diese Informationen werden nicht nur zahlreich in Anspruch genommen (vgl. **Kap. 6.2**), sondern auch sehr gut bewertet: 78 % der Gruppen halten sie für hilfreich. Hohen Zuspruch erhält auch die Unterstützung bei der Interessenvertretung. Die Fähigkeiten der Kontaktstellen, eine gute Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und diese Fähigkeit weiterzugeben, werden von den Gruppen und Initiativen sehr hoch eingeschätzt. Die Gruppen meinten 1993, daß dies eine der wichtigsten Leistungen von Kontaktstellen ist. Gute Bewertungen erhalten auch Informationen über Weiterbildungsmöglichkeiten und über gesundheitliche und soziale Fragen (beide 71 %).

Als hilfreich schätzen 68 % der Gruppen die Unterstützung durch die Selbsthilfekontaktstellen bei gruppeninternen Problemen und Konflikten ein. Die geringere Zustimmung im Vergleich zur organisatorischen Unterstützung (z.B. Raumbeschaffung mit 89 %, Bereitstellung von Schreib- und Kopiermöglichkeiten mit 86 % etc.) erscheint verständlich, weil in einer Krisensituation auch Schwächen der Gruppenmitglieder durch die Kontaktstellen offengelegt werden. Konflikte entstehen in den Gruppen, wenn die aktiveren Mitglieder ihre Rolle nicht länger wahrnehmen wollen oder können, wie eine Umfrage unter den Selbsthilfekontaktstellen ergab. Wie gut die Arbeit der Kontaktstellen beurteilt wird, wird erst bei der Betrachtung negativer Bewertungen deutlich. Negative Beurteilungen, d.h. die Bewertung der Leistung mit wenig hilfreich oder mit nicht hilfreich, sind äußerst selten. Keine Leistung wird von mehr als 10 % der Gruppen negativ beurteilt. Es gibt drei Leistungen, die mehr als 5 % der Selbsthilfegruppen negativ beurteilen: 8 % der Gruppen betrachten die Leistungen bei Krisen der Gruppen als wenig hilfreich, 7 % der Gruppen sind mit der Vermittlung von Referenten nicht zufrieden, und 7 % beurteilen die Informationen zur Weiterbildung als wenig hilfreich. Alle andere Leistungen werden von weniger als 5 % der Gruppen als wenig hilfreich beurteilt.

Die Leistungen der Kontaktstellen werden von allen Gruppen und Initiativen sehr positiv beurteilt. Antworten, die Enttäuschung ausdrücken, sind selten. Negative Beurteilungen treten selten bei den technischen Leistungen, sondern eher bei Beratungen im Umgang mit der

Gruppendynamik auf, die hohe Sensibilität im zwischenmenschlichen Bereich erfordern.

8.3 Interessenvertretung von Selbsthilfegruppen

Die Hälfte der Gruppen wollen ihre Interessen selbst vertreten. Wenn die Kontaktstellen sich zu Sprechern dieser Gruppen machen, kann es zu Konflikten kommen. Es gibt aber auch Gruppen, die ihre Interessenwahrnehmung gern an die Kontaktstellen delegieren. Wenn die Kontaktstellen sich diesen Gruppen verweigern, werden deren Erwartungen enttäuscht. Die Mitarbeiterinnen der Selbsthilfekontaktstellen stehen in dem Spannungsfeld, daß sie für einen Teil die Interessenvertretung übernehmen sollen, während andere Gruppen ihre Interessen selbst vertreten wollen. Welche Strategien sind erfolgreich, um den Vorstellungen aller Gruppen gerecht zu werden?

Die Mehrheit aller Gruppen möchte ihre Interessen vor Ort am ehesten selbst vertreten (vgl. **Abb. 8.6**), gut ein Viertel möchte seine Anliegen durch die Selbsthilfekontaktstellen vertreten sehen. Relativ unbedeutend sind die Wünsche nach einer Interessenvertretung durch überregionale Selbsthilfeverbände (7 %) und Wohlfahrtsverbände (7 %). Dieses Ergebnis ist überraschend angesichts des Bemühens dieser Verbände, die Aufgabe der Interessenwahrnehmung für die Selbsthilfegruppen zu übernehmen, aber auch angesichts der hohen Verbandszugehörigkeit der Gruppen. Gering ist auch die Zustimmung zu einer Interessenvertretung durch eine örtliche Arbeitsgemeinschaft aller Gruppen (8 %).

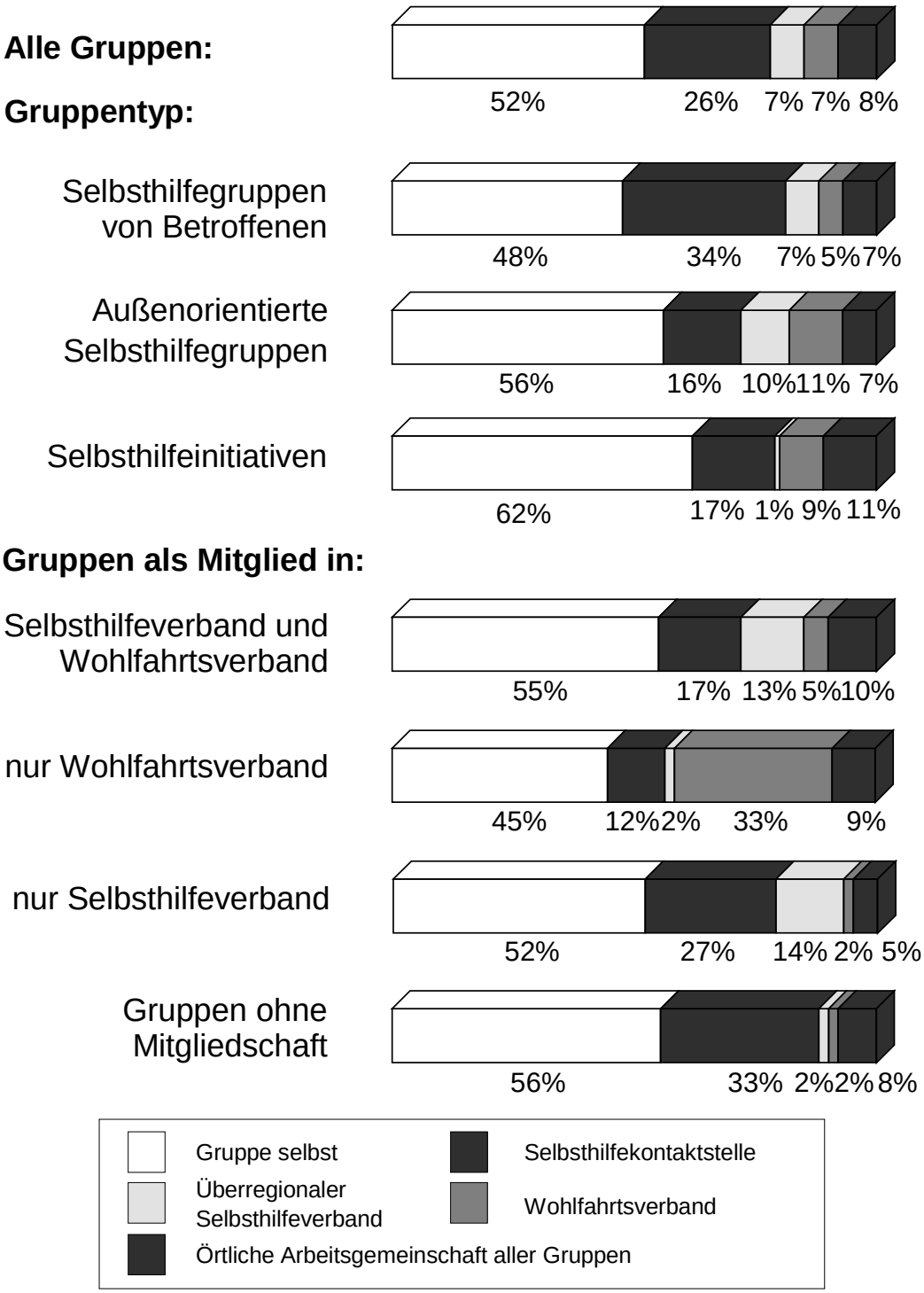
Selbsthilfegruppen von Betroffenen - sie stellen die größte Gruppe - wollen am häufigsten ihre Belange (48 %) selber vertreten, aber jede dritte Gruppe dieses Typs möchte ihre Belange durch die Kontaktstelle vertreten sehen. Außenorientierte Gruppen und Initiativen betonen stärker ihr Bedürfnis, ihre Ziele und Anliegen selber zu artikulieren. Dieser Anteil beträgt bei den aussenorientierten Gruppen 56 % und bei den Selbsthilfeinitiativen sogar 62 %.

Hohe Autonomiebedürfnisse haben Gruppen, die sowohl einem Selbsthilfe- als auch einem Wohlfahrtsverband angehören. 55 % dieser Gruppen wollen ihre Ziele selber vertreten. Ob hierfür Vereinnahmungstendenzen der Verbände und Zielkonflikte zwischen Selbsthilfeverband und

Wohlfahrtsverband verantwortlich sind, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Möglicherweise können die Ursachen auch in dem von einigen Vertretern der Selbsthilfe geäußerten Grundsatz „Betroffene vertreten sich selbst“, also mit der Betonung des sozial Erwarteten oder des Erwünschten, liegen. Sind die Selbsthilfegruppen Mitglied in einem Wohlfahrtsverband, hat für sie

Abb. 8.6: Interessenvertretung der Selbsthilfegruppen

Wer soll die Interessen der Selbsthilfegruppen vor Ort am ehesten vertreten?



© ISAB Köln 06/1996. Befragung von Selbsthilfegruppen 1995 (n = 687 Gruppen).

die Interessenvertretung durch die Kontaktstelle eine geringere Bedeutung. Sie wollen zuerst ihre Belange selber vertreten (45 %), an zweiter Stelle steht der Wunsch der Interessenvertretung durch ihren Wohlfahrtsverband (33 %). Überraschend ist das Ergebnis, daß lediglich 14 % der Gruppen, die in einem Selbsthilfeverband organisiert sind, eine Interessenvertretung durch diesen Verband wünschen. 27 % dieser Gruppen wollen sich durch die Kontaktstelle vertreten lassen. An diesem Befund wird der hohe Stellenwert deutlich, den verbandlich organisierte Gruppen den Kontaktstellen beimessen. In Selbsthilfeverbänden organisierte Gruppen wünschen verstärkt eine Vertretung ihrer Belange durch die Kontaktstellen. Für nicht organisierte Gruppen (40 %) sind nur die Eigenvertretung (56 %) und die Vertretung durch die Kontaktstelle (33 %) relevant.

Beide Verhaltensweisen, die nicht gewollte Vereinnahmung durch die Kontaktstelle und der Verzicht der Kontaktstelle auf Interessenvertretung, obwohl eine solche gewünscht wird, können auftreten. Dieses Dilemma läßt sich durch offene und unbefangene Diskussion des Themas entschärfen. Offenheit muß dabei von den Kontaktstellen angeregt werden. In Gesprächen mit den Gruppen soll geklärt werden, ob die Gruppe eine Interessenvertretung wünscht. In einem zweiten Schritt ist zu klären, welche Vorstellungen die Gruppe hat. In einem dritten Schritt ist die Kongruenz dieser Vorstellungen mit den Vorstellungen der Kontaktstellen zu prüfen. Treten hierbei Gegensätze auf, dann sollten die Kontaktstellen diese deutlich machen und auf die Interessenvertretung verzichten. Es sollte den Selbsthilfeberaterinnen klar sein, daß sie nicht immer für alle Selbsthilfegruppen und Initiativen sprechen, daß die Gruppen nicht homogen sind und auch untereinander große Interessengegensätze bestehen können.

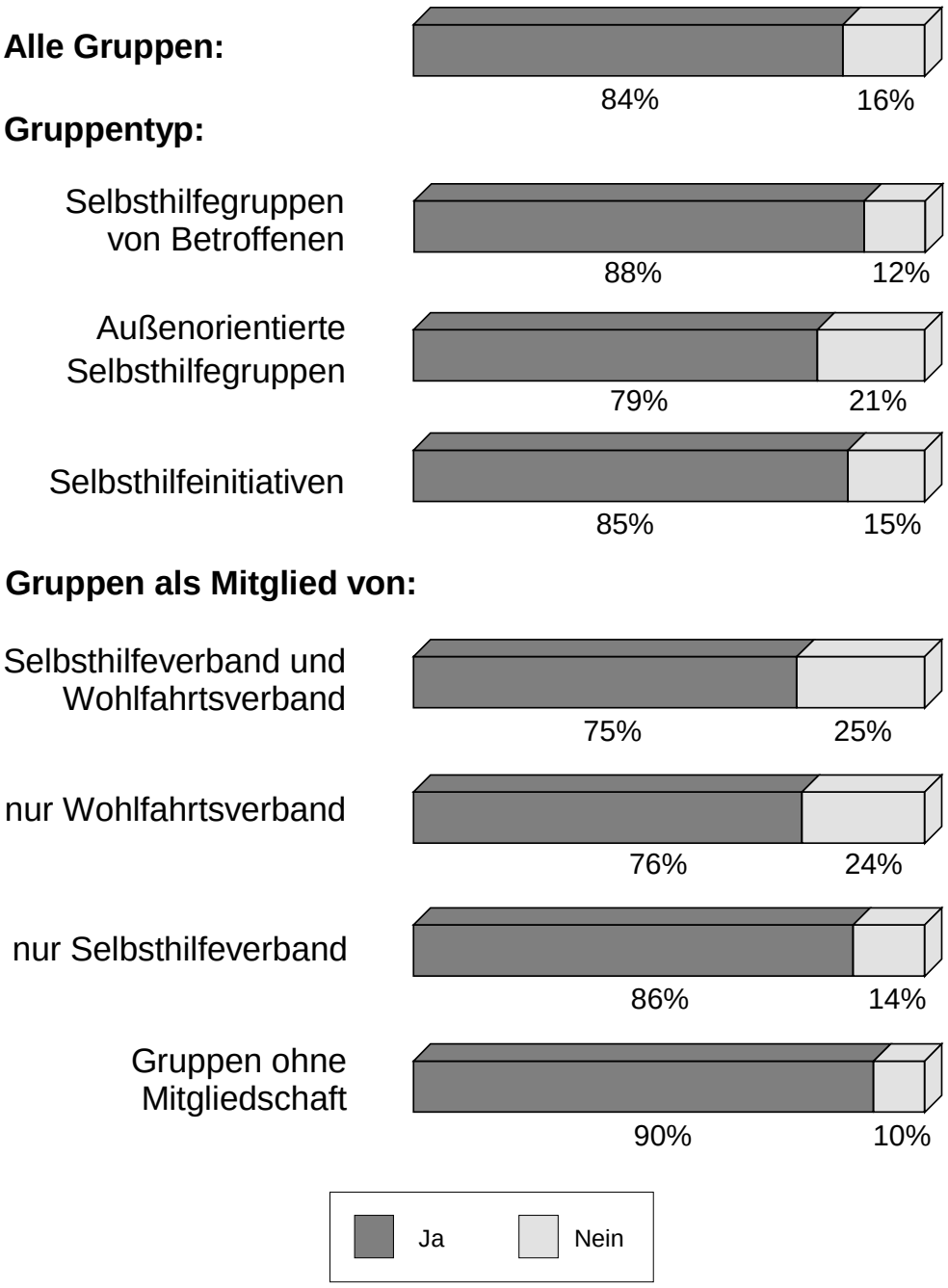
Mitwirkung der Selbsthilfekontaktstelle bei der direkten Selbsthilfegruppenförderung

Hohe Zustimmung findet bei den Gruppen die Überlegung, die Kontaktstellen mit in die Vergabe von Fördermitteln an die Gruppen einzubeziehen (vgl. **Kap. 6.2**). Insgesamt befürworten dies 84 % der Gruppen. Selbsthilfegruppen von Betroffenen befürworten zu 88 % die Mitwirkung der Kontaktstellen an der Mittelvergabe, bei den außenorientierten Gruppen sind es 79 % und bei den Selbsthilfeinitiativen 85 %. Die Werte

variieren zwar, aber die Mehrheit ist so groß, daß diese Unterschiede kaum ins Gewicht fallen (vgl. **Abb. 8.7**).

Abb. 8.7: Mitwirkung der Selbsthilfekontaktstellen bei der Mittelvergabe an Selbsthilfegruppen

Soll die Selbsthilfekontaktstelle an der Vergabe von Fördermitteln für die Selbsthilfegruppen mitwirken?



© ISAB Köln 06/1996. Befragung von Selbsthilfegruppen 1995 (n = 687 Gruppen).

Je geringer der verbandliche Organisationsgrad der Gruppen, desto stärker wird eine Mitentscheidung der Kontaktstelle bei der Mittelvergabe gewünscht. Gruppen, die Mitglied in Selbsthilfeverbänden und in Wohlfahrtsverbänden sind, befürworten mehrheitlich (75 %) eine Mitwirkung der Kontaktstellen an der Mittelvergabe. Noch deutlicher fällt die Befürwortung bei Gruppen aus, die nur Mitglied eines Selbsthilfeverbandes (86 %) oder nicht organisiert (90 %) sind. Dieses Ergebnis stellt einen starken Vertrauensbeweis der Selbsthilfegruppen und Initiativen für die Kontaktstellen dar. Es ist eine Herausforderung an die Selbsthilfeberater, die Mittelvergabe moderierend mitzugestalten, ohne das Vertrauen, das die Gruppen den Kontaktstellen entgegenbringen, zu gefährden.

9. Selbsthilfekontaktstellen aus Sicht der Professionellen

Anne Kuckartz, GFK KB Berlin

Der Verbreitungsgrad und die Wirkungsmöglichkeiten der Selbsthilfe liegen nicht allein in ihren Händen. Sie hängen ganz wesentlich davon ab, wieweit es gelingt, eine Vernetzung mit den Professionellen herzustellen, die in den Handlungsfeldern der Selbsthilfe agieren. Dieser Tatsache trug das Bundesmodellprogramm von Beginn an Rechnung, indem es die Frage nach dem Verhältnis von Professionellen und Selbsthilfe zu einem Schwerpunkt der Begleitforschung erklärte. Da die Selbsthilfe in den neuen Bundesländern weitgehend Neuland betrat, galt es zunächst, die Ausgangssituation auch auf Seiten der Professionellen zu erkunden, um eine empirische Basis für den Aufbau einer Kooperation beider Bereiche zu schaffen. Im Sommer 1993[1] führte die GFK KB eine umfangreiche Befragung bei Vertretern von Gesundheits-, Sozial- und Verwaltungsberufen durch, die potentielle Kontaktpartner von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen sind.[2] Die Ergebnisse dieser Untersuchung geben Aufschluß über die Beziehungen zwischen Selbsthilfe- und Professionellenbereich in den neuen Bundesländern.

Den Selbsthilfekontaktstellen gab die Befragung Hinweise auf ungenutzte Kooperationspotentiale im professionellen Bereich. Zudem ermöglichten die Ergebnisse zumindest in Ansätzen eine Selbstevaluation hinsichtlich der Kompatibilität des eigenen Angebotsprofils mit den Nutzererwartungen aus dem professionellen Bereich.

In Hinblick auf das professionelle Umfeld von Selbsthilfe bestand die Zielsetzung der Studie darin, den untersuchten Berufsbereichen und

1 Die GSD mbH führte die Begleitforschung von 1991 bis 1995 durch. Sie wird seit dem 1.1.96 bei gleicher personeller Besetzung unter Federführung der GFK KB mbH fortgeführt.

2 Die Befragung zielte auf eine Vollerhebung der relevanten Berufsbereiche und Institutionen im Einzugsbereich aller 17 Selbsthilfekontaktstellen. Die Stichprobe umfaßte 2.432 Personen. Es wurde eine durchaus zufriedenstellende Rücklaufquote von 40 % erreicht, so daß die vorgestellten Ergebnisse auf den Angaben von 978 Professionellen beruhen (vgl. Kammerer/ Kuckartz 1994).

Institutionen bezüglich des Selbsthilfebereiches ein aussagekräftiges Bild des Meinungs- und Handlungsspektrums zu vermitteln. Auf diese Weise sollte den professionellen Berufsgruppen und Institutionen im Umfeld der Selbsthilfe eine empirische Basis bereitgestellt werden, die eine kritische Reflexion und Weiterentwicklung der Kooperationsbeziehungen ermöglicht. Als professionelles Umfeld von Selbsthilfe werden alle Bereiche bezeichnet, die sich mit gesundheitlichen und/ oder sozialen Problemlagen befassen. Die professionellen Aktionsbereiche lassen sich in acht unterschiedliche Felder ausdifferenzieren (vgl. **Abb. 9.1**).

Abb. 9.1: Die befragten Professionellen

Berufsbereiche und Institutionen der Professionellen:

© A. Kuckartz GFK KB 1996. Professionellen-Befragung GSD 1993.

Die Gruppen, die in direktem Kontakt mit Bürgern stehen, und auf einer alltagspraktischen Ebene als Kooperationspartner der Selbsthilfe in Frage kommen (Fachärzte und Beratungsdienste), sind in der Stichprobe stärker vertreten, als jene, die Mediatoren- und/ oder Steuerfunktionen innehaben

(Vertreter der Kommunalpolitik und -verwaltung, der Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände). Wenngleich es deutliche Unterschiede zwischen den pro

fessionellen Bereichen gibt, wird vor allem auf ihre Gemeinsamkeiten in Hinblick auf die Einschätzungen und Handlungsperspektiven in Fragen der Selbsthilfe abgehoben.[3]

9.1 Generelle Einstellungen zu Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen

Ein Schwerpunkt der Untersuchung lag auf der Erhebung der Wahrnehmung und Einschätzung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen durch die umgebende Fachwelt. Sind die Vorstellungen, die mit dem Selbsthilfebereich verbunden werden, realistisch, d.h. treffen sie sich mit dem, was dort faktisch geschieht? Wie werden Selbsthilfeaktivitäten in Hinblick auf die eigene professionelle Arbeit beurteilt? Welche Erwartungen sind damit verknüpft?

Selbsthilfe - ein wichtiges Instrument der Problembewältigung

Was die grundsätzlichen Bestimmungsmerkmale von Selbsthilfegruppen betrifft, so kann in den wesentlichen Dimensionen ein Konsens zwischen Professionellen- und Selbsthilfebereich festgestellt werden. Ebenso wie die Mitglieder von Selbsthilfegruppen halten die Professionellen vor allem drei Tätigkeitsbereiche für zentrale Merkmale der Gruppenarbeit:

- das Helfen (sich und anderen);
- das regelmäßige Gespräch über ein gemeinsames Problem oder Leiden;
- das eigene Handeln, das nicht auf die Hilfe anderer wartet.

Diese Merkmale können jeweils über 40 % der Nennungen auf sich vereinigen. Interessant ist, daß die Unabhängigkeit von staatlicher Hilfestellung für die Professionellen ein unbedeutendes Merkmal der Selbsthilfegruppenarbeit ist. Die in sozialpolitischen Diskussionen bisweilen anzutreffende Position, Selbsthilfe gedeihe am besten, wenn man sie allein der (auch finanziellen) Eigeninitiative der Betroffenen überläßt, findet bei den Professionellen keine Zustimmung. Lediglich 3 % halten diese für richtig.

3 Im Zwischenbericht befindet sich für sechs zentrale Berufsbereiche eine nach „Einzelprofilen“ differenzierte Darstellung der Befragungsergebnisse (vgl. Kammerer/ Kuckartz 1994).

Was die Einschätzung der Leistungsfähigkeit von Selbsthilfe in den verschiedenen Bereichen betrifft, so ist ebenfalls eine hohe Übereinstimmung mit der Realität der Selbsthilfelandschaft zu verzeichnen (vgl. **Abb. 9.2**).

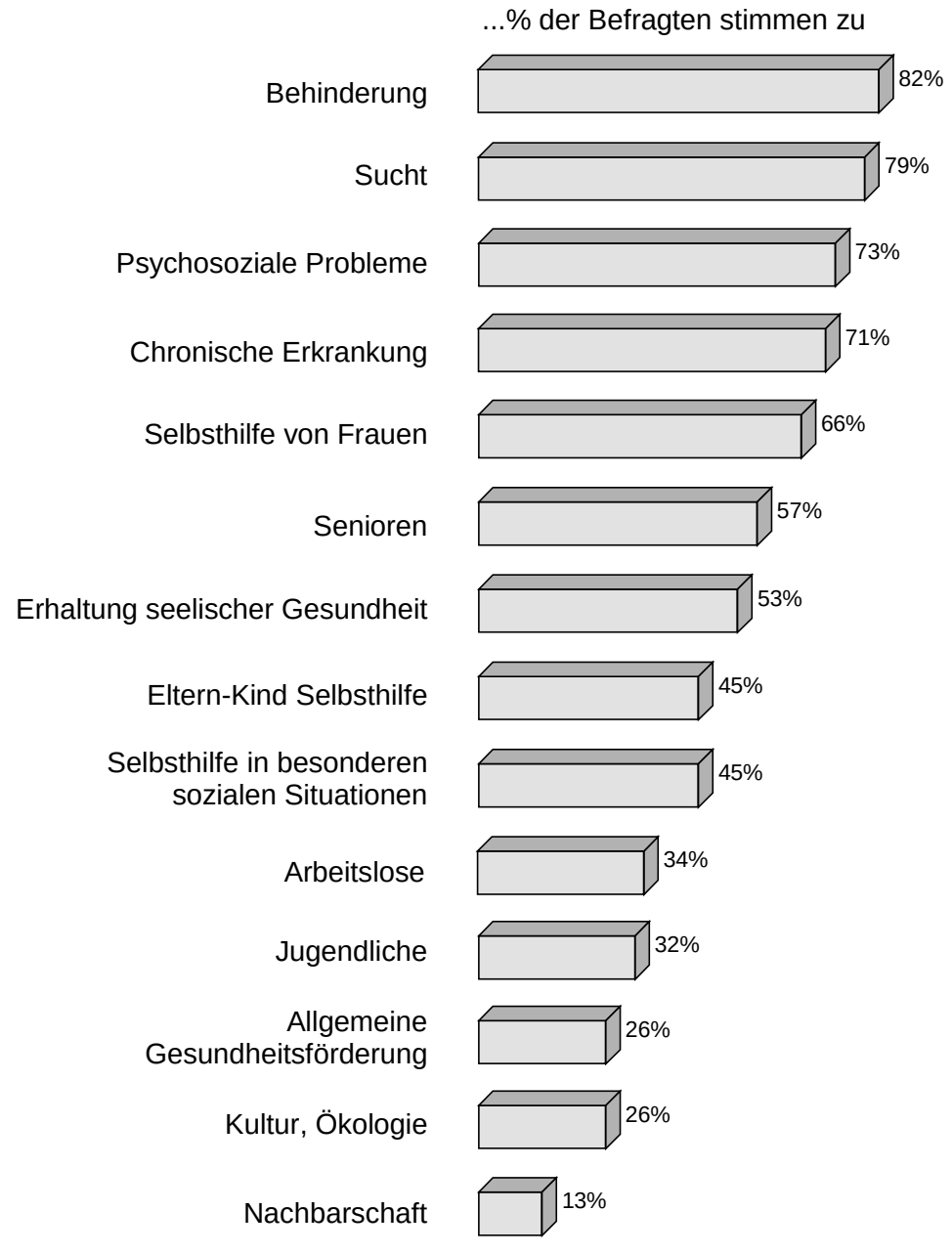
Zwei Drittel der Selbsthilfegruppen ist der Gesundheitsselbsthilfe zuzurechnen, etwa ein Drittel befaßt sich mit sozialen Themen (vgl. Braun/ Kasmann/ Kettler 1994, S. 20 f. u. **Kap. 2**). Diese Bereiche halten auch die Professionellen für die leistungsfähigsten Aktionsfelder von Selbsthilfe: Die Selbsthilfe bei Behinderung, Suchterkrankungen, psychosozialen Problemlagen und chronischen Erkrankungen agiert in Bereichen, wo in aller Regel klassische, schulmedizinische Behandlungskonzepte angewandt und/ oder zumindest ergänzend angeboten werden. Den explizit nicht durch Defizite oder besondere Problemlagen motivierten Handlungsbereichen von Selbsthilfe stehen die Befragten eher skeptisch gegenüber. Die Selbsthilfe in Fragen der allgemeinen Gesundheitsförderung, der Kultur und Ökologie wird nur von jeweils 26 % der Professionellen als besonders leistungsfähig eingeschätzt.

Einige Bereiche, die häufig Gesundheits-/ bzw. Krankheitsbezüge aufweisen, ohne primär dadurch geprägt zu sein, werden von den Professionellen zwar auch als leistungsfähig eingeschätzt, allerdings mit deutlichem Abstand zur „Hauptgruppe“, der Gesundheitsselbsthilfe. Zu solchen Handlungsbereichen gehören etwa die Selbsthilfe von Frauen, von Senioren sowie die Selbsthilfe in besonderen sozialen Situationen.

Für Selbsthilfebereiche mit starken präventiven Anteilen sei an dieser Stelle ein interessantes Ergebnis des Berufsgruppenvergleichs angeführt. Die Selbsthilfe in Eltern-Kind-Gruppen, Erhaltung der seelischen Gesundheit sowie Jugendliche wird diesen Bereichen zugeordnet. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß sie erhebliche Anteile eher unspezifischer Prävention aufweisen und keinen eindeutigen Krankheitsbezug haben. Vor allem die Vertreter der Krankenkassen schätzen diese als leistungsfähige Selbsthilfebereiche ein. Besonders prägnant ist der Vergleich mit den Vertretern der Fachärzte: Der Anteil jener, die die Selbsthilfe von Jugendlichen und Eltern-Kind-Gruppen für besonders leistungsfähig halten, liegt bei den Krankenkassenvertretern bei 46 bzw. 58 % und damit um 18 bzw. 20 % über jenem der Fachärzte, die diese Bereiche nur zu 28 bzw. 38 % für leistungsfähig halten. Bei der Selbsthilfe zur Erhaltung der

seelischen Gesundheit liegt die Diskrepanz gar bei 29 %: Die Krankenkassen halten diesen Selbsthilfebereich zu 68 % für besonders leistungsfähig, gegenüber 39 % der Fachärzte. Dieses

Abb. 9.2: Einschätzung der Leistungsfähigkeit von Gruppen durch Professionelle



Ergebnis ist besonders interessant angesichts der jüngsten Entwicklungen in der Änderung des SGB V, Artikel 2 Nr. 3 (§ 20), nach der die finanzielle Förderung von Selbsthilfe auf die Bereiche der Prävention und Rehabilitation bei genau definierten Krankheiten (bei dem noch zu erstellenden Verzeichnis der Krankheitsbilder ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu beteiligen!) beschränkt wird (vgl. **Kap. 15**). Offenkundig besteht hier eine Diskrepanz zwischen den gesetzgebenden Beschlüssen und den Einschätzungen professioneller Vertreter vor Ort.

Hinsichtlich der gesellschaftspolitischen Bedeutung der Selbsthilfe sind sich die Professionellen weitgehend einig: Die große Mehrheit zeigt sich überzeugt, daß Selbsthilfegruppen in sozialer, gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Hinsicht positive Wirkungen zeigen (vgl. **Abb. 9.3**). Negativaussagen, die auf eine Infragestellung des Nutzens von Selbsthilfegruppen abheben, werden nur von einem sehr geringen Teil der Befragten (maximal 7 %) befürwortet.

Auffällig ist, daß die Professionellen hinsichtlich ihrer eigenen professionellen Handlungsfelder große Erwartungen gegenüber der Selbsthilfe hegen. Eine Mehrheit von 61 % ist der Überzeugung, daß Selbsthilfegruppen zur Verbesserung der professionellen Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitsbereich beitragen. Fast die Hälfte wünscht sich, der professionelle Sektor möge von der Klientenzentrierung der Selbsthilfe profitieren: 42 % meinen, daß sich Selbsthilfeprinzipien wie Gleichberechtigung und Autonomie stärker auf professionelle Dienste auswirken sollten.

Eine Konkurrenz zur professionellen Tätigkeit wird in der Selbsthilfegruppenarbeit nicht gesehen. Weder was die gängigen Therapiekonzepte betrifft, noch was die Unabhängigkeit der Gruppen von Professionellen betrifft, melden die Befragten Bedenken gegenüber der Selbsthilfe an. Im Gegenteil, die große Gruppe der Professionellen, die der Meinung ist, Selbsthilfegruppen ließen sich gut in ihre Arbeit integrieren, ist ein Indiz dafür, daß ein großer Teil einer stärkeren Zusammenarbeit mit dem Selbsthilfebereich offen und positiv gegenüber steht. Bestätigt wird dies durch das Ausmaß der Kontakte zwischen Professionellen- und Selbsthilfebereich: Mehr als die Hälfte der Professionellen hat Mitte 1993 bereits Kontakt zu Selbsthilfegruppen. Dabei hatte allerdings ein großer Teil von ihnen (42 %) lediglich zwei Kontakte im letzten halben Jahr vor

der Befragung. Intensivere Kontakte (sieben und mehr im letzten Halbjahr) pflegen 20 % der Professionellen mit Beziehungen

Abb. 9.3: Meinungen der Professionellen über Selbsthilfe

	... % der Befragten stimmen der Aussage zu
Selbsthilfegruppen haben auch in sozialer, gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Hinsicht positive Wirkungen	85%
Das Engagement in einer Selbsthilfegruppe zeigt die zunehmende Bereitschaft der Menschen in den neuen Bundesländern, ihr Schicksal selbst in die Hand zu nehmen	71%
Selbsthilfegruppen tragen dazu bei, professionelle Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitsbereich zu verbessern	61%
Selbsthilfegruppen lassen sich gut in meine Arbeit integrieren	46%
Selbsthilfeprinzipien wie Gleichberechtigung und Autonomie sollten sich stärker auf professionelle Dienste auswirken	42%
Die Teilnahme an Gruppen, die nicht von Fachkräften angeleitet werden, schadet mehr als sie nutzt	16%
Selbsthilfegruppen waren in der Zeit vor der Wende nicht nötig	14%
Selbsthilfegruppen nützen zwar nichts, schaden aber auch niemandem	9%
Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen vermitteln in der Regel Inhalte, die mit dem Therapieverständnis der behandelnden Ärzte und Psychologen nicht zu vereinbaren sind	7%
Selbsthilfegruppen fordern nur finanzielle Unterstützung und erbringen keine Leistung	7%
Selbsthilfegruppen können professionelle Dienstleistungen von Psychologen und Ärzten ersetzen	5%
Selbsthilfegruppen vertreten spezifische Einzelinteressen und schaden dem Gemeinwohl	2%

© A. Kuckartz GFK KB 1996. Professionellen-Befragung GSD 1993 (n = 978).

zum Selbsthilfebereich. Unter der Perspektive der Vernetzung beider Bereiche ist ein weiterer Ausbau der Kontakte wünschenswert.

Selbsthilfeförderung: Was wird getan - was sollte getan werden?

Die Antworten auf die Frage danach, welche Unterstützungsleistungen die Selbsthilfegruppen vor Ort am dringendsten brauchen, zeigen, daß die Professionellen realistische Einschätzungen haben: Räumlichkeiten, finanzielle Unterstützung sowie Beratung und Information stehen an der Spitze der Prioritätenliste. Hinsichtlich der allgemeinen Förderung der Selbsthilfe zeigen sich die Professionellen in ihrer großen Mehrheit überzeugt, daß eine finanzielle Förderung der Selbsthilfe wünschenswert ist (vgl. **Abb. 9.4**). Nur 12 % sind der Meinung, daß eine solche Förderung überflüssig ist.

Abb. 9.4: Förderungsgründe für Selbsthilfe

Selbsthilfe sollte gefördert werden, weil ...	... % der Befragten stimmen der Aussage zu
Selbsthilfegruppen eine wesentliche Ergänzung zu den herkömmlichen medizinischen und psychologischen Behandlungsformen darstellen	86%
durch die verbesserte Information der Mitglieder von Selbsthilfegruppen, professionelle Angebote gezielter in Anspruch genommen werden	79%
durch die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen Kosten vermieden werden können (z.B. durch verringerten Medikamentenkonsum)	53%
ich/wir von Selbsthilfegruppen viel für meine/unsere fachliche Arbeit lernen kann/können	36%
in unserer Stadt/Region noch nicht ausreichend arbeitsfähige professionelle Einrichtungen vorhanden sind, die entsprechende Aufgaben wahrnehmen können	36%

© A. Kuckartz GFK KB 1996. Professionellen-Befragung GSD 1993 (n = 978).

Bei der Frage nach den Gründen einer finanziellen Förderung wird deutlich, daß die Befragten eine partnerschaftliche Koexistenz von Selbsthilfe- und professionellenbereich wünschen. Die mit Abstand wichtigsten Fördermotive sehen sie darin, daß Selbsthilfegruppen eine wesentliche Ergänzung zu den herkömmlichen medizinischen und psychologischen Behandlungsformen darstellen sowie in dem Umstand, daß Selbsthilfegruppen eine gezieltere Inanspruchnahme professioneller Leistungen ermöglichen. Deutlich weniger wichtig, aber immer noch von mehr als einem Drittel der Befragten benannt, ist eine unmittelbare Nutzenerwartung durch Selbsthilfegruppen für das eigene professionelle Handlungsfeld. 36 % wollen die Gruppen gefördert wissen, weil sie von ihnen viel für die eigene fachliche Arbeit lernen können.

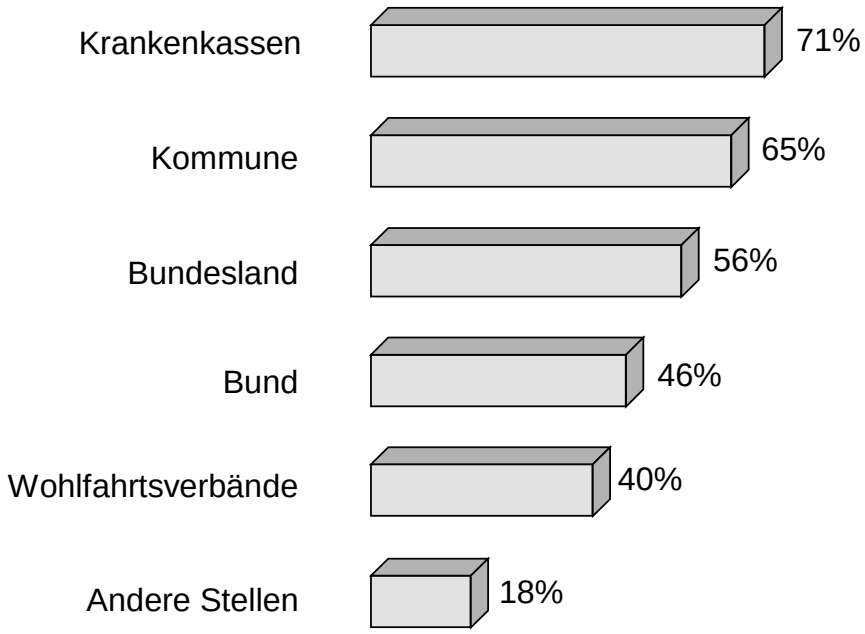
Mehr als ein Drittel konstatiert zum Befragungszeitpunkt Lücken in der professionellen Versorgung des örtlichen Gesundheits- und Sozialbereiches und sieht in der Kompensation dieser Defizite durch Selbsthilfegruppen ein wichtiges Förderargument. Dies zeigt das hohe Vertrauen der Professionellen in die Wirkungsmöglichkeiten der Selbsthilfe. Daß die Erwartung an die ökonomische Effektivität der Selbsthilfegruppenarbeit hoch ist, wird in der Bedeutung des Kostenarguments deutlich. Mehr als die Hälfte der Befragten ist der Meinung, daß durch die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen Kosten gespart werden können. Besonders hohe Erwartungen hegen hier die Vertreter der Krankenkassen und die Kommunalpolitiker. Sie sehen jeweils zu mehr als 60 % im Kostensparpotential der Selbsthilfegruppen ein wichtiges Förderargument, während die übrigen Berufsbereiche diese Meinung jeweils etwa zur Hälfte teilen.

Bei der Frage danach, wer die finanzielle Förderung der Selbsthilfe leisten soll, zeigt sich, daß die Professionellen hier deutliche Prioritäten setzen: Sie sehen vor allem die Krankenkassen (71 %) und die Kommunen (65 %) in der Pflicht (vgl. **Abb. 9.5**). Auch die Bundesländer werden noch von mehr als der Hälfte als verantwortliche Selbsthilfeförderer betrachtet. Auffällig ist die große Zurückhaltung der Vertreter der Krankenkassen bei der Zuweisung der Förderverantwortung an den eigenen Bereich: Nur 31 % der Krankenkassenvertreter sehen die eigenen Institutionen in der Förderverantwortung. Sie wollen hier vielmehr Kommunen (81 %), Bundesländer (72 %) und Bund (53 %) als Zuständige sehen (vgl. **Kap. 15**).

Die Frage danach, welche Unterstützungsformen für Selbsthilfe zum Befragungszeitpunkt von den Professionellen praktiziert wird, zeigt, daß die mit Abstand bedeutsamsten Unterstützungsleistungen in der Werbung für die Selbsthilfe liegen.

Abb. 9.5: Verantwortung für die Selbsthilfeförderung

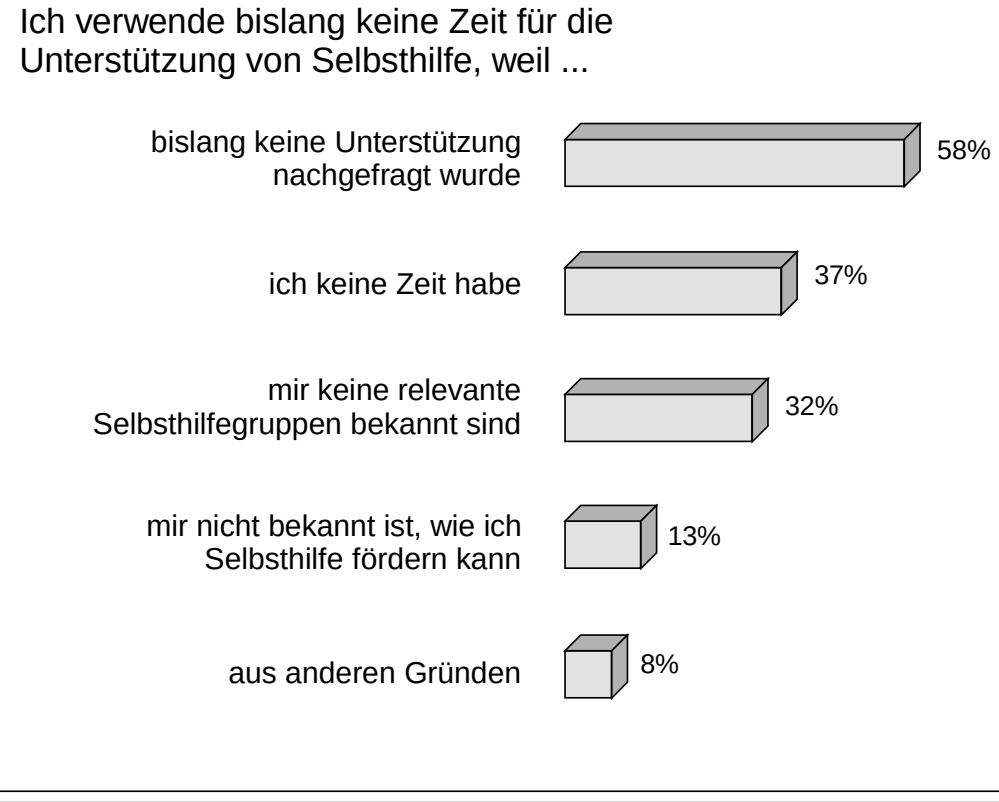
Welche Einrichtungen sollten sich Ihrer Meinung nach hauptsächlich an der finanziellen Förderung von Selbsthilfe beteiligen?



Weit mehr als drei Viertel hilft aktiv bei der Verbreitung des Selbsthilfegedankens und der Informationen zu den Möglichkeiten, die Selbsthilfe bietet. In einer Reihe weiterer Bereiche geben die Unterstützungsleistungen Anlaß zu Optimismus hinsichtlich der Vernetzungsperspektiven von Selbsthilfe- und Professionellenbereich. Die entsprechenden Statements zeigen, daß etwa ein Drittel der Professionellen zumindest in Ansätzen eine Kooperation mit dem Selbsthilfebereich praktiziert. Diese Kooperationen reichen von der Vermittlung von Fachreferenten, der Bereitstellung der eigenen professionellen Kompetenz, über die Beratung und Begleitung bestehender Selbsthilfegruppen bis zur Mitarbeit in Selbsthilfebeiräten. Eine bedeutsame Rolle spielt auch die praktizierte materielle Unterstützung der Selbsthilfe. Sie wird vor allem in Form der Bereitstellung von Räumlichkeiten (40 %) und der Gewährung technischer Hilfen (34 %) geleistet. In geringerem Ausmaß findet auch eine Unterstützung mit Sachmitteln (16 %) und finanziellen Mitteln statt.

Diejenigen Professionellen, die angeben, bislang keine Zeit für die Selbsthilfeunterstützung aufzuwenden, machen in ihren Antworten deutlich, daß dieses Verhalten in keiner Weise durch eine Ablehnung dieser Form des Bürgerengagements motiviert ist (vgl. **Abb. 9.6**).

Abb. 9.6: Hemmnisse der Selbsthilfeunterstützung bei Professionellen



Ein großer Teil der Professionellen nennt Gründe, die letztendlich in fehlender Information liegen. Mehr als die Hälfte gibt an, bislang nicht um Unterstützung gebeten worden zu sein, was man als Unsicherheit hinsichtlich der Zielrichtung einer Unterstützungstätigkeit deuten kann. Ein knappes Drittel kennt keine für den eigenen Bereich relevante Selbsthilfegruppe, hier fehlt also der Unterstützungsadressat. Zwar gibt mehr als ein Drittel der Professionellen auch Gründe an, die in der eigenen Prioritätensetzung liegen („keine Zeit“), doch zeigen die Angaben insgesamt, daß bei verstärkter Initiative seitens des Selbsthilfebereichs noch erhebliche Unterstützungspotentiale liegen müßten.

Waren die Selbsthilfegruppen auch für die Bürger Ostdeutschlands gewöhnungsbedürftige Organisationsformen, so gab es doch Anknüpfungspunkte in den politischen Nischen des DDR Systems, wo vergleichbare Erfahrungen gemacht werden konnten (vgl. Braun/ Kasmann/ Kettler 1994; S.8 ff.). Anders verhält es sich mit den Selbsthilfekontaktstellen: Sie sind nach der Wende neu entstanden mit der Zielsetzung, als Infrastruktureinrichtungen für Selbsthilfe diese Form des Bürgerengagements verbreiten zu helfen. Sie stellten ein wirkliches Novum dar, das in der DDR undenkbar gewesen wäre. Die Frage, wie die im Zentrum der Förderung des Bundesmodellprogramms stehenden Selbsthilfekontaktstellen im professionellen Umfeld von Selbsthilfe aufgenommen werden, war daher von großem Interesse.

Die Befragung zeigt, daß die Selbsthilfekontaktstellen zwei Jahre nach Beginn des Modellprogramms im professionellen Umfeld von Selbsthilfe als akzeptierte Einrichtungen angesehen werden (vgl. **Abb. 9.7**). Dabei sprechen die meisten Befragten zumindest aus rudimentären Erfahrungen mit der Arbeit einer Selbsthilfekontaktstelle: 72 % ist die örtliche Kontaktstelle bekannt.

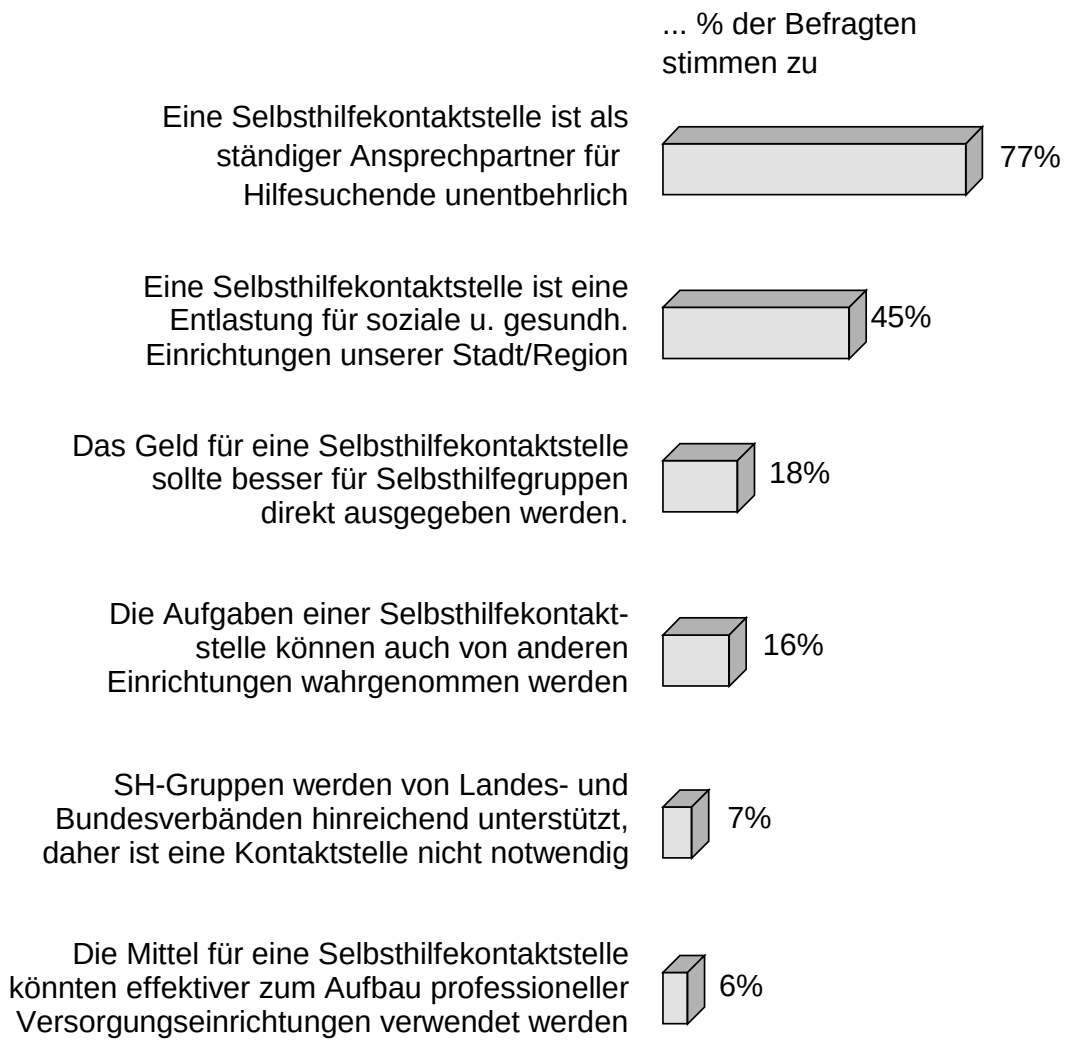
Besonders hoch wird die Bedeutung der Selbsthilfekontaktstellen für den einzelnen Bürger bewertet: Mehr als drei Viertel der Professionellen ist überzeugt, daß eine Selbsthilfekontaktstelle als ständiger Ansprechpartner für selbsthilfeinteressierte Bürger unentbehrlich ist.

Nahezu die Hälfte sieht in der Kontaktstellenarbeit einen deutlichen Nutzen für den professionellen Bereich: Sie wird als Entlastung für Einrichtungen der kommunalen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen gesehen. Dabei wird die genuine Leistung der Kontaktstellen betont: Lediglich 16 % meinen, die Aufgaben der Selbsthilfekontaktstelle könne auch von anderen Einrichtungen wahrgenommen werden. Nur 6 % glauben, daß die Kontaktstellenfördermittel effektiver zum Aufbau professioneller Versorgungseinrichtungen ausgegeben werden sollten.

Eindeutig zeigen die Ergebnisse, daß die Selbsthilfekontaktstellen von der großen Mehrheit der Professionellen nicht in Konkurrenz zu anderen Selbsthilfebereichen wahrgenommen werden. Nur eine kleine Minderheit von 7 % hält eine Selbsthilfekontaktstelle vor Ort nicht für nötig, da Selbsthilfegruppen von Landes- und Bundesverbänden hinreichend unter-

stützt würden. Eine Gruppe von 18 % meint, daß die finanziellen Mittel, die

Abb. 9.7: Meinungen der Professionellen zu Selbsthilfekontaktstellen und ihren Funktionen



für Selbsthilfekontaktstellen zur Verfügung stehen, besser direkt für die Selbsthilfe ausgegeben werden sollten. Dies ist ein Hinweis darauf, daß trotz der großen Akzeptanz der Selbsthilfekontaktstellen, die Informationsarbeit hinsichtlich der Tätigkeitsprofile noch verstärkt werden sollte.

9.2 Erwartungen an die Wirkungen von Selbsthilfekontaktstellen

Die Akzeptanz der Selbsthilfekontaktstellen als unverzichtbare Einrichtungen im Selbsthilfebereich zeigt sich auch in den Erwartungen der Professionellen hinsichtlich des Leistungsspektrums der Kontaktstellentätigkeit. Erfreulicherweise zeigen die Ergebnisse, daß grundsätzlich eine hohe Kompatibilität der Erwartungen auf seiten der Professionellen mit jenen Ansprüchen besteht, die die Kontaktstellen an die eigene Arbeit stellen (vgl. **Kap. 5**). Die wichtigsten Wirkungsmöglichkeiten einer Selbsthilfekontaktstelle sind aus Sicht der Professionellen (vgl. **Abb. 9.8**):

- die Verbreitung des Selbsthilfegedankens (84 %)
- die Beratung und Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen (83 %)
- die zentrale Sammlung und Weitergabe selbsthilferelevanter Informationen zum lokalen Selbsthilfe- und Professionellenbereich (82 %)
- die Interessenvertretung für Selbsthilfegruppen gegenüber Dritten (82 %)

Die Prioritäten der Kontaktstellenarbeit werden deutlich im Selbsthilfebereich selbst gesehen: Die Kontaktstelle als Promoterin und Dienstleistungsanbieterin in Fragen der Selbsthilfe. Hierbei wird auch der Aufgabe der selbsthilfeinternen Vernetzung (Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Selbsthilfegruppen) von nahezu zwei Dritteln der Professionellen ein wichtiger Stellenwert zugewiesen.

Unübersehbar richten die Professionellen aber auch hinsichtlich des eigenen Handlungsbereiches hohe Erwartungen an die Selbsthilfekontaktstellen. Diese zielen zum einen unmittelbar auf Tätigkeiten der Vernetzung von Selbsthilfe- und Professionellenbereich: So sollen die Kontaktstellen den Professionellen Kenntnisse über die

angemessene Förderung von Selbsthilfegruppen vermitteln (70 %). Ebenso erwarten sie zu 67 %, daß die Kontaktstellen Selbsthilfegruppen mit Einrichtungen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Kulturbereich verbinden. Zum anderen versprechen sich die Proessionellen zu einem großen Teil (45 %) von den Selbsthilfekontaktstellen Ideen und Modelle, die auf eine stärkere Klientenzentrierung professioneller Dienstleistungen abzielen. Dieses Ergebnis zeigt, daß die Professionellen bei den Selbsthilfekontaktstellen ein erhebliches Innovationspotential vermuten, das für das eigene Handlungsfeld nutzbar gemacht werden könnte.

Die in diesen Ergebnissen erkennbare Tendenz auf seiten der Professionellen, sich als Nutzergruppe der Selbsthilfekontaktstellen zu sehen, hat sich im Verlauf des Modellprogramms bestätigt. Die statistischen Erhebungen des ISAB in den Kontaktstellen zeigen, daß 43 % der Nutzer der Selbsthilfekontaktstellen aus dem professionellen Bereich kommen (vgl. **Kap. 4, Abb. 4.1**).

Abb. 9.8: Aufgaben und Funktionen der Selbsthilfe-kontaktstellen aus Sicht der Professionellen

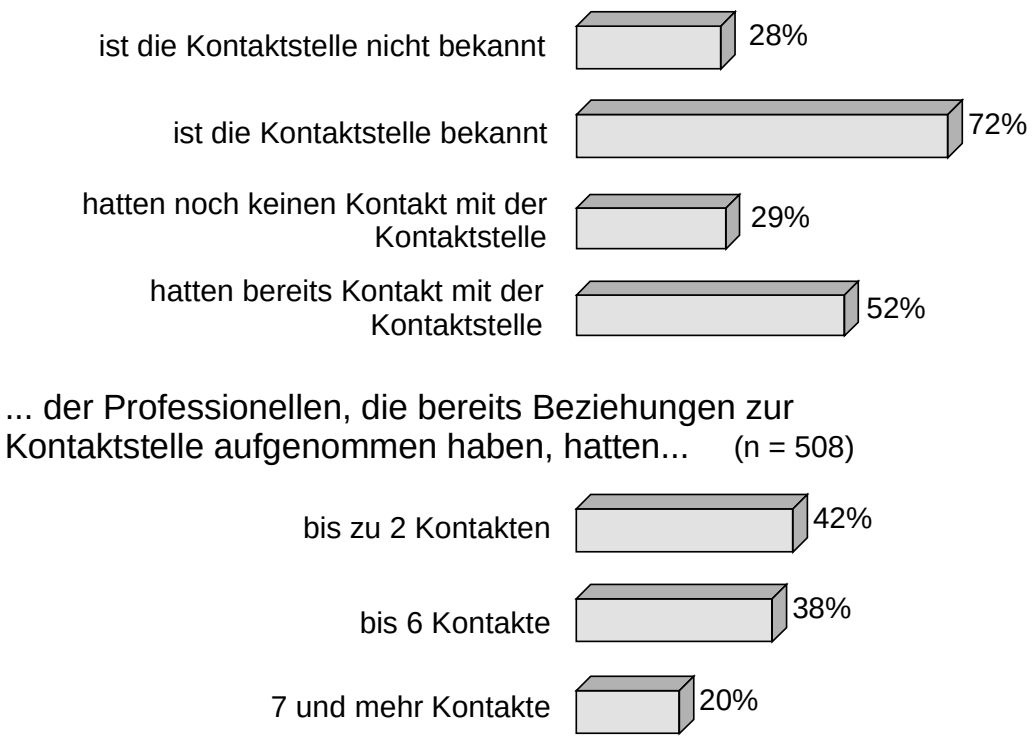
Die Selbsthilfekontaktstelle sollte ...	... % der Befragten stimmen zu
die Bevölkerung mit der Idee der Selbsthilfe bekannt machen	84%
Organisations- und Gründungsberatung für Selbsthilfegruppen anbieten	83%
als Nachrichtenzentrale einen umfassenden Überblick über die Selbsthilfeaktivitäten und professionellen Dienstleistungen geben	82%
die Interessen von Selbsthilfegruppen gegenüber anderen Stellen vertreten	82%
sich auf die Beratung und Information von Selbsthilfeinteressierten und Selbsthilfegruppen konzentrieren	70%
professionellen Kooperationspartnern Kenntnisse über die angemessene Förderung von Selbsthilfegruppen vermitteln	70%
Fortbildungsseminare zu verschiedenen sozialen, rechtlichen und selbsthilfebezogenen Themen anbieten bzw. vermitteln	69%
Wege aufzeigen, wie mit Behinderungen und chronischen Krankheiten umgegangen werden kann	69%
Selbsthilfegruppen mit den Einrichtungen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Kulturbereich verbinden	68%
die Zusammenarbeit zwischen den Selbsthilfegruppen fördern	65%
die Bevölkerung dazu anregen sich in Selbsthilfegruppen zu engagieren.	62%
eine unabhängige Anlaufstelle zur Klärung allgemeiner Lebensprobleme sein	45%
Modelle entwickeln, wie professionelle Dienstleistungen in Richtung von Mitbestimmung und Mitwirkung der Konsumenten umgestaltet werden könnten	44%

9.3 Kooperationsbeziehungen zu Selbsthilfekontakt-stellen

Wie stellen sich zum Befragungszeitpunkt die Beziehungen der Professionellen zur örtlichen Selbsthilfekontaktstelle dar? Wie beurteilen sie ihre aktuelle und ihre zukünftige Zusammenarbeit mit der Kontaktstelle? Welche Kooperationserwartungen hegen sie für die Zukunft? Die Antworten auf diese Fragen sollen Aufschluß darüber geben, wie die Kooperationsbeziehungen zwischen dem Professionellen- und dem Selbsthilfebereich einzuschätzen sind. Eineinhalb Jahre nach Beginn des Modellprogramms waren die Selbsthilfekontaktstellen ihrem jeweiligen professionellen Umfeld zum großen Teil bekannt (vgl. **Abb. 9.9**). Ein knappes Drittel hat zu diesem Zeitpunkt noch nicht von der Existenz der Kontaktstelle Kenntnis genommen.

Gut die Hälfte der Professionellen ist bereits mit der Kontaktstelle in Verbindung getreten. Dabei zeigt sich, daß die Kooperation bei 42 % der Professionellen, die Beziehungen zur Kontaktstelle angeben, bislang eher in einer punktuellen Zusammenarbeit besteht: In den letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt waren sie ein- bis zweimal mit der örtlichen Kontaktstelle in Verbindung. Mehr als ein Drittel pflegt bereits kontinuierlichere Beziehungen und hatte in den letzten sechs Monate drei- bis sechsmal Kontakt. Eine Vernetzung im Sinne intensiver Kommunikation und Zusammenarbeit ist für einen deutlich kleineren Teil der Professionellen Realität: 20 % der Befragten, die mit der Kontaktstelle Verbindung hatten, traten im gleichen Zeitraum mindestens siebenmal mit ihr in Verbindung.

Abb. 9.9: Beziehung zwischen Professionellen und Selbsthilfekontaktstellen



© A. Kuckartz GFK KB 1996. Professionellen-Befragung GSD 1993.

Die Einschätzung der eigenen Beziehungen zur örtlichen Selbsthilfekontaktstelle zeigt, daß diese sich Mitte 1993 noch deutlich im Aufbaustadium befinden. Eine bereits etablierte Zusammenarbeit mit der Kontaktstelle konstatieren 17 % der Befragten, 30 % beschreiben ihre Beziehung als in der Entwicklung begriffen und 38 % sehen in einer Kooperation eine Zukunftsperspektive.

Die Betrachtung der einzelnen Professionellenbereiche zeigt interessante Ergebnisse. An verschiedenen Stellen der Kooperation mit dem Selbsthilfebereich erweisen sich die Fachärzte als Schlußlichter der professionellen Kooperation für die Kontaktstellen (vgl. Kammerer/ Kuckartz 1994, S. 79 ff. und 167 ff.). Dies entspricht durchaus deren Selbsteinschätzung: Nur 5 % der Fachärzte betrachten ihre Beziehung zur

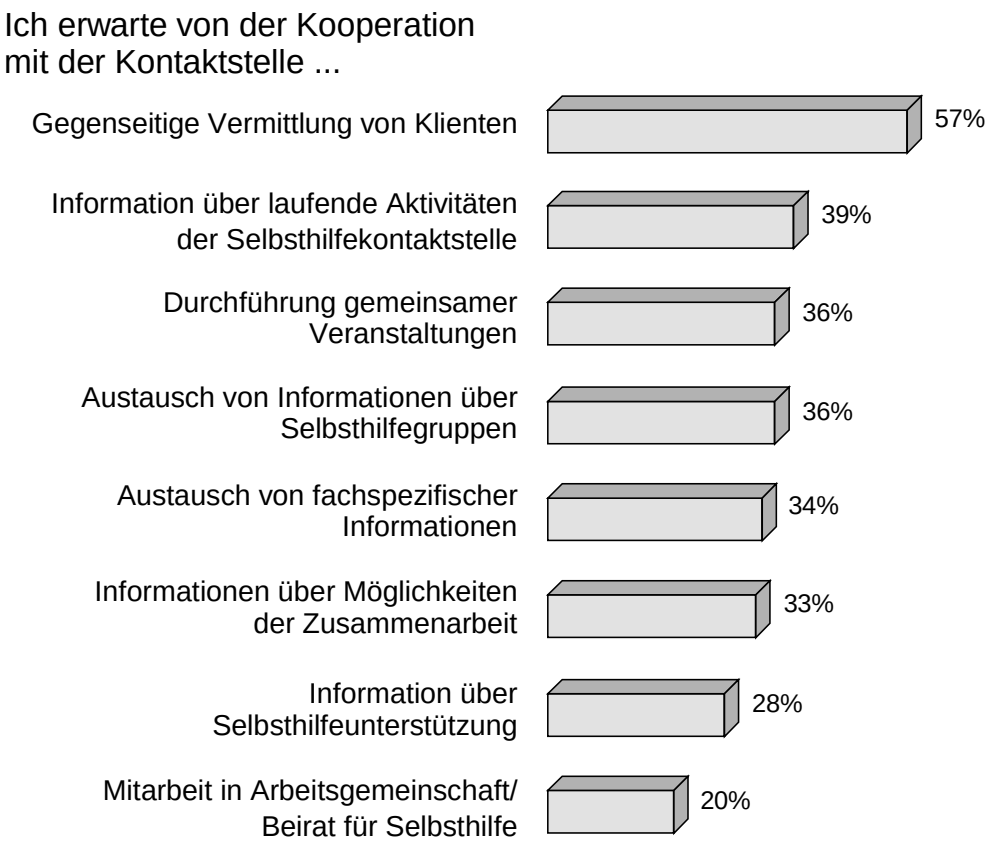
Kontaktstelle als „etablierte Kooperation“ (gegenüber 37 % der Krankenkassenvertreter und 27 % der Kommunalverwaltungen).

Beim Aufbau von Kooperationsbeziehungen sind die Krankenkassenvertreter und die Vertreter der Kommunalverwaltungen am stärksten engagiert. Zu 45 bzw. 38 % geben sie an, daß sich eine Kooperation gerade entwickelt. Die Vertreter dieser beiden Bereiche berichten also bereits 1993 einen hohen Vernetzungsgrad, den sie in Zukunft weiter ausbauen wollen. Doch auch was die Kooperationsperspektiven mit der „Problemgruppe“ der Fachärzte betrifft, gibt es keinen Anlaß zu Pessimismus: 49 % der Fachärzte können sich in Zukunft eine Kooperation mit der Selbsthilfekontaktstelle vorstellen.

Zusammengefaßt zeigt sich, daß mehr als zwei Drittel der Professionellen, die ihre Kontaktstelle kennen, einer Vernetzung positiv gegenübersteht. Die Erwartungen, die die Professionellen hinsichtlich einer Zusammenarbeit mit der örtlichen Selbsthilfekontaktstelle hegen, gehen in zwei Richtungen (vgl. **Abb. 9.10**): Sie richten sich vor allem auf den Austausch von Dienstleistungen und auf die Etablierung einer intensiveren partnerschaftlichen Kooperation.

Der Austausch von Dienstleistungen steht im Vordergrund der Professionellenerwartungen. Mehr als die Hälfte möchte eine lockere Kooperation mit der örtlichen Selbsthilfekontaktstelle, die eine gegenseitige Vermittlung von Klienten beinhaltet. Etwa ein Drittel stellt sich auch eine inhaltlich intensivere Zusammenarbeit vor, wie sie in einem Informationsaustausch zu fachspezifischen Fragen, zur Arbeit von Selbsthilfegruppen und zu den generellen Möglichkeiten der Selbsthilfeunterstützung gegeben wäre. Diese Erwartungen manifestieren sich vor allem in dem Wunsch, über die Aktivitäten der Kontaktstelle laufend informiert zu sein, mit ihr gemeinsam Veranstaltungen durchzuführen und über weitere Kooperationsmöglichkeiten nachzudenken. Ein hoher Anteil der Professionellen ist zu einer verpflichtenden Tätigkeit im Selbsthilfebereich bereit: 20 % wären bereit, gemeinsam mit der Kontaktstelle, in einer Arbeitsgemeinschaft, einem Beirat oder einem ähnlichen Gremium an der Interessenvertretung der Selbsthilfe mitzuwirken.

Abb. 9.10: Kooperationserwartungen der Professionellen an Selbsthilfekontaktstellen



© A. Kuckartz GFK KB 1996. Professionellen-Befragung GSD 1993 (n = 978).

9.4 Zukunftsperspektiven der Kooperation

Fragt man die Professionellen nach ihren Plänen hinsichtlich eines zukünftigen Engagements für die Selbsthilfe, so zeigt sich, daß man die Zukunftsperspektiven der Vernetzung von Selbsthilfe- und Professionellenbereich mit berechtigtem Optimismus betrachten kann. Mehr als die Hälfte (52 %) will sich in Zukunft stärker für die Selbsthilfe engagieren. Dies gilt in ganz besonderer Weise für die Vertreter der Krankenkassen, die dies zu 67 % erklären. Aber auch die Problemgruppe der Fachärzte bekundet in ihrer Mehrheit (zu 45 %), eine stärkere Kooperation zu planen.

In einer offenen Frage wurden die Professionellen gebeten, Vorschläge dazu zu unterbreiten, welche Maßnahmen eine Verstärkung der Kooperation mit der örtlichen Selbsthilfekontaktstelle herbeiführen könnten. Knapp die Hälfte (48 %) machten hier konkrete Vorschläge. Das Ergebnis ist interessant für die Suche nach geeigneten Strategien zur Vernetzungsförderung beider Bereiche. Auf Seiten der Professionellen selbst scheinen in dieser Hinsicht keine nennenswerten Aktivitäten erwartbar zu sein. Nahezu alle Vorschläge zielen darauf ab, daß die Selbsthilfekontaktstellen die Initiative ergreifen. Vor allem sollen sie Kontakt zum eigenen (professionellen) Bereich aufnehmen (40 %) und konkrete Kooperationsvorschläge machen (38 %). Sie sollen einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch organisieren (20 %) und schließlich sollen sie für eine Verbesserung ihres Informationsmaterials sorgen (13 %). Nur 8 % der Vorschläge zielten auf verschiedene andere Möglichkeiten der Kooperationsförderung. Die genannten Punkte: Aufnahme und Organisierung des Kontaktes, Ideenwerkstatt zu möglichen gemeinsamen Aktivitäten, gutes Informationsmaterial, sind fraglos Voraussetzungen für eine gelungene Kooperation von Selbsthilfe- und Professionellenbereich. Es ist allerdings bemerkenswert, wie stark die Professionellen ihre diesbezüglichen Erwartungen auf die Selbsthilfekontaktstellen richten und wie wenig ihre Überlegungen auf Initiativen des eigenen Bereichs zielen.

Als Fazit kann hinsichtlich der Zukunftsperspektiven der Vernetzung von Professionellen- und Selbsthilfebereich festgestellt werden, daß die Vertreter des professionellen Umfeldes von Selbsthilfe einer Kooperation offen und positiv gegenüberstehen. Mehr noch, es sind deutliche Absichten einer engagierten Unterstützung von und Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Selbsthilfe, vor allem auch den Kontaktstellen zu konstatieren. Dabei zeigt sich, daß die Professionellen sehr wohl sehen, daß sie in ihren Handlungsfeldern von den Leistungen und Erfahrungen der Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen profitieren können.

Bei dem begründeten Optimismus hinsichtlich einer zunehmenden Vernetzung beider Bereiche bleibt allerdings festzuhalten, daß die Kooperationsbereitschaft auf Seiten der Professionellen deutlich passiv geprägt ist. Unter der Voraussetzung, daß die Professionellen es ernst meinen mit ihrer Bereitschaft, sich im Selbsthilfebereich zu engagieren und zu kooperieren, wird es vor allem Sache der Selbsthilfekontaktstellen

und der Selbsthilfegruppen sein, dieses Kooperationspotential in reale Zusammenarbeit hineinzuführen.

Teil 4 Organisierung der Selbsthilfe und der Selbsthilfekontaktstellen

10. Organisierung der Selbsthilfe in den Ländern und auf Bundesebene

Die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen und Initiativen haben einen starken lokalen Bezug. Das Aktionsfeld der Gruppen ist in der Regel auf die Kommune bzw. in größeren Städten auf den Stadtteil ausgerichtet. Ihre Interessen müssen die Gruppen auf der kommunalen Ebene zunächst selbst vertreten. Häufig haben sie die Erfahrung gemacht, daß sie als einzelne Gruppe kaum Einfluß nehmen können. Zudem wird die Situation vieler Gruppen durch übergeordnete Rahmenbedingungen beeinflußt. So wirken sich bei gesundheitlichen Gruppen die jeweilige Landesgesundheitspolitik und die Bundesgesetzgebung aus. Wie haben die Gruppen auf diese Erfahrung reagiert, welche überregionalen Organisationsformen zur Vertretung und Wahrung ihrer Anliegen und Interessen haben sie entwickelt? Wie setzen sich diese Verbände zusammen und welche Ziele und Aufgaben verfolgen sie?

Eine Form der überörtlichen Organisation finden wir bei Selbsthilfegruppen, die sich mit demselben Thema beschäftigen. Selbsthilfegruppen von behinderten und chronisch kranken Menschen und ihren Angehörigen haben sich zu Landes- und Bundesverbänden zusammengeschlossen, beispielsweise in der Deutschen Rheumaliga, der Deutschen Krebsliga oder dem Bundesverband der Pflege- und Adoptiveltern. Sie werden als verbandlich organisierte Selbsthilfe bezeichnet. Selbsthilfeverbände sind auf der Bundesebene in der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V., dem PARITÄTISCHEN Bundesverband oder in der Stiftung Mitarbeit organisiert.

Ferner gibt es Gruppen, die keine überregionalen Organisationsformen entwickelt haben. Dies gilt insbesondere für neu gegründete und für Gruppen mit ausschließlich lokaler Ausrichtung. Es kann sich auch um Gruppen mit sehr spezifischen Anliegen handeln, von denen nur wenige Menschen betroffen sind. Diese Gruppen sind in besonderem Maße auf die

Unterstützung der örtlichen Selbsthilfekontaktstellen angewiesen, die für sie häufig die Interessenvertretung übernehmen. Zum Teil sind sie Mitglied in der DAG SHG, die sich für die Belange der nicht verbandlich organisierten Gruppen einsetzt.
Die Unterstützung und Interessenvertretung von Selbsthilfegruppen und Initiativen darf nicht auf die verbandliche Organisation reduziert werden. Die Modellprogramme haben gezeigt, daß alle Gruppen, unabhängig von ihrer Organisationsform und ihrem Organisationsgrad, die Unterstützungsleistungen der Selbsthilfekontaktstellen in Anspruch nehmen (vgl. **Kap. 6**). Will man die Arbeit von Selbsthilfegruppen angemessen unterstützen und fördern, so ist die Förderpolitik sowohl auf die horizontale Ebene, auf die Kommune, als auch auf die vertikale Ebene, die Unterstützung auf Landes- und Bundesebene, auszurichten. Wie die Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland organisiert ist, zeigt **Abb. 10.1**.

Ziele und Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH)

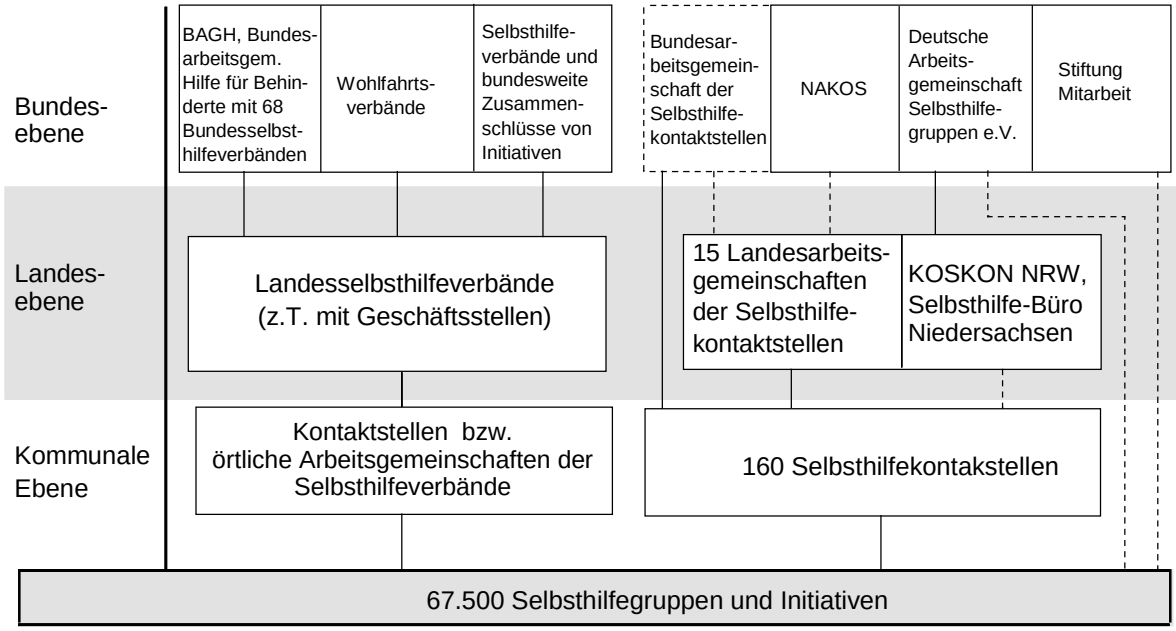
Die Selbsthilfeverbände, die in der Regel auf Landes- und Bundesebene organisiert sind, haben sich zum einen in der 1976 gegründeten Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH) zusammengeschlossen. Im Jahre 1995 waren 68 Bundesverbände mit ca. 700.000 Mitgliedern in der BAGH organisiert (vgl. BAGH 1995a u. 1995b). Viele Landesverbände haben sich zu Landesarbeitsgemeinschaften zusammengeschlossen.

Die Selbsthilfeverbände vertreten die Interessen behinderter und chronisch kranker Menschen. Sie unterstützen die örtlichen Gruppen durch fachliche Beratung sowie durch Informationsmaterialien. Vor allem vertreten sie die Interessen der ihnen angeschlossenen Gruppen auf Landes- und Bundesebene. Dabei zählen Öffentlichkeitsarbeit, Einflußnahme auf gesetzliche Regelungen, Lobbyarbeit sowie Fortbildung zu ihren Aufgaben.

Der Dachverband BAGH hat folgende Aufgaben (vgl. BAGH 1995 b):
- Interessenvertretung behinderter und chronisch kranker Menschen
- Erarbeitung konzeptioneller Vorstellungen hinsichtlich der Verwirklichung eines gleichberechtigten und selbstbestimmten Lebens

- Internationale Aktivitäten (z.B. Mitarbeit im Helios II Forum der europäischen Behindertenverbände)
- Fortbildung und Beratung von Betroffenen und Mitarbeitern der Verbände
- Selbsthilfeunterstützung durch Vermittlung finanzieller Hilfe
- bundesweite Öffentlichkeitsarbeit

Abb. 10.1: Unterstützung der Selbsthilfegruppen und Initiativen durch Verbände und Selbsthilfekontaktstellen in der Bundesrepublik Deutschland



© ISAB Köln 06/1995. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

Ziele und Aufgaben des PARITÄTISCHEN Bundesverbandes

Der überwiegende Teil der Selbsthilfeverbände ist Mitglied eines Wohlfahrtsverbandes. Besondere Bedeutung kommt dem PARITÄTISCHEN Bundesverband zu: Etwa 70 Selbsthilfeverbände mit - nach eigener Schätzung - ca. 700.000 Mitgliedern sind derzeit im PARITÄTISCHEN Bundesverband sowie in den Landesverbänden des PARITÄTISCHEN organisiert. Gleichzeitig ist der PARITÄTISCHE auch Träger vieler Kontaktstellen.

Etwa 40 % der 8.000 Mitgliedsorganisationen des PARITÄTISCHEN sind im Bereich der Behinderten- und Gesundheitsselbsthilfe aktiv. Der PARITÄTISCHE repräsentiert und fördert seine Mitgliedsorganisationen in ihren fachlichen Zielsetzungen sowie in rechtlichen und wirtschaftlichen Belangen. Die Selbsthilfeorganisationen werden über vereinsrechtliche, steuerrechtliche, arbeitsrechtliche und sozialrechtliche Fragen beraten. In finanzieller Hinsicht unterstützt sie der Verband durch die Vermittlung von Zuschüssen aus den Soziallotterien und berät über Fördermöglichkeiten.

Weitere Verbände auf Landes- und Bundesebene

Neben den in der BAGH und dem PARITÄTISCHEN Bundesverband organisierten Verbänden haben sich eine Vielzahl von Initiativen überregional zusammengeschlossen. Eine Untersuchung von Krebs zeigt, daß in den alten Bundesländern bereits Ende der 80er Jahre über 200 derartige Zusammenschlüsse bestanden. Ihre Aufgabe liegt darin, den Informationsfluß, die Koordination und Kooperation der vor Ort arbeitenden Gruppen zu verbessern und nach außen die Interessen der Initiativen wirksam zu vertreten. Diese Zusammenschlüsse haben sich vornehmlich in den Bereichen Politik, Kultur, Umwelt, Frieden, Frauen und soziokulturelle Themen gebildet (vgl. Krebs 1990, S. 251 ff.). Aktuelle Informationen zu diesem Thema hat die Stiftung Mitarbeit veröffentlicht (vgl. z.B. Stiftung Mitarbeit 1993 u. 1995).

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Im Jahre 1975 wurde die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) gegründet. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, die Bildung und die Arbeit von Selbsthilfegruppen anzuregen und zu unterstützen. Sie bemüht sich insbesondere um solche Gruppen, in denen die unmittelbare menschliche Begegnung am Wohnort im

Vordergrund steht (vgl. Matzat/ Breitkopf 1994). Die DAG SHG vertritt die Gruppenselbsthilfe. Als Fachverband zur Selbsthilfegruppen-Unterstützung fördert sie den Aufbau und die Arbeit von Gruppen, deren Mitglieder sich auf lokaler Ebene in regelmäßigen Treffen um gleichberechtigten Erfahrungsaustausch, Emanzipation, Selbstreflexion und gegenseitige Hilfe bemühen. Die DAG SHG

- informiert die Öffentlichkeit über die Möglichkeiten der Selbsthilfegruppenarbeit im Sozial- und Gesundheitsbereich;
- tritt in den Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens und bei den Angehörigen helfender und versorgender Berufe für die Akzeptanz von Gruppen ein, in denen gleichartig Betroffene Schwierigkeiten und Probleme ohne professionelle oder formelle Leitung bearbeiten;
- erleichtert Einzelpersonen den Zugang zu Selbsthilfegruppen und stellt Arbeitshilfen für die Gruppenarbeit bereit;
- engagiert sich für die sozial- und gesundheitspolitische Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen;
- setzt sich für den Aufbau von bereichsübergreifenden Selbsthilfekontaktstellen zur infrastrukturellen Unterstützung und Beratung von Gruppen ein, die auf regionaler oder kommunaler Ebene arbeiten;
- qualifiziert Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Selbsthilfekontaktstellen für ihren themen- und organisationenübergreifenden Arbeitsauftrag in der Selbsthilfegruppen-Unterstützung und für ihre Clearing- und Vermittlungsfunktionen in der Einzelberatung.

Die DAG SHG ist ferner Träger der NAKOS mit Sitz in Berlin sowie der Landeskoordinationsstelle KOSKON in Mönchengladbach und des Selbsthilfe-Büros Niedersachsen in Hannover (vgl. **Kap. 11**).

Verhältnis zwischen Selbsthilfeverbänden und Selbsthilfekontaktstellen

Das Verhältnis zwischen Selbsthilfeverbänden und Selbsthilfekontaktstellen ist nicht unproblematisch. Es geht um die Frage, wer die Unterstützung der Gruppen wahrnimmt, wer ihre Interessen vertritt und wer welche Anteile der Fördermittel für Selbsthilfe erhalten soll. Ausgangspunkt der Debatte über das Verhältnis von Selbsthilfeverbänden und -kontaktstellen ist die Tatsache, daß sich Selbsthilfegruppen in

Deutschland zu unterschiedlichen Zeitpunkten entwickelt haben (vgl. **Kap. 3**). Seit Mitte des Jahrhunderts haben sich Gruppen in den Bereichen chronische Erkrankung, Behinderung und Sucht zu Landes- und Bundesverbänden zusammengeschlossen. Ab den 70er Jahren folgte eine zweite Gründungswelle zu psychosozialen Probleme und sozialen Themen. Ab Ende der 70er Jahre entstanden die ersten Selbsthilfekontaktstellen in der Bundesrepublik Deutschland.
Die fachspezifisch ausgerichteten Selbsthilfeverbände beanspruchen für sich, ihre örtlichen Gruppen zu unterstützen und deren Interessenvertretung auf Landes- und Bundesebene zu übernehmen. In den fachübergreifenden Selbsthilfekontaktstellen sehen sie teilweise eine Konkurrenz, zumal wenn sie selbst örtliche Kontaktstellen eingerichtet haben. Selbsthilfekontaktstellen als professionelle Dienste vertreten nach ihrer Auffassung Eigeninteressen (vgl. z.B. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1996). Sie kritisieren, daß weniger die Unterstützung der Interessen der lokalen Selbsthilfegruppen als vielmehr die Absicherung der Einrichtungsform im Vordergrund der Arbeit der Kontaktstellen stehe.

Als Kritik an den Selbsthilfeverbänden wird angeführt, daß sie sich in hohem Maße verbandsmäßig etabliert haben und oft Eigeninteressen vertreten (vgl. z.B. KOSKON 1992). Die fachliche Beratung der Gruppen vor Ort kann von ihnen nur zum Teil geleistet werden. In der Regel beschränken sich die Leistungen der Verbände auf die Bereitstellung von schriftlichen Informationsmaterial. Die konkreten Unterstützungsbedarfe der Gruppen vor Ort - wo finde ich Räume, wer berät die Gruppe, wo können Fördermittel beantragt werden? - können die Verbände häufig nicht decken. Einzelne Verbände akquirieren erfolgreich die Fördermittel zu Lasten der nicht verbandlich organisierten lokalen Gruppen. Ein weiterer Kritikpunkt ist, daß einzelne Selbsthilfeverbände mittlerweile Träger von sozialen Einrichtungen sind (z.B. die Lebenshilfe). Damit verlassen sie die Rolle der Konsumentenvertretung und werden selbst zu Dienstleistungsanbietern.

Das Verhältnis zwischen Selbsthilfeverbänden und Selbsthilfekontaktstellen ist somit auch durch das Spannungsfeld gekennzeichnet, wer die vergleichsweise geringen Mittel für die Selbsthilfeförderung erhalten soll. Zu welchen Anteilen sollen die Mittel für die Förderung der örtlichen Gruppen, für die Selbsthilfeverbände oder Kontaktstellen eingesetzt werden?

Im Gegensatz zu den fachspezifischen Selbsthilfeverbänden sind Kontaktstellen fachübergreifend ausgerichtet. Sie unterstützen alle Gruppen vor-Ort, unabhängig davon, ob und wie sie überörtlich organisiert sind. Die Gruppenbefragung zeigt, daß viele in Verbänden organisierte Gruppen Unterstützungsleistungen der Kontaktstellen in Anspruch nehmen: 60 % der von Kontaktstellen unterstützten Gruppen sind in einem Wohlfahrtsverband und/ oder einem Selbsthilfeverband organisiert (vgl. **Kap. 3**). Auch hinsichtlich ihrer Interessenvertretung zeigt sich, daß - weitestgehend unabhängig von der Organisation in einem Selbsthilfe- oder Wohlfahrtsverband - 52 % der Gruppen ihre Interessen selbst vertreten wollen (vgl. **Abb. 8.6**). Neben dem eigenen Einsatz für Anliegen sind es mit 26 % die Kontaktstellen, die nach Auffassung der Gruppen ihre Interessenvertretung übernehmen sollten.

Sicherlich hat zu den Schwierigkeiten zwischen Verbänden und Kontaktstellen beigetragen, daß die Organisation von Kontaktstellen auf Landes- und Bundesebene bislang nicht hinreichend geklärt ist (vgl. **Kap. 11**). Erschwert wird die Diskussion aber auch dadurch, daß die Dachverbände wie BAGH, PARITÄTISCHER und DAG SHG aufgrund ihrer Mitgliederstruktur jeweils verschiedene Interessengruppen vertreten müssen, daß es dabei zu Überschneidungen kommt und bislang keine klare Aufgaben- und Zuständigkeitsabgrenzung erfolgt ist. So organisieren sich beispielsweise im PARITÄTISCHEN Bundesverband Selbsthilfeverbände, er ist aber auch Träger vieler Kontaktstellen. In der DAG SHG sind neben Selbsthilfegruppen auch Mitarbeiter aus einzelnen Kontaktstellen organisiert.

Seit 1995 führen die BAGH sowie die DAG SHG Gespräche über das Verhältnis zwischen Verbands- und Gruppenselbsthilfe. Dabei ging es um die Klärung der jeweiligen Zuständigkeiten, die Vereinbarung einer regelmäßigen Kooperation sowie die gemeinsame Interessenvertretung der Selbsthilfe in Deutschland. Die Gespräche haben 1996 zu einer gemeinsamen Erklärung von BAGH und DAG SHG geführt (vgl. BAGH/ DAG SHG 1996, S. 48 f.). Nach dieser Erklärung setzt sich die BAGH als Dachverband für die Interessen der Selbsthilfeverbände ein. Demgegenüber vertritt die DAG SHG die Interessen der auf lokaler bzw. regionaler Ebene bestehenden Gruppen. Ferner setzt sich die DAG SHG

für den Aufbau fachübergreifender Kontaktstellen sowie die Mitarbeiterqualifizierung ein.

Die Unterstützung von Selbsthilfegruppen sollte gleichberechtigt durch Selbsthilfeverbände und Selbsthilfekontaktstellen erfolgen. Die Stärke der Verbände liegt darin, daß sie sich gezielt für die der in ihnen organisierten Selbsthilfegruppen, also jeweils zu einem speziellen sozialen oder gesundheitlichen Thema, einsetzen. Die Stärke der Selbsthilfekontaktstellen liegt in ihrem fachübergreifenden Ansatz und in ihrer lokalen Ausrichtung. Ziel einer angemessenen Selbsthilfeförderpolitik sollte es daher sein, die unterschiedlichen Aktivitäten und Leistungen von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeverbänden und Selbsthilfekontaktstellen zu erkennen und in eine ausgewogene Förderpolitik umzusetzen.

11. Organisierung von Selbsthilfekontaktstellen in den Ländern und auf Bundesebene

Eine Zielsetzung des Modellprogramms bestand darin, die Institutionalisierung von Selbsthilfekontaktstellen in den neuen Bundesländern zu unterstützen. Die Erfahrungen in den alten Bundesländern zeigten, daß die Vernetzung und Institutionalisierung von Kontaktstellen durch die Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften erheblich gefördert werden kann. Von der wissenschaftlichen Begleitung wurden im Verlaufe des Modellprogramms regelmäßig regionale Arbeitstreffen der Kontaktstellen durchgeführt. Sie dienten der Abstimmung und Kooperation zwischen wissenschaftlicher Begleitung und Kontaktstellen und förderten gleichzeitig den Erfahrungsaustausch der Selbsthilfekontaktstellen untereinander. Von der Zusammenarbeit in den regionalen Arbeitstreffen ging in den meisten Bundesländern noch während der Laufzeit des Programms die Initiative zur Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften aus.

Dabei mußten die folgenden Fragen geklärt werden: Wer soll Mitglied in der Landesarbeitsgemeinschaft werden? Was sind die Ziele und Aufgaben der Landesarbeitsgemeinschaft? Wie können Landesarbeitsgemeinschaften organisiert werden, um erfolgreich die Anliegen der Selbsthilfekontaktstellen zu unterstützen? Über welche Organe müssen Landesarbeitsgemeinschaften verfügen?

Eine Vernetzung der Kontaktstellen, überwiegend in Form von Landesarbeitsgemeinschaften, existiert heute, bis auf Schleswig-Holstein, in allen Bundesländern. In den neuen Bundesländern wurden folgende Landesarbeitsgemeinschaften gegründet (vgl. **Abb. 11.1**):

- Landesarbeitsgemeinschaft der Kontaktstellen Mecklenburg-Vorpommern
- Landesarbeitsgemeinschaft für Selbsthilfeförderung im Land Brandenburg e.V. (bereits vor dem Modellprogramm gegründet)
- Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen Sachsens LAG SKS

- Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen Sachsen-Anhalt
- Das Thüringer Selbsthilfeplenum e.V. Ferner nimmt die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung e.V. (Agethur) im Rahmen einer Arbeitsgruppe Selbsthilfe die Interessenvertretung der Selbsthilfekontaktstellen wahr.

Die Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen in der Bundesrepublik Deutschland sind unterschiedlich organisiert. Aufgrund der Mitgliederstruktur lassen sich drei Formen unterscheiden, wobei die Träger der Selbsthilfekontaktstellen bislang in keiner Landesarbeitsgemeinschaft vertreten sind:

- Landesarbeitsgemeinschaften, in denen ausschließlich Selbsthilfekontaktstellen mit hauptamtlichen Mitarbeitern organisiert sind;
- Landesarbeitsgemeinschaften, in denen neben Selbsthilfekontaktstellen auch Einrichtungen und Dienste organisiert sind, die Selbsthilfeförderung als Nebenaufgaben übernehmen (vgl. **Kap. 5**) ;
- Landesarbeitsgemeinschaften, in denen neben Selbsthilfekontakt- und Selbsthilfeunterstützungsstellen auch Einzelpersonen sowie Selbsthilfegruppen Mitglied sind.

Ziele und Aufgaben von Landesarbeitsgemeinschaften

Ziel der Landesarbeitsgemeinschaften ist die überregionale Vernetzung der Selbsthilfekontaktstellen im jeweiligen Bundesland. Um dieses Ziel zu erreichen, übernehmen die Arbeitsgemeinschaften folgende Aufgaben: Sie organisieren den gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch der Kontaktstellen untereinander sowie die Fortbildung und in einigen Fällen die kollegiale Supervision der Kontaktstellenmitarbeiterinnen. Darüber hinaus wird von den Landesarbeitsgemeinschaften Öffentlichkeitsarbeit geleistet. So erstellen sie Rundbriefe, die über die Arbeit und Entwicklung in den Kontaktstellen berichten. Darüber hinaus werden von den Landesarbeitsgemeinschaften Veranstaltungen mit Fachleuten und Kooperationspartnern (mit)organisiert.

Ferner vertreten sie die Interessen der Kontaktstellen gegenüber dem jeweiligen Bundesland sowie gegenüber anderen, auf der Landesebene organisierten Kooperationspartnern und potentiellen Finanzierungsträgern.

Abb. 11.1: Organisationsformen der Selbsthilfekontakt-stellen in den 16 Bundesländern

Bundesland	Name	davon Selbst-hilfekontakt-stellen	Einrichtungen, die SH als Nebenaufgabe unterstützen
Baden-Württemberg	Landesarbeitsgem. der Kontakt- und Informationsstellen für SH-Gruppen	8	17
Bayern	Landesarbeitsgemeinschaft für Selbsthilfekontaktstellen	6	14
Berlin	Selko e.V., Verein zur Förderung von Selbsthilfekontaktstellen	21	-
Brandenburg	Landesarbeitsgemeinschaft für Selbsthilfeförderung	15	-
Bremen	Selbsthilfe- Unterstützerstellen (Sehunt)	1	2
Hamburg	Kontakt- und Informationsstellen	3	-
Hessen	Landesarbeitsgemeinschaft der Kontaktstellen für SHG	7	4
Mecklenburg-Vorpommern	Landesarbeitsgemeinschaft der Kontaktstellen	9	2
Niedersachsen	AK der Kontakt- und Beratungs-stellen im Selbsthilfebereich	27	-
Nordrhein-Westfalen	Arbeitsgemeinschaft Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen	18	-
Rheinland-Pfalz	Selbsthilfebüro am Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit	3	2
Saarland	KISS im Saarland	1	-
Sachsen	Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen (LAG SKS)	8	-
Sachsen-Anhalt	Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen	5	-
SchleswigHolstein	-	-	-
Thüringen	Thüringer Selbsthilfeplenum e.V.	5	9
Thüringen	Agethur, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, AG SH	5	9
Insgesamt	(bereinigt um Doppelmitgliedschaft)	140	55

© ISAB Köln 06/1996. Eigene Recherchen. Selbstdarstellungen der Landesarbeitsgemeinschaften. NAKOS: Rote Adressen 1995/96.

Die Landesarbeitsgemeinschaften sind Ansprechpartner für die Sozial- und Gesundheitsministerien der Länder, die landesweiten Vertretungen der Sozialversicherungen (wie Landesverbände der Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten) und die Selbsthilfeverbände. Hierbei erbringen sie folgende Leistungen:

- Bündelung der Interessen der Selbsthilfekontaktstellen;
- Mitarbeit und Mitentscheidung bei der Neueinrichtung von Selbsthilfekontaktstellen;
- Mitwirkung bei der Aufgaben- und Leistungsbeschreibung der Selbsthilfekontaktstellen, Mitwirkung bei der Gewährleistung von Qualitätsstandards für Selbsthilfekontaktstellen;
- Beratung bei der Finanzierungsaufteilung zwischen Landes- und kommunaler Ebene.

Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften

Auf Initiative der Landesarbeitsgemeinschaften in Nordrhein-Westfalen und in Niedersachsen wurden Geschäftsstellen eingerichtet: die KOSKON sowie das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen. Die Gründung dieser Landeskoordinationsstellen ist u.a. darauf zurückzuführen, daß in NRW und in Niedersachsen bereits eine infrastrukturelle Förderung der Selbsthilfekontaktstellen bestand und eine vergleichsweise gute Ausstattung der Kontaktstellen in beiden Bundesländern erreicht wurde.[1]

In beiden Bundesländern wurden Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen gegründet, aus denen die Landeskoordinationsstellen als Geschäftsführung der Landesarbeitsgemeinschaften gebildet wurden. Wie das Beispiel der KOSKON zeigt, zählen zu den Aufgaben der Landeskoordinationsstelle die Organisation und Dokumentation des Erfahrungsaustausches der Mitarbeiter, die Aufbauberatung, die Förderung der Zusammenarbeit mit Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens, die Beratung kommunaler Entscheidungsträger und auf Wunsch auch von Landesselbsthilfeverbänden sowie die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen und öffentlichkeitswirksamen Tagungen. Finanziert wird die KOSKON durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS).

1 Die LAG für Selbsthilfeförderung in Brandenburg hat ebenfalls eine Geschäftsstelle eingerichtet. Zur Information vgl. z.B. Braun/ Berger 1994, S. 85 f.

Mit Ausnahme von Brandenburg bestehen in den neuen Bundesländern derartige Landesgeschäftsstellen noch nicht. Bislang wird in den neuen Bundesländern die Geschäftsführung der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen im rotierenden Verfahren von einer der Selbsthilfekontaktstellen wahrgenommen.

Perspektiven der Arbeit der Landesarbeitsgemeinschaften

Die weitere Organisierung von Selbsthilfekontaktstellen wurde auf der Fachtagung Selbsthilfe 2000 in Suhl in einer Arbeitsgruppe diskutiert. Als Ergebnis wurden Forderungen für die zukünftige Arbeit von Landesarbeitsgemeinschaften aufgestellt:

- Sofern die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Selbsthilfekontaktstellen Mitglied in der Landesarbeitsgemeinschaft sind, ist sicherzustellen, daß sie von ihren Trägern für die Teilnahme und Mitarbeit in den Landesarbeitsgemeinschaften freigestellt werden.
- Die landesweite Vernetzung der Selbsthilfekontaktstellen sollte in den Landesförderrichtlinien zur Selbsthilfeförderung berücksichtigt werden.
- Bei Verhandlungen auf der Landesebene sowie bei der Festschreibung von Qualitätsstandards für die Kontaktstellenarbeit sind die Landesarbeitsgemeinschaften zu beteiligen.

Aufgrund der bestehenden Unterschiede in Mitgliederstruktur, Zielen und Aufgaben der Landesarbeitsgemeinschaften ergeben sich eine Reihe von Fragen für den weiteren Organisationsprozeß. So sind in einigen Landesarbeitsgemeinschaften sowohl eigenständige Selbsthilfekontaktstellen als auch Dienste vertreten, die Selbsthilfeunterstützung als Nebenaufgabe erbringen. In diesen Arbeitsgemeinschaften gestaltet sich die Festschreibung von Qualitätsstandards für fachübergreifende Selbsthilfeunterstützung schwierig. Selbsthilfeunterstützungsstellen sind kaum daran interessiert, daß die Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen als Standard festgeschrieben werden und deren Finanzierung geklärt wird. Zur Absicherung von Selbsthilfekontaktstellen sollten daher in allen Bundesländern Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen eingerichtet werden. Dabei ist zu klären, an welche Voraussetzungen die

Mitgliedschaft in der Landesarbeitsgemeinschaft gebunden ist und wie die Träger in ihr beteiligt werden.

Ein Problem der bisherigen Interessenvertretung von Selbsthilfekontaktstellen liegt darin, daß Finanzierungsverhandlungen mit Landesministerien und Krankenkassen nicht von den derzeitigen Landesarbeitsgemeinschaften geführt werden können. In den Landesarbeitsgemeinschaften sind entweder die Selbsthilfekontaktstellen als Institution oder einzelne Mitarbeiter aus den Selbsthilfekontaktstellen organisiert. Für die Förderung und Finanzierung sind aber die Träger bzw. deren Vorstände zuständig. Die Erfahrungen im Modellprogramm haben gezeigt, daß Träger der Kontaktstellen (Kommunen, Wohlfahrtsverbände und Vereine) bisher keine gemeinsame Position auf der Landesebene beziehen. Daher wurde diese Aufgabe von der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft übernommen. Im Hinblick auf erfolgreiche Finanzierungsverhandlungen sollten zukünftig auch Trägervertreter in die Landesarbeitsgemeinschaften aufgenommen werden.

Die Erfahrungen mit Arbeitsgemeinschaften als Interessenvertretung von Diensten und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens zeigen, daß eine Vielzahl organisatorischer und rechtlicher Fragen geklärt werden müssen. Hierzu gehören Fragen der Organisationsform (z.B. als eingetragener Verein) und der organisatorischen Anbindung, Satzungsfragen sowie Fragen der Einrichtung eines Vorstands und des Stimmrechts.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen

Im Unterschied zu den Selbsthilfeverbänden, die sich auf der Bundesebene in der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte und im PARITÄTISCHEN Bundesverband organisieren (vgl. **Kap. 10**), sind Selbsthilfekontaktstellen nicht auf der Bundesebene organisiert. Die Aufgabe der Bundesvertretung von Selbsthilfekontaktstellen wird bislang von der DAG SHG übernommen, die beispielsweise in Gesprächen und Verhandlungen mit Krankenkassen die Interessen der Selbsthilfekontaktstellen vertreten hat. Seit zwei Jahren organisiert die NAKOS eine Tagung pro Jahr, zu der die Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen eingeladen werden. Ziel ist ein Erfahrungsaustausch zwischen den Landesarbeitsgemeinschaften.

Anläßlich einer Tagung im Herbst 1996 wurde erstmals über die Frage der Vertretung auf der Bundesebene sowie die Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft diskutiert. Die Vertreter der Landesarbeitsgemeinschaften haben sich zunächst gegen eine Bundesarbeitsgemeinschaft ausgesprochen. Die Treffen der Landesarbeitsgemeinschaft sollen zukünftig als „Länderrat“ bezeichnet werden. Die NAKOS soll bei bundesweiten Aktivitäten auch die Interessen der Landesarbeitsgemeinschaften einbeziehen und vertreten (vgl. Pagel 1996, S. 19).

Damit bleibt festzuhalten, daß bei den Landesarbeitsgemeinschaften der Erfahrungsaustausch sowie die Öffentlichkeitsarbeit über die Arbeit von Kontaktstellen im Vordergrund steht. Finanzierungsvereinbarungen können die Landesarbeitsgemeinschaften nicht treffen, da die Kontaktstellen auf der Länderebene bislang nicht entsprechend organisiert sind. Auf der Bundesebene besteht keine legitimierte Vertretung der Kontaktstellen.

Um eine bessere Präsenz und Vertretung der Selbsthilfekontaktstellen auf der Bundesebene zu erreichen, sollte eine Bundesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen gegründet werden. Vorbild kann hierbei die 1995 gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros sein (vgl. Böge 1996, S. 245 ff. u. Kluge/ Kricheldorff 1996, S. 337 ff.). Überträgt man die Erfahrungen auf die Selbsthilfekontaktstellen, ergibt sich das in **Abb. 11.2** skizzierte Organisationsmodell einer Bundesarbeitsgemeinschaft.

Im Sinne einer wirkungsvollen Interessenvertretung der Selbsthilfekontaktstellen sind dabei die folgenden Fragen zu klären:

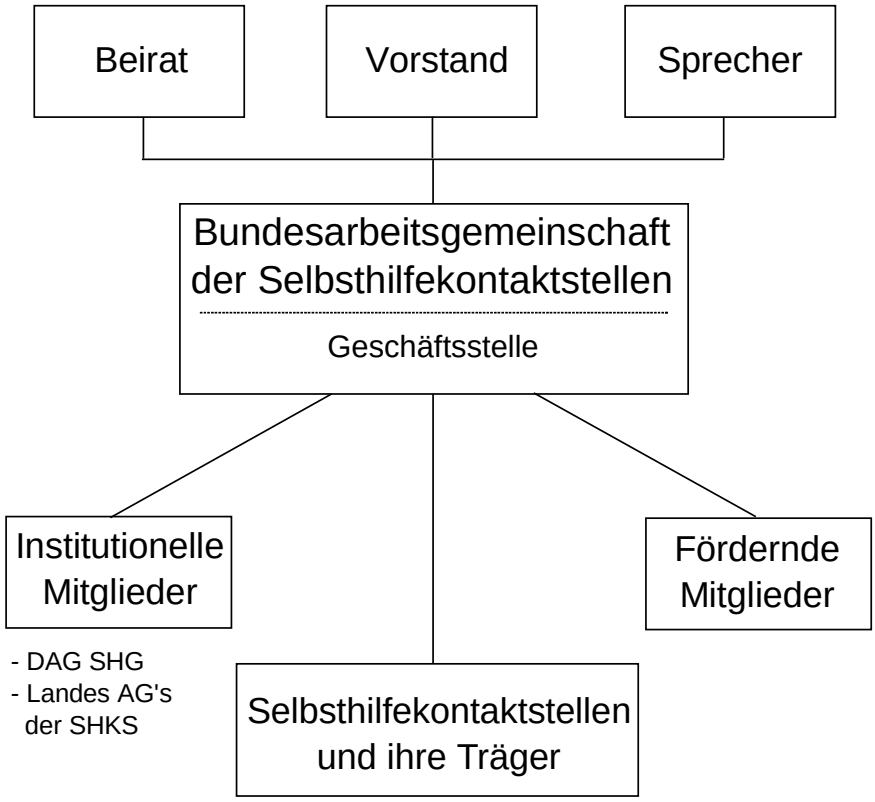
- Die Mitgliedschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft: In welcher Form sind die Kontaktstellen und ihre Träger?
- Welche Organe sollen für die Bundesarbeitsgemeinschaft geschaffen werden? Soll neben einem Vorstand ein Beirat eingerichtet werden, und welche Aufgaben soll er übernehmen?
- Welche Ziele und Aufgaben verfolgt die Bundesarbeitsgemeinschaft, und wie können diese in einer Satzung festgeschrieben werden?
- Wie finanziert sich die Bundesarbeitsgemeinschaft? Können fördernde Mitglieder für die Bundesarbeitsgemeinschaft gewonnen werden?

- In welcher Form sind Institutionen wie beispielsweise die DAG SHG oder die bestehenden Landesarbeitsgemeinschaften bzw. deren Geschäftsstellen in der Bundesarbeitsgemeinschaft vertreten?

Angesichts der schwierigen Finanzierungssituation der Selbsthilfekontaktstellen muß die Frage gestellt werden, ob die bestehenden Verbände die Institutionalisierung der Selbsthilfekontaktstellen mit der notwendigen Vehemenz vorangetrieben haben bzw. zukünftig vorantreiben können. Daher ist es dringend geboten, die Interessen der Selbsthilfekontaktstellen auf der Bundesebene durch die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft zu fördern, zu deren Aufgaben u.a. die bundesweite Interessenvertretung der Kontaktstellen, die finanzielle Absicherung und Institutionalisierung der Kontaktstellen, der Erfahrungsaustausch sowie die Gewährleistung der Qualitätsstandards von Selbsthilfekontaktstellen zählen sollten.

In die Bundesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen können die langjährigen Erfahrungen der DAG SHG zur Unterstützung der Selbsthilfe eingebracht werden. Angesichts der Sachkenntnisse der NAKOS empfiehlt es sich, dieser die Geschäftsführung der Bundesarbeitsgemeinschaft zu übertragen. Es kann davon ausgegangen werden, daß durch diese Bündelung der Ressourcen und Kompetenzen der Selbsthilfeunterstützung - der Bundesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen, der DAG SHG sowie der NAKOS - wichtige Synergieeffekte und Impulse für den notwendigen Ausbau einer selbsthilfeunterstützenden Infrastruktur und zur Förderung des Selbsthilfeengagements der Bürger entstehen.

Abb. 11.2: Modell zur Organisierung der Selbsthilfekontaktstellen auf der Bundesebene



© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

Teil 5 Selbsthilfeförderpolitik

12. Ziele und Instrumente zur Förderung der Selbsthilfe und des freiwilligen Engagements

Eine zentrale Anforderung an das Modellprogramm bestand darin, gemeinsam mit den am Programm beteiligten Akteuren und Institutionen ein Förderkonzept auf der Grundlage geeigneter Förderinstrumente zu entwickeln und zu erproben. Dabei konnte auf Erfahrungen des Programms in den alten Bundesländern zurückgegriffen werden. Eine besondere Frage an die wissenschaftliche Begleitung war, ob die Förderinstrumente auch für die besondere Situation im Prozeß der Systemtransformation in den neuen Bundesländern geeignet sind.

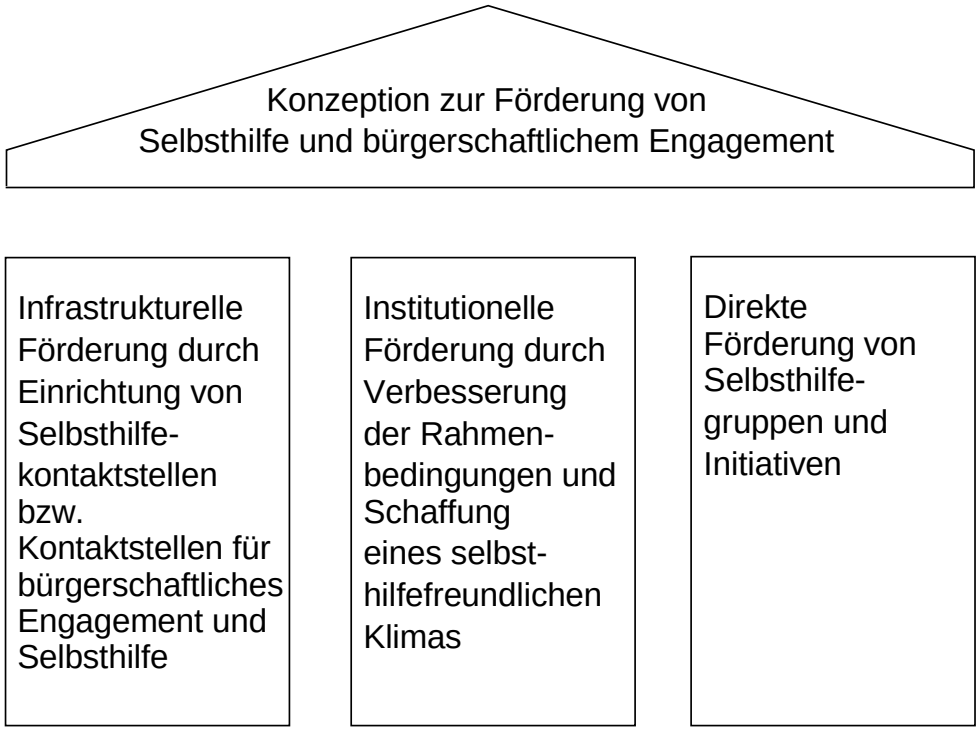
Wie Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement am besten gefördert werden können, hat zu einer breiten Diskussion über geeignete Förderinstrumente geführt. Unverkennbar war, daß traditionelle Formen des Engagements an Bedeutung verlieren und neue Engagementformen entstanden sind. Es besteht eine hohe Engagementbereitschaft in der Bevölkerung, die jedoch nur zum Teil in tatsächlichem Engagement realisiert wird. Es war zu klären, welche Barrieren und Hemmnisse das Engagement in Selbsthilfegruppen und Initiativen behindern und worin geeignete Unterstützungsleistungen liegen. In den alten Bundesländern konnte gezeigt werden, daß in Kommunen mit Selbsthilfekontaktstellen die Zahl der Selbsthilfegruppen deutlich gestiegen ist (in drei Jahren um 36 %). In den neuen Bundesländern war die Zunahme der Gruppen mit 50 % in zwei Jahren noch deutlicher, auch wenn berücksichtigt wird, daß es aufgrund des Fehlens einer Selbsthilfebewegung in der DDR einen „Nachholeffekt“ gegeben hat.

Bereits das Programm in den alten Bundesländern hatte gezeigt, daß Fördermaßnahmen, wenn sie nicht zwischen den Förderern abgestimmt werden, dem Anliegen und Unterstützungsbedarf der Selbsthilfegruppen und Initiativen nur bedingt gerecht werden (vgl. Braun/ Opielka 1992, S. 121 ff.). Eine Förderkonzeption auf der Grundlage einer klaren Aufgaben-

und Zuständigkeitsteilung führt zu wirkungsvolleren Effekten. Wohlfahrt bezeichnet eine solche Förderkonzeption treffend als „Selbsthilfeförderung aus einem Guß“ (Wohlfahrt 1994, S. 7). Sie umfaßt drei Förderinstrumente (vgl. **Abb. 12.1**):

- die Bereitstellung einer engagementunterstützenden Infrastruktur durch Selbsthilfekontaktstellen,
- die institutionelle Förderung durch die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Selbsthilfe sowie
- die direkte Förderung von Selbsthilfegruppen und Initiativen.

Abb. 12.1: Instrumente zur Förderung der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements



© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

ISAB hat diese Förderinstrumente bereits in den Empfehlungen zur Selbsthilfeförderung in Städten, Kreisen und Gemeinden (vgl. Braun 1991) sowie im Abschlußbericht des Modellprogramms in den alten Bundesländern veröffentlicht (vgl. Braun/ Opielka 1992). Im Modellprogramm in den neuen Bundesländern wurden sie im Zwischenbericht differenziert und um Förderempfehlungen für Selbsthilfegruppen ergänzt (vgl. Braun/ Kasmann/ Kettler 1994). Die förderpolitischen Überlegungen wurden von verschiedenen Verbänden und Institutionen aufgegriffen:

- in der Empfehlung der DAG SHG e.V. zur Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen (vgl. DAG SHG 1993);
- in den Thesen und Empfehlungen des DGB „Zur zukünftigen Zusammenarbeit von Selbstverwaltung und Selbsthilfe in der Gesundheitsförderung“ (vgl. DGB Bundesvorstand 1994);
- im Gutachten des Prognos Instituts mit Vorschlägen zur Durchführung der Förderung von Selbsthilfekontaktstellen (vgl. Prognos 1994);
- im Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages zur Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen an der Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen (vgl. Wissenschaftlicher Dienst 1995).

Zusammenfassung der Ziele und Aufgaben der Selbsthilfeförderung

Ziel der Selbsthilfeförderung ist es, Bürgerinnen und Bürger in Selbsthilfegruppen und Initiativen zu eigenverantwortlichem Engagement zu motivieren und ihr Engagement zu unterstützen. Selbsthilfeförderpolitik zielt darauf ab, die Informationen über Möglichkeiten und Formen der Selbsthilfe zu verbessern. Bürger und Gruppen werden beraten und unterstützt. Hemmende Faktoren und Zugangsbarrieren zur Selbsthilfe sollen abgebaut und die Rahmenbedingungen für Selbsthilfe verbessert werden. Hierzu müssen die Verankerung der Selbsthilfe im lokalen Sozial- und Gesundheitswesen und die Kooperation mit dem professionellen Dienstleistungssystem verbessert werden. Durch aufeinander abgestimmte Maßnahmen werden geeignete Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die soziale und gesundheitliche Selbsthilfe der Bürger geschaffen.

Selbsthilfe ist kein Ersatz für die, sondern eine neue Form des bürgerschaftlichen Engagements neben den vom Sozialstaat

bereitgestellten professionellen Einrichtungen und Diensten im Sozial- und Gesundheitsbereich. Professionelle Leistungen können, wenn sie als Bevormundung verstanden werden, dazu führen, daß der Wille zu bürgerschaftlichem Engagement entmutigt wird. Demgegenüber fördert Selbsthilfe ein neues Potential der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung.

Selbsthilfe darf nicht überfordert werden, vielmehr muß ihre Eigenart als neue Form bürgerschaftlichen Engagements anerkannt und respektiert werden. Dabei ist das Engagement in Selbsthilfe auf Unterstützung und die Bereitstellung von Ressourcen angewiesen.

Selbsthilfeförderung wirkt durch die Aktivierung und Stabilisierung des Potentials freiwilliger sozialer Hilfe der Ausgrenzung und Isolation Betroffener entgegen und stärkt die Solidarität und Bereitschaft zu gegenseitiger Hilfe. Sie steigert die individuellen Kompetenzen der Bürgerinnen und Bürger zur Bewältigung außergewöhnlicher sozialer und gesundheitlicher Belastungen und Lebenskrisen und unterstützt die eigenständige Interessenartikulation.

Die Stärkung der Kompetenzen und Eigenverantwortlichkeit der Bürger dient auch der Qualitätssicherung professioneller Helfer und der besseren Berücksichtigung von Betroffeneninteressen in den Diensten und Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitsbereich.

Selbsthilfeförderung ist eine öffentliche Gemeinschaftsaufgabe, an der neben den Ländern und Kommunen auch die Sozialversicherungsträger, insbesondere die Krankenkassen, zu beteiligen sind. Wenn alle drei Förderinstrumente der Selbsthilfe aufeinander abgestimmt angewandt werden und die Fördermodalitäten auf geeigneten Förderrichtlinien und Vergabeverfahren basieren, sind die positiven Effekte für die Selbsthilfe zu erzielen.

12.1 Infrastrukturelle, institutionelle und direkte Selbsthilfegruppenförderung

Infrastrukturelle Selbsthilfeförderung

Die Idee zur lokalen Selbsthilfeförderung durch die Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen geht auf ein Projekt der WHO - Euro Ende der 70er Jahre zurück (vgl. Moeller 1996). In den alten Bundesländern entwickelten Selbsthilfegruppen und Initiativen Netzwerke und Unterstützungsstrukturen, um ihre Anliegen gemeinsam durchsetzen zu können. Diese bilden die Grundlage der späteren Selbsthilfekontaktstellen. Die Forderung nach lokaler Unterstützung war u.a. auch darin begründet, daß überregionale Unterstützungsleistungen z.B. durch Selbsthilfeverbände zu wenig auf die lokalen Bedingungen ausgerichtet sind. Zudem waren und sind viele Gruppen nur lokal organisiert und streben keine Mitgliedschaft in Verbänden an.

In den alten Bundesländern haben sich die lokalen Netzwerke und Unterstützungsstellen zu eigenständigen Selbsthilfekontaktstellen entwickelt. Zu diesem Prozeß haben die Modellprogramme des Bundes erheblich beigetragen. Konzeptionell zu unterscheiden von den Selbsthilfekontaktstellen sind Dienste, die die Selbsthilfeförderung als Nebenaufgabe wahrnehmen und damit nur einen Teil des Aufgabenprofils einer Selbsthilfekontaktstelle abdecken.

Die Entwicklung eines geeigneten Förderkonzeptes für die Selbsthilfe ging von der Frage aus, ob Unterstützungsstrukturen erforderlich und mit welchen Effekten sie verbunden sind. Das Modellprogramm konnte zeigen, daß die Unterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen maßgeblich zur Initiierung und Stabilisierung des Engagements in Selbsthilfe beiträgt. Selbsthilfekontaktstellen erbringen differenzierte Leistungen zur Unterstützung der Gruppen (vgl. **Kap. 6**). Die Ergebnisse der Modellprogramme in den alten und neuen Bundesländern zeigen ferner, mit welchen Ressourcen Kontaktstellen ausgestattet sein müssen, um die ihnen übertragenen Aufgaben erfüllen zu können. Selbsthilfekontaktstellen haben sich als effektive Form der Selbsthilfeförderung erwiesen. Ihre Aufgaben und Leistungen können sie realisieren, wenn sie mit folgender Konzeption arbeiten:

Eine Selbsthilfekontaktstelle ist ein sozialer Dienst, der fach- und themenübergreifend für die Selbsthilfe arbeitet und Bürgern breitgefächerte Informations- und Beratungsangebote zur Selbsthilfe anbietet. Sie arbeitet mit allen Selbsthilfegruppen und Initiativen in den verschiedenen Bereichen der sozialen und gesundheitlichen Selbsthilfe zusammen. Sie benötigt festangestelltes Personal, Räume und Sachressourcen. Selbsthilfeunterstützung ist für sie ausschließliche bzw. Hauptaufgabe. Sie erbringt Leistungen für drei Nutzergruppen: selbsthilfeinteressierte Bürger, Selbsthilfegruppen und Initiativen sowie im Sozial- und Gesundheitsbereich tätige Fachleute. Damit übernimmt eine Selbsthilfekontaktstelle Aufgaben, die nirgendwo anders in dieser Art abgedeckt werden.

Um die spezifischen Leistungen einer Selbsthilfekontaktstelle erbringen zu können müssen ihre Mitarbeiterinnen selbständig arbeiten können. Ihre Beratung dient der Klärung der Interessen der Betroffenen und ist Unterstützung zur Selbstorganisation. Sie müssen sowohl Individual- und Gruppenberatung erbringen als auch eine Moderations- und Vermittlungsfunktion in der Kommune übernehmen. Die Träger sollten die Kontaktstelle nicht in andere Aufgaben einbinden. Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen ist, daß sie ihre Selbsthilfeunterstützungsleistungen unabhängig von den Interessen ihrer Träger erbringen können.

Bei der Finanzierung der Selbsthilfekontaktstellen besteht das Problem, daß die Finanzierungsträger auf unterschiedlichen Ebenen - Kommune, Land und Bund - angesiedelt sind. Die Erfahrungen beider Modellprogramme zeigen, daß in denjenigen Bundesländern, in denen die zuständigen Ministerien gemeinsam mit den Kommunen aktiv wurden, die Institutionalisierung der Selbsthilfekontaktstellen am weitesten fortgeschritten ist.

Als Reaktion auf die schwierigere Situation der öffentlichen Haushalte sowie die zähen Verhandlungen mit den Krankenkassen haben die Träger einzelner Kontaktstellen begonnen, Leistungsverträge mit Ländern, Kommunen und Krankenkassen abzuschließen. Leistungsverträge bieten im Gegensatz zu Zuwendungen verschiedene Vorteile. Wenngleich die Erfahrungen mit Leistungsverträgen noch neu sind, ist davon auszugehen, daß diese künftig zur Finanzierung von Kontaktstellen an Bedeutung gewinnen werden (vgl. **Kap. 13**).

Institutionelle Förderung

Die zweite Förderstrategie zielt darauf ab, die Rahmenbedingungen für Selbsthilfe zu verbessern sowie die Information über Selbsthilfe und die Kooperation zwischen den Bürgern, den kommunalen Ämtern und den Verbänden zu fördern. Es sollen geeignete Beteiligungsformen entwickelt werden, wie Selbsthilfegruppen und Bürgerinnen und Bürger ihre Anliegen und Belange in die kommunale Politik und Verwaltung einbringen können. Ziel ist die Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas: Die Rahmenbedingungen für Selbsthilfe sowie die Vernetzung zwischen Selbsthilfegruppen, unterstützender Infrastruktur und Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens sollen auf allen Ebenen der Politik (in der Kommune, in den Ländern und auf der Bundesebene) gefördert werden. Hierzu sind konkrete Kooperationsformen zu entwickeln und Kooperationsvereinbarungen zu treffen.

In Städten und Kreisen mit einer Selbsthilfekontaktstelle sollte für die Selbsthilfeförderung ein Selbsthilfebeirat bzw. -kuratorium eingerichtet werden (vgl. auch **Kap. 5.2**). In ihm sollten alle für die Unterstützung der Selbsthilfe wichtigen Institutionen und Verbände vertreten sein. Der Selbsthilfebeirat kann die Arbeit der Selbsthilfekontaktstelle maßgeblich unterstützen und darauf einwirken, daß hinreichende Mittel für die direkte Selbsthilfegruppenförderung zur Verfügung gestellt werden. Zudem kann er an der Vergabe der Mittel für Selbsthilfegruppen mitwirken. In Städten und Kreisen, in denen noch keine Selbsthilfekontaktstelle eingerichtet wurde, kann der Selbsthilfebeirat maßgeblich die Einrichtung dieser Infrastruktur vorbereiten.

Weitere Maßnahmen der institutionellen Selbsthilfeförderung sind:
- die Beteiligung des Sprechers der Selbsthilfe bei den regionalen Gesundheitskonferenzen,
- die regelmäßige Durchführung kommunaler Veranstaltungen zum Thema Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung (z.B. jährliche Selbsthilfetage),
- die Verankerung einer kommunalen Selbsthilfeförderpolitik in Form der Anhörung von Sprechern aus Selbsthilfegruppen bzw. in Stellvertretung einer Mitarbeiterin der Selbsthilfekontaktstelle bei

relevanten kommunalen Fragen (beispielsweise als sachkundige Bürgerinnen und Bürger im Rat der Stadt),
- die Beteiligung der Selbsthilfekontaktstellen bei den kommunalen Arbeitskreisen, die auch Selbsthilfe betreffen (z.B. AG Altenhilfe, AG Behindertenhilfe etc.),
- der Abschluß von Kooperationsvereinbarungen zwischen Selbsthilfekontaktstelle und anderen Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens.

Direkte Selbsthilfegruppenförderung

Die Förderung von Selbsthilfegruppen und Initiativen durch die Bereitstellung von organisatorischen, sachlichen und finanziellen Mitteln ist das Förderinstrument, welches verschiedene Organisationen und Institutionen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene anwenden. Sie stellt die am weitesten verbreitete Förderung dar. Da sich Selbsthilfegruppen und Initiativen auf der lokalen Ebene organisieren, sollte die direkte Selbsthilfegruppenförderung auch auf der kommunalen Ebene erfolgen. Nur hier kann die Förderungswürdigkeit und der Unterstützungsbedarf der Selbsthilfegruppen sachgerecht beurteilt werden. Sie bietet überdies die Gewähr, daß die nicht in Verbänden organisierten Selbsthilfegruppen hierdurch keine Benachteiligung erfahren.

Eine bedarfsgerechte Förderung von Selbsthilfegruppen durch die öffentliche Hand sollte durch die Einrichtung eines kommunalen bzw. regionalen Selbsthilfeförderfonds erfolgen. Wenn aus ämterbezogenen Haushaltsmitteln gefördert wird, muß sichergestellt sein, daß die verschiedenen Selbsthilfegruppenformen (Selbsthilfegruppen von Betroffenen, außenorientierte Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen) aus dem gesamten Spektrum der sozialen und gesundheitlichen Selbsthilfe unterstützt werden.

Durch geeignete Förderrichtlinien und Vergabeverfahren sollte für Selbsthilfegruppen und Initiativen Transparenz hergestellt und ein möglichst geringer Aufwand für den Nachweis der Verwendung der Mittel gewährleistet werden. Auch Krankenkassen, Rentenversicherungen, private Sponsoren und andere Förderer sollten (in Abstimmung mit den kommunalen Selbsthilfeförderern) Selbsthilfegruppen und Initiativen die Mittel unbürokratisch zur Verfügung stellen.

Die Selbsthilfekontaktstellen sollten bei der Vergabe und der Verwaltung von Fördermitteln (durch Information, Antragsberatung, Antragsweiterleitung und Abrechnung) beteiligt werden, da sie den bestmöglichen Überblick über den jeweiligen Bedarf der Selbsthilfegruppen und Initiativen haben.

Selbsthilfeprojekte, in denen überwiegend hauptberufliche Mitarbeiter soziale und gesundheitliche Dienstleistungen erbringen und deren wichtigster Bedarf Personalmittel sind, sollten in der Regel aus anderen Haushaltstiteln gefördert werden.

Für die Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen gibt es vier Förderarten, die jeweils an unterschiedliche Voraussetzungen geknüpft und mit verschiedenen Nachweisverfahren verbunden sind:
- Startförderung bei der Neugründung
- Förderung der laufenden Arbeit
- Förderung von Einzelmaßnahmen
- Honorarkosten bzw. Aufwandsentschädigungen

Aus den Ergebnissen der 1992 und 1995 in den neuen Bundesländern durchgeführten Selbsthilfegruppen-Befragungen läßt sich der Förderbedarf der Selbsthilfegruppen an finanziellen Zuschüssen schätzen. Demnach sollte eine Stadt mit 100.000 Einwohnern jährlich zwischen 40.000 DM und 50.000 DM für die direkte Förderung von Selbsthilfegruppen bereitstellen. Dies entspricht einem Betrag von ca. 0,50 DM pro Einwohner.

12.2 Mittelfristige Perspektiven zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe

Von Fachleuten wird angesichts der wachsenden sozialen Probleme in der Bundesrepublik zunehmend der Beitrag von informellen und selbstorganisierten individuellen und gemeinschaftlichen Hilfeformen zur Lösung gesellschaftlicher Fragen eingefordert (vgl. Wohlfahrt 1996). In diesem Zusammenhang ist auch die Debatte über die Möglichkeiten einer Revitalisierung von Gemeinschaft, der Wiederbelebung von Bürgertugenden wie Gemeinsinn, Anteilnahme und Bürgerengagement zu sehen, die mit dem Stichwort Bürgergesellschaft bezeichnet wird (vgl. Olk 1996, S. 15).

Bislang wurden die Debatten über freiwilliges Engagement in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen weitgehend unabhängig voneinander geführt. Dies kann, nicht zuletzt unter Fördergesichtspunkten, kontraproduktiv sein. Die konzeptionelle Bestimmung von Selbsthilfegruppen und Initiativen als Formen des bürgerschaftlichen Engagements überwindet die enge Begrenzung von Selbsthilfe auf Selbsthilfegruppen von Betroffenen, die sich ausschließlich um ihre eigenen Belange kümmern. Erst die Charakterisierung von Selbsthilfe als Bürgerengagement bringt die der Selbsthilfe und den neuen Formen des ehrenamtlichen Engagements zugrundeliegende Basismotivation - Engagement für sich und andere - angemessen zum Ausdruck und zugleich auf einen förderpolitisch angemessenen Begriff.
Wenn die Menschen zunehmend Abstand von traditionellen Engagementformen nehmen - und dies wird von Parteien, Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und anderen Organisationen beklagt -, kann hieraus nicht zwangsläufig auf eine mangelnde Bereitschaft zu Engagement geschlossen werden. Der Blick auf das ehrenamtliche Engagement übersieht, daß neue Engagementformen und Selbsthilfebereitschaften entstanden sind. Das Verständnis von bürgerschaftlichem Engagement in einer Bürgergesellschaft ist breiter angelegt; es umfaßt alle Formen freiwilligen Engagements. An dieser Stelle findet sich die Schnittstelle zum Engagement in Selbsthilfe.

Ist die gesellschaftliche Verortung von bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfe die eine Bezugsebene, so stellen die Motive, aufgrund

derer sich Bürgerinnen und Bürger engagieren, die zweite Verbindung dar. Die Trennung zwischen Selbst- und Fremdhilfe, also dem Engagement nur für sich selbst und dem Engagement für andere, ist künstlich und entspricht nicht der Realität des Bürger- und des Selbsthilfeengagements. In allen Formen freiwilligen Engagements finden sich beide Motive, mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten. Entsprechend kommen Teske und Halfmann zu der Schlußfolgerung, daß in der Diskussion um „Bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe“ eine eindeutige Abgrenzung weder möglich noch sinnvoll sei. Schnittstellen liegen in Motiven wie Solidarität erleben, Menschen erfahren, die durch aktives Tun besondere Lebenssituationen meistern, und dort, wo Menschen durch ihr Handeln die Möglichkeit zur Partizipation im Gemeinwesen bekommen (vgl. Teske/ Halfmann o.J., S. 90).

Die Aktivierung und Stabilisierung des bürgerschaftlichen Engagements in Gruppen, Vereinen, Clubs, Verbänden etc. benötigt eine kontinuierliche Unterstützung. Neben Selbsthilfekontaktstellen sind in den vergangenen zehn Jahren weitere Dienste entstanden, die das freiwillige Engagement von Bürgerinnen und Bürgern fördern. Zu ihnen zählen Seniorenbüros, Seniorengenossenschaften, Bürgerbüros, Wissensbörsen und Freiwilligenzentren. Ihre Aktivitäten sind auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtet. Sie bestehen bisher in der Regel ohne Kooperation nebeneinander. Dies hat in einigen Bundesländern zu der Überlegung geführt, diese Unterstützungsdienste zu bündeln und in einem „Gesamtförderkonzept bürgerschaftliches Engagement“ zusammenzuführen.

Derartige Bestrebungen zielen auf eine Bündelung und Vernetzung der engagementunterstützenden Dienste. Sie können kontraproduktiv sein, wenn sie die vorhandene und erprobte Infrastruktur vernachlässigen und lediglich neue Unterstützungsstrukturen aufbauen wollen.

Die erfolgreiche Bilanz der Selbsthilfekontaktstellen hat gezeigt, daß Selbsthilfe und das freiwillige Engagement in Gruppen durch engagementunterstützende Selbsthilfekontaktstellen maßgeblich gestützt und aktiviert werden kann. Wie Erfahrungen aus den Selbsthilfekontaktstellen zeigen, ergeben sich aus dem noch immer verbreiteten Verständnis von Selbsthilfe als Betroffenenselbsthilfe Probleme, Menschen, die sich in Initiativen engagieren wollen, und Gruppen, die sich im Bereich der sozialen

Selbsthilfe engagieren, zu erreichen und in ihren Belangen zu unterstützen. Elterninitiativen, Initiativen zu sozialen Problemen oder Umweltinitiativen fühlen sich entsprechend durch den Selbsthilfebegriff nur teilweise angesprochen.

Auch aus den im Engagement vieler Gruppen zum Ausdruck kommenden Selbsthilfemotiven und der Bereitschaft zu neuen Formen des freiwilligen Engagements ergibt sich die Frage, ob mit einer Erweiterung des Selbsthilfekontaktstellenbegriffs durch den breiter gefaßten Begriff einer Informations- und Servicestelle für Bürgerengagement und Selbsthilfe den Anliegen der in Selbsthilfe und freiwillig engagierten Bürger umfassender entsprochen werden kann. Aus einer Erprobung der Kombinierbarkeit von Selbsthilfeunterstützung mit der Förderung anderer Formen des bürgerschaftlichen Engagements könnten zur Klärung dieser Frage hilfreiche Erkenntnisse gewonnen werden.

Bei einer Verknüpfung bzw. Weiterentwicklung von Selbsthilfekontaktstellen in Informations- und Servicestellen für Bürgerengagement und Selbsthilfe sollte das in den Selbsthilfekontaktstellen entwickelte Know-how zur Selbsthilfeunterstützung eingebracht werden. Insbesondere ist sicherzustellen, daß die Arbeitskonzeption, das Aufgabenprofil und die Außendarstellung dieser Servicezentren gewährleisten, daß den Bürgern mit gesundheitlichen Problemen und sozialen Anliegen weiterhin der Zugang zu Selbsthilfegruppen eröffnet wird.

Die Initiative bei der Entwicklung einer derartigen Landesförderkonzeption für freiwilliges Engagement und Selbsthilfe übernehmen derzeit die Länder Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Thüringen. So hat das Land NRW ein Gutachten zu Potential und Fördermöglichkeiten für freiwilliges soziales Engagement in NRW in Auftrag gegeben (vgl. Heinze/ Bucksteeg 1995 bzw. MAGS 1996). In den Reaktionen auf dieses Gutachten wird allerdings kritisiert, daß Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros und neue Formen der Förderung sozialen Engagements vernachlässigt werden (vgl. z.B. Greiwe 1996a, S. 6). Unverständlich bleibt, wieso das Gutachten die erwiesenermaßen erfolgreichen Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen in NRW außer acht läßt und die Meinung vertreten wird, daß freiwilliges Engagement hinreichend durch halbjährliche „kommunale Entwicklungskonferenzen für soziales Engagement (KEK)“ gefördert werden kann.

In Baden-Württemberg wurde eine Studie in Auftrag gegeben, die Struktur, Einstellungen und Motive sowie Verhalten von Bürgern gegenüber und in neuen Engagementformen (Vereine, Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen, bürgerschaftliche Gruppen etc.) untersucht (vgl. Ueltzhöffer/ Ascheberg 1995 und Hummel 1995). Nach dieser Studie wünschen engagementbereite Bürger von Politik und Institutionen weniger Zuwendungen im herkömmlichen Sinne (Geld oder Sachleistungen), sondern vielmehr eine personelle Unterstützung (37 %), Schulungen, um für ihr Engagement „fit“ gemacht zu werden (24 %), sowie eine höhere Anerkennung ihres Engagements (14 %).

Eine Förderung des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe durch eine vernetzte engagementunterstützende Infrastruktur bietet mehrere Vorteile. So werden einheitliche Fördergrundsätze erreicht, und Synergieeffekte durch gemeinsame Ressourcennutzung sind möglich. Mittelfristig sind Kosteneinsparungen zu erwarten. Eine Bündelung der Personal- und Sachressourcen verschiedener Kontaktstellen zu einer Informations- und Servicestelle ist jedoch nicht nur unter finanziellen Gesichtspunkten attraktiver als separate Beratungsdienste. Die Bündelung kann auch dazu führen, daß die Bedeutung von bürgerschaftlichem Engagement in seinen unterschiedlichen Formen aufgewertet und in seiner gesellschaftspolitischen Dimension erkannt wird.

13. Empfehlungen zur Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen durch die Länder, Kommunen und Krankenkassen

Selbsthilfekontaktstellen unterstützen das Engagement von Bürgerinnen und Bürgern in Selbsthilfegruppen und Initiativen. Sie tragen maßgeblich dazu bei, daß Bürger, die sich engagieren möchten, ihr Engagement realisieren. Sie informieren die an Selbsthilfe interessierten Bürger, unterstützen und beraten Selbsthilfegruppen und Initiativen und verbessern die Rahmenbedingungen für Selbsthilfe. Selbsthilfekontaktstellen sind das geeignete Instrument zu einer effizienten und kostengünstigen Selbsthilfeförderpolitik. Um ihre Aufgaben und Leistungen professionell erbringen zu können, müssen Selbsthilfekontaktstellen in Abhängigkeit von ihrem Einzugsgebiet adäquat personell und sachlich ausgestattet werden (vgl. **Kap. 7.4**). Ziel der Empfehlungen ist es, nach Auslaufen der Modellförderung durch das BMFSFJ die Weiterführung der Selbsthilfekontaktstellen sowie die Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen in allen Städten und Kreisen zu fördern. Ziel der Empfehlungen ist es ferner, neben der öffentlichen Hand - Länder, Städte und Kreise - auch die Sozialversicherungen und hierbei insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen sowie weitere Institutionen und Körperschaften im Rahmen der „public-private-partnership“ an der Förderung einer engagementunterstützenden Infrastruktur zu beteiligen.

Die auf kommunaler Ebene eingerichteten Selbsthilfekontaktstellen können im Rahmen von zwei Organisationsmodellen erhalten und weiterentwickelt werden. Beide Organisationsmodelle basieren auf dem originären Aufgaben-, Leistungs- und Nutzerspektrum einer Selbsthilfekontaktstelle, welches sich als wirkungsvoll in zwei Bundesmodellprogrammen erwiesen hat (vgl. **Kap. 5**). Sie unterscheiden sich hinsichtlich des Umfangs der Leistungen sowie der Vernetzung mit anderen engagementfördernden Einrichtungen.

13.1 Modelle zur Institutionalisierung von Selbsthilfekontaktstellen

Eine institutionelle Kontinuität von Selbsthilfekontaktstellen ist dadurch zu erreichen, daß sie als dauerhafte Einrichtung in Kommunen verankert werden. Dabei gilt es, die jeweils spezifischen kommunalen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Nach den bisherigen Erfahrungen kann dies auf unterschiedliche Weise erfolgen.

Organisationsmodell 1:

Die Institutionalisierung von Selbsthilfekontaktstellen kann in einer eigenständigen Einrichtung erfolgen. Die Selbsthilfekontaktstelle agiert als Anlauf- und Vermittlungsstelle für alle an Selbsthilfe interessierten Bürger. Sie befindet sich in Trägerschaft der Kommune, eines Wohlfahrtsverbandes oder eines Trägervereins. Denkbar ist, daß die Selbsthilfekontaktstellen neben ihren originären Leistungen mit erweitertem Aufgabenprofil arbeiten. Über die Zusammenarbeit und Unterstützung der drei Nutzergruppen, die Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation hinaus erbringen sie zusätzliche Leistungen wie die Organisation und Durchführung von Veranstaltungen, die Verwaltung des kommunalen Selbsthilfegruppenetats oder Leistungen für andere Dienste des Sozial- und Gesundheitswesens wie die Kooperation mit Rehabilitationskliniken. Es ist sicherzustellen, daß für die Aufgabenerweiterung entsprechende personelle und sachliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Die Übernahme dieser Aufgaben darf nicht zu Lasten der originären Aufgaben und Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen gehen.

Organisationsmodell 2:

Die Institutionalisierung von Selbsthilfekontaktstellen kann auch durch ihre organisatorische Verbindung mit anderen Einrichtungen erfolgen, die bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe unterstützen (wie z.B. Seniorenbüros, Freiwilligenzentren, Bürgerbüros, Wissensbörsen etc.). Bei der Vernetzung und Einbindung von Selbsthilfekontaktstellen in einen derartigen Verbund muß gewährleistet werden, daß ihr originäres Aufgabenprofil erhalten bleibt. Da sich die verschiedenen Kontaktstellen und Dienste zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe in einer Stadt bzw. einem Kreis in unterschiedlicher

Trägerschaft befinden, müssen geeignete Träger- und Verbundmodelle entwickelt werden.

13.2 Finanzierungsmöglichkeiten

Die Erprobung der Selbsthilfekontaktstellen in den alten und neuen Bundesländern hat ihren Nutzen deutlich belegt. Kontaktstellen fördern eine Form des freiwilligen Engagements, in der sich heute Bürger für sich selbst und andere engagieren. Es gilt, die erfolgreiche Arbeit der Kontaktstellen über das Modellprogramm hinaus sowie unter Berücksichtigung der Kontaktstellen außerhalb des Programms zu sichern und zu stabilisieren.

Neben den Selbsthilfekontaktstellen im Modellprogramm sind in den neuen Bundesländern auch außerhalb des Programms in den sechs Jahren nach der Wende zahlreiche Selbsthilfekontaktstellen entstanden. Die Idee der infrastrukturellen Selbsthilfeunterstützung hat eine weitgehende Verbreitung erfahren. Die Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen für die Selbsthilfe werden von Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit anerkannt. Die Zahl der Gruppen ist innerhalb von zwei Jahren in den neuen Ländern um 50 % gestiegen. Die Bereitschaft zur Gruppengründung ist hoch.

Angesichts der Krise in der Finanzierung sozialstaatlicher Leistungen sind den Finanzierungsmöglichkeiten von Selbsthilfekontaktstellen und der direkten Gruppenförderung am Ende des Modellprogramms enge Grenzen gesetzt. Die Absicherung der infrastrukturellen Selbsthilfeförderung im Hinblick auf die bereits bestehenden 160 Selbsthilfekontaktstellen, aber auch die Einrichtung weiterer Selbsthilfekontaktstellen in allen Städten und Kreisen stellen heute eine kaum lösbare Herausforderung dar.

Die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen ist eine Aufgabe der öffentlichen Haushalte. Angesichts der prekären Finanzsituation in den Ländern und den Kommunen sowie der Tatsache, daß Selbsthilfekontaktstellen Leistungen erbringen, die zu einer Entlastung der Haushalte anderer Institutionen führen, sollten die Sozialversicherungsträger, insbesondere die Krankenkassen, an der Förderung von Selbsthilfekontaktstellen beteiligt werden.

Der Förderung des Bundes im Bereich der Selbsthilfe sind enge Grenzen gesetzt. Seine Zuständigkeit ist auf bundeszentrale Maßnahmen und die modellhafte Förderung von Projekten mit überregionaler Bedeutung beschränkt. Die Modellförderung ist in der Regel auf drei bis fünf Jahre begrenzt.

Finanzierungsmodell 1: Kommunale Förderung

Versteht man Selbsthilfeförderung als Aufgabe der kommunalen Selbstverwaltung, dann liegt die Verantwortung für die Einrichtung und Finanzierung von Kontaktstellen primär bei den jeweils zuständigen Kommunen. Eine Vielzahl von Kommunen in Deutschland hat mittlerweile eine Kontaktstelle eingerichtet bzw. fördert Selbsthilfekontaktstellen in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes oder Trägervereins in ihrem Einzugsbereich. Nach diesem Finanzierungsmodell ist die Kommune gefordert, die Initiative für eine Finanzierungsbeteiligung anderer Institutionen zu ergreifen. Um die Kosten für die Selbsthilfekontaktstelle aufbringen zu können, sollten sich kleine Städte und Kreise mit angrenzenden Kommunen zusammenschließen und gemeinsam die Kontaktstelle finanzieren.

Eine Finanzierungsstrategie besteht darin, Leistungsverträge mit anderen Institutionen abzuschließen. Im Gegensatz zu bisherigen Zuwendungen auf der Grundlage jährlicher Haushaltsbewilligungen sind Leistungsverträge mit einer Reihe von Vorteilen verbunden (vgl. Brauns 1995 u. Senatsverwaltung für Finanzen, Berlin 1995). So entfällt die Notwendigkeit einer jährlichen Haushaltsbewilligung. Leistungsverträge können über mehrere Jahre geschlossen werden, sofern die haushaltsrechtlichen Voraussetzungen gegeben sind. Es entsteht Planungssicherheit für diejenigen, die die Leistungen erbringen. Durch den Wegfall der jährlichen Nachweispflicht können bei der Verwaltung und bei den ehemaligen Zuwendungsempfängern Einsparungen im Personal- und Verwaltungsbereich erzielt werden. Außerdem entstehen Anreize für wirtschaftliches Handeln beim ehemaligen Zuwendungsempfänger. Schließlich sind nur die vereinbarten Leistungen zu erbringen, unabhängig von zusätzlichen Einnahmen oder Ausgaben. Damit kann sich der ehemalige Zuwendungsempfänger auf eine eigenständige Personal- und Organisationsentwicklung konzentrieren.

Erste Erfahrungen zur Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen durch Leistungsverträge liegen bereits vor.[1] So hat in München der Verein zur Förderung von Selbsthilfe und Selbsthilfeorganisationen e.V. (Selbsthilfezentrum) einen dreijährigen Vertrag mit der Landeshauptstadt München und einen Vertrag mit der AOK geschlossen. In Berlin hat der Verein zur Förderung von SELbsthilfe-KOntaktstellen e.V. (SELKO) einen Vertrag mit der Senatsverwaltung für Soziales geschlossen. In Essen wurde ein Vertrag zwischen dem Verein Werkstatt e.V. Informationsstelle für Essener Selbsthilfegruppen, Initiativen und selbstorganisierte Projekte (Wiese e.V.) und der AOK geschlossen. Diese Erfahrungen sind positiv, so daß Leistungsverträge mit der öffentlichen Hand (Länder, Kommunen) und mit den gesetzlichen Krankenkassen als Finanzierungsstrategie empfohlen werden können.

Finanzierungsmodell 2: Förderung von Selbsthilfekontaktstellen durch die Bundesländer

Einzelne Bundesländer tragen den Wirkungen und dem Nutzen von Selbsthilfekontaktstellen Rechnung und beteiligen sich am Aufbau einer selbsthilfeunterstützenden Infrastruktur durch Selbsthilfekontaktstellen. Die Länder gehen davon aus, daß Selbsthilfeförderpolitik sowie die Sicherstellung einer infrastrukturellen Förderung durch Selbsthilfekontaktstellen eine gemeinsame Aufgabe von Ländern und Gebietskörperschaften ist**,** an der sich alle an der Selbsthilfe interessierten Organisationen und Institutionen[2] beteiligen können. Die Erfahrungen in beiden Modellprogrammen zeigen, daß der Aufbau einer infrastrukturellen Ausstattung mit Selbsthilfekontaktstellen unter der Regie der Bundesländer eine geeignete Strategie darstellt.

Die bei diesem Modell der Kontaktstellenfinanzierung zu beteiligenden Partner sind primär die Kommunen und die Länder. Die Initiative für eine in allen Städten und Kreisen aufzubauende Selbsthilfeunterstützung sollte von dem zuständigen Landesministerium ausgehen. Dieses sollte die Verhandlungen über die Förderpolitik moderieren, damit entschieden

1 Zur Thematik vgl. Alter 1995, S. 7 f., Der PARITÄTISCHE 1995 u. Greiwe 1996a, S. 160 f. Die NAKOS wird Ende 1996 eine Tagung zum Thema Leistungsverträge durchführen. Eine Dokumentation der Tagungsergebnisse ist geplant.

2 Z.B. die Sozialversicherungsträger, insbesondere die GKV, die Kassenärztliche Vereinigung etc.

werden kann, wie viele Selbsthilfekontaktstellen in einem Land gefördert werden sollen. In die Verhandlungen sollten die Partner der Selbsthilfeförderpolitik einbezogen werden: zuständige Stellen des Landes, Vertreter der Städte und Kreise, die Träger der Selbsthilfekontaktstellen und die Landesarbeitsgemeinschaft der Kontaktstellen. Bei Bedarf können auch Sozialversicherungsträger, Arbeitgeber, Gewerkschaften etc. an der Selbsthilfeförderpolitik mitwirken.

Die Abstimmungen und Zuständigkeiten für die infrastrukturelle Selbsthilfeförderung sollten einheitlich für ein Bundesland geregelt werden. Hierzu sollten Richtlinien für die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen erstellt werden (vgl. Musterrichtlinie am Ende des Kapitels).[3] Zur Finanzierung der Kontaktstellen muß ein Finanzierungsschlüssel festgelegt werden. Wenn sich nur die Länder und Kommunen beteiligen, wird ein Finanzierungsanteil von 60 % für das Bundesland und 40 % für die Kommune empfohlen.[4]

Weitere Partner wie die Sozialversicherungen (Arbeitslosen-, Renten-, Pflege-, Unfallversicherung, Krankenkassen) sollen an der Finanzierung der Kontaktstellen beteiligt werden. Neue Wege zur Erhöhung des Eigenanteils der Kontaktstellen (z.B. durch social sponsoring, public-private-partnership) sollen erprobt werden. Sofern weitere Finanzierungsträger wie die GKV zur Mitfinanzierung bereit sind, gehen die eingebrachten Mittel zugunsten des vorgesehenen Landes- und kommunalen Anteils. Bei Beteiligung der GKV wird folgende Finanzierungsverteilung empfohlen: 40 % durch das Land, 30 % durch die Kommune und 30 % durch die Krankenkassen.[5]

3 Von der Landespolitik sollten Förderrichtlinien für Selbsthilfekontaktstellen erstellt werden und die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen in vorliegende länderspezifische Förderkonzeptionen einbezogen werden. Dabei muß sichergestellt werden, daß die fachübergreifende Konzeption sowie das Aufgabenprofil von Selbsthilfekontaktstellen mit den entwickelten Qualitätsstandards erhalten bleiben (vgl. **Kap. 7.5 u. 12**).

4 Die Träger der Selbsthilfekontaktstellen sollten entsprechend ihren finanziellen Möglichkeiten bis zu 5 % des kommunalen Finanzierungsanteils aufbringen.

5 Die Träger der Selbsthilfekontaktstellen sollten auch bei dieser Finanzierungsvariante entsprechend ihren finanziellen Möglichkeiten bis zu 5 % des kommunalen Finanzierungsanteils aufbringen.

Finanzierungsmodell 3: Förderung einer engagementunterstützenden Infrastruktur durch die Länder

Mittelfristig ist es sinnvoll, nachgewiesenermaßen erfolgreiche Dienste der Engagement- und Selbsthilfeförderung wie Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros, Freiwilligenzentren, Wissensbörsen etc. in Anlehnung an das Organisationsmodell 2 zu einer Informations- und Servicestelle für Bürgerengagement und Selbsthilfe zusammenzuführen. Hierbei muß sichergestellt sein, daß die unterschiedlichen Dienste konzeptionell erhalten bleiben. Die Leistungen der Dienste als niederschwelliges Angebot sollen von allen Bevölkerungsgruppen sowie von prof. Diensten und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens in Anspruch genommen werden können.

Hierzu sollten Landesförderrichtlinien für bürgerschaftliches Engagement eingeführt werden. Ziel ist es, ein breites lokales Netz zur Förderung freiwilligen Engagements zu gewährleisten. Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros, Wissensbörsen etc. sollen hierbei gebündelt und vernetzt werden. Die auf kommunaler Ebene bewährte Infrastruktur kann dadurch erhalten und ausgebaut werden.

Die **Länderrichtlinie zur Finanzierung der Selbsthilfekontaktstellen** kann wie folgt gestaltet werden:

1. **Zuwendungszweck**: Das Land gewährt nach Maßgabe dieser Richtlinie Zuwendungen, um sicherzustellen, daß das freiwillige Engagement von Bürgern durch Selbsthilfekontaktstellen unterstützt wird.
2. **Gegenstand der Förderung**: Gefördert werden Selbsthilfekontaktstellen, die folgende fünf Aufgaben wahrnehmen:
   Information, Beratung und Vermittlung von Bürger,
   Beratung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Initiativen,
   Information und Beratung von sowie Zusammenarbeit mit Fachleuten aus Verbänden und Einrichtungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für freiwilliges Engagement,
   Öffentlichkeitsarbeit, allgemeine Selbsthilfeunterstützung und allgemeine Serviceleistungen (Selbsthilfezeitung, Selbsthilfeführer etc.)

Zuwendungsfähige Ausgaben sind die mit dem Betrieb der Kontaktstellen verbundene Basisfinanzierung (Personal- und Sachkosten).

3. **Zuwendungsempfänger**: Antragsberechtigt als Träger der Selbsthilfekontaktstellen im Sinne dieser Richtlinie sind: kommunale Gebietskörperschaften, die Verbände der freien Wohlfahrtspflege sowie deren Untergliederungen und die ihnen angeschlossenen Organisationen und Körperschaften des öffentlichen Rechts. Als Träger kann anerkannt werden, wer die Leistungen nach Punkt 2 erbringt und wer die Zuwendungsvoraussetzungen nach Punkt 4 erfüllt.

4. **Zuwendungsvoraussetzung**:

4.1 Zur Wahrnehmung der Leistungen nach Punkt 2 müssen die Träger entweder eine Selbsthilfekontaktstelle als eigenständige Einrichtung oder eine Selbsthilfekontaktstelle als Bestandteil einer engagementfördernden Infrastruktur führen.

4.2 Die Selbsthilfekontaktstelle arbeitet auf Grundlage einer Satzung bzw. eines Konzeptes, in dem Zielsetzung, Aufgaben und Arbeitsmethoden benannt werden. Bei Trägern mit breitem Ziel- und Aufgabenspektrum ist darauf zu achten, daß die Selbsthilfekontaktstelle einen selbständigen Handlungsspielraum zur Wahrnehmung ihrer spezifischen Aufgaben erhält.

4.3 Die Träger müssen für die in Punkt 2 spezifizierten Aufgaben einer Selbsthilfekontaktstelle in Voll- oder Teilzeit hauptberufliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigen.[6]

6 Zur notwendigen Qualifikation der Mitarbeiter vgl. die Empfehlungen in **Kap. 7.5**.

Fortsetzung:

4.4 Die Personalbedarf einer Kontaktstelle ist abhängig von der Größe des Einzugsgebiets, für das ihre Leistungen erbracht werden. Der Einzugsbereich soll sich mit den Grenzen der Kommunen decken. Als personelle Mindestausstattung wird empfohlen:
Selbsthilfekontaktstellen in Städten bzw. Kreisen mit 100.000 bis 300.000 Einwohnern mit 1,5 Selbsthilfeberatern sowie 0,5 Verwaltungskraft zu besetzen (Typ 1);
Selbsthilfekontaktstellen in Städten bzw. Kreisen mit über 300.000 bis 500.000 Einwohnern mit 2,5 Selbsthilfeberatern sowie 1 Verwaltungskraft zu besetzen (Typ 2).
Bei Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern sowie in großflächigen Kreisen sollen Nebenstellen eingerichtet werden bzw. sollen die Berater an feststehenden Terminen in Außenstellen präsent sein.

4.5 Die Leistungen der Kontaktstelle sollen allen interessierten Nutzern zur Verfügung gestellt werden. Es wird empfohlen, einen Selbsthilfebeirat bzw. ein Kuratorium einzurichten. In diesem sollen alle für die Unterstützung der Selbsthilfe wichtigen Institutionen und Verbände vertreten sein. Der Beirat trägt maßgeblich zur Förderung des Selbsthilfegedankens und zur Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas bei. Er unterstützt die Arbeit der Selbsthilfekontaktstelle vor allem dabei, daß angemessene Mittel für die direkte Selbsthilfegruppenförderung zur Verfügung gestellt werden.

5. **Art, Umfang und Höhe der Zuwendungen**:
Das Land fördert die nach Punkt 3 anerkannten Träger und Leistungen im Sinne dieser Richtlinie. Die Förderung des Landes dient der anteiligen Finanzierung der Personal- und Sachkosten eines Trägers. Die Kosten [7] werden in Abhängigkeit vom Einzugsgebiet auf jährlich 180.000 DM bei Städten und Kreisen von 100.000 bis 300.000 Einwohnern (Typ 1) festgelegt. Die Kosten belaufen sich auf jährlich 250.000 DM bei Städten und Kreisen mit über 300.000 bis 500.000 Einwohnern (Typ 2). Der Finanzierungsanteil des Landes bezieht sich auf tatsächliche Kosten, die vom Träger nachzuweisen sind.

7 Vgl. die empfohlenen Personal- und Sachkosten für die zwei Typen der Selbsthilfekontaktstellen im **Kap. 7.6**.

6.	**Verfahren**: Antrags-, Bewilligungs-, Auszahlungsverfahren und Form des Verwendungsnachweises werden nach Maßgabe des Landes festgelegt.

14. Wirkungen von Selbsthilfekontaktstellen und Kosten für ihren weiteren Ausbau

14.1 Wirkungen und Nutzen der Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfekontaktstellen haben positive gesellschaftspolitische Wirkungen in ganz verschiedener Hinsicht. Selbsthilfekontaktstellen

- aktivieren das freiwillige Engagement der Bürger in Selbsthilfe;
- tragen zur Verbreitung des Selbsthilfeengagements bei;
- verbessern die Rahmenbedingungen für Selbsthilfe;
- sind eine innovative Dienstleistung mit Vorbildcharakter;
- fördern den volkswirtschaftlichen und ökonomischen Nutzen der Selbsthilfe;
- fördern die Gründung neuer Selbsthilfegruppen;
- ergänzen die Leistungen professioneller Dienste;
- tragen dazu bei, daß Leistungen des Gesundheitssystems gezielter in Anspruch genommen werden;
- fördern die Partizipation benachteiligter Menschen in unserer Gesellschaft.

Selbsthilfekontaktstellen aktivieren das freiwillige Engagement der Bürger in Selbsthilfegruppen. Der deutlichste Beleg hierfür ist die Steigerung der Anzahl der Selbsthilfegruppen und Initiativen und damit die steigende Zahl der Mitglieder von Selbsthilfegruppen in den Kommunen, in denen Selbsthilfekontaktstellen arbeiten. Die noch heute verbreitete Meinung, Selbsthilfegruppen würden sich ausschließlich aus sich selbst heraus gründen, ist so nicht aufrechtzuerhalten. Die gezielte Förderung und Unterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen trägt erheblich dazu bei, daß Bürger ihr Engagement in Selbsthilfe leichter und umfangreicher realisieren können. Im Gegensatz zur traditionellen ehrenamtlichen Mitarbeit, für die die Engagementbereitschaft der Bürger stagniert bzw. rückläufig ist, nahm in den vergangenen zehn Jahren das Engagement in Selbsthilfe und in neuen Formen des freiwilligen Engagements erheblich zu.

Besonders in den neuen Bundesländern haben Selbsthilfekontaktstellen zu einer Verbreitung des Engagements in Selbsthilfe beigetragen. Da in der DDR freiwilliges Engagement außerhalb staatlicher Organisationen unter-

drückt wurde, kam es in der Zeit der Wende zu einem Gründungsschub; man kann für die ersten Jahre nach der Wende sogar von einer „Selbsthilfeeuphorie“ sprechen (vgl. **Kap. 3**). Die Zunahme der Selbsthilfegruppen um 50 % in nur zwei Jahren ist ein deutlicher Beleg für diese Entwicklung.

Die Bedeutung des Engagements in Selbsthilfe sowie einer selbsthilfeunterstützenden Infrastruktur findet heute ihre Anerkennung in verschiedenen Antworten der Bundesregierung. Daß Bürgerinnen und Bürger sich nicht mehr nur in traditionellen Formen engagieren, sondern zunehmend in Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeinitiativen und Bürgerinitiativen aktiv werden, wird gesehen und begrüßt (vgl. CDU/ CSU und FDP 1996, S. 20).

Eine wichtige Wirkung von Selbsthilfekontaktstellen besteht in ihrem Beitrag zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement. Bereits das Modellprogramm in den alten Bundesländern hat gezeigt, daß Selbsthilfekontaktstellen für selbsthilfeinteressierte Bürger, Gruppen und Fachleute originäre Leistungen erbringen, die von keinem anderen Dienst bzw. keiner anderen Beratungsstelle erbracht werden können (vgl. Braun/ Opielka 1992, S. 151 f.). Selbsthilfekontaktstellen übernehmen auf kommunaler Ebene die Funktion einer Service- und Vermittlungsagentur, bei der alle Aktivitäten im Bereich der Selbsthilfe in der jeweiligen Region zusammenlaufen. Damit sind Selbsthilfekontaktstellen an der Schnittstelle von kommunaler Verwaltung und professionellen Diensten auf der einen und dem freiwilligem Engagement der Bürger auf der anderen Seite positioniert. Sie haben Brückenfunktion zwischen Bürgern und Behörden. Die Selbsthilfekontaktstellen kennen die Wünsche und Anliegen beider Seiten. Wenn sie diese Mittlerrolle aktiv gestalten und die Entwicklung von bedarfsgerechten Rahmenbedingungen moderieren, leisten sie einen wichtigen Beitrag zu Schaffung selbsthilfefreundlicher Strukturen in der Kommune. Die Programme in den alten und neuen Bundesländern zeigen, daß sich dabei zwei Strategien als wirkungsvoll erwiesen haben: zum einen die aktive Mitwirkung der Kontaktstelle bei der Einrichtung und Arbeit eines Selbsthilfebeirats, zum anderen die Teilnahme der Kontaktstelle in verschiedenen örtlichen Arbeitskreisen.

Zukünftig wird die kommunale Ebene in der Gesundheitspolitik und in der gesundheitsbezogenen Sozialpolitik an Bedeutung gewinnen. Die Eigendynamik des Gesundheitswesens, verstärkt und gesteuert durch das Gesundheitsstrukturgesetz, zwingt zu einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit (vgl. von Ferber/ Braun 1995, S. 143 f.). Selbsthilfekontaktstellen repräsentieren durch ihren fach- und problemübergreifenden Ansatz eine innovative Dienstleistung, die Vorbildfunktion bei der Umstrukturierung der überwiegend fachspezifisch gegliederten und einzelfallbezogenen sozialstaatlichen Leistungen haben könnte (vgl. Wohlfahrt 1996, S. 11).

Eine weitere Wirkung der Kontaktstelle besteht in der Förderung des volkswirtschaftlichen und ökonomischen Nutzens der Selbsthilfe. Im staatlich organisierten Sozial- und Gesundheitswesen haben wir die Ressource der nichtmonetären, also der naturalen Eigenleistungen bisher vernachlässigt, obwohl gar kein Zweifel darüber besteht, daß zu dem jeweils erreichbaren Gesundheitszustand bzw. zu der jeweils erreichbaren sozialen Lebenslage der Beitrag der Betroffenen wesentlich und unverzichtbar ist (vgl. von Ferber, Aug. 1996, S. 293 f.). Was über Jahrzehnte vernachlässigt wurde, läßt sich nicht mit Gesundheitsstrukturgesetzen und der gesetzlichen Neuordnung der Sozialhilfe gleichsam soziotechnisch über Nacht korrigieren. Vielmehr sind die politisch und administrativ Verantwortlichen gut beraten, wenn sie das Angebot der neuen Selbsthilfebewegung nutzen, wenn sie es als eine Unterstützung ihrer eigenen Vorhaben ansehen, daß Bürger sprachfähig und aktiv geworden sind, die ihnen nicht nur sagen, was sie besser in der Selbsthilfe täten, als professionell bevormundet zu werden, sondern dafür auch in mühevoller Kleinarbeit, nicht entmutigt durch Fehlschläge, praktische Wege erschlossen und gewiesen haben.

Ausgehend von der Diskussion über den ökonomischen Nutzen von Selbsthilfe und dessen Steigerung durch eine effiziente Selbsthilfeunterstützung stellt sich die Frage, inwieweit die Arbeit von Kontaktstellen zu einer Reduktion der Kostensteigerung im Sozial- und Gesundheitswesen beiträgt. Selbsthilfekontaktstellen leisten hierzu einen indirekten Beitrag. Sie fördern Gruppengründungen und helfen bei Krisen, die die Gruppen von innen heraus gefährden. Durch ihre Unterstützung und Beratung entstehen mehr Selbsthilfegruppen als in Kommunen ohne eine selbsthilfeunterstützende Infrastruktur. Der volkswirtschaftliche Nutzen von Selbsthilfegruppen läßt sich aus Erkenntnissen zu den

Wirkungen der Arbeit von Selbsthilfegruppen am Beispiel der Stadt München belegen (vgl. Engelhardt/ Simeth/ Stark 1995 u. Stark 1996). ISAB hat die Gruppen nach ihrem zeitlichen Engagement befragt (vgl. **Kap. 14.2**). Daraus läßt sich die von den Gruppen erbrachte gesellschaftliche Wertschöpfung ermitteln. Indem Selbsthilfekontaktstellen zu einer Aktivierung des Engagements der Bürgerinnen und Bürger und zu einer Steigerung der Zahl der Selbsthilfegruppen und Initiativen beitragen, leisten sie einen erheblichen Beitrag zur Aktivierung von freiwillig und unentgeltlich erbrachten Leistungen der Bürgerinnen und Bürger.

Selbsthilfekontaktstellen fördern Selbsthilfeaktivitäten, die positive Wirkungen auf öffentliche Leistungssysteme haben. Versteht man unter positiv neben den oben genannten Wirkungen auch kostensparende Effekte, muß die Antwort differenzierter ausfallen: Inwieweit eine Kostenreduktion durch die Substitution von öffentlichen Leistungen durch Selbsthilfeaktivitäten möglich ist, ist fraglich. Vorliegende Ergebnisse zeigen, daß Selbsthilfegruppen Leistungen und Wirkungen erbringen, die die professionellen Leistungen ergänzen. Es werden qualitativ andere Leistungen erbracht bzw. Selbsthilfepotentiale bei den Mitgliedern der Gruppen aktiviert, die zu erbringen das professionelle System nicht in der Lage ist. Hieraus ergeben sich kostensenkende Effekte, die auf die stabilere, ausgeglichenere Situation von Menschen in Selbsthilfe zurückzuführen sind. Es gibt Hinweise darauf, daß Mitglieder von Selbsthilfegruppen das Gesundheitssystem weniger in Anspruch nehmen.

Selbsthilfekontaktstellen tragen ferner dazu bei, daß Leistungen des Gesundheitssystems gezielt in Anspruch genommen werden. Verschiedene Untersuchungen über die Wirkungen der gesundheitlichen Selbsthilfe (z.B. Trojan 1986 und von Ferber 1988) belegen, daß die Mitgliedschaft in Selbsthilfegruppen zu einer gezielten Nutzung von Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems führt. Bezieht man die von den Selbsthilfekontaktstellen ausgehenden Wirkungen auf das Gesundheitssystem, so sind die Effekte im Bereich der Prävention bislang zu wenig evaluiert. Sichere Ergebnisse liegen jedoch im Bereich der rehabilitativen Erfolge der Arbeit von Selbsthilfegruppen vor. Dies wird beispielsweise durch niedrigere Wiedereinweisungsquoten von psychisch und suchtkranken Menschen in stationäre Einrichtungen belegt. Diese Erfahrungen haben im Rahmen des Modellprogramms in den neuen Bundesländern dazu geführt, daß das

BMFSFJ die GFK KB mit der Durchführung des Projektes „Rehabilitation und Selbsthilfe“ beauftragt hat (vgl. **Kap. 16**).

Von Selbsthilfekontaktstellen gehen ebenfalls sozialpolitische Wirkungen aus, indem sie die Partizipation benachteiligter Menschen in der Gesellschaft fördern. Selbsthilfekontaktstellen aktivieren Bürgerinnen und Bürger und tragen dazu bei, daß diese sich an sozialpolitischen Entscheidungsprozessen beteiligen. Von der Selbsthilfe gingen vielfältige und öffentlichkeitswirksame Initiativen aus, beispielsweise die bundesweiten Gesundheitstage 1980 in Berlin und 1981 in Hamburg (vgl. Moeller 1996, S. 79) und das Gesunde-Städte-Projekt. Die Selbsthilfekontaktstellen bieten den Raum, in dem sich die Gruppen untereinander austauschen können. Regelmäßige Gruppentreffen und die Wahl von Gruppensprechern führen dazu, daß die Gruppen in verschiedenen kommunalpolitischen Belangen beteiligt werden können. Die von den Selbsthilfekontaktstellen aktiv geförderte Vernetzung von Selbsthilfegruppen führt dazu, daß Gruppen sich nicht nur für ein Anliegen engagieren, sondern zu vielen gesellschaftlich wichtigen Fragen Stellung beziehen. Außerdem werden Bürger, die über die Arbeit in Selbsthilfegruppen Partizipationschancen kennengelernt und erlernt haben, diese Erfahrung auch in anderen Situationen und bei anderen Anlässen nutzen. Damit tragen Selbsthilfekontaktstellen in erheblichem Maße dazu bei, den Tendenzen der „Demokratiemüdigkeit“ entgegenzuwirken (vgl. Brandenburg/ von Ferber/ Nowak 1994).

An dieser Stelle wurden die von Selbsthilfekontaktstellen ausgehenden Wirkungen vorgestellt. Auf die Wirkungen von Selbsthilfegruppen und Initiativen wird in **Kap. 3** sowie in **Kap. 14.2** eingegangen.

14.2 Kosten für Selbsthilfekontaktstellen und volkswirtschaftlicher Nutzen der Selbsthilfe in der Bundesrepublik Deutschland

Selbsthilfegruppen und Initiativen haben einen lokalen Bezug. Folglich kann die Unterstützung von Gruppen durch Selbsthilfekontaktstellen als Gestaltungsaufgabe der kommunalen Selbstverwaltung verstanden werden. Die Verantwortung für die Einrichtung und Finanzierung liegt bei den Kommunen. Selbsthilfeförderung durch Selbsthilfekontaktstellen kann

ordnungspolitisch auch in der Verantwortung von Bundesländern, als Gestaltungsaufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder in der Zuständigkeit der Sozialversicherungen nach dem Sozialstaatsprinzip erfolgen. Folgt man diesem Verständnis, ist es Aufgabe von Ländern und Sozialversicherungen, allen Bürgern nach dem Gleichheitsprinzip einen Zugang zu Selbsthilfekontaktstellen zu verschaffen. In vielen Städten und Kreisen sind Selbsthilfekontaktstellen einzurichten.
Neben der Ermittlung der Kosten für professionell arbeitende Selbsthilfekontaktstellen bestand eine Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung darin, auf der Makroebene die Kosten für die weitere Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen auf Landes- und Bundesebene zu schätzen. Ausgangspunkt der Überlegungen sind bevölkerungsbezogene Daten. Eine derartige Bedarfsermittlung stößt sich jedoch mit der politischen Struktur der Gebietskörperschaften. Die von ISAB bereits im Zwischenbericht vorgestellten Berechnungen gehen von der Annahme aus, daß Selbsthilfekontaktstellen auch über die Grenzen von Städten und Kreisen hinweg eingerichtet werden. So können Selbsthilfekontaktstellen beispielsweise in Trägerschaft einer kreisfreien Stadt und eines Kreises oder von zwei bis drei Kreisen gemeinsam eingerichtet werden. Hierdurch ist es möglich, eine effizientere Nutzung der Sach- und Personalressourcen zu erreichen.

Die Erfahrungen in mehreren Modellstandorten haben gezeigt, daß sich Städte und Kreise häufig nicht auf eine gemeinsame Zuständigkeits- und Finanzierungsaufteilung einigen konnten. Z.B. im Land Brandenburg wurde die im Gutachten des ISAB-Instituts (vgl. Berger/ Braun 1994) empfohlene Zusammenlegung von Kontaktstellen nicht realisiert. Demgegenüber vertritt z.B. Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern die Auffassung, daß im Land übergreifend fünf Kontaktstellen eingerichtet werden sollen.

Aus dem Konflikt zwischen den beiden Positionen - bedarfs- und einwohnerorientiert versus an politischen Grenzen orientiert - ergibt sich die Frage, auf welche Weise eine befriedigende Lösung erzielt werden kann. Nicht zuletzt aus Kostengründen wäre eine stadt- und kreisgrenzenübergreifende Zusammenarbeit gefordert. Folgt man im Gegensatz dazu der regionalen Gliederung aufgrund der politischen Aufteilung, würden die Kosten für eine flächendeckende Ausstattung sich in unverhältnismäßiger Weise erhöhen. Es ist zu befürchten, daß die

Ausstattung der Kontaktstellen dann häufig nicht mehr bedarfsorientiert wäre und es zu Qualitätsverlusten kommt.

Eine dritte Lösung, die wir für wahrscheinlich halten, wäre, daß jede Gemeinde entsprechend dem Ermessen der kommunalen Selbstverwaltung für sich entscheidet, ob sie eine Selbsthilfekontaktstelle einrichten will. Der vorliegende Bericht gibt für diese Entscheidung eine sachliche Orientierungshilfe. Da die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen eine freiwillige Gemeinschaftsaufgabe ist, hält es die Begleitforschung für hilfreich, eine an Einwohnerzahlen ausgerichtete Schätzung des Kostenumfangs und der Kostenverteilung vorzunehmen. Diese Berechnung stellt eine Orientierungshilfe für Länder, Kommunen und andere Finanzierungsträger dar.

Kosten für Selbsthilfekontaktstellen und deren Verteilung

Ausgehend von den Einwohnerzahlen in den neuen und alten Bundesländern, kann die erforderliche Zahl der Selbsthilfekontaktstellen unter Berücksichtigung der empfohlenen Gebietsgrößen nach Bundesländern bestimmt werden. **Abb. 14.1** zeigt, daß sich für die neuen Bundesländer ein Bedarf von 46 Selbsthilfekontaktstellen für ein flächendeckendes Netz mit jeweils 23 Kontaktstellen der Typen 1 und 2 ergibt. In den alten Bundesländern ergibt sich ein Bedarf von 218 Selbsthilfekontaktstellen und damit ein Gesamtbedarf von 264 Selbsthilfekontaktstellen für die Bundesrepublik Deutschland. Derzeit existieren nach dem Gesamtverzeichnis der NAKOS

Abb. 14.1: Flächendeckendes Netz von Selbsthilfekontaktstellen in der Bundesrepublik Deutschland (Modellrechnung)

Bundesland	Einwohner (in Mio.)	Anzahl der KS in Einzugsgebieten bis 300.000 Einw.	Anzahl der KS in Einzugsgebieten über 300.000 Einw.	Gesamtbedarf der KS im Bundesland
Mecklenburg	1,83	3	3	6
Brandenburg	2,54	3	5	8
Sachsen	4,58	8	7	15
Sachsen-Anhalt	2,76	5	4	9
Thüringen	2,52	4	4	8
Neue Bundesländer	14,23	23	23	46
Alte Bundesländer	67,31	109	109	218
Insgesamt	81,54	132	132	264

© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

160 hauptamtlich geführte Selbsthilfekontaktstellen in Deutschland (Thiel 1995, S. 10). 264 Selbsthilfekontaktstellen reichen für ein flächendeckendes Netz aus, wenn sich kleinere Städte und Kreise auf die gemeinsame Einrichtung einer Selbsthilfekontaktstelle einigen.

Sofern es zu keiner gemeinsamen Einrichtung und Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen kommt, müßte für die 444 Städte und Kreise in der Bundesrepublik eine deutlich höhere Zahl von Selbsthilfekontaktstellen eingerichtet werden. Legt man lediglich die Kosten für eine Kontaktstelle des Typs 1 zugrunde, so ergeben sich für 444 Selbsthilfekontaktstellen in der Bundesrepublik jährlich Kosten von rund 80 Millionen DM.

Die Gesamtkosten für die Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen in Deutschland - unter der Prämisse einer gemeinsamen Einrichtung über politische Grenzen hinweg - betragen bei 264 Kontaktstellen jährlich 62 Millionen DM (vgl. **Abb. 14.2**). Knapp 10 Millionen DM sind für Kontaktstellen in den neuen, 52 Millionen DM für die Kontaktstellen in den alten Bundesländern aufzubringen.

Abb. 14.2: Kosten eines flächendeckenden Netzes von Selbsthilfekontaktstellen in der Bundesrepublik Deutschland (Modellrechnung)

Kosten in DM (ohne Beteiligung der Krankenkassen)				
Bundesland	insgesamt	für Länder	für Kommunen	für Kassen
Mecklenburg	1,29 Mio	516.000 (774.000)	387.000 (516.000)	387.000
Brandenburg	1,72 Mio	688.000 (1.032.000)	516.000 (688.000)	516.000
Sachsen	3,19 Mio	1.276.000 (1.914.000)	957.000 (1.276.000)	957.000
Sachsen-Anhalt	1,90 Mio	760.000 (1.140.000)	570.000 (760.000)	570.000
Thüringen	1,72 Mio	688.000 (1.032.000)	516.000 (688.000)	516.000
Neue Bundesländer	9,890 Mio	3.956 Mio (5,934 Mio)	2,967 Mio (3,956 Mio)	2,967 Mio
Alte Bundesländer	52,320 Mio	20.928 Mio (31,392 Mio)	15,696 Mio (20,928 Mio)	15,696 Mio
Insgesamt	62,210 Mio	24,884 Mio (37,326 Mio)	18,663 Mio (24,884 Mio)	*18,663 Mio*

© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

Bei den Gesamtkosten für ein flächendeckendes Netz ist zu berücksichtigen, daß die bestehenden 160 Selbsthilfekontaktstellen bereits finanziert werden. Es ist davon auszugehen, daß diese Finanzierung in der Regel über Bundesländer, die zuständigen Kommunen sowie aus Mitteln der Arbeitsverwaltung erfolgt. Differenzierte Zahlen über die für diese 160 Selbsthilfekontaktstellen zur Verfügung gestellten Mittel sind nicht bekannt. Legt man die Erfahrungswerte zu Finanzierung und Kosten von Selbsthilfekontaktstellen zugrunde, werden die bestehenden Selbsthilfekontaktstellen mit ca. 25 Millionen DM finanziert. Die öffentlichen Institutionen finanzieren heute etwa 40 % der Kosten eines flächendeckenden Netzes. Es besteht demnach ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf von 37 Millionen DM.

Bei einer Finanzierung der Selbsthilfekontaktstellen als Gemeinschaftsaufgabe (Variante 1) kommen auf die Bundesländer Ausgaben in Höhe von 25 Millionen DM zu. Die Krankenkassen und Kommunen sind mit jeweils 19 Millionen DM zu beteiligen. Bei einer Finanzierung über die öffentliche Hand (Variante 2) tragen die Bundesländer rund 37 Millionen DM und die Kreise und kreisfreien Städte 25 Millionen der entstehenden Kosten.

Volkswirtschaftlicher Nutzen von Selbsthilfegruppen

Über die Grenzen professioneller Arbeit und über die unverzichtbaren und unersetzlichen Leistungen der Selbsthilfe ist seit den Arbeiten von Badura und Gross in den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten viel nachgedacht, diskutiert und dokumentiert worden (vgl. von Ferber Aug. 1996, S. 293 f.). Wichtig erscheint der Versuch, einige systematische Gesichtspunkte herauszustellen, warum und wie der Sozialstaat Selbsthilfe und Selbstorganisation fördern sollte. Daß die öffentliche Forderung von Selbstorganisation zum Alltag unserer staatlichen Organisation gehört, lehrt ein Blick auf die Finanzierung der politischen Parteien - auch sie leben nicht von Mitgliedsbeiträgen allein, sondern werden aus Steuergeldern finanziert, weil sie die wichtige Aufgabe der Selbstorganisation der politischen Willensbildung erfüllen - oder die staatliche Förderung der Selbstorganisation wird sichtbar, wenn wir auf die Förderung der Forschung, des Sports oder der Unterhaltung blicken. Bei diesen öffentlichen Aufgaben denken wir selbst dann nicht über die Begründungen nach, wenn die Subventionen auf dem Prüfstand der Finanzkrise der öffentlichen Huashalte stehen. Anstatt über das „Warum?“ der Selbsthilfeunterstützung durch öffentliche Haushalte nachzudenken,

könnte man angesichts dieser Beispiele versucht sein, ebenso gut über ein „Warum eigentlich nicht?“ sich Gedanken zu machen. Selbsthilfeunterstützung durch öffentliche Mittel ist aus wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Gründen geboten. Dies mögen die folgenden Zahlenangaben unterstreichen.

Selbsthilfegruppen und Initiativen tragen durch das zeitliche Engagement ihrer Mitglieder zur Steigerung des Gemeinwohls bei. Es ist davon auszugehen, daß sich 2,65 Millionen Bürger in der Selbsthilfe engagieren. Nach der Selbsthilfegruppenbefragung engagiert sich ein Gruppenmitglied sechs Stunden im Monat. Alle in Selbsthilfe engagierten Bürgerinnen und Bürger in Deutschland investieren Monat für Monat 15,9 Millionen Stunden in die Selbsthilfe. 15,9 Millionen Stunden entsprechen der monatlichen Arbeitszeit von 99.400 Erwerbstätigen. Diese Vergleichsrechnung verdeutlicht den zeitlichen Einsatz der in Selbsthilfe Engagierten. Hochgerechnet auf ein Jahr, umfaßt das zeitliche Engagement in Selbsthilfe 191 Millionen Stunden.

Bei der ökonomischen Bewertung des zeitlichen Engagements in Selbsthilfe kann es sich nur um vorsichtige Schätzungen handeln. Folgt man der Zeitbudgetstudie des Statistischen Bundesamts, liegt ein Ansatz darin, den Zeitaufwand mit entsprechenden Marktlöhnen von Berufstätigen zu bewerten, die vergleichbare Tätigkeiten gegen Bezahlung ausüben (vgl. Schwarz 1996, S. 266). Danach lag bereits 1992 der durchschnittliche Nettolohn im Bundesgebiet bei 23 DM, der Bruttolohn bei rund 39 DM pro Stunde. Legt man nur den Nettolohn zugrunde, so ergibt die Schätzung einen volkswirtschaftlichen Beitrag der Selbsthilfegruppen und Initiativen von jährlich 4,4 Milliarden DM.

Die Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen in allen Städten und Kreisen stellt eine volkswirtschaftliche Investition dar, die zu einer erheblichen gesellschaftlichen Wertschöpfung führt. Durch den Einsatz von 62 Millionen DM für Selbsthilfekontaktstellen entsteht ein Nutzen, der die aufzuwendenden Mittel um ein Vielfaches übersteigt.

Noch nicht in Bericht aufgenommen
Fallbeispiele noch neu Plazieren

Fallbeispiele aus der Selbsthilfegruppenbefragung:
Herr M., 48 Jahre, ist Architekt. Er ist Alkoholiker im fortgeschrittenen Stadium, ständig krank, und kaum noch in der Lage, in seinem Beruf zu arbeiten. Zwei Entwöhnungsbehandlungen und mehrere Entgiftungen haben keine Erfolge gezeigt. Erst nach der Aufnahme in die Selbsthilfegruppe Blaues Kreuz findet er Annahme und neue Freunde. Die anstehende Kündigung wird zurück genommen. Er kann vollständig in den Arbeitsprozeß wieder eingegliedert werden, ohne nochmals behandelt zu werden.

Durch die Mitgliedschaft in der Selbsthilfegruppe der Rheuma-Liga erhalten Erkrankte und Angehörige vielfältige Informationen über das Krankheitsbild und mögliche Umgangsformen mit der Erkrankung. Gleichzeitig werden die Mitglieder in Verhaltensänderungen bestärkt. Die Teilnahme an Patientenschulungen und an den Therapiestunden (Warmwasser- und Trockengymnastik) führt bei einigen Mitgliedern dazu, daß die Medikamentendosis gesenkt werden kann. In Einzelfällen kommt es sogar dazu, daß Krankenhausaufenthalte hinausgezögert bzw. sogar vermieden werden. Auch der Umgang mit den Dingen des täglichen Lebens wird einfacher bzw. überhaupt erst wieder möglich. So stärken sich die Mitglieder untereinander und bauen neue soziale Kontakte auf.

In der Selbsthilfegruppe Angehörige psychisch Kranker findet ein reger Austausch statt. Gemeinsam werden in der Gruppe Möglichkeiten besprochen, wie mit beginnenden Psychosen des Angehörigen umgegangen werden kann. So kann der Erkrankte darin bestätigt werden, einen Arzt aufzusuchen. Diese ambulante Betreuung zu einem frühen Zeitpunkt ist bedeutend billiger als der Krankenhausaufenthalt. Die Gruppe bietet den Angehörigen die Möglichkeit zur Aussprache und Information über mögliche Hilfen. Regelmäßig werden Vorträge von Fachleuten, beispielsweise Medizinern angeboten. Die Gruppe bietet den Angehörigen auch die Möglichkeit, Ratlosigkeit und Ängste abzubauen.

15. Bewertung von Selbsthilfekontaktstellen in der sozialpolitischen Diskussion

Die Bedeutung der Arbeit von Selbsthilfegruppen sowie die Notwendigkeit einer Unterstützung wird von allen Körperschaften und Institutionen in der Bundesrepublik Deutschland anerkannt. Dies zeigen u.a. die Stellungnahmen bei der bundesweiten Fachtagung „Selbsthilfe 2000“ in Suhl (vgl. Braun/ Kettler 1996) sowie die Antworten der Bundesregierung auf die Anfragen verschiedener Parteien. Unterschiedliche Bewertungen zeigen sich bei der Frage, welche Aufgaben der Selbsthilfe zukommen und wie die Förderung der Selbsthilfe gestaltet werden soll. Die direkte Selbsthilfegruppenförderung, die organisatorische, immaterielle und finanzielle Förderung für Gruppen und Initiativen, ist unstrittig und wird in vielfältigen Formen erbracht. Demgegenüber wird von den gesetzlichen Krankenkassen und einigen Bundesländern die Notwendigkeit einer Beteiligung bei der Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen nicht gesehen.

Bewertung durch den Bund und die Parteien

Die hohe Bedeutung, die der Bund der infrastrukturellen Unterstützung der Selbsthilfe durch Selbsthilfekontaktstellen beimißt, zeigt sich in der zehnjährigen Selbsthilfeförderpolitik des BMFSFJ. Die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen durch ein vierjähriges Modellprogramm in den alten Bundesländern vom damaligen BMFuS wurde durch das Programm in den neuen Bundesländern fortgesetzt. Da eine originäre Kompetenz des Bundes im Bereich der Selbsthilfe aufgrund der verfassungsrechtlichen Vorgaben nicht besteht, kann er nur mit Hilfe von Modellprojekten von bundesweiter Bedeutung das Ziel der bundesweiten Ausbreitung des Selbsthilfegedankens und seiner Umsetzung in die soziale Wirklichkeit unterstützen. Diese Anregungskompetenz hat er durch die Modellprogramme zur Entwicklung und Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen genutzt.

Darüber hinaus hat das BMFSFJ die Selbsthilfeentwicklung mit Workshops und Fachtagungen gefördert. Hierzu zählen die Fachtagung in Kassel im Jahre 1992 (vgl. Braun/ Meisheit/ Kasmann 1993), fünf Informationsveranstaltungen in den neuen Bundesländern Ende 1990, die

Selbsthilfe-Foren Ende 1993 und 1994 in den Selbsthilfekontaktstellen der neuen Bundesländer sowie die bundesweite Fachtagung Selbsthilfe 2000 Ende 1995 in Suhl (vgl. Braun/ Kettler 1996).

Zum Ende der Laufzeit des Modellprogramms in den neuen Bundesländern wurden von den im Bundestag vertretenen Parteien Anfragen zum Thema Selbsthilfe an die Bundesregierung gestellt (vgl. CDU/ CSU und FDP Oktober 1995; BÜNDNIS 90/ Die GRÜNEN 4.7.96, SPD 24.6.96). In einer grossen Anfrage zur Bedeutung des ehrenamtlichen Engagements in unserer Gesellschaft wurde die Bundesregierung gefragt, wie sie die Bereitschaft vieler Bürgerinnen und Bürger zum Engagement außerhalb der traditionellen Verbände und Vereine in neuen Formen des freiwilligen Engagements in Selbsthilfe, Selbsthilfeinitiativen und Bürgerinitiativen bewertet. Nach der Bewertung der Bundesregierung stellen diese neuen Formen eines Engagements für eigene und gemeinschaftliche Anliegen eine wesentliche Bereicherung der demokratischen Gesellschaft dar. Es ist eine gemeinschaftliche Aufgabe von Staat und Gesellschaft, diese Engagementformen zu unterstützen. Die Zuständigkeit hierfür liegt bei den Ländern und Kommunen. Auch die Regelungen des § 20 SGB V zur Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen mit präventiver und rehabilitativer Zielsetzung dienen diesem Zweck.

Die Anfragen der Fraktionen von BÜNDNIS 90/ Die GRÜNEN und der SPD beziehen sich auf den Zusammenhang von Selbsthilfearbeit und Gesundheitsförderung sowie den Beitrag der Selbsthilfe bei einer Neuorientierung der Gesundheitspolitik. In ihren Antworten bringt die Bundesregierung zum Ausdruck, daß aufgrund des Änderungsantrags der Fraktionen von CDU/ CSU und FDP die Option einer Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen als Kann-Leistung erhalten bleibt, jedoch nicht als Pflicht-Leistung festgeschrieben wird. Im Rahmen der Modellprogramme war es Ziel der Bundesregierung, eine geeignete Infrastruktur zur Förderung von Selbsthilfegruppen zu initiieren. Auf die organisatorische Umsetzung vor Ort kann und will die Bundesregierung keinen Einfluß nehmen, da diese in der Zuständigkeit von Ländern, Kreisen und kreisfreien Städten liegt.

Alle im Bundestag vertretenen Parteien erkennen die Bedeutung der Selbsthilfe an und bejahen die Notwendigkeit der Selbsthilfeförderung durch Selbsthilfekontaktstellen. Unterschiede werden dabei gesehen,

welche Funktion die Selbsthilfe für die Weiterentwicklung des Sozial- und Gesundheitswesens übernehmen soll, und in der Frage, wie die Finanzierung der Selbsthilfekontaktstellen erreicht werden kann.

Nach Einschätzung der **CDU/ CSU** dient Selbsthilfe der Verbesserung des sozialen Klimas in der Gesellschaft. Durch die Partizipation der Betroffenen und ihre innovativen Impulse kommt Kontaktstellen entscheidende Bedeutung beim Umbau des Sozialstaates sowie bei der Neuorganisation des Gesundheitswesens zu (vgl. Fink 1990). Nach Fink muß die zukünftige Sozialpolitik stärker in die Zuständigkeit der Länder und Kommunen verlagert werden. Dazu bedarf es der Unterstützung subsidiärer Einrichtungen und Systeme wie der Selbsthilfe. Nach seiner Einschätzung kann eine subsidiär ausgerichtete Sozial- und Gesundheitspolitik maßgeblich zur Lösung neuer sozialer Fragen beitragen, die sich u.a. aus der Auflösung der Familienstrukturen und dem Trend zu Single-Haushalten ergeben (vgl. Fink 1996, S. 217 ff.). Die Umwandlung des Paragraphen 20 Abs. 3a in eine Pflichtleistung im Rahmen der dritten Stufe der Gesundheitsreform, um hierdurch eine Finanzierungsbeteiligung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Kontaktstellenförderung sicherzustellen, sieht der gesundheitspolitische Sprecher der CDU, Herr Wolfgang Lohmann, nicht als geeigneten Weg. Vielmehr muß erreicht werden, daß die gesetzlichen Krankenversicherungen auch im Krankenkassenwettbewerb in die Lage versetzt werden, im präventiven und rehabilitativen Bereich sinnvoll und patientenorientiert zu fördern (vgl. Lohmann 1995, S. 5).

Die Notwendigkeit einer engagementfördernden Infrastruktur für Selbsthilfe und Ehrenamt wird von der CDU gesehen (vgl. CDU o.J., S. 5 ff.). In einem Leitfaden zum Thema „Mehr Ehre für das Ehrenamt“ wird gefordert, in jeder Stadt zumindest ein Service-Zentrum für Selbsthilfe und Ehrenamt einzurichten (vgl. CDU o.J., S. 7).

Die Arbeitsgemeinschaft der **Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten** im Gesundheitswesen hat 1994 in München sechs Eckpunkte zur Selbsthilfe-Politik aufgestellt (vgl. AGS 1994, S. 24). Danach soll die Förderung und Unterstützung von Selbsthilfe als Gemeinschaftsaufgabe von öffentlicher Hand und Krankenkassen erfolgen. Gefordert werden die Festschreibung der Selbsthilfeförderung in den Gemeindeordnungen sowie die Umwandlung des Paragraphen 20 von

einer Kann- in eine Soll- oder Muß-Bestimmung (vgl. Schaich-Walch 1996, S. 239 f.). Ferner soll die Förderung von Selbsthilfegruppen auf der kommunalen Ebene erfolgen, um die unterschiedlichen regionalen und sozialen Strukturen berücksichtigen zu können.

Nach Auffassung des gesundheitspolitischen Sprechers der SPD, Herrn Klaus Kirschner, sollen bei der dritten Stufe der Gesundheitsreform ein koordiniertes Vorgehen aller Akteure im Gesundheitswesen sowie eindeutigere Vorgaben für die Krankenkassen hinsichtlich der Selbsthilfeförderung erreicht werden. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe Gesundheit sowie der SPD-Bundestagsfraktion sind dabei die Evaluation sowie die Aufstellung von Qualitätsstandards für die Selbsthilfekontaktstellenarbeit notwendig (vgl. Kirschner 1995, S. 4).

Auch die **FDP** erkennt die Bedeutung der Arbeit von Selbsthilfegruppen an. Nach Auffassung des gesundheitspolitischen Sprechers Möllemann sollen im Rahmen der dritten Stufe der Gesundheitsreform die Anliegen von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen stärker als bisher berücksichtigt werden (vgl. Möllemann 1995, S. 5).

Zu Beginn des Modellprogramms in den alten Bundesländern standen einzelne Abgeordnete der Fraktion der GRÜNEN der Förderung von Selbsthilfekontaktstellen skeptisch gegenüber - eine Position, die die Fraktion von **BÜNDNIS 90/ Die GRÜNEN** inzwischen nicht mehr vertritt. Die ursprüngliche Skepsis wurde begründet mit einer befürchteten Vereinnahmung der Selbsthilfebewegung (Stichwort „Staatsknete-Debatte“) und der Sorge, daß Selbsthilfeförderpolitik dem Abbau sozialer und gesundheitlicher Leistungen und Dienste als kostengünstige Ersatzvariante Vorschub leiste. Die Abgeordnete Anna Fischer brachte bei der Tagung in Suhl zum Ausdruck, daß Selbsthilfe und deren Unterstützung eine wichtige Ergänzungsfunktion zu sozialstaatlichen Leistungen darstellt. Nach ihrer Einschätzung darf Selbsthilfe aber nicht als Ausfallbürge mißverstanden werden. Vielmehr geht es darum, in die Neubewertung der (Arbeits)Gesellschaft die Rolle des freiwilligen Engagements in Form von Selbsthilfe miteinzubringen (vgl. Fischer 1996, S. 217 ff.). Bei der Umwandlung des Paragraphen 20 in eine Pflichtaufgabe vertritt die gesundheitspolitische Sprecherin Monika Knoche die Auffassung, daß die Festschreibung einer Pflichtleistung ein denkbarer Weg sei. Die Umwandlung des Paragraphen 20 sollte jedoch nur

unter der Voraussetzung erfolgen, daß die Mischfinanzierung als Pflichtaufgabe von öffentlicher Hand und Krankenkassen festgeschrieben wird (vgl. Knoche 1995, S. 5 f.). In einem Antrag an den Deutschen Bundestag werden die Absicherung der Selbsthilfekontaktstellen und der NAKOS mit Sitz in Berlin sowie die Festschreibung des Paragraphen 20 Abs. 3a SGB V als Pflichtleistung (vgl. BÜNDNIS 90/ Die GRÜNEN o.J., S. 7 f.) gefordert.

Auch nach Auffassung der **PDS** soll die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen als Gemeinschaftsaufgabe erfolgen. An der Finanzierung sind Länder, Kommunen und Krankenkassen zu beteiligen. Voraussetzung für den Aufbau und die Absicherung von Selbsthilfekontaktstellen ist es, daß die Förderung von Kontaktstellen als Pflichtaufgabe von Ländern und Kommunen sowie den Krankenkassen festgeschrieben wird (vgl. Bläss 1996, S. 235 f.).

Auch die Gesundheitsreform hat die Parteien veranlaßt, noch einmal Stellung zur Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen zu beziehen. Daß sich die Bundestagsparteien so ausführlich mit dem Thema befaßt haben, ist Zeichen für die hohe Anerkennung der Selbsthilfeförderung. Die Tatsache, daß eine minimale Änderung im SGB V zu einer Vielzahl von Reaktionen im Bundestag geführt hat, ist ein deutlicher Erfolg der Selbsthilfe.

Bewertung durch die Bundesländer

Mitte der 80er Jahre, zu Beginn des Modellprogramms in den alten Bundesländern, war die Landesförderpolitik in erster Linie auf die Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeverbänden ausgerichtet. Die vielfältigen Aktivitäten des Modellprogramms sowie die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung haben dazu beigetragen, daß sich die Länder stärker auf die infrastrukturelle Förderung von Selbsthilfekontaktstellen konzentriert haben (vgl. Braun/ Opielka 1992). Im Jahre 1995 wurden bis auf Bayern und Rheinland-Pfalz von allen Ländern in Westdeutschland Mittel für Selbsthilfekontaktstellen bereitgestellt (vgl. Krawielitzki/ Thiel 1995). Entsprechend stieg die Zahl der Selbsthilfekontaktstellen in den alten Bundesländern erheblich. 1987 gab es in den alten Bundesländern ca. 60 eigenständige Selbsthilfekontaktstellen (vgl. Thiel 1988 u. Thiel 1990). Innerhalb von

fast zehn Jahren hat sich die Zahl in Westdeutschland auf 108 Kontaktstellen nahezu verdoppelt (vgl. Thiel 1996). Wenngleich im Umfang der Landesförderung für Selbsthilfekontaktstellen deutliche Unterschiede bestehen, bleibt festzuhalten, daß die Bedeutung der Selbsthilfekontaktstellen in Westdeutschland anerkannt ist und deren Förderung zunehmend in der Sozialpolitik verankert ist. Hervorzuheben sind Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen, in denen zusätzlich eine Landeskoordinationsstelle der Selbsthilfekontaktstellen eingerichtet wurde und finanziert wird (vgl. **Kap. 11**).

Die fünf neuen Bundesländer unterstreichen die Bedeutung der Arbeit und Förderung von Selbsthilfegruppen und Initiativen. Selbsthilfeförderung durch die Länder erfolgt durch die Förderung von Selbsthilfegruppen und von Selbsthilfeverbänden sowie z.T. durch die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen (vgl. **Abb. 15.1**). Bis auf Mecklenburg-Vorpommern stellten die neuen Bundesländer Mittel für die direkte Förderung von Selbsthilfegruppen und bis auf Sachsen alle Bundesländer Mittel für die Förderung von Selbsthilfeverbänden zur Verfügung. Häufig werden diese Mittel noch über die Wohlfahrtsverbände sowie über die Förderung überregionaler Selbsthilfeverbände bereitgestellt. Daneben können Gruppen und Initiativen direkt Mittel bei den zuständigen Landesministerien beantragen. Die Abwicklung erfolgt über die Verwaltungsämter der Länder, z.B. für Thüringen über das Landesverwaltungsamt Weimar oder in Sachsen-Anhalt über das Landesamt für Versorgung und Soziales in Halle/ Saale. Damit wird der zunächst auch in den alten Bundesländern eingeschlagene Weg wiederholt: Länder, bei denen die Selbsthilfe erstmals Eingang in Förderüberlegungen findet, beschränken sich zunächst auf die Bereitstellung von Mitteln für Gruppen und Initiativen. Erst in einer zweiten Entwicklungsphase erfolgt die infrastrukturelle Unterstützung der Selbsthilfe.

Wie die Erfahrungen gezeigt haben, sind die Länder als direkte Zuwendungsgeber für Selbsthilfegruppen nur bedingt geeignet. Kritik an dieser Förderpraxis wird insbesondere von den Selbsthilfegruppen und Initiativen geäußert, weil:

- die Anliegen der Gruppen zu wenig berücksichtigt werden;
- die der Förderung zugrundeliegenden Richtlinien unzureichend auf Bedarfe und Struktur der Gruppen ausgerichtet sind;
- das Antragsverfahren zu kompliziert ist;

- eine Beratung bei der Antragstellung fehlt;
- der Zeitraum zwischen Beantragung und Bewilligung der in der Regel kleinen Beträge zu lang ist;
- das Abrechnungsverfahren zu kompliziert ist.

Abb. 15.1: Selbsthilfeförderpolitik in den neuen Bundesländern - Synopse 1995

	Direkte Selbsthilfegruppenförderg			Selbsthilfe-kontaktstellenförderung			Förderung von Selbsthilfeverbänden		
Land	Haushalts-titel	Richt-linien	Haushalts-ansatz 95	Haushalts-titel	Richt-linien	Haushalts-ansatz 95	Haushalts-titel	Richt-linien	Haushalts-ansatz 95
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	-	###	(in Vorbereitung)	100.000 DM	-	-	90.000 DM
Brandenburg	###	-	865.000 DM	###	-	455.000 DM	###	-	600.000 DM
Sachsen	###	(in Vorbereitung)	490.000 DM	Ergänzung zum Bundesmodell	-	30.000 DM	-	-	-
Sachsen-Anhalt	###	###	550.000 DM	-	-	-	###	###	150.000 DM
Thüringen	###	###	400.000 DM	-	(in Vorbereitung)	-	###	###	324.000 DM

© ISAB Köln 06/1996. Modellprogramm Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern.

Eine wirksame und bedarfsgerechte Förderung von Selbsthilfegruppen wird zudem erschwert, weil auf der kommunalen Ebene verschiedene Ämter, die Krankenkassen und andere Institutionen Mittel für die direkte Förderung unabhängig voneinander bereitstellen. Für die einzelne Gruppe ist kaum überschaubar, welche Mittel zur Verfügung stehen und wie diese jeweils beantragt werden können. Diese Schwierigkeiten haben zur Folge, daß die in den Haushaltsansätzen ausgewiesenen Mittel für Selbsthilfegruppen oft nicht vollständig abgerufen werden, obwohl der Bedarf hoch ist. Beide Modellprogramme empfehlen daher, die direkte Gruppenförderung auf der kommunalen Ebene zu verankern und zu koordinieren, verbunden mit einer anteiligen Mitfinanzierung einer selbsthilfeunterstützenden Infrastruktur durch Selbsthilfekontaktstellen von seiten der Länder.

Die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen in den neuen Bundesländern erfolgte zunächst durch die Bereitstellung ergänzender Mittel zur Bundesförderung, beispielsweise in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern[1] und Sachsen[2]. Daneben wurde in verschiedenen Städten und Kreisen ein Teil der Personalmittel nach dem AFG über die Bundesanstalt für Arbeit finanziert. Seit 1994/ 95 stellten einige Bundesländer Mittel für die infrastrukturelle Förderung durch Selbsthilfekontaktstellen zur Verfügung. Hervorzuheben sind die Bemühungen in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Thüringen, die ihre Förderpolitik auf die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen ausgerichtet haben bzw. ausrichten wollen.

In **Mecklenburg-Vorpommern** gibt es 1996 neun Selbsthilfekontaktstellen, die in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen Mecklenburg-Vorpommern organisiert sind. Nach den Ermittlungen von ISAB existieren ca. 970 Selbsthilfegruppen im Land. Für die Landesförderung ist das Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Referat Gesundheitsförderung zuständig. Das Land fördert weder Einzelgruppen noch Projekte. Landesverbände der Selbsthilfe werden seit 1991 gefördert; 1995 betrug der Etat hierfür 90.000 DM. Mecklenburg-Vorpommern

1 Zuwendungen an freigemeinnützige und kommunale Träger von Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfe, Titel 68561.

2 Ergänzende Förderung zum Bundesmodellprogramm aus Titel 0803 68 404 und 0803 68 502.

hat seit 1994 den Schwerpunkt der Selbsthilfeförderung mit der Einrichtung eines Haushaltstitels „Förderung von Selbsthilfekontaktstellen“ auf die infrastrukturelle Förderung ausgerichtet. Von 1994 bis 1996 wurden den Kontaktstellen pro Jahr 100.000 DM im Haushaltstitel für Sachmittel und projektbezogene Personalkosten zur Verfügung gestellt. 1997 werden diese Mittel verdoppelt. Fünf Kontaktstellen werden mit 40.000 DM jährlich gefördert Eine Richtlinie zur Kontaktstellenförderung wurde erarbeitet und befindet sich gegenwärtig in der Abstimmung.

Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat in den Jahren 1994 und 1995 intensive Gespräche mit den kommunalen Spitzenverbänden und den Landesverbänden der Krankenkassen geführt, um die Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen als Gemeinschaftsaufgabe sicherzustellen. Ziel war es, eine Rahmenvereinbarung zur Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen durch Land, Kommunen und Krankenkassen zu erwirken. Das Sozialministerium hat im Frühjahr 1996 einen Entwurf einer Rahmenvereinbarung zur Finanzierung von fünf Selbsthilfekontaktstellen im Land vorgelegt, der an alle potentiellen Finanzierungsträger versandt wurde: den Städte- und Gemeindetag, den Landkreistag, die AOK-, VdAK-, BKK- und IKK-Landesverbände sowie die Landesversicherungsanstalt. Bis auf den IKK-Landesverband haben inzwischen alle Finanzierungsträger die Rahmenvereinbarung abgelehnt.

Mecklenburg-Vorpommern wird auch in Zukunft seinen Förderschwerpunkt auf die infrastrukturelle Förderung von Selbsthilfekontaktstellen legen. 1997 werden die Selbsthilfekontaktstellen aus Landesmitteln, aus Finanzierungsanteilen der beteiligten Kommunen und Träger sowie aus AFG-Mitteln finanziert.

Die Selbsthilfeförderung in **Berlin** stellt einen Sonderfall dar, da während des Modellprogramms auch im Ostteil der Stadt die bereits seit langem bestehende Förderpraxis des Westteils umgesetzt wurde. In Berlin gibt es, neben der für ganz Berlin zuständigen SEKIS, 20 regionale Selbsthilfekontaktstellen, die im SELKO e.V., Verein zur Förderung von Selbsthilfekontaktstellen, organisiert sind. Sie sind jeweils für relativ kleine Einzugsbereiche von 80.000 bis 180.000 Einwohnern zuständig und kosten durchschnittlich jeweils 150.000 DM. Für die Selbsthilfeförderung ist die Senatsverwaltung für Soziales, Abt. AG Selbsthilfe zuständig. Die Berliner

Selbsthilfeförderung für Gruppen, Projekte und die infrastrukturelle Förderung von Selbsthilfekontaktstellen gliedert sich in eine Anschubförderung und eine Weiterförderung. Seit 1983 unterstützt das Land Gruppen und Projekte; über die Vergabe der Mittel entscheidet ein „Beirat zur Förderung von Selbsthilfegruppen“. Regionale Selbsthilfekontaktstellen werden in Berlin seit 1983 gefördert. Landesverbände der Selbsthilfe erhalten keine Förderung. Die Berliner Bezirke beteiligen sich nicht an der Selbsthilfeförderung.

Der Gesamtumfang der direkten und infrastrukturellen Selbsthilfeförderung in Berlin betrug 1995 ca. 12,3 Millionen DM. Dabei wurden für die Anschubförderung 2,6 Millionen DM, für die Weiterförderung 4 Millionen DM und für die Weiterförderung besonderer sozialer Projekte 5,7 Millionen DM angesetzt.

Am 2. Oktober 1995 schlossen die Senatsverwaltung Berlin und SELKO e.V. einen Vertrag über die Zuwendungen an die regionalen Kontaktstellen mit einer Laufzeit von drei Jahren. SELKO e.V. verwaltet und bewilligt eigenverantwortlich die ihm übertragenen Haushaltsmittel, die der Förderung und Finanzierung der Selbsthilfekontaktstellen in Berlin dienen. In diesem Vertrag wird ein Leistungsprofil von Selbsthilfekontaktstellen als Vertragsbestandteil definiert, und die Zielsetzung, Angebot und Leistungen der regionalen Selbsthilfekontaktstellen werden festgeschrieben. Danach müssen mindestens 1,5 Fachberater beschäftigt werden. Die Kontaktstellen müssen über zwei Gruppenräume, einen Büroraum sowie eine technische Ausstattung verfügen. Ferner sind Fonds zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen vorgesehen, z.B. Honorarmittel, Mittel für Veranstaltungen, Sachmittel, Mittel für Fachliteratur etc. Schließlich legt der Vertrag Leistungskennziffern fest: Es müssen pro Jahr mindestens 25 Gruppen beraten sowie 800 Beratungen und 10 selbstorganisierte Fachveranstaltungen durchgeführt werden. Auch Öffnungs- und Sprechstundenzeiten wurden festgelegt.

Das nach diesem Leistungsvertrag vorgesehene Fördervolumen sollte 1996 ca. 2,6 Millionen DM betragen. Aufgrund der Haushaltssituation erfolgte eine Kürzung um 200.000 DM, so daß 1996 ca. 2,4 Millionen DM für Selbsthilfekontaktstellen gezahlt wurden.

Perspektivisch diskutiert die Berliner Senatsverwaltung zwei Strategien: Im Rahmen der Verringerung der Zahl der Berliner Stadtbezirke soll eine Vergrößerung der Einzugsgebiete der Selbsthilfekontaktstellen erfolgen, mit dem Ziel, die Anzahl der Kontaktstellen auf zwölf zu reduzieren. Der zweite Weg besteht in einer Profilveränderung der Selbsthilfekontaktstellen zu Kontaktstellen für Selbsthilfe und Ehrenamt bzw. in einer Bündelung der Selbsthilfekontaktstellen mit sozialen Diensten zu Zentren bürgerschaftlichen Engagements. In diesen Zentren sollen Nachbarschaftshilfe (Nachbarschaftszentren, sozialkulturelle Zentren) mit der Förderung von freiwilligem Engagement und Selbsthilfe gebündelt werden.

In **Brandenburg** gibt es 18 Selbsthilfekontaktstellen, von denen 15 in einer Landesarbeitsgemeinschaft organisiert sind. 1995 gab es in Brandenburg ca. 1300 Selbsthilfegruppen und Initiativen. Für die Selbsthilfeförderung ist das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen zuständig. Zeitweilig wurde eine ministerielle Arbeitsgruppe „Selbsthilfeförderung“ gegründet. Das Land Brandenburg fördert Gruppen und Projekte seit 1991; 1995 betrug die Fördersumme hierfür 865.000 DM. Landesorganisationen der Selbsthilfe werden ebenfalls seit 1991 gefördert, 1995 mit 600.000 DM.

Das Land Brandenburg hat 1994 das ISAB-Institut mit der Erstellung eines Gutachtens zur Situation der Selbsthilfe und Selbsthilfeförderpolitik beauftragt (vgl. Braun/ Berger 1994). Ziel war es, Rahmenbedingungen und Finanzierungsvorschläge für den Aufbau einer flächendeckenden Infrastruktur zu benennen. Das Gutachten kam zu dem Ergebnis, daß die Einzugsbereiche der Kontaktstellen neu gestaltet und die personellen und sachlichen Ressourcen in neun Selbsthilfekontaktstellen gebündelt werden sollen.

Auch in Brandenburg wurden Gespräche mit Kommunen und Krankenkassen über eine gemeinschaftliche Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen auf Grundlage einer Förderrichtlinie geführt. Nachdem diese Verhandlungen gescheitert sind, stellt das Land im Rahmen der Landesmittel für ambulante soziale und gesundheitsfürsorgerische Dienste den Städten und Kreisen Gelder für

freiwillige Leistungen für die Daseinsvorsorge zur Verfügung.[3] Obwohl das Land Selbsthilfekontaktstellen für notwendig und förderungswürdig hält, wurde auf Förderrichtlinien für Selbsthilfekontaktstellen verzichtet. Zielsetzung der Landesförderung ist die Stärkung der Regiekompetenz der Kommunen; die Mittel können beispielsweise für pflegeergänzende Dienste, ambulante Sterbebegleitung, Betreuungsdienste für chronisch Kranke, psychosoziale Versorgung etc. eingesetzt werden. Es liegt in der Entscheidung der Städte und Kreise, ob sie einen Teil der Mittel für die Selbsthilfekontaktstelle einsetzen. 1995 förderte das Land Brandenburg Selbsthilfekontaktstellen mit 455.000 DM, die für Honorare, Sachmittel und anteilig für Personalkosten zur Verfügung gestellt wurden. 1996 haben alle Kommunen, in denen es Selbsthilfekontaktstellen gibt, einen Teil dieser Mittel für Selbsthilfekontaktstellen beantragt. Das Land hat mit verschiedenen Kommunen Regionalkonferenzen durchgeführt, um Fragen der Sozialplanung und der infrastrukturellen Unterstützung der Selbsthilfe zu klären. Dabei hat sich gezeigt, daß die Kommunen die Selbsthilfekontaktstellen als eine kostengünstige Investition betrachten, mit der sie in anderen Bereichen Mittel einsparen können. Auch für die kommenden Jahre will Brandenburg die Mittel für Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Richtlinie für ambulante Dienste bereitstellen.

In **Sachsen** gibt es bisher zehn Selbsthilfekontaktstellen, die sich in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen Sachsen (LAG SKS) zusammengeschlossen haben. Nach den Ermittlungen von ISAB gab es 1995 ca. 2.090 Selbsthilfegruppen und Initiativen in Sachsen. Für die Landesförderung ist das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie, Abt. Sozialhilfe sowie seit 1995 die Abt. Wohlfahrtspflege zuständig. Gruppen und Projekte werden seit 1991 vom Land gefördert; 1995 betrug der Fördertitel 500.000 DM für Sachkosten und Honorare für 592 Gruppen, von denen 300 der Selbsthilfe zugerechnet werden. Der Haushaltsansatz dieses Titels beträgt für 1997 650.000 DM. Die Landesverbände der Selbsthilfe werden ebenfalls seit 1991 gefördert, wobei das Volumen nicht genau zu beziffern ist, da aus dem Titel neben

3 Vgl. Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen an die Landkreise und kreisfreien Städte im Land Brandenburg für die Förderung von ambulanten sozialen und gesundheits-fürsorgerischen Dienste. Potsdam 1.4.1995. Titel 68 412.

Landesverbänden der Selbsthilfe auch andere Empfänger unterstützt werden.

Selbsthilfekontaktstellen werden bislang vom Landessozialministerium nicht gefördert (mit Ausnahme der Kontaktstelle von Hoyerswerda). Der Freistaat Sachsen will auch in Zukunft seine Förderung auf die direkte Selbsthilfegruppenförderung beschränken. Lediglich drei der am Modellprogramm beteiligten vier Selbsthilfekontaktstellen (KISS Chemnitz, KISS Dresden und SKIS Leipzig) will das Land ab 1997 wie andere Beratungsstellen mit maximal 23.000 DM für Sachmittel fördern. Über diese für den Fortbestand der Selbsthilfekontaktstellen in Sachsen zu geringen Mittel hinaus will Sachsen derzeit keine Mittel für die infrastrukturelle Förderung der Selbsthilfe durch Selbsthilfekontaktstellen bereitstellen.

In **Sachsen-Anhalt** bestehen sechs Selbsthilfekontaktstellen, die in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen Sachsen-Anhalt organisiert sind. Nach den Ermittlungen von ISAB gibt es 1995 ca. 1.760 Selbsthilfegruppen im Land. Die Landesförderung erfolgt durch das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Abt. Gesundheit. Gruppen und Projekte erhalten auf Grundlage einer Richtlinie „Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich“ (7.7.1991) Sachkostenzuschüsse, Honorare etc. Die direkte Selbsthilfegruppenförderung erfolgt mit Antragstellung über die Dachverbände und über die Gesundheitsämter. Landesverbände der Selbsthilfe werden seit 1991 gefördert; 1995 wurde dafür ein Etat von 150.000 DM (für Sachkosten, Honorare etc.) bereitgestellt. Zur Förderung von Landesverbänden der Selbsthilfe liegt der Entwurf einer „Richtlinie zur Förderung von Projekten im Bereich der chronischen Krankheiten“ von März 1995 vor. Die Gesamtförderung durch das Land - Zuwendungen für Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeverbände - betrug 1994 229.000 DM; 1995 waren es 297.000 DM, 1996 sind es 321.000 DM für 193 Gruppen und Landesverbände.

Über die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen ist vom Land Sachsen-Anhalt noch keine endgültige Entscheidung getroffen worden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt werden Selbsthilfekontaktstellen durch das Land Sachsen-Anhalt nicht gefördert. Die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen war bereits Gegenstand des 1.

Gesundheitsselbsthilfetages Sachsen-Anhalt in März 1996 in Magdeburg. Insbesondere die Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen hat die ablehnende Haltung des Landes kritisiert. Für das Haushaltsjahr 1997 soll die Absicherung der Selbsthilfekontaktstellen des Modellprogramms durch Finanzierungsbeteiligung der Kommunen, der Träger sowie im Rahmen von AFG-geförderten Maßnahmen mit Beteiligung des Landes erfolgen.

In **Thüringen** gibt es zehn Selbsthilfekontaktstellen, die z.T. in der Agethur, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung Thüringen e.V., Arbeitsgruppe Selbsthilfe, sowie im Thüringer Selbsthilfeplenum e.V. organisiert sind. Nach den Ermittlungen von ISAB gibt es ca. 1.200 Selbsthilfegruppen im Land. Für die Landesförderung ist das Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit, Abt. Soziales, Selbsthilfe sowie Gesundheit zuständig. Seit 1991 werden Gruppen und Projekte gefördert; das Fördervolumen betrug 1995 400.000 DM für Sach-, Investitions- und Honorarmittel. Landesverbände der Selbsthilfe werden seit 1991 gefördert.

Das Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit hat die Landesförderung der Selbsthilfe auf die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen umgestellt. Die Landesregierung hat 1994 in ihrer Koalitionsvereinbarung beschlossen, die Selbsthilfeförderung auf die infrastrukturelle Förderung eines flächendeckenden Netzes von Selbsthilfekontaktstellen auszurichten.[4] 1995 wurden Selbsthilfekontaktstellen mit 400.000 DM, 1996 werden sie mit 320.000 DM gefördert.

Nach dem Scheitern der Verhandlungen über eine Gemeinschaftsfinanzierung zusammen mit Kommunen und Krankenkassen erfolgt ab 1997 die Landesförderung von Selbsthilfekontaktstellen auf Grundlage einer Richtlinie. Hierfür wurde ein Entwurf erarbeitet, der sich derzeit in der Abstimmung befindet.[5] Die Mittel sollen den Trägern der Selbsthilfekontaktstellen nach einem Schlüssel aus der Einwohnerzahl ihres Einzugsgebiets und beratenen Personen zur Verfügung gestellt

4 Vgl. Vereinbarung zwischen den Thüringer Landesverbänden der CDU und der SPD über die Bildung einer Koalitionsregierung für die II. Legislaturperiode. Erfurt, November 1994.

5 Entwurf der „Richtlinie zur Förderung von Selbsthilfekontaktstellen im Freistaat Thüringen“ des Thüringer Ministeriums für Soziales und Gesundheit. Erfurt 1996.

werden. Hierdurch kann die Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen auch von Städten und Kreisen übergreifend erfolgen. Das Land stellt die Mittel für Personalkosten zur Verfügung, Sachkosten müssen vom Träger übernommen werden. Sofern die Personalkosten bereits aus anderen Quellen finanziert sind, können die Träger diese Mittel auch für die direkte Selbsthilfegruppenförderung einsetzen.

Die derzeitige Selbsthilfeförderpraxis der neuen Bundesländer zeigt, daß alle Bundesländer einen Beitrag zur Selbsthilfeförderung leisten. Die aus fachlicher Sicht sinnvolle Konzentration der Länder auf die Förderung einer selbsthilfefördernden Infrastruktur durch Selbsthilfekontaktstellen wird von den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Brandenburg und Thüringen praktiziert bzw. angestrebt. Demgegenüber liegt der Förderschwerpunkt in Sachsen und Sachsen-Anhalt auf der direkten Förderung von Selbsthilfegruppen. Der Freistaat Sachsen wird ab 1997 zumindest drei Selbsthilfekontaktstellen anteilig mitfinanzieren. Ebenso will Sachsen-Anhalt die im Modellprogramm entstandenen Selbsthilfekontaktstellen anteilig fördern.

Bewertung durch Kommunen und Wohlfahrtsverbände

Die Anliegen von Gruppen und Initiativen sowie die Verankerung des Selbsthilfegedankens müssen auf kommunaler Ebene gefördert werden. Selbsthilfe wird daher auf der kommunalen Ebene am wirkungsvollsten unterstützt. Nur die lokale Einbindung der Kontaktstellen - ihre Informiertheit über die lokale Selbsthilfe sowie die Kooperationsbeziehungen zu Fachleuten, Ämtern und Einrichtungen vor Ort - gewährleistet, daß sie angemessene Leistungen für selbsthilfeinteressierte Bürger erbringen können - so das Fazit der wissenschaftlichen Begleitforschung. Allein die überraschende Breite der Kooperation zwischen Selbsthilfekontaktstellen und Fachleuten aus Verwaltung, Verbänden und Einrichtungen zeigt, daß der Arbeit der Kontaktstellen eine hohe Bedeutung in den Kommunen beigemessen wird.

Diese Position findet durchaus Resonanz bei Kommunalpolitikern. Sie sehen in den Selbsthilfekontaktstellen eine Brücke zu den Bürgern und Bürgerinnen, die sich für Aufgaben engagieren, die auch die kommunale Selbstverwaltung unmittelbar betreffen, z.B. Suchtkranken zu helfen, der sozialen Isolation von Risikogruppen entgegenzuwirken, kommunale Beratungsstellen zu entlasten, bürgerschaftliche Gremien wie Gesundheitskonferenzen durch ihren Sachverstand zu unterstützen, bei der Stadtentwicklung mitzuwirken etc. In dem Maße, wie Gemeinden erkennen, daß die vielen sozialen Probleme, mit denen die Selbstverwaltung im Zuge eines tiefgreifenden wirtschaftlichen und sozialen Strukturwandels konfrontiert wurde, nur mit aktiver Beteiligung der Bürger angegangen werden können, werden die Selbsthilfekontaktstellen zu einem wichtigen und unverzichtbaren Baustein kommunaler Sozial- und Gesundheitspolitik.

In den alten Bundesländern ist die Arbeit von Selbsthilfekontaktstellen zu einem Bestandteil der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik geworden. In vielen Städten wird die Selbsthilfekontaktstelle maßgeblich von der Kommune finanziert, beispielsweise in Münster, Würzburg, München etc. Allein die Tatsache, daß sich die Zahl der Selbsthilfekontaktstellen in den alten Bundesländern nahezu verdoppelt hat, unterstreicht den Stellenwert, der ihrer Arbeit - trotz des Abbaus von freiwilligen kommunalen Aufgaben - von seiten der Kommunen beigemessen wird. Bei etwa 20 % der 108

Selbsthilfekontaktstellen in Westdeutschland sind die Kommunen selbst Träger (Auskunft der NAKOS Datenbank 11/ 96).
In den neuen Bundesländern liegt der Anteil der kommunalen Träger noch höher: Bei nahezu 40 % der 50 Selbsthilfekontaktstellen sind kommunale Ämter die Träger (Auskunft der NAKOS Datenbank 11/ 96). Die 17 am Modellprogramm in den neuen Bundesländern beteiligten Städte nehmen die Aufgabe der Selbsthilfeförderung in unterschiedlicher Form wahr: In sieben Städten - Bad Freienwalde, Dresden, Erfurt, Halle/ Saale, Leipzig, Stralsund und Suhl - sind sie über die Sozial- bzw. Gesundheitsämter Träger der Selbsthilfekontaktstelle (vgl. **Kap. 5.3**). In den Standorten, in denen die Kontaktstelle in anderer Trägerschaft steht, stellen sie Räumlichkeiten für die Selbsthilfekontaktstelle und die Selbsthilfegruppen zur Verfügung. In sechs Standorten, in denen Selbsthilfebeiräte eingerichtet wurden, sind sie mit verschiedenen kommunalen Ämtern vertreten (vgl. **Kap. 5.2)**.

In den Selbsthilfe-Foren 1994/ 95 haben die sieben Städte, die Träger einer Kontaktstelle sind, zum Ausdruck gebracht, daß sie nach Auslaufen des Modellprogramms die Selbsthilfekontaktstelle weiterführen und den kommunalen Finanzierungsanteil erbringen wollen (vgl. Braun/ Kasmann/ Kettler 1995). Insgesamt hat sich die kommunale Trägerschaft von Selbsthilfekontaktstellen bewährt.

Selbsthilfegruppenförderung und die Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen ist keine kommunale Pflichtaufgabe. Angesichts der schwierigen Haushaltslage der öffentlichen Hand besteht die Gefahr, daß keine Beteiligung an der Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen mehr erfolgt. Denkbar ist, daß einzelne Kommunen die Förderung von freiwilligen Aufgaben ganz einstellen. Daher ist Festschreibung der Selbsthilfe- und Selbsthilfekontaktstellenförderung als Pflichtaufgabe in den Kommunalverfassungen bzw. Gemeindeordnungen sinnvoll. In denjenigen Modellstandorten, in denen die Selbsthilfekontaktstellen über ihre vielfältigen Kooperationsbeziehungen zu Fachleuten sowie durch die Gründung von Selbsthilfebeiräten über eine Lobby verfügen, ist zu vermuten, daß die Kommunen die Selbsthilfekontaktstellenförderung auch in Zukunft fortsetzen werden.

Wohlfahrtsverbände fördern Selbsthilfe durch die Trägerschaft von Selbsthilfekontaktstellen (vgl. **Kap. 5.3)**. In der Bundesrepublik Deutschland ar-

beiten die Wohlfahrtsverbände auf Bundes-, Länder und kommunaler Ebene vor allem als Träger sozialer Einrichtungen. Durch die Bereitstellung von Räumen und personellen Ressourcen erbringen sie einen Eigenanteil für die Finanzierung der Kontaktstellen. In den kommunalen Selbsthilfebeiräten bzw. Kuratorien sind sie durch Sprecher vertreten. Diese Aufgaben werden von allen Wohlfahrtsverbänden wahrgenommen. Darüber hinaus haben im Laufe des Modellprogramms mehrere Selbsthilfekontaktstellen aus der Trägerschaft eines Vereins in die Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden gewechselt. Die Gründe hierfür liegen in einer größeren finanziellen Sicherheit, die Wohlfahrtsverbände bieten können. Freie Trägervereine verfügen in der Regel nur über geringe finanzielle Mittel durch Mitgliedsbeiträge. Vorteilhaft ist die Einbindung der Selbsthilfekontaktstellen in die Wohlfahrtsverbände auch, um z.B. deren Fachberatung (Finanzierungs-, Personal- oder Rechtsberatung) in Anspruch nehmen zu können. Eine besondere Rolle kommt dem PARITÄTISCHEN zu, der neben der Trägerschaft für eine Vielzahl von Selbsthilfekontaktstellen die Interessen vieler Selbsthilfeverbände vertritt, die in ihm organisiert sind.

Bei der Frage nach den Perspektiven des Sozialstaates gilt es auch die zukünftige Rolle der Wohlfahrtsverbände zu klären. Neben ihrer Rolle als Erbringer sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen sowie der sozialanwaltschaftlichen Interessenvertretung stellt sich die Frage nach ihrem Beitrag zur Förderung von bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfe (vgl. Olk 1996). Die Möglichkeiten dieses Beitrags werden pessimistisch beurteilt: Das in der bundesdeutschen Freien Wohlfahrtspflege verfassungsmäßig garantierte und durch das Subsidiaritätsprinzip im Sozialsektor etablierte Verbandswesen erschwert aufgrund seiner parastaatlichen Form eine ausschließlich gemeinschaftsorientierte Interpretation (vgl. Brumlik 1995). Demgegenüber sieht Olk für die Wohlfahrtsverbände als große bundesweite Dachorganisationen mit eigenen Ressourcen, fachspezifischem Sachverstand sowie guten Zugängen zu Entscheidungszentren die Chance, zur Stabilisierung und Förderung bürgerschaftlicher Organisations- und Handlungsformen beizutragen (vgl. Olk 1996, S. 24 ff.). Wohlfahrtsverbände können, wie beispielsweise der PARITÄTISCHE und die Caritas, Anwaltsfunktionen bei der Sozialstaatsdebatte übernehmen, wie z.B. zum Thema Armut. Sie können dazu beitragen, daß gesellschaftliche Solidarität, Gemeinsinn und soziale Anteilnahme geweckt werden. Hierbei muß jedoch geklärt werden,

welche Prioritäten die Wohlfahrtsverbände setzen werden, ob sie bei der sich abzeichnenden Dynamik des Dienstleistungsmarktes in Konkurrenz zu freien Anbietern die Förderung von Bürgerengagement und Selbsthilfe als ihre Aufgabe sehen. Stellungnahmen von Vertretern der Wohlfahrtspflege, beispielsweise bei der Tagung Selbsthilfe 2000, zeigen, daß diese Frage gegenwärtig in den Wohlfahrtsverbänden diskutiert wird: Dörrie sieht in den Wohlfahrtsverbänden eine Agentur für Gemeinsinn, die einen entscheidenden Beitrag zur Wiedergewinnung der Gemeinwohlorientierung leistet und noch leisten kann (Dörrie 1996, S. 66 ff.).

Bewertung durch die Krankenkassen

Die Position der Krankenkassen zu den Selbsthilfekontaktstellen ist uneinheitlich. Zwar wird von allen Kassen die Bedeutung der Selbsthilfe und die Notwendigkeit ihrer Unterstützung anerkannt. Die Förderung durch die Krankenkassen erfolgt durch die direkte Selbsthilfegruppenförderung, eine Finanzierungsbeteiligung an Selbsthilfekontaktstellen gibt es, abgesehen von einzelnen Projekten, kaum (vgl. Balke 1996a). Einzelne Krankenkassen erbringen die Unterstützung von Selbsthilfegruppen im Rahmen ihrer Sozial- und Reha-Beratung (beispielsweise die AOK in Sachsen-Anhalt). Einige Krankenkassen lehnen eine Finanzierungsbeteiligung an Selbsthilfekontaktstellen grundsätzlich ab, weil sie einen Rückzug der öffentlichen Hand aus der Kontaktstellenfinanzierung befürchten.
Eine positivere Beurteilung der Selbsthilfekontaktstellenförderung besteht auf der Bundesebene bei Kassen mit niedrigen Mitgliederzahlen (z.B. IKK, BKK, Knappschaft) sowie auf der kommunalen Ebene bei den Krankenkassen, die mit den Selbsthilfekontaktstellen im Laufe des Programms kooperiert haben. Die Erfahrungen der Selbsthilfe-Foren zeigen, daß die regionalen Kassen den Nutzen einer engen Kooperation mit den Selbsthilfekontaktstellen deutlich höher bewerten als die Landes- und Bundesverbände der Krankenkassen.

In der Laufzeit des Modellprogramms haben sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen geändert. Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom Dezember 1992 beinhaltete neben dem Ziel der Konsolidierung des Gesundheitswesens auch eine Neubestimmung der gesundheitspolitischen Ziele. Beabsichtigt war, daß Gesundheitsförderung, Bürgerbeteiligung, Qualitätssicherung

sowie Aktivierung und Vernetzung der kommunalen Infrastruktur eine höhere Bedeutung erhalten.

Mit der Einführung des Paragraphen 20 Abs. 3a SGB V brachte der Gesetzgeber zum Ausdruck, daß Krankenkassen für die Förderung sowohl von Selbsthilfegruppen als auch von Selbsthilfekontaktstellen mitzuständig sind. So wurde bereits ab 1993 durch die Aufnahme in das Sozialgesetzbuch V den Krankenkassen die Unterstützung der Selbsthilfekontaktstellen als freiwillige Leistung ermöglicht. Mit dem Absatz 3a wurde die direkte Förderung von Selbsthilfegruppen sowie die Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen in den Aufgabenbereich der GKV übernommen:

> „Die Krankenkassen können Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse fördern." (KKF 1993, S. 31)

1993 und 1994 haben alle Kassenverbände Rahmenempfehlungen zur Umsetzung dieser gesetzlichen Neuregelung verabschiedet (vgl. BKK vom 5.10.1993; AOK vom 22.03.1994; VdAK vom 23.03.1994 u. IKK vom April 1994). Dabei beschränken sich AOK und VdAK hauptsächlich auf die direkte Selbsthilfegruppenförderung. Die Förderung von Kontaktstellen wird von ihnen als öffentliche Aufgabe aufgefaßt. Der VdAK zahlt einen symbolischen Betrag von maximal 700 DM pro Jahr, die AOK beschränkt sich auf eine Finanzierung im Rahmen von Projekten. Demgegenüber griffen BKK und IKK auch die Möglichkeit der Kontaktstellenförderung auf. Nach der Rahmenempfehlung der BKK sollen mindestens 0,025 % der geplanten Leistungsausgaben (dies entspricht etwa 1 DM pro Mitglied), nach der Empfehlung der IKK von allen Kassen als Gemeinschaftsaufgabe 0,50 DM pro Mitglied und Jahr aufgewendet werden.

Von seiten des AOK- und des VdAK-Bundesverbands wurde die Beteiligung an der Kontaktstellenfinanzierung auf der Grundlage einer Mischfinanzierung mit folgender Argumentation abgelehnt:

- Eine Beteiligung der Kassen würde zu einem Rückzug der öffentlichen Hand führen.
- Bislang liegen keine ausdifferenzierten Finanzierungskonzepte vor.

- Die Empfehlung einer prozentualen Beteiligung der Kassen würde lediglich zu einer unabsehbaren Kostensteigerung führen, da keine Höchstbeträge (Deckelung) empfohlen werden.
- Kontaktstellen seien als fachübergreifende Einrichtungen auf soziale und gesundheitliche Leistungen ausgerichtet. Die Förderung von sozialen Selbsthilfeaktivitäten liege jedoch außerhalb der Finanzierungsmöglichkeiten durch die Kassen.

Im Gegensatz zu dieser Position kam ein vom Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages erstelltes Gutachten zu dem Ergebnis, daß der „§ 20 Abs. 3a SGB V sowohl die Möglichkeit einer Mischfinanzierung als auch die einer Förderung durch institutionelle Zusammenschlüsse bietet“ (Wissenschaftlicher Dienst, 1995, S. 3).

Von der DAG SHG wurde kritisiert, daß die Förderung durch die Krankenkassen nicht mit der öffentlichen Hand abgestimmt wird (vgl. Balke 1994). Zudem bleiben die Aufwendungen der Krankenkassen für die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen weit hinter den Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung und der Fachverbände zurück. Eine von der NAKOS im Jahre 1995 durchgeführte Befragung der Kontaktstellen in der Bundesrepublik hat ergeben, daß die Krankenkassen 1995 insgesamt lediglich 363.000 DM für die Selbsthilfeförderung zur Verfügung gestellt haben, davon 177.000 DM für die Kontaktstellenförderung (vgl. Balke 1996a, S. 16 u. 1996b). Auf der anderen Seite werden nach eigenen Angaben ca. 10 Millionen DM für die direkte Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeverbänden bereitgestellt. Ferner zeigt die NAKOS-Befragung, daß diese Mittel nur in einzelnen Bundesländern zur Verfügung gestellt werden. So werden Mittel für Kontaktstellen von der VdAK in 15, der AOK in 14, der IKK in 9 und der BKK in lediglich zwei Bundesländern gezahlt. Unklar ist, wieso die Krankenkassen nur etwa 4 % ihrer jährlichen Ausgaben für Selbsthilfe für Selbsthilfekontaktstellen bereitstellen.

Im Rahmen der Sparpläne der Bundesregierung haben die Fraktionen von CDU/ CSU und FDP im Frühjahr 1996 vorgeschlagen, den Paragraphen 20 SGB V aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zu

streichen (vgl. CDU/ CSU und FDP 1996a).[6] U.a. massive Proteste der Verbände der Selbsthilfe (BAGH, DAG SHG, der PARITÄTISCHE 1996, Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen) haben dazu geführt, daß der Paragraph 20 Abs. 3a SGB V in neuer Form in das Gesetz aufgenommen werden soll (vgl. CDU/ CSU und FDP 1996b). Nach diesem Änderungsantrag soll der Paragraph 20 Abs. 3 SGB zukünftig wie folgt lauten:

> „Die Krankenkasse kann Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen, die sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, durch Zuschüsse fördern. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu beteiligen.“ (CDU/ CSU und FDP 1996b, S. 1)

Damit wurde zumindest erreicht, daß der Paragraph 20 Abs. 3a auch zukünftig erhalten bleibt, wenngleich nach wie vor nur als Kann-Leistung. Offen ist, welche Auswirkungen die Neuformulierung für die Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen im einzelnen haben wird.

In der Begründung zur Neuformulierung heißt es, daß die Änderungen die Bedingungen für die Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen gegenüber dem bisherigen Recht konkretisieren. Das Verzeichnis, das die Voraussetzungen für die Förderung beschreibt, hat sich an medizinischen Kriterien zu orientieren, z.B. Stoffwechselerkrankungen, Krebs, Suchtkrankheiten, neurologische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates. Die

6 Damit sollte die Gesundheitsförderung erheblich eingeschränkt und die Selbsthilfeförderung gestrichen werden. Bezüglich der Einschränkung der Gesundheitsförderung vgl. die Celler Erklärung, verabschiedet anläßlich einer Tagung am 20./ 21. Juni 1996 mit 270 Expertinnen und Experten in Celle. Anlaß der Tagung war das zehnjährige Bestehen der Ottawacharta der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In der Erklärung wird kritisiert, daß die Sparpläne dazu führen, daß die beabsichtigte Neuorientierung des Gesundheitswesens erschwert wird (vgl. Celler Erklärung 1996).

Spitzenverbände müssen eine Liste der förderwürdigen Selbsthilfegruppen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erstellen. Gegenüber der bisherigen Formulierung (Selbsthilfegruppen mit gesundheitsfördernder und rehabilitativer Zielsetzung) wird der Kreis der für förderungswürdig gehaltenen Selbsthilfegruppen auf die Bereiche Prävention und Rehabilitation eingeschränkt. Dies könnte zur Folge haben, da medizinische Kriterien sowie der ausschließliche Gesundheitsbezug die Grundlage der Selbsthilfegruppenförderung darstellen, daß über 80 % der Selbsthilfegruppen und Initiativen in der Bundesrepublik Deutschland zukünftig keine Unterstützung mehr erhalten werden (vgl. **Kap. 4.2**). Dies kommentiert der Bundestagsabgeordnete Horst Schmidbauer: „Wir befürchten, daß viele gesundheitsfördernde Selbsthilfegruppen ausgegrenzt werden und insgesamt eine „Medizinalisierung“ der Selbsthilfebewegung stattfinden wird.“ (Schmidbauer 1996)

Zu einer Klarstellung bezüglich der Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen ist es nicht gekommen. Es ist davon auszugehen, daß sich die Kassen auch zukünftig nicht an der Finanzierung von Personalkosten für Kontaktstellen beteiligen werden. Nach den Erfahrungen des Modellprogramms bleibt die bisherige Selbsthilfekontaktstellenförderung durch die Krankenkassen auf symbolische Beträge beschränkt. Die Aufnahme der Selbsthilfekontaktstellenförderung im Rahmen des Paragraphen 20 Abs. 3a und seiner Neuformulierung als freiwillige Leistung hat nicht zu einer weiterführenden Finanzierungsbeteiligung geführt. Hierzu führte der Bundestagsabgeordnete Ulf Fink in einem Interview aus: „Im § 20 steht ausdrücklich die Förderung von Selbsthilfe-Kontaktstellen. Das war keine Selbstverständlichkeit. Damit ist die Grundlage gegeben, der notwendigen Vernetzung der gesundheitlichen Selbsthilfe, die über die Kontaktstellen stattfindet, durch Förderung die Basis zu geben.“ (Fink 1996b)

Damit wird offensichtlich, daß die hohen Erwartungen, die an die Krankenkassen bezüglich der Selbsthilfekontaktstellenmitfinanzierung gerichtet wurden, bislang nicht eingelöst wurden. Eine Finanzierungsbeteiligung der Kassen, die über die zeitlich befristete Projektfinanzierung hinausgeht, scheint nur erreichbar zu sein, wenn der Gesetzgeber Selbsthilfekontaktstellenförderung sowie die Beteiligung aller Krankenkassen an einer Gemeinschaftsfinanzierung als Pflichtaufgabe festschreibt. Da zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch nicht davon

auszugehen ist, daß der Gesetzgeber zusätzliche Pflichtleistungen in das SGB V aufnehmen wird, sollte darauf hingewirkt werden, daß sich die Krankenkassen verstärkt an der Bereitstellung von Sachmitteln für Kontaktstellen (für befristete Projekte, Öffentlichkeitsetats, Veranstaltungen etc.) beteiligen.

Teil 6 Ergänzende Beiträge

16. Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken

Anne Kuckartz

Die große Bedeutung, die die Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen für die Selbsthilfe hat, ist heute unbestritten. Die hohe Effektivität sowohl in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht ist empirisch belegt und hat sich auch in den Grundüberzeugungen der professionellen Vertreter des medizinischen und sozialen Versorgungsbereiches etablieren können (vgl. **Kap. 9** u. Braun/ Opielka 1992).

Die Kompetenz der Kontaktstellen an sinnvollen Stellen mit dem professionellen Sektor zu verknüpfen, ist eine wichtige Zukunftsaufgabe. Die Stabilisierung und Weiterentwicklung der Kontaktstellen als Infrastruktureinrichtungen der Selbsthilfe aber auch die Wirkungsmöglichkeiten der Selbsthilfe in der Bevölkerung hängen nicht zuletzt vom Gelingen einer Kooperation mit dem professionellen Bereich ab. Hier Vernetzungsansätze zu finden und praktisch umzusetzen, war eine der Zielsetzungen des Modellprogramms.

In der Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Reha-Kliniken liegt ein solcher Ansatzpunkt. Beide Einrichtungen verbindet die Zielsetzung, von Krankheit betroffenen Bürgern Hilfestellungen zum selbstverantwortlichen, eigenständigen Umgang mit ihrer Erkrankung zu geben. Dabei bedeutet Krankheit heute vor allem: chronisch krank zu sein, d.h. auf unabsehbare Zeit mit dem Leiden und seinen organischen, sozialen und psychischen Folgen konfrontiert zu sein. Bei älteren Bürgern dominieren diese Erkrankungen, aber auch bei jüngeren Menschen stellen sie einen erheblichen Anteil: Mehr als ein Drittel der unter 40-jährigen Kranken sind chronisch krank, bei den 40- bis 65jährigen liegt die Quote bei mehr als 70 % (Görres 1992, S.39). Für viele dieser chronischen Erkrankungen gilt, daß der Patient entweder aufgrund einer „Defektheilung“ der Grunderkrankung (z.B. bei Tumorerkrankungen) oder unter der Zielsetzung einer erfolgreichen Sekundär- und Tertiärprävention

(beispielhaft: Herzinfarkt), einschneidende Änderungen in seiner alltäglichen Lebensführung bewerkstelligen muß oder doch sollte.
Hier kommt den Rehabilitationseinrichtungen aufgrund ihrer Aufgabenstellung eine zentrale Funktion zu.[1] Ein großes, bislang ungelöstes Problem der medizinischen Rehabilitation ist die Sicherung der Erfolge, die im Verlauf einer Reha-Maßnahme erreicht werden: In aller Regel nehmen die therapeutischen Bemühungen um eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung mit dem Auslaufen der Maßnahme ein abruptes Ende. Experten der medizinischen Rehabilitation sprechen hier einmütig vom „rehabilitativen Loch“ (Clausing/ Wille 1994). Es zeigt sich, daß das erworbene Wissen über notwendige Änderungen der Lebensführung und deren Einübung allzu häufig im Alltag versandet: Mit den alten Lebensbedingungen kehren auch die alten, krankmachenden Verhaltensweisen wieder (Clausing/ Wille 1994).

In den letzten Jahren hat die medizinsoziologische Forschung mehrfach nachgewiesen, daß das Netz an sozialer Unterstützung auf das eine Person zurückgreifen kann, entscheidenden Einfluß darauf hat, ob sie notwendige Lebensstiländerungen aufrechterhält, wie optimistisch und kreativ sie mit neuen, oft belastenden Lebensumständen umgeht, kurz ob eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung gelingt (vgl. z.B. Badura et al. 1987; Gerhardt, U. 1986; Grote 1985). Gleichzeitig ist zu konstatieren, daß das soziale Netz des Einzelnen in unserer modernen Leistungsgesellschaft in den letzten Jahrzehnten deutlich an Tragfähigkeit eingebüßt hat. Einschneidende Veränderungen im Zusammenleben der Familien, hohe Anforderungen an die berufliche Mobilität u.a. mehr, haben zu einer zunehmenden Vereinzelung geführt. Symptomatisch hierfür ist die große Zahl von Ein-Personen-Haushalten, die im Bundesdurchschnitt derzeit bei

1 Zwar ist auch heute noch nicht selten eine einseitig somatische Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation zu beklagen (vgl. Badura 1994, S.304) Aber es ist doch insgesamt die Tendenz einer Hinwendung zu komplexeren Rehabilitationskonzepten zu verzeichnen und damit eine Anerkennung psychischer und sozialer Einflußfaktoren. Dies zeigen die Konzepte vieler Rehabilitationseinrichtungen, die in Form psychologischer Einzelgespräche, Angehörigensprechstunden und Kursangeboten in autogenem Training, über Gesprächsgruppen zu psychosozialen Folgen der jeweiligen Erkrankung und Diät-Kochkursen bis hin zu Seidenmalerei u.ä., diesen Faktoren Rechnung tragen. Man beginnt also im Bereich der medizinischen Rehabilitation zu sehen, daß der Prozeß der Krankheitsbewältigung wesentlich beeinflußt wird von den sozialen und psychischen Bedingungen unter denen ein Betroffener mit seiner Erkrankung umgeht (vgl. Badura 1987).

35 % liegt. Die gemeinschaftliche Selbsthilfe ist ein Instrument der sozialen Unterstützung, ein auf die Bearbeitung bestimmter Probleme bezogenes, von den Betroffenen selbst gewähltes oder geschaffenes soziales Netz. Die große strukturelle Bedeutung, die ihr damit bei der Lösung des Problems des „rehabilitativen Lochs“ zukommt, wird bislang nur am Rande wahrgenommen. Dabei ist in Rechnung zu stellen, daß für den einzelnen Betroffenen die Schwelle, Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe aufzunehmen, trotz großen Leidensdrucks enorm hoch sein kann. Hier spielen Verdrängungsprozesse ebenso eine Rolle wie die Vorstellung, die eigenen Ängste und Unsicherheiten einer wenn auch kleinen Öffentlichkeit preisgeben zu müssen. Hier gilt es, mit hoher Sensibilität für die jeweils spezifische (Krankheits)situation, aufklärend zu wirken und behutsam zur Krankheitsbewältigungsmöglichkeit „Selbsthilfe“ hinzuführen.

Die Möglichkeiten von Selbsthilfe müssen von den Patienten „erkundet“ werden können - angeleitete Entdeckungen müssen gemacht werden. Wie auch andere Bewältigungsstrategien ein Stück weit gelernt werden müssen, bevor sie selbständig praktiziert werden können, muß auch die „Selbsthilfe“ erlernt bzw. wiederentdeckt werden. Hier sind die Selbsthilfekontaktstellen - und nur sie - die kompetenten Ansprechpartner. Ihre Funktion ist es, zur Selbsthilfe in Gruppen zu befähigen: Durch die Vermittlung gruppendynamischer Kenntnisse, durch Übermittlung von Informationen, durch eine reiche Erfahrung bei Fragen der Gründung und Begleitung von Gruppen in Phasen interner Schwierigkeiten bis hin zur Beantragung von Fördermitteln und der Lösung sehr praktischer Probleme. Sie verfügen über einen sonst nirgendwo vorhandenen Erfahrungsschatz in den unterschiedlichsten Bereichen der Selbsthilfe bis hin zur Fähigkeit, konkrete Vermittlung zu einzelnen Selbsthilfegruppen zu leisten. Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken sind also gewissermaßen natürliche Partner, die in dem Ziel der Förderung einer bestmöglichen Krankheitsbewältigung der Betroffenen, ihre gemeinsame Interessenlage und Kooperationsbasis haben.

Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen wurde im Rahmen des Modellprogramms von September 1995 bis Juni 1996 ein Kooperationsversuch von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken durchgeführt. An der Studie waren 7 Kontaktstellen des Bundesmodellprogramms

beteiligt.[2] Die Auswahl der Kontaktstellen erfolgte zum einen nach der Berücksichtigung der Länderverteilung im Gesamtprogramm, zum anderen nach dem bekundeten Interesse der Kontaktstellen. Ziel war, daß jede Kontaktstelle mit zwei Reha-Kliniken kooperieren sollte. Die Auswahl der Kliniken erfolgte nach Kriterien der räumlichen Nähe und des dort behandelten Krankheitsspektrums.[3] Die Kooperation bestand darin, daß die Kontaktstellenleiterinnen in der Reha-Klinik eine Veranstaltung zur Selbsthilfe durchführten. Diese Veranstaltung sollte Seminarcharakter haben und den Patienten eine elementare Orientierung in allen Fragen der Selbsthilfe geben. Die Patienten sollten sich während der zweiten Hälfte ihrer Rehabilitation gezielt mit der Frage beschäftigen, wie sich ihr Leben nach der Rückkehr in den Alltag gestalten würde, ob und wenn ja welche Hilfen die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe bei der Alltagsbewältigung geben könnte.

Kooperationsversuch: Selbsthilfeseminar

Ende 1995 wurde in Berlin auf einer 2tägigen Klausurtagung mit den beteiligten Kontaktstellen ein Konzept erarbeitet, das die Erreichung des Seminarzieles gewährleisten sollten.[4] Dieses Seminarkonzept wurde in der Nachbereitung der Tagung zu einem standardisierten Konzept ausgearbeitet, das durch spezifische Themen- und Zeitvorgaben, durch Erstellen didaktischen Materials (Folien) eine möglichst große Homogenität der jeweils vermittelten Inhalte ermöglichte.[5] Der Titel des Seminars lautete: „Nach der Reha: Der Alltag hat Sie wieder ? - Selbsthilfegruppen als Chance, einen neuen Alltag zu leben“. Unter diesem Titel wurde die Veranstaltung in allen Kliniken (durch bunte Aushänge, bzw. durch direkte

2 Die Kontaktstellen KISS Chemnitz, KISS Dresden, KISS Erfurt, F.I.K.S. Fürstenwalde, KOBES Magdeburg, KISS Stralsund sowie die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in der Altmark.

3 Aufgrund der besonderen Problematik waren Reha-Kliniken für psychosomatische sowie für Suchterkrankungen ausgeschlossen. Das bedeutet keineswegs, daß diese Krankheitsbereiche für die Selbsthilfe weniger relevant wären, überforderte aber doch die Möglichkeiten der Interventionsstudie.

4 An dieser Stelle sei Frau Moos-Hofius ausdrücklich gedankt. Sie hat an der Erarbeitung der Konzeption großen Anteil.

5 Selbstverständlich war es den Kontaktstellenleiterinnen überlassen, situativ Abänderungen vorzunehmen, die sich im Ablauf des Semionars als sinnvoll erwiesen. Eine durchgehaltene Bedingung der Seminardurchführung war allerdings der Ausschluß professioneller Therapeuten am Seminar, um damit Einflüsse der therapeutischen Beziehungen auf die Bearbeitung des Seminarthemas möglichst auszuschließen.

Weitergabe von Einladungen an die Patienten eines „Rehadurchlaufs“ durch Therapeuten angekündigt).

Bereits bei der Kontaktaufnahme zu den ausgewählten Kliniken wurde eine große Offenheit und Kooperationsbereitschaft deutlich, die Klinikleitungen zeigten sich sehr interessiert. Lediglich in einem Fall kam die Kooperation aufgrund genereller Vorbehalte der Klinikleitung gegenüber der Selbsthilfe nicht zustande. In einem längeren Kooperationsgespräch vor Ort, das von der Projektleitung zusammen mit der Kontaktstellenleiterin geführt wurde, wurde das Gesamtanliegen ausführlich dargestellt und diskutiert, sowie die Modalitäten der Durchführung des Seminars besprochen. Bei der Durchführung der Seminare zeigten sich allerdings deutliche Unterschiede im Engagement für konkrete Fragen der organisatorischen Realisierung: Räumliche und terminliche Schwierigkeiten führten in einigen Fällen zu ungünstigen Seminarbedingungen. Auf der anderen Seite gab es einige Kliniken, die sich mit großem Engagement für optimale Durchführungsbedingungen einsetzten.

Das Patientenseminar wurde in zehn Kliniken durchgeführt, größtenteils in zwei Sitzungen.[6] Mit zwei Ausnahmen befinden sich alle Häuser in privater Trägerschaft, das Klientel besteht zum allergrößten Teil aus Versicherten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und den Landesversicherungsanstalten der Länder. Die Indikationsbereiche liegen vor allem im Bereich der Onkologie, der Neurologie und Orthopädie. Mit einer Ausnahme sind die Kliniken 1991 und später in Betrieb genommen worden, die Bettenzahlen variieren zwischen zwei- und dreihundert Betten, zwei Häuser haben mehr als 500 Betten.

Die durchschnittliche Teilnehmerzahl lag bei 13 Patienten, wobei einige Seminare sehr gut besucht waren, andere hingegen waren mit fünf Teilnehmern eher enttäuschend besetzt.[7] Die Kontaktstellenleiterinnen berich-

6 In einer Klinik kann das Seminar wegen zu geringer Anmeldezahlen nicht zustande. Eine weitere sehr große Klinik (670 Betten) wurde wegen der Größe der einzelnen Abteilungen in der Studie wie zwei Kliniken behandelt.

7 Die Teilnahme kann insgesamt als durchaus zufriedenstellend betrachtet werden. Legt man eine für unser Sample realistische durchschnittliche Besetzung eines Reha-Zyklus von 60 Patienten zugrunde, so ergibt sich eine Teilnehmerquote von 20 %. Zu berücksichtigen ist dabei, daß die Gesamtteilnehmerzahl bei optimalen

ten überwiegend von guten Seminarverläufen, intensiven Diskussionen und großem Interesse am Thema. Problematisch stellte sich die ursprüngliche Seminarerwartung dar, die Patienten könnten eine „Als-Ob-Selbsthilfegruppensitzung“ durchführen. Hier sind offensichtlich doch erhebliche Hemmschwellen zu verzeichnen.

Neben der Einschätzung des Seminarverlaufs durch die Leiterinnen wurden die Seminarteilnehmer und die Vertreter des therapeutischen Bereichs zum Seminarverlauf und zur Selbsthilfe generell befragt. Auf diese Weise wurden verschiedene Perspektiven der Beurteilung des Seminars bzw. der Kooperation nachvollzogen, was nicht zuletzt einer Objektivierung der Beurteilung der Intervention zugute kommt. Die Patienten erhielten unmittelbar nach Abschluß des Seminars einen Fragebogen, den sie an Ort und Stelle ausfüllten. Die Befragung der Therapeuten geschah nach Abschluß der Intervention. In Absprache mit der Klinikleitung wurden ihr die Fragebogen zugeschickt und von dort aus an die verschiedenen Bereiche verteilt. Im folgenden sind die zentralen Ergebnisse dieser Befragungen dargestellt.

Die Resonanz der Patienten auf das Selbsthilfeseminar

Von den 139 Seminarteilnehmern haben 109 den Fragebogen beantwortet. Knapp zwei Drittel (64 %) sind Frauen, ein Drittel Männer. Die Altersverteilung ist ausgewogen, sie liegt ca. zu jeweils einem Drittel unter 45 Jahren (30 %), zwischen 46 und 55 Jahren (34 %) und darüber (36 %). Zwei Drittel der Befragten sind verheiratet, 32 % sind ledig, verwitwet oder geschieden. Der weitaus größte Teil wohnt mit Lebenspartnern oder anderen Personen in gemeinsamem Haushalt, 19 % wohnen allein.

Die Grunderkrankung der meisten Seminarteilnehmer liegt im onkologischen Bereich (61 %), jeweils 13 % geben neurologische Erkrankungen und solche des Bewegungsapparates als Grunderkrankung an. Für drei Viertel der Befragten ist die jetzige Reha-Maßnahme die erste ihres Lebens, mehr als die Hälfte befindet sich nach einem akuten Krankheitsereignis zur Anschlußheilbehandlung in der Klinik, bei einem Viertel hat der behandelnde Arzt die Reha-Maßnahme empfohlen.

organisatorischen Bedingungen in allen Kliniken sicherlich deutlich höher gelegen hätte.

Die Seminare erhielten eine sehr gute Gesamtnote: Drei Viertel der Befragten hat die Durchführung gut gefallen, ein Viertel meldet Kritik an, sieht allerdings auch positive Faktoren.

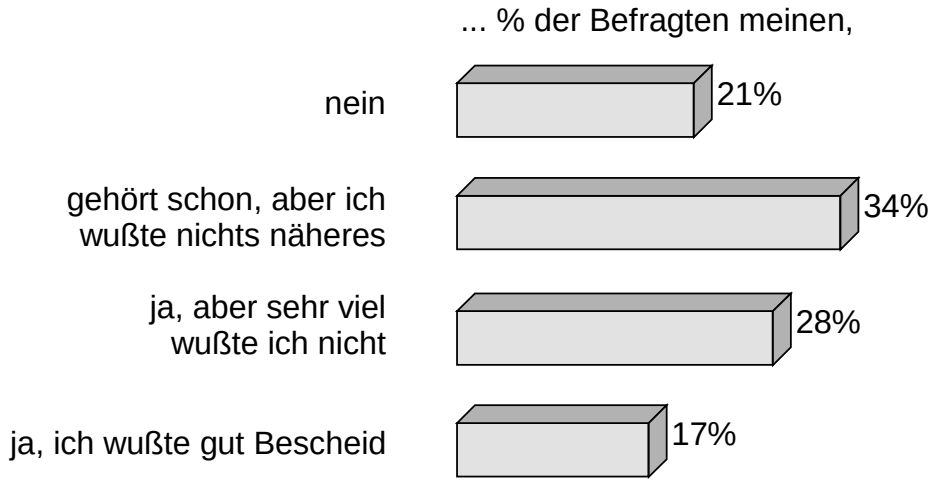
Noch bessere Noten erhielt die Atmosphäre im Seminarverlauf. Sie wurde von 82 % der Befragten als gut und sehr gut beurteilt, für 14 % gilt dies mit Einschränkungen. Als Gründe für die positive Beurteilung werden vor allem die Offenheit und Intensität der Gespräche und Diskussionen (56 %) aber auch die gute Durchführung (25 %) genannt.[8] Dabei hat das Seminar das Informationsbedürfnis der Befragten sehr gut erfüllt: 91 % geben an, kein Thema im Seminar vermißt zu haben. Bei der Frage, was den Teilnehmern besonders gut gefiel, zeigt sich, daß das Ziel der Veranstaltung erreicht wurde: Der großen Mehrheit haben die Informationen zu Selbsthilfegruppen (87 %) und zu Kontaktstellen (84 %) sehr gut oder gut gefallen.

Wenngleich die Seminareffekte nicht in harten Daten etwa der Verhaltensbeeinflussung gemessen werden können, zeigen die Ergebnisse, daß die Seminare im Sinne der Zielsetzung sehr effektiv waren: Auf die Frage, ob sie im Seminarverlauf Dinge erfahren haben, die neu für sie waren, antworten nahezu drei Viertel mit Ja (73 %) und benennen vor allem Wissenszuwächse über Selbsthilfegruppen und ihrer Arbeitsweise sowie der Tätigkeiten der Kontaktstellen. Diese Effekte werden unterstrichen durch die Auskünfte der Befragten zum Vorwissen über Selbsthilfe (vgl. **Abb. 16.1**).

8 Etwa die Hälfte der Befragten benannte überhaupt Gründe für ihr Urteil. Die Prozentangaben beziehen sich auf diese Gruppe (N = 52).

Abb. 16.1: Vorwissen der Seminarteilnehmer über Selbsthilfe

Haben Sie vor der Veranstaltung schon einmal etwas über Selbsthilfe gehört?

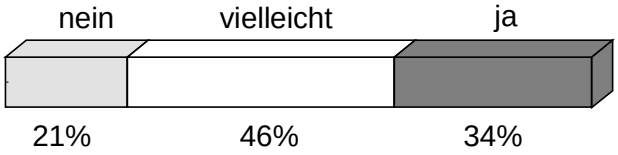


© A. Kuckartz 1996. Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken.

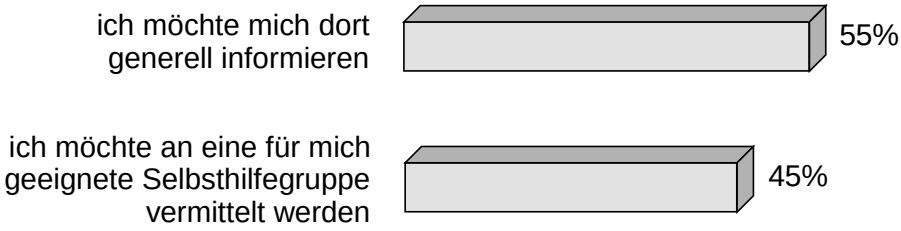
gar nichts oder nichts Näheres über diesen Bereich, 28 % hatten vorher etwas über die Selbsthilfe gehört, hatten aber eher vage Informationen. Ebenfalls mehr als die Hälfte gibt an, viel über die Selbsthilfe gelernt zu haben und kann sich die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe vorstellen. Bei der Abklärung möglicher eigener Selbsthilfeaktivitäten nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme, beabsichtigt ein großer Teil der Befragten, die Selbsthilfekontaktstellen zu nutzen (vgl. **Abb. 16.2**).

Abb. 16.2: Selbsthilfekontaktstellen: Nutzungsabsicht der Seminarteilnehmer

Beabsichtigen Sie, sich nach Abschluß Ihrer Rehabilitation mit einer Selbsthilfekontaktstelle in Verbindung zu setzen?



Falls Sie sich mit der Kontaktstelle in Verbindung setzen wollen, welche Hilfen suchen Sie dort?



© A. Kuckartz 1996. Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken.

Ein Drittel ist fest entschlossen, sich nach Beendigung der Rehabilitation an eine Kontaktstelle in der Nähe des Wohnortes zu wenden, 46 % zieht eine solche Kontaktaufnahme in Erwägung. Dabei erwartet etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer von der Kontaktstelle eine generelle Orientierung über Hilfsmöglichkeiten, etwas weniger als die Hälfte, ist bereits entschieden, daß es um die Frage der eigenen Aktivität in einer Selbsthilfegruppe gehen soll und möchte gezielt an eine geeignete Gruppe vermittelt werden. Hinsichtlich der potentiellen Bedeutung der Selbsthilfekontaktstellen ist interessant, daß lediglich 20 % der Befragten sicher sind, die Kontaktstelle nicht nutzen zu wollen.

Hatte das Patientenseminar Einfluß auf die Vorsätze hinsichtlich der Selbsthilfeaktivitäten? Die große Mehrheit der Befragten bejaht dies. Mehr als ein Drittel ist sicher, 37 % teilweise in seiner Entscheidungsfindung durch die Erfahrungen im Selbsthilfeseminar geprägt. Ein weiteres

knappes Drittel ist in seinen Entscheidungen nicht durch das Seminar beeinflußt.

Mehr als zwei Drittel der Teilnehmer hat in der Rehabilitation Dinge gelernt, die sie in ihrem häuslichen Alltag übernehmen will. Ein Drittel hat keine solche Erfahrungen gemacht. Hinsichtlich der Realisierungschancen ist vorsichtiger Optimismus am weitesten verbreitet: 56 % sind eher zuversichtlich, die eigenen Vorsätze im Alltag durchhalten zu können. Nur 16 % zeigen sich pessimistisch und immerhin 28 % sind von der eigenen Durchhaltekraft sehr überzeugt.

Wessen Unterstützung ist vor allem gefragt, wenn fremde Hilfe zur Realisierung der eigenen Vorsätze benötigt wird? Bei der Beantwortung dieser Frage gibt es für die Patienten klare Prioritäten. Es ist vor allem die Familie auf die gezählt wird: Für 89 % der Befragten liegt dort die wichtigste Unterstützungsquelle. Der Hausarzt und die Freunde sind jeweils für die Hälfte der Befragten zentrale Unterstützer. Für ein Drittel (34 %) ist es die Unterstützung durch Gleichbetroffene bzw. durch eine Selbsthilfegruppe, die als zentrale Unterstützungsquelle angegeben wird. Ein Viertel (27 %) sieht in Bekannten eine wichtige Unterstützungsquelle. Arbeitskollegen kommt in diesem Zusammenhang eine marginale Bedeutung zu: Nur 9 % sehen bei ihnen relevante Hilfestellungen. Dieses Ergebnis bestätigt die Gültigkeit der eingangs gemachten Ausführungen: Die sozialen Netzwerke sind von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung. Dabei sind die primären, im Familien- und Freundeskreis verankerten Netze entsprechend unserer kulturellen Prägung am bedeutsamsten. Für die Fragestellung der Kooperation von Selbsthilfe- und Rehabilitationsbereich ist hier allerdings das zentrale Ergebnis: Die gezielte Netzwerk“wahl“ wie sie im Kontakt zu Gleichbetroffenen, der Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe betrieben wird, ist für einen großen Teil der Befragten bedeutsam.

Selbsthilfe als Thema in der Rehabilitation: Therapeutenmeinungen

Die Auswahl der befragten Therapeuten, die Verteilung und Rücksendung der Therapeutenfragebogen, lagen in Händen der Kliniksleitungen, so daß eine Rücklaufquote nicht benennbar ist.[9] Die Befragungsgruppe umfaßt 97 Professionelle. Von ihnen ist die größte Gruppe (31 %) dem ärztlichen Bereich zugehörig; 16 % gehören dem Pflegebereich, 15 % dem Psychologischen Dienst und 10 % dem Sozialdienst an.[10] Nahezu die Hälfte der Befragten (47,8 %) ist vorwiegend mit Patienten befaßt, die eine onkologische Grunderkrankung haben, 33,7 % haben hauptsächlich Patienten mit neurologischen, 12 % mit orthopädischen Krankheitsbildern. Die große Mehrheit der Befragten kennt die Verhältnisse im Haus sehr gut: 73 % sind ein bis fünf Jahre dort tätig, also in den meisten Fällen von Beginn an, 15 % sind kürzer als ein Jahr, 11 % länger als fünf Jahre in ihrer Klinik tätig.

Die Therapeuten schätzen das Interesse der Patienten an einem Informationsangebot in ihrer Mehrheit optimistisch ein. Mehr als die Hälfte (58 %) ist der Meinung, daß ein solches Angebot von den Patienten sehr gut oder gut angenommen wird. Ein Drittel meint, ein solches Angebot stoße nur teilweise auf positive Resonanz, 11 % sind der Meinung, daß die Nutzung eher gering ausfalle.

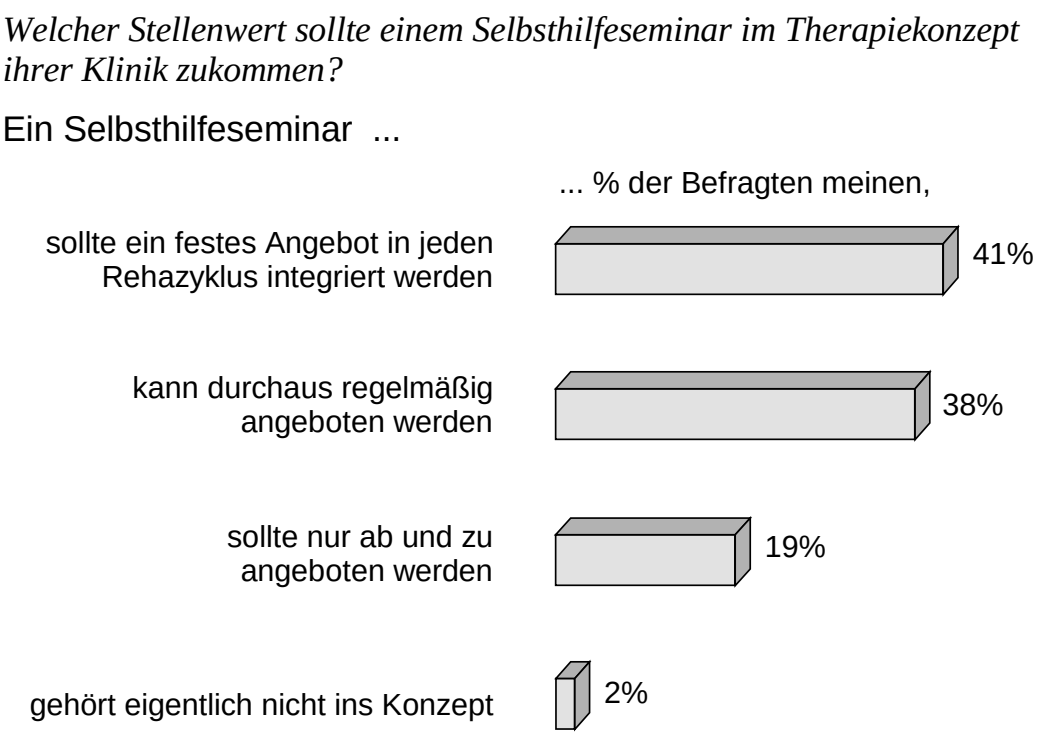
Auffällig ist, daß die Therapeuten selbst von der Relevanz des Selbsthilfethemas stärker überzeugt sind, als dies ihrer Einschätzung nach die Patienten sind. Zu 90 % äußern sie die persönliche Überzeugung, daß eine durch die Kontaktstellen geleistete Vermittlungen des Selbsthilfegedankens an die Patienten, wie sie von den Kontaktstellen geleistet wurde, sehr wichtig oder wichtig ist. Nur 9 % sind in dieser Frage unentschieden. Bei der Frage nach der erwünschten Relevanz eines Selbsthilfeseminars im Therapiekonzept der eigenen Klinik fällt die Reaktion weniger einheitlich aus (**Abb. 16.3**).

9 Von unserer Seite aus wurde darum gebeten, den Fragebogen in die Bereiche der med. Therapie, des Psychologischen und des Sozialdienstes, der Verwaltungsleitung, der physikalischen Therapie und der Pflege zu übergeben.

10 Die übrigen Befragten verteilen sich zu jeweils deutlich weniger als 10 % auf die Bereiche physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Verwaltungsleitung.

Abb. 16.3: Selbsthilfeseminar als Teil des Therapiekonzepts

Welcher Stellenwert sollte einem Selbsthilfeseminar im Therapiekonzept ihrer Klinik zukommen?



© A. Kuckartz 1996. Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationskliniken.

Eine große Mehrheit von 79 % will einem Selbsthilfeseminar einen festen Platz einräumen: 41 % befürworten ein Selbsthilfeseminar als festes Angebot in jedem Rehabilitationszyklus, also ein gezieltes Informationsangebot an jeden Patienten; 38 % sind der Meinung, ein solches Seminar könne durchaus regelmäßig angeboten werden. Immerhin 19 % zeigen sich von der Relevanz eines Selbsthilfeseminars nicht sonderlich überzeugt und wollen es nur ab und zu angeboten wissen. Die feste Verankerung der Selbsthilfeförderung im Bereich der Rehabilitation wird von den Befragten sehr konsistent vertreten.

Auch die Aufnahme eines Selbsthilfeseminars in den Reha-Leistungskatalog wird von der großen Mehrheit positiv beurteilt. 80 % der Befragten würden eine solche garantierte Information zur Selbsthilfethematik begrüßen. Allerdings wird diese Einstellung nicht ganz so überzeugt geäußert, wie bei der weicher formulierten Frage nach der

Einstellung zu einer zunächst versuchsweisen Aufnahme eines Selbsthilfeseminars in den Leistungskatalog: Hier stimmen 46 % der Befragten völlig zu, 32 % stimmen eher zu, 16 % sind in dieser Frage unentschieden und 6 % stehen einem solchen Versuch eher negativ gegenüber.

In einer Frage wird der medizinisch relevante Nutzen der Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe thematisiert. Dabei zeigt sich, daß die Befragten die Relevanz der Selbsthilfe durchaus nicht unbedingt mit der organmedizinischen Dimension verknüpfen. Sind die Befragten bei allen Fragen durchgängig zu mehr als drei Vierteln von der Relevanz der Selbsthilfethematisierung in der Rehabilitation überzeugt, so sind es „nur“ gut zwei Drittel, die davon überzeugt sind, daß die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen den langfristigen Therapieerfolg sichern hilft. Dieses Ergebnis zeigt zum einen, daß die Professionellen die Relevanz der Selbsthilfegruppen auch in anderen als den unmittelbar krankheitsgebundenen Faktoren sieht. Zum anderen zeigt es, daß die Mehrheit der Befragten von der Effektivität der gemeinschaftlichen Selbsthilfe auch hinsichtlich der medizinischen Parameter überzeugt ist.

Als Fazit der Therapeutenmeinungen zum Thema Selbsthilfe ist festzuhalten, daß von der großen Mehrheit ein positives Votum für die feste Verankerung einer Vermittlung des Selbsthilfegedankens im therapeutischen Gesamtkonzept des Rehabilitaionsgeschehens abgegeben wird. Als Vermittler werden dabei die Selbsthilfekontaktstellen sehr positiv beurteilt. Mehr als zwei Drittel der Befragten sehen in der Selbsthilfe eine Interessenidentität mit dem eigenen Handeln: Selbsthilfegruppen helfen, den Therapieerfolg zu sichern. In diesem Sinne bestätigen die Befragten die eingangs aufgezeigte gemeinsame Interessenlage von Selbsthilfe- u. Rehabilitationsbereich. Die Interventionsstudie hat gezeigt, daß in der Tat von einer natürlichen Partnerschaft von Selbsthilfekontaktstellen und Reha-Therapeuten gesprochen werden kann, und daß sich diese auch in erfolgreicher Kooperation realisieren läßt.

Als Resümee der Interventionsstudie ist festzuhalten, daß die Veranstaltung der Kontaktstellen die Patienten tatsächlich zur Selbsthilfe hinführen konnte. Der Seminarverlauf wurde von den Teilnehmern sehr positiv bewertet, die große Mehrheit wurde erstmals umfassend über Selbsthilfe, ihre Ziele und die Arbeitsweise der Gruppen informiert. Mehr als zwei Drittel ist fest entschlossen oder zieht zumindest in Erwägung,

nach Abschluß der Rehabilitation eine Selbsthilfekontaktstelle aufzusuchen.

Auf seiten der Therapeuten zeigt die Intervention nicht nur eine große Offenheit für die Selbsthilfethematik, die Befragung zeigt hochkonsistent eine große Wertschätzung der Selbsthilfe, die von der sehr großen Mehrheit der Befragten als notwendiger Bestandteil des therapeutischen Gesamtkonzeptes der Rehabilitation gesehen wird. Eine Vermittlung des Selbsthilfegedankens als Bestandteil des Leistungskataloges der Versicherungsträger wird deutlich befürwortet. Die Kompetenz der Selbsthilfekontaktstellen als Erbringer der Leistungen steht für die befragten Therapeuten außer Frage. Insgesamt ist festzuhalten, daß der Bereich der Rehabilitation als zukunftsfähiges Betätigungsfeld für die Selbsthilfekontaktstellen zu betrachten ist.

17. Fortbildungsmaßnahmen und Fachtagungen zur Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen für Fachleute, Entscheidungsträger und Multiplikatoren

Klaus Balke, Wolfgang Thiel, NAKOS, Berlin

Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) führte von 1992 bis 1996 im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“ 22 Fachveranstaltungen durch.[1] Die Veranstaltungen verfolgten im wesentlichen drei Ziele:

- das fachliche Vorgehen bei der Unterstützung von Selbsthilfegruppen zu qualifizieren,
- organisatorische und institutionellen Maßnahmen zur Förderung von Selbsthilfegruppen zu erarbeiten und in die fachpolitische Diskussion einzubringen,
- Strategien für Multiplikatoren des Selbsthilfegruppen-Gedankens herauszubilden und zu stabilisieren.

Diesen Zielen wurde durch zwei Veranstaltungsformen Rechnung getragen:

- durch Fortbildungsmaßnahmen zur Qualifizierung von Fachkräften der Selbsthilfeunterstützung in Kontaktstellen und anderen Versorgungseinrichtungen, die mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten, und
- durch Tagungen zu institutionellen Maßnahmen der Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen für Entscheidungsträger und Multiplikatoren aus Politik, Verwaltung, Krankenkassen und Verbänden.

1 Angeboten wurden 23 Fachveranstaltungen, fünf Tagungen pro Jahr und drei im ersten Halbjahr 1996. Eine Tagung mußte kurzfristig abgesagt werden. Siehe auch den Hinweis nach Fortbildungsangebot Nr. 15, 1996.

Die Veranstaltungen wandten sich an Fachleute, Entscheidungsträger und Multiplikatoren im Feld der Selbsthilfeunterstützung in den neuen Bundesländern. Der Adressatenkreis wurde bewußt über die 17 Standorte der modellhaft geförderten Kontaktstellen hinaus ausgedehnt, um den Zielsetzungen des Modellprogramms eine größere Reichweite zu verleihen und Ansätze zur Selbsthilfeunterstützung anzuregen bzw. zu stabilisieren. Daß diese Erweiterung über die Modellstandorte hinaus sehr sinnvoll und eine passende Antwort auf die sehr dynamische Entwicklung in den neuen Bundesländern war, wird durch einen kurzen Zahlenvergleich deutlich: Im Vorfeld des Modellprogramms (1991) bestanden 17, zum Ende des Programms (1996) 76 örtliche Selbsthilfe-Unterstützungsstellen.[2] Diese enorme Verbreitung ist ganz wesentlich dem Modellprogramm und seinen flankierenden Maßnahmen zu verdanken.

Von den 22 Veranstaltungen waren 16 Fortbildungsmaßnahmen für Fachkräfte der Selbsthilfeunterstützung und 6 Fachtagungen für politische und administrative Entscheidungsträger und Multiplikatoren. Die Zahl der Teilnahmen an den Veranstaltungen betrug insgesamt 474 (307 an den Fortbildungsmaßnahmen, 167 an den Fachtagungen).[3] Da bei den Fortbildungsmaßnahmen - wie auch angestrebt - dieselben Personen mehrere Angebote nutzten (Mehrfachnutzung), ist hier die Zahl der einzelnen Nutzer mit 179 geringer. Die Gesamtzahl der Nutzer aller Veranstaltungen liegt somit bei insgesamt 346 unterschiedlichen Personen.[4]

Alle Veranstaltungen fanden in den neuen Bundesländern (einschließlich Berlin) statt (Berlin: 2, Brandenburg: 8, Mecklenburg-Vorpommern: 4,

2 Vergleiche NAKOS (Hg.) (1991) und (1996): Lokale/ Regionale Selbsthilfegruppen-Unterstützungsstellen in den alten und neuen Bundesländern 1991/1992, Stand: August 1991, Berlin, S. 17-19 und das entsprechende Verzeichnis für 1996/1997, Stand: Juni 1996. Einige dieser 76 Einrichtungen unterhalten Nebenstellen. Das führt zu Unterstützungsangeboten in 85 verschiedenen Orten. In der hier im weiteren vorgenommenen Darstellung des Konzepts und der Nutzung der NAKOS-Angebote im Rahmen des Modellprogramms sind allerdings nicht diese neuesten Zahlen des Jahres 1996 zugrundegelegt. Bezugspunkt für Vergleiche und Relationen ist die systematische und differenzierte Erhebung aus dem Jahr 1994 (vgl. Thiel 1995).

3 Die Gesamtzahl der Anmeldungen zu den Veranstaltungen betrug 657. Die Gesamtkapazität, also alle Teilnahmen inklusive Tagungsleitung, Referenten und Kooperationspartnern, lag bei 558.

4 Alle Angebote waren kostenfrei, das heißt, es wurden keine Teilnehmerbeiträge erhoben, und die Reisekosten wurden erstattet.

Sachsen-Anhalt: 3, Sachsen: 1, Thüringen: 4). Zahlreiche Veranstaltungen wurden in Kooperation mit der wissenschaftlichen Begleitung (ISAB) bzw. mit anderen Institutionen durchgeführt, die für die Verankerung der Selbsthilfethematik und die Qualifizierung der Selbsthilfeunterstützung bedeutsam waren. Die einzelnen Kooperationspartner sind bei den Übersichten zu den Veranstaltungen weiter unten aufgeführt.

Das Konzept war offen gehalten, so daß auftretende Fachfragen und aktuelle politische Entwicklungen Eingang in die konkreten Angebote finden konnten. Trotz dieses flexiblen Konzepts wurde frühzeitig im Jahr jeweils eine Gesamtzusammenstellung der Angebote erarbeitet und den Interessierten über das NAKOS-INFO und über die Informationsrundbriefe der wissenschaftlichen Begleitung durch ISAB bekannt gemacht, so daß die Veranstaltungen bei der Jahresplanung berücksichtigt werden konnten. Zu Beginn der Maßnahmen wirkten überwiegend Referent(inn)en aus den alten Bundesländern mit. Im weiteren Verlauf - insbesondere bei den Fachtagungen - wurden immer häufiger auch Referenten aus den neuen Bundesländern einbezogen. Um methodische und fachliche Kontinuität zu ermöglichen, wurden bei den Fortbildungsmaßnahmen für bestimmte Themen und Aufgabenstellungen stabile Referentinnen-Teams gebildet.

Fortbildungsmaßnahmen der NAKOS:

Selbsthilfegruppen-Unterstützung ist eine fachlich eigenständige, professionelle soziale Arbeit. Kein Ausbildungsgang bereitet psychosoziale und gesundheitsbezogene Berufsgruppen hinreichend auf diese Tätigkeit vor und liefert das „Handwerkszeug“ zur Unterstützung und Beratung von Selbsthilfegruppen und Interessierten. Das Fortbildungs- und Qualifizierungsangebot der NAKOS hatte das Ziel, dieses Defizit auszugleichen.

Das Angebot richtete sich an beruflichen Helfer in den neuen Bundesländern, die mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiteten und Unterstützungsangebote in ihren Einrichtungen realisiert hatten - sei es, daß dies als professionelle Hauptaufgabe in Selbsthilfekontaktstellen oder als berufliche Nebenaufgabe in anderen Versorgungseinrichtungen geschah. An bestimmten grundlegenden Veranstaltungen konnten auch Multiplikatoren aus Selbsthilfeverbänden bzw. Organisationen und Initiativen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus deren

Beratungseinrichtungen teilnehmen. Dies geschah aus Gründen der Tagungsdidaktik und mit der Absicht, bei dieser Zielgruppe die Entwicklung fachübergreifender Unterstützungsangebote anzuregen oder zu stabilisieren. In besonderer Weise wurden wichtige Fragestellungen der 17 Modellkontaktstellen im Austausch mit ihnen, ISAB und mit der GFK KB ermittelt und besprochen. So konnten prozeßhaft aktuelle Fragestellungen und Probleme berücksichtigt und in gezielte Angebote umgesetzt wurden.

Die Adressaten der Fortbildungsmaßnahmen im Überblick

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen innerhalb und außerhalb des Modellprogramms,
- Professionelle Helfer in Einrichtungen und Institutionen der (psycho)sozialen und gesundheitlichen Versorgung, die mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiteten und als Nebenaufgabe Unterstützungsangebote entwickelten (z.B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitsdienstes, von Sozial- und Jugendämtern, von Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden, Volkshochschulen, aus Arztpraxen und Ambulatorien oder aus medizinischen und (psycho)sozialen Beratungsstellen.
- Multiplikatoren aus Selbsthilfeverbänden, -Organisationen und -Einrichtungen.

Inhaltliche Ziele der Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen

Die Veranstaltungen dienten:

- der Einführung in die Grundlagen der Selbsthilfegruppen-Unterstützung,
- der Klärung der Rolle als beruflicher Helfer im Arbeitsfeld der Selbsthilfegruppen-Unterstützung (Supervisionsaspekt),
- der vertieften Beschäftigung mit einzelnen Aufgabenstellungen (Beratung, Gruppengründung und -begleitung, Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerkarbeit),
- der Arbeitsorganisation und -planung,
- der Klärung von Besonderheiten des institutionellen Rahmens und der spezifischen örtlichen Bedingungen der Unterstützungsarbeit,
- der Profilierung des Angebotes der Selbsthilfeunterstützung im Versorgungskontext,

- der Thematisierung und Entwicklung von Kooperationsstrategien mit anderen Versorgungseinrichtungen und Finanzgebern.

Die einzelnen Maßnahmen im Überblick

Im Jahr 1992:

1. Aufgabenfelder der Selbsthilfegruppen-Unterstützungsarbeit (in Kooperation mit der Fachhochschule Neubrandenburg)
2. Aufgabenfelder der Selbsthilfegruppen-Unterstützungsarbeit
3. Kontaktstellen planen und verwirklichen (in Kooperation mit ISAB)
4. Pressearbeit in der Selbsthilfeunterstützung erfolgreich gestalten

Im Jahr 1993:

5. Selbsthilfeunterstützung in ländlichen Gebieten (in Kooperation mit der Fachhochschule Neubrandenburg)
6. Netzwerkarbeit - Zusammenarbeit von Selbsthilfekontaktstellen mit anderen Versorgungseinrichtungen (in Kooperation mit ISAB)

Im Jahr 1994:

7. Einstieg in die Selbsthilfegruppen-Unterstützung. Eine Einführung für Fachkräfte der Selbsthilfeunterstützung (Teil I)
8. Einstieg in die Selbsthilfegruppen-Unterstützung (Teil II) (beide Teile in Kooperation mit der Fachhochschule Neubrandenburg)
9. Innenwirkung - Außenwirkung. Von der internen Klärung zur kompetenten Außendarstellung der Selbsthilfekontaktstellen (in Kooperation mit ISAB)
10. Verständnis und Aufgaben der Selbsthilfegruppen-Unterstützung. Eine Einführung für professionelle Multiplikatoren

Im Jahr 1995:

11. Was heißt Erfolg in der Selbsthilfegruppen-Unterstützungsarbeit?
12. In der Selbsthilfeunterstützung souverän verhandeln. Verhandlungstraining für Fachkräfte in der Selbsthilfeunterstützung
13. Kommunikation in und mit Gruppen

Im Jahr 1996:

14. Selbsthilfeunterstützung in Kooperation. Zur Verankerung von Selbsthilfekontaktstellen im regionalen Versorgungssystem

15. In der Selbsthilfeunterstützung souverän verhandeln. Verhandlungstraining für Fachkräfte in der Selbsthilfeunterstützung
16. Kommunikation in und mit Gruppen (Wiederholungsveranstaltung)

Wie aus der Zusammenstellung ersichtlich, wurden einige Angebote wiederholt. Gründe waren einerseits die große Resonanz und andererseits die Vielzahl von Neueinsteigern in das äußerst dynamische Arbeitsfeld der Selbsthilfeunterstützung. Einige Angebote waren Fortsetzungsveranstaltungen. Mehrere Fortbildungsmaßnahmen wurde in Kooperation mit der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms (ISAB/ GFK KB) bzw. mit der Fachhochschule Neubrandenburg durchgeführt. Die Mitarbeiter dieser Institutionen waren als Teilnehmer und Referenten einbezogen. Mit ISAB wurde abgestimmt, daß sich ein Fortbildungsangebot pro Jahr exklusiv an die Mitarbeiter in den Modellstandorten richten sollte. Weiter unten wird erläutert, warum diese Verabredung wegen auftauchender Organisations- und Kapazitätsprobleme im Verlauf des Programms modifiziert wurde.

Arbeitsmaterialien und Dokumentation

Für die Verwendung in den Fortbildungsveranstaltungen und als darüber hinaus zu nutzende Praxishilfe wurden Arbeitsmaterialien erstellt.[5] Die Beiträge und Ergebnisse der Fortbildungsveranstaltung 5 „Selbsthilfeunterstützung in ländlichen Gebieten“ wurden wegen ihrer systematischen Bedeutung dokumentiert. So konnten sie auch Interessierten, die nicht teilgenommen hatten, und Interessierten aus den

5 Zu Beginn der Veranstaltungen wurden in der Reihe „NAKOS-Arbeitshilfen“ in vier Broschüren Texte und Beiträge zusammengestellt, die einen Anschluß an die Erfahrungen und die Fachdiskussion in den alten Bundesländern ermöglichen sollten: Arbeitshilfe 1: Kontaktstellenarbeit: Organisation, Information, Öffentlichkeitsarbeit. Arbeitshilfe 2: Beratung von Selbsthilfegruppen und Interessenten. Besonderheiten in ländlichen Regionen. Arbeitshilfe 3: Kooperation mit beruflichen Helfern, Selbsthilfe-Organisationen und Verbänden. Arbeitshilfe 4: Aufgaben und Rolle beruflicher Helfer in der Selbsthilfegruppen-Unterstützungsarbeit. Diese Arbeitshilfen kamen ebenso zum Einsatz wie Zusammenstellungen von Fachliteratur, eine Anleitung zur Pressearbeit und der Leitfaden „Fachliche Grundlagen der Selbsthilfegruppen-Unterstützungsarbeit“ (Thiel, Wolfgang (1993): NAKOS-EXTRA Nr. 18. Berlin).

alten Bundesländern zugänglich gemacht werden.[6] Einzelne Beiträgen zu anderen Veranstaltungen wurden Interessierten als Kopie zur Verfügung gestellt, einige in den selbsthilfegruppen nachrichten der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. veröffentlicht. Über alle Fortbildungsmaßnahmen wurden Berichte erstellt, die den Ablauf und die Ergebnisse darstellten.

Die Nutzer der Fortbildungsangebote

Die folgenden Übersichten geben einen detaillierten Einblick in Umfang, Reichweite und Nutzerkreis der Fortbildungsangebote[7] (vgl. **Abb. 17.1**). Die Übersicht[8] verdeutlicht die große Resonanz auf das Angebot. Zu den einzelnen Maßnahmen hatten sich 426 Interessierte angemeldet. Aus Kapazitätsgründen waren 307 Teilnahmen möglich. Die durchschnittliche Teilnehmerzahl bei den 16 Angeboten betrug ca. 19 Personen.

6 NAKOS (Hg.) (September 1993): NAKOS-EXTRA Nr. 19, Selbsthilfeunterstützung in ländlichen Gebieten. Beiträge zu einer Fachtagung vom 21.4. - 23.4. 1993 in Neubrandenburg. Berlin.

7 Bei der Darstellung und Bewertung des hier dargestellten Fortbildungsangebotes ist zu berücksichtigen, daß die NAKOS seit Jahren ein Anbieter bundeszentraler Fortbildungsmaßnahmen im Selbsthilfe-Unterstützungsbereich ist und unabhängig vom Modellprogramm während der Laufzeit weitere Maßnahmen für Fachkräfte aus dem ganzen Bundesgebiet, also auch für solche aus den neuen Bundesländern, angeboten hat. Das bedeutete eine Angebotserweiterung für diese Fachkräfte, die stark genutzt wurde. Die Häufigkeit der Teilnahmen am gesamten Fortbildungsangebot der NAKOS liegt also insgesamt höher, als in der Übersicht angegeben, die sich ausschließlich auf die Veranstaltungen im Rahmen des Modellprogramms bezieht.

8 Die Rubrik „Absagen“ enthält nicht nur die Absagen des Veranstalters, sondern auch solche aus Krankheits- oder sonstigen Gründen, die zunächst berücksichtigten waren.

Abb. 17.1: Teilnehmer der Fortbildungsmaßnahmen

Fortbildungen	Anmeldung		Zusagen		Absagen	
Teilnehmende Fachkräfte aus:	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Berlin	23	5,4%	14	4,6%	9	7,6%
Brandenburg	97	22,8%	68	22,1%	29	24,4%
Mecklenb.-Vor.	113	26,5%	79	25,7%	34	28,6%
Sachsen	60	14,1%	49	16,0%	11	9,2%
Sachsen-Anhalt	69	16,2%	49	16,0%	20	16,8%
Thüringen	64	15,0%	48	15,6%	16	13,4%
Sonstige	--	--	(61)	--	--	--
Summe	426	100%	307	100%	119	100%
Resonanz der Modellkontaktstellen:						
Berlin	3	0,7%	2	0,7%	1	0,8%
Brandenburg	23	5,4%	12	3,9%	11	9,2%
Mecklenb.-Vor.	34	8,0%	25	8,1%	9	7,6%
Sachsen	26	6,1%	23	7,5%	3	2,5%
Sachsen-Anhalt	25	5,9%	20	6,5%	5	4,2%
Thüringen	13	3,1%	10	3,3%	3	2,5%
Summe	124	29,2%	92	30,0%	32	26,9%

© NAKOS Berlin 06/1996 (n = 426).

Besonders starkes Interesse zeigten dabei die Fachkräfte aus den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, was auch bei der Teilnahme berücksichtigt wurde. Diese Resonanz ist bemerkenswert, zumal z.B. in Brandenburg zeitgleich durch die Landesarbeitsgemeinschaft für Selbsthilfeförderung im Land Brandenburg e.V. mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds ein eigenes Qualifizierungsprogramm für ABM-Beschäftigte in Selbsthilfekontaktstellen realisiert wurde. Zum Teil mag diese hohe Resonanz auf die Veranstaltungsorte zurückzuführen sein (11 von 16 Veranstaltungen fanden in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern statt), zum Teil entspricht sie auch der relativ hohen Verbreitung von Unterstützungsstellen in diesen Ländern.[9]

Wir vermuten aber auch, daß sich besondere förderpolitische Akzente der jeweiligen Landespolitik und Unterschiede im Spektrum der Träger von Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen niedergeschlagen haben. In Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern beispielsweise sind die freien Träger und hier speziell die Wohlfahrtsverbände breiter und stärker vertreten als die öffentlichen Träger.[10] Dies läßt den Schluß zu, daß kleine Trägervereine und Wohlfahrtsverbände das Fortbildungsangebot für die Qualifizierung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärker nutzten als öffentliche Träger. Weiterhin war die Nutzung der Fortbildungsangebote wesentlich stärker von Motiven der Träger bestimmt, daß ihre Beschäftigten Kompetenzen für das Arbeitsfeld „Selbsthilfekontaktstelle“ erwerben, als von persönlichen Qualifizierungsmotiven der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.[11]

9 Vgl. die NAKOS-Erhebung zu Selbsthilfe-Unterstützungsstellen im Bundesgebiet für das Jahr 1994: Brandenburg 15, Mecklenburg-Vorpommern 12, Sachsen 9, Sachsen-Anhalt 7 und Thüringen 14 Selbsthilfe-Unterstützungsstellen (vgl. Thiel 1995, S. 58).

10 1994 arbeiteten z.B. in Brandenburg 11 von 15 Kontaktstellen und in Mecklenburg-Vorpommern 8 von 12 Kontaktstellen in freier Trägerschaft. In Thüringen, das ebenfalls eine relativ hohe Zahl von Kontaktstellen aufwies, nur 3 von 14 Stellen (vgl. Krawielitzki, Gabriele/ Thiel, Wolfgang (Hg.) (1994): Träger von Selbsthilfe-Unterstützungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland. NAKOS*Paper 6*. Berlin).

11 Dem widerspricht nicht der in der Anfangsphase häufiger geäußerte Wunsch nach einem zertifizierten Abschluß als „Selbsthilfe-Berater“. Das Konzept der Fortbildungsveranstaltungen war aber weder auf eine „Nachqualifizierung“ oder eine „Berufsausbildung“ angelegt, noch konnte ein solcher Abschluß bei einem nicht anerkannten Berufsbild seriöserweise als ein für den Arbeitsmarkt tragfähiger Qualifikationsnachweis in Aussicht gestellt werden.

Verdeutlichen kann man das z.B. am Anmeldeverhalten (vgl. **Abb. 17.2**): Die Anmeldungen erfolgten auf dem Hintergrund eines Beschäftigungsverhältnisses. Endete dieses konkrete Beschäftigungsverhältnis - z.B. durch Wegfall oder Neubesetzung der ABM - meldeten sich die neuen Mitarbeiter an oder sie wurden durch die Träger angemeldet. Waren Mitarbeiter nicht mehr in dem Arbeitsfeld beschäftigt, nutzten sie also in aller Regel die Angebote auch nicht mehr[12]. Die Resonanz und die Teilnahme von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den 17 Modellkontaktstellen liegt mit ca. 30 % etwas über ihrem Anteil an der Zahl der Unterstützungsstellen in den neuen Bundesländern, die im Jahr 1994 ca. 27 % betrug.[13]

Abb. 17.2: Nutzerprofil nach institutionellem Stellenwert der Selbsthilfe-Unterstützung

Fortbildungs-maßnahmen	Anmeldung		Zusagen		Absagen	
Teilnehmende Fachkräfte aus:	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Selbsthilfe-kontaktstellen (Hauptaufgabe)	274	64,3%	212	69,1%	62	52,1%
Unterstützungs-stellen (Nebenaufgabe)	39	9,2%	30	9,8%	9	7,6%
anderen Verbänden und Organisationen (berufl. Helfer und Multiplikatoren)	113	26,5%	65	21,2%	48	40,3%
Summe	426	100%	307	100%	119	100%

© NAKOS Berlin 06/1996 (n = 426).

12 Vereinzelt geschah dies aber doch: dann nämlich, wenn mit dem Ende einer konkreten ABM- oder BSHG-Stelle auch die Selbsthilfe-Unterstützung in der Stadt/ Region insgesamt wegzufallen drohte, und die ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich mit großem Engagement für die Weiterführung dieser Arbeitsaufgabe einsetzten.

13 Die Erhebung der NAKOS für das Jahr 1994 hatte eine Anzahl von 63 Unterstützungsstellen in den neuen Bundesländern ergeben. Der Anteil der 17 Modellkontaktstellen betrug zu diesem Zeitpunkt ca. 27 % (vgl. Thiel 1995, S. 57).

Dennoch hatten wir eine noch stärkere Nutzung erwartet. Bei dieser begrenzten Resonanz spielte offensichtlich eine große Rolle, daß für die Modellkontaktstellen sowohl durch die fachliche Beratung und die Arbeitstagungen des ISAB als auch durch das Partnerschaftsprogramm mit Kontaktstellen aus den alten Bundesländern ein besonders breites und vielfältiges Angebot bestand, so daß Organisations- und Kapazitätsprobleme auftauchten, alles in Anspruch zu nehmen. Parallele Maßnahmen zur persönlichen Qualifizierung einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verstärkten diese Kapazitätsprobleme noch. Daher wurde der Ansatz, einmal jährlich eine Fortbildungsmaßnahme speziell für die Modellkontaktstellen zu realisieren, in der zweiten Phase des Programms fallengelassen. Diese Veranstaltungen wurden auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kontaktstellen außerhalb des Modellprogrammes geöffnet. Die größte Nutzergruppe des Fortbildungsangebotes mit mehr als zwei Dritteln der Teilnehmer waren die Fachkräfte aus den Kontaktstellen, für welche die Selbsthilfeunterstützung die Hauptaufgabe darstellte. Dies war zu erwarten und entspricht in etwa ihrem Anteil an den Unterstützungsstellen in den neuen Bundesländern.[14] Hervorzuheben ist aber auch der hohe Anteil von anderen beruflichen Helfern und Multiplikatoren aus Verbänden und Organisationen mit gut einem Fünftel der Teilnahmen. Die Breite des Nutzerspektrums zeigt, daß es gelungen ist, (1) die Selbsthilfekontaktstellen des Modellprogramms, (2) Selbsthilfe-Unterstützungsstellen außerhalb des Modellprogramms und (3) weitere gegenüber Selbsthilfe aufgeschlossene professionelle Helfer aus anderen Versorgungseinrichtungen und Multiplikatoren aus Selbsthilfe-Verbänden, -Organisationen und -Einrichtungen einzubeziehen, miteinander in Verbindung zu bringen, den fachlichen Austausch und ihre Vernetzung untereinander zu fördern.

Zahl der einzelnen Teilnehmer - und Mehrfachnutzung

Ziel des Fortbildungsangebotes war es:

- Ansätze der Selbsthilfeunterstützung in unterschiedlichsten sozialen und gesundheitsbezogenen Arbeitsfeldern anzuregen bzw. zu stabilisieren (Festigung der Multiplikatorenkompetenz) und

14 Die Erhebung von 1994 hatte für die 63 Unterstützungsstellen eine Relation von 44 Stellen Hauptaufgabe (69,8 %) und 19 Stellen Nebenaufgabe (30,2 %) ergeben (vgl. Thiel 1995, S. 57).

- Fachkräfte der Selbsthilfeunterstützung und -Beratung fachlich zu qualifizieren, sie zu einer zweckdienlichen Arbeitsorganisation zu befähigen und Strategien zu vermitteln, die geeignet sind, die institutionelle Einbindung der Unterstützungseinrichtung zu stabilisieren (Festigung der Kontaktstellenmitarbeiter-Kompetenz).

Dies mündete in einmalige Impulsveranstaltungen einerseits und in Veranstaltungsreihen andererseits, die methodisch und inhaltlich aufeinander aufbauten. Beabsichtigt war es also, sowohl eine einmalige als auch eine mehrfache Nutzung der Angebote zu ermöglichen. Die folgenden Übersichten zeigen die Verteilung von einmaliger und mehrfacher Nutzung durch einzelne Personen[15] und das Profil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Geschlecht (vgl. **Abb. 17.3**).

Abb. 17.3: Nutzung der Fortbildungsangebote

Fortbildungsmaßnahmen Anzahl der Teilnahmen:	Teilnehmer / Teilnehmerinnen		Teilnahmen
	absolut	in Prozent	insgesamt
1 mal	111	62,0%	111
2 mal	37	20,7%	74
3 mal	19	10,6%	57
4 mal	7	3,9%	28
5 mal	1	0,6%	5
6 mal	4	2,2%	24
7 mal	--	--	--
8 mal	1	0,6 %	8
Geschlechtsverteilung der Teilnehmer:			
Frauen	156	87,2%	
Männer	23	12,8%	
Summe	179	100,0%	307

© NAKOS Berlin 06/1996 (n = 179).

15 Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer wirkten bei einzelnen Veranstaltungen auch als Referenten mit. Dies ist in dieser Übersicht nicht berücksichtigt.

An den Fortbildungen nahmen insgesamt 179 verschiedene Fachkräfte und Multiplikatoren der Selbsthilfegruppen-Unterstützung aus den neuen Bundesländern teil (Gesamtzahl der Teilnahmen: 307). Dabei nutzten 62 % einmal und 38 % mehrmals Angebote. Immerhin macht die Gruppe der Fachkräfte, die Angebote dreimal und öfter nutzten, knapp ein Fünftel aus.[16] Der Spitzenwert liegt bei acht Teilnahmen einer Person. Berücksichtigt werden muß bei der Bewertung der Nutzungsrate, daß eine Möglichkeit zur mehrfachen Teilnahme für einen Teil der Adressaten gar nicht bestand, da sie nur einmalig zu Impulsveranstaltungen eingeladen wurden. Unter dieser Voraussetzung und auf dem Hintergrund der ausgesprochen instabilen Beschäftigungsverhältnisse (ABM u. BSHG-Stellen) mit einer hohen Personalfluktuation[17] ist es durchaus als Erfolg zu bewerten, daß für eine Teilgruppe eine Fortbildungskontinuität erreicht werden konnte. Für diese Gruppe war die Chance besonders groß, Fachkompetenz aufzubauen und zu konsolidieren.

Die Geschlechterverteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigt mit fast 90 % einen sehr hohen Frauenanteil. Dies ist ein klarer Beleg dafür, daß es sich bei der Selbsthilfeunterstützung - wie in den alten Bundesländern auch und wie in vielen anderen Bereichen der sozialen und gesundheitlichen Versorgung - um ein Arbeitsfeld handelt, das zum einen bevorzugt von Frauen gewählt und zum anderen Frauen bevorzugt zugewiesen wird, z.B. von den Arbeitsverwaltungen bei ABM-Vergabe.

Profil der Teilnehmer nach zugrundeliegenden Berufsqualifikationen

Da die Teilnehmer bei der Anmeldung zu den Fortbildungsmaßnahmen Angaben zu ihrer Berufsqualifikation gemacht haben, ist es möglich diese Qualifikationen in einem Überblick darzustellen. Das ermittelte Qualifikationsprofil[18] ist in der folgenden Übersicht dargestellt (vgl. **Abb. 17.4**).

16 32 Personen sind gleich 17,8 %. Die Summe ihrer Teilnahmen beträgt 122.

17 Zum Beispiel waren im Jahr 1994 in den neuen Bundesländern in der Selbsthilfe-Unterstützung 149 Personen beschäftigt. Davon waren 59 (39,6 %) fest und 90 (60,4 %) befristet angestellt (vgl. Thiel 1995, S. 60).

18 Als Grundlage für dieses Qualifikationsprofil diente die Gruppierung der Berufsgruppen und Qualifikationen, die auch in der Untersuchung von 1994 verwendet wurde (vgl. Thiel 1995, S. 61). Die hier für die Fortbildungsteilnehmer/innen ermittelten Werte bewegen sich im Vergleich zu den Werten der 1994er Untersuchung auf ähnlicher Ebene. Etwas stärker ist die Gruppe der Fachqualifikationen (hier: 64,2 %;

Die Übersicht verdeutlicht, daß knapp zwei Drittel der Teilnehmer über (unterschiedlichste) Fachqualifikationen und ca. ein Viertel über berufsfeldfremde Grundqualifikationen verfügte. Genau ein Drittel der Teilnehmer

1994: 58,2 %), etwas schwächer die Gruppe der berufsfeldfremden Qualifikationen (hier: 24,6 %; 1994: 31,6 %).

Abb. 17.4: Qualifikationsprofil der Fortbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Fortbildungsmaßnahmen Qualifikationsprofil:	Teilnehmer/Teilnehmerinnen absolut	 in Prozent
I. Fachqualifikationen	115	64%
Sozialarbeiterische Qualifikationen, Erzieher, u.ä.	75	42%
Medizinische Assistenzberufe wie:		
Krankenschwestern, -pfleger, Arzthelferin	14	8%
Ernährungs-, Gesundheitsberater, -erzieher	10	6%
Pädagogen, Lehrer	6	3%
Psychologen	5	3%
Sozial-, Geisteswissenschaftler	4	2%
Arzt/Ärztin	1	1%
II. Berufsfeldfremde Qualifikationen	44	25%
Technische und naturwissenschaftliche Qualifikationen	21	12%
Kaufmännische u. ökonomische Qualifik.	20	11%
sonst. Fachqualifikationen	3	2%
III. Sachbearbeitungs-, Verwaltungsqualifikationen	9	5%
bes. Verwaltungsqualifikationen	6	3%
Verwaltungsfachkräfte	3	2%
IV. ohne (abgeschlossene) Qualifikation	6	3%
ohne Fachqualifikat. (Laien, Ehrenamtliche)	4	2%
Studenten, Praktikanten	2	1%
V. ohne Angaben	5	3%
Summe	179	100,0%

© NAKOS Berlin 06/1996 (n = 179).

(berufsfeldfremd Qualifizierte, Mitarbeiterinnen mit Verwaltungsqualifikationen und ohne (abgeschlossene) Qualifikation = 33 %) verfügte über keine fachlichen Qualifikationen oder Erfahrungen in einem sozialen oder gesundheitsbezogenen Arbeitsfeld.

In der Vielfalt bzw. im Fehlen fachbezogener Ausgangsqualifikationen und in der hohen Personalfluktuation durch befristete Beschäftigungsverhältnisse (ABM, BSHG, befristete Projektstellen) bestand für die Umsetzung der Fortbildungsangebote eine große Herausforderung. Erhebliche konzeptionelle und methodische Anstrengungen waren erforderlich, um oft erst Grundlagen der sozialen Arbeit zu erarbeiten und angemessene Arbeitshaltungen für berufliche Helfer einzuüben. Nach Ablauf von ABM-, BSHG- oder Projektstellen wiederum kam es häufig zu Personalwechseln, was die weitere Entwicklung der Fachkompetenz für befristet Beschäftigte unmöglich machte. Für die neu in das Arbeitsfeld der Selbsthilfeunterstützung Eintretenden waren Wiederholungen von Fortbildungsangeboten zum Erwerb von Basiskompetenzen (Grundlagenveranstaltungen) erforderlich. Manchmal
führte das Ende einer Arbeitsförderungsmaßnahme oder einer Projektstelle auch zur institutionellen Beendigung des Unterstützungsangebotes.

Resümee

Konzept und Reichweite des Fortbildungsangebotes fanden durch die große und breite Resonanz eine positive Bestätigung. Es ist gelungen, Fachkräfte aus den Kontaktstellen innerhalb und außerhalb des Modellprogramms und andere berufliche Helfer und Multiplikatoren zusammenzuführen und ihnen fachliche Impulse zur Selbsthilfeunterstützung zu geben. So konnte ein wichtiger Beitrag geleistet werden, den Selbsthilfegedanken und die Möglichkeiten zur Selbsthilfeunterstützung bei professionellen Helfern und Multiplikatoren in den neuen Bundesländern zu verankern und sie für die Selbsthilfe-Unterstützungsarbeit fachlich zu stabilisieren.

Die Heterogenität bei den Ausgangsqualifikationen und die Instabilität der Beschäftigungssituation setzten dem Fortbildungsangebot allerdings deutliche Grenzen. Sie wirkten sich insgesamt für die kontinuierliche

Entwicklung von Fachkompetenz und für die Herausbildung einer institutionellen Tradition der „Selbsthilfekontaktstelle“ sehr nachteilig aus. Daher konnte das Fortbildungsangebot kein Resultat im Sinne einer abgeschlossenen berufsbegleitenden Weiterbildung zur Beratung von Selbsthilfegruppen und -Interessierten haben. Dies muß einem zielgenaueren Fortbildungsangebot vorbehalten bleiben.[19]

Besondere Herausforderungen für die Fortbildungsbemühungen ergaben sich durch ein vielfach vorhandenes selbsthilfehemmendes Verständnis von professioneller Hilfe, wie es aber auch in den alten Bundesländern oft gegeben ist. Eine wesentliche Aufgabe war es daher, in den Fortbildungen an einer selbsthilfeförderlichen Grundhaltung zu arbeiten, um bei allem Einsatz für die Betroffenen, bei allem „Kümmern“ um sie, die besondere Verantwortung für das Freiwerden von Selbsthilfekräften bei den professionellen Unterstützern herauszubilden und zu festigen.

Großen Raum in den Fortbildungen nahmen Fragen der Profilbildung der Unterstützungsarbeit im Kontext der gesundheitlichen und (psycho) sozialen Versorgung ein. Auch dies ist eine Problematik, die nicht auf die neuen Bundesländer begrenzt ist. Zwei Besonderheiten sind jedoch herauszustellen:

- Es bestand in den neuen Bundesländern bei vielen sozialen Einrichtungen, die auch Selbsthilfegruppen unterstützten, ein insgesamt sehr breites, inhaltlich oft noch nicht sehr stark ausdifferenziertes Angebot (z.B. Frauen-, Erziehungs-, Gesundheits-, Lebens- und Bürgerberatungsstellen).
- Die Selbsthilfe-Unterstützer in den neuen Ländern konnten sich - vor allem kurz nach der Deutschen Einheit - oft noch nicht auf dem Hintergrund eines institutionell und inhaltlich vielgestaltigen Dienstleistungs- und Beratungsangebots bewegen, auf das sie - wie die Unterstützer in den alten Ländern - hätten verweisen können.

19 Das Fortbildungsangebot konnte erheblich von den Anregungen und Ergebnissen des Projektes „Qualifizierung der Selbsthilfegruppen-Unterstützung“ profitieren, sie allerdings nur begrenzt umsetzen. Das vom BMFSFJ geförderte Projekt wurde von 1992 bis 1995 bei der NAKOS durchgeführt und hatte das Ziel, ein berufsbegleitendes Fortbildungskonzept für Fachkräfte der Selbsthilfe-Unterstützung zu entwickeln.

Diese beiden Faktoren (Multifunktionalität und lückenhafte oder fehlende örtliche Versorgungsangebote) bewirkten, daß Hilfe- und Selbsthilfe-Unterstützungsangebote in vielen Einrichtungen sehr nahe beieinander lagen und oft miteinander konkurrierten bzw. kollidierten. Durch diese Parallelität von Hilfe- und Betreuungsangeboten und von Aufgaben der Selbsthilfeunterstützung ergaben sich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Selbsthilfe-Unterstützungsstellen oft erhebliche Kapazitäts- und Rollenprobleme. In den Fortbildungen spielten daher die Profilierung der Selbsthilfeunterstützung im Versorgungskontext und die Erarbeitung von Kooperationsmodellen mit anderen Versorgungs-einrichtungen eine zentrale Rolle. Gegen Ende der Laufzeit des Modellprogramms wiederum rückten Fragen der institutionellen und finanziellen Absicherung der Kontaktstellen bzw. der Unterstützungsarbeit und die Erarbeitung von Verhandlungsstrategien immer stärker in den Mittelpunkt der Fortbildungsbemühungen.

Fachtagungen der NAKOS:

Die neuen Bundesländer befanden sich zu Beginn des Modellprogramms noch sehr stark in einer Phase des Aufbaus unterschiedlichster staatlicher und verbandlicher Beratungsangebote im Bereich der gesundheitlichen und (psycho)sozialen Versorgung und der Aus- und Weiterbildung. In diesem Prozeß erschien es angebracht, auf verschiedenen Ebenen darauf hinzuwirken, daß die Unterstützung von Selbsthilfegruppen als Aufgabenstellung in den neu entstehenden Institutionen aufgenommen, fachlich und strukturell gesichert und die Selbsthilfeförderung im (fach-)öffentlichen Bewußtsein verankert wird. Durch Tagungen sollte der Prozeß der Entwicklung institutioneller Maßnahmen zur Selbsthilfeförderung flankiert werden.

Die Angebote wandten sich daher an Entscheidungs- und Meinungsträger, die Selbsthilfegruppen politisch-administrativ, verbandlich und im Aus- und Weiterbildungsbereich bereits förderten, fördern wollten bzw. nach unserer Meinung fördern sollten. Mit den an den entscheidenden Stellen tätigen Dezernenten, Amts- und Referatsleitern und abgeordneten Mitarbeitern sollte die „Philosophie“ und Grundidee der Selbsthilfe, die gesundheits- und sozialpolitische Bedeutung sowie die Notwendigkeit der Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen und der Implementierung selbsthilfeunterstützender Strukturen (Selbsthilfekontaktstellen) thematisiert werden.

Bei der Konzipierung und Planung der Veranstaltungen wurden zwei Aspekte aufgegriffen: Die Fachtagungen sollten jeweils in Kooperation mit für die Fragestellung relevanten und anerkannten Institutionen durchgeführt werden. Zum einen sollte damit gerade in der Anfangsphase des Qualifizierungsprogramms die Akzeptanz und Rückmeldung bei den Teilnehmern erhöht werden, weil es die Unsicherheit gab, ob die NAKOS in den jeweiligen Bereichen für wichtige Schlüsselpersonen schon genügend bekannt und anerkannt war. Zum anderen sollte erreicht werden, daß die Selbsthilfeförderthematik über die jeweilige Veranstaltung hinaus in den Institutionen verankert bzw. die Anerkennung der Kooperationsstellen gestärkt wird.

Da durch das Modellprogramm „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“ für viele Kommunen und Länder, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände und andere Institutionen wie Volkshochschulen wichtige Impulse gesetzt wurden, den Selbsthilfegedanken zu unterstützen und zu fördern, war es für die NAKOS wichtig, aktuelle Fragestellungen zeitnah aufzugreifen und gemeinsam mit der jeweiligen Zielgruppe Lösungswege für ihren Bereich zu erarbeiten. Das trifft im besonderen auf die unten angeführten Fachtagungen 1, 3 und 6 zu. In den Jahren 1992 bis 1995 wurden sechs Fachtagungen geplant und durchgeführt:

1992:

1 Selbsthilfeförderung: Wege und Möglichkeiten
Zielgruppe: Kommunale Entscheidungsträger (Dezernenten und Amtsleiter (in Kooperation mit der Akademie für Sozialpädagogik und Sozialarbeit e.V., Halle)

1993:

2 Zur sozial- und gesundheitspolitischen Bedeutung der Selbsthilfeförderung für die neuen Bundesländer
Zielgruppe: Administrative Entscheidungsträger aus den neuen Ländern (in Kooperation mit der Berliner Senatsverwaltung für Soziales)

3 Welche Bedeutung hat der § 20 Abs. 3a SGB V des Gesundheitsstrukturgesetzes für die Krankenkassen in den neuen Bundesländern?

Zielgruppe: Entscheidungsträger aus den Krankenkassenverbänden in Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Brandenburg e.V.)

4 Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Volkshochschulen - Möglichkeiten und Chancen
Zielgruppe: Leitende Angestellte aus Volkshochschulen

1994:

5 Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Volkshochschulen - Möglichkeiten und Chancen (Wiederholungsveranstaltung; 4. und 5. in Kooperation mit dem Deutschen Volkshochschulverband)

1995:

6 Selbsthilfeunterstützung - Eine Aufgabe der Kreise und Städte
Zielgruppe: Kommunalpolitische Entscheidungsträger aus Thüringen und Sachsen (in Kooperation mit dem Thüringer Selbsthilfeplenum e.V. und der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen in Sachsen)

Die folgende Übersicht gibt einen Einblick in das Teilnehmerfeld der Fachtagungen (vgl. **Abb. 17.5**).

Abb. 17.5: Teilnehmer der Fachtagungen der NAKOS

Fachtagungen	Anmeldung		Teilnehmer/ Teilnehmerinnen		Absagen / Nicht-Teilnehmer	
Teilnehmer aus:	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Berlin	33	14,3%	30	18,0%	3	4,7%
Brandenburg	28	12,1%	20	12,0%	8	12,5%
Mecklenburg-Vorpommern	30	13,0%	19	11,4%	11	17,2%
Sachsen	66	28,6%	47	28,1%	19	29,7%
Sachsen-Anhalt	34	14,7%	22	13,2%	12	18,8%
Thüringen	40	17,3%	29	17,4%	11	17,2%
Sonstige Teilnehmer/Referenten	--	--	(23)	--	--	--
Teilnehmerzusammensetzung:						
pol. Entscheidungsträger	85	36,8%	51	30,5%	34	53,1%
admin. Entscheidungsträger	93	40,3%	72	43,1%	21	32,8%
sonstige Verwaltungsmitarbeiter	25	10,8%	22	13,2%	3	4,7%
Kontaktstellenmitarbeiter	13	5,6%	12	7,2%	1	1,6%
nicht bestimmbar	15	6,5%	10	6,0%	5	7,8%
Summe	231	100%	167	72,3%	64	27,3%

© NAKOS Berlin 06/1996 (n = 231).

Insgesamt nahmen 167 Teilnehmer an den sechs Fachtagungen teil. 64 Teilnehmern mußte abgesagt werden bzw. sie erschienen kurzfristig nicht zu den Veranstaltungen. Zu der letzteren Gruppe zählen insbesondere Gesundheits- und Sozialdezernenten als politische und in geringerem Maße Amtsleiter als administrative Entscheidungsträger. Auffällig ist das hohe Interesse aus dem Bundesland Sachsen, was - so unsere Interpretation - überwiegend mit der Veranstaltung 6 zu tun hat, die in Sachsen stattfand und sich speziell mit der unbefriedigenden Situation der Selbsthilfeförderung in Sachsen (und Thüringen) auseinandersetzte.

Außergewöhnlich war bei allen Veranstaltungen das große Interesse vor allem der politischen und administrativen Entscheidungsträger. Das betrifft primär die Veranstaltungen 1, 3 und 6. Obwohl diese Gruppe gezielt und mit persönlichen Anschreiben angesprochen wurde, hatten wir nicht erwartet, eine so große Rückmeldung zu bekommen. Nach unserer Meinung zeigt es das große Augenmerk am Thema Selbsthilfeunterstützung und -Förderung und an der Frage der weiteren Finanzierung der Selbsthilfekontaktstellen. Wir glauben, daß bei vergleichbaren Veranstaltungen in den alten Bundesländern keine so große Anzahl von „Verantwortlichen“ teilgenommen hätte; entweder wäre die Teilnahme an zuständige Sachbearbeiter delegiert worden, oder es hätte überhaupt niemand teilgenommen.

Um den Nutzen der Fachtagungen über das unmittelbare Teilnehmerfeld hinaus zu steigern, wurden von den Veranstaltungen 1, 2, 3 und 4 umfangreiche Dokumentationen in der Publikationsreihe NAKOS-EXTRA[20] erstellt und - soweit als möglich - flächendeckend in den jeweiligen Bereichen gestreut. Die Nachfrage war auch in den alten Bundesländern

20 1. NAKOS (Hg.) (Dezember 1992): NAKOS-EXTRA Nr. 16. Selbsthilfe-Förderung in den neuen Bundesländern. Wege und Aufgaben. Berlin.
2. NAKOS (Hg.) (November 1993): NAKOS-EXTRA Nr. 21. Zur sozial- und gesundheitspolitischen Bedeutung der Selbsthilfe-Förderung für die neuen Bundesländer. Berlin.
3. NAKOS (Hg.) (Dezember 1993): NAKOS-EXTRA Nr. 22. Welche Bedeutung hat der § 20 (3a) des Gesundheitsstrukturgesetzes für die Krankenkassen in den neuen Bundesländern? Berlin.
4. NAKOS (Hg.) (Januar 1994): NAKOS-EXTRA Nr. 23. Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Volkshochschulen - Möglichkeiten und Chancen. Berlin.

sehr hoch, so daß von einzelnen Dokumentationen Nachdrucke angefertigt wurden.

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung sollen an dieser Stelle noch zwei Veranstaltungen (3 und 6) gesondert gewürdigt werden: Insbesondere bei der Tagung 3 gab es in Fachkreisen ein sehr hohes Interesse. Bei dieser Veranstaltung wurde erstmalig die kurz zuvor geschaffene Möglichkeit der Förderung von Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen durch die Krankenkassenverbände nach § 20, Abs. 3a SGB V problematisiert. In der Veranstaltung sollte die spezielle Bedeutung dieser Fördermöglichkeit für die neuen Bundesländer in den Mittelpunkt gestellt werden. Wegen der hohen grundsätzlichen „krankenkassenpolitischen“ Bedeutung der Förderung des Selbsthilfebereiches schickten einige Krankenkassen auch Beobachter ihrer Bundesverbände zu der Veranstaltung bzw. ließen sich von diesen durch Statements vertreten.

Mit der Veranstaltung 6 wurde 1995 einmalig eine Fachtagung organisiert, die sich nicht auf alle neuen Bundesländer bezog, sondern nur auf die Bundesländer Sachsen und Thüringen. Hintergrund war folgende Entwicklung: Im Freistaat Sachsen hatten sich die Krankenkassenverbände auf Landesebene Angang 1995 grundsätzlich bereit erklärt, sich an einem Modell der Mischfinanzierung von Selbsthilfekontaktstellen gemeinschaftlich projektbezogen zu beteiligen. Da der Freistaat Sachsen sich im Gegensatz zu den Kommunen im Land grundsätzlich nicht an entsprechenden Diskussionen beteiligen wollte, wurde an uns der Wunsch herangetragen, im Rahmen eines fachlichen Forums weitergehende Förderüberlegungen unter Einschluß des zuständigen Ministeriums zu entwickeln. Um diesen Prozeß fruchtbar zu unterstützen, wurde von uns exemplarisch mit den Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen in Sachsen und Thüringen die Fachtagung 6 entwickelt und die Problematik der Selbsthilfe- und Kontaktstellenförderung in den Freistaaten Sachsen und Thüringen miteinander verknüpft.

Da das zuständige Ministerium des Freistaates Sachsen - ebenso wie das aus Thüringen - die Veranstaltung kooperativ unterstützte, waren die Rückmeldungen der Dezernenten und Amtsleiter aus den Kommunen und Landkreisen gerade im Freistaat Sachsen zu der Veranstaltung äußerst hoch. Von 23 Landkreisen und kreisfreien Städten waren 19 meist auf der Ebene der Dezernenten bzw. Amtsleiter vertreten.

Resümee

Zusammengefaßt läßt sich sagen, daß gerade die letzte Fachtagung noch einmal exemplarisch die Sinnhaftigkeit des Ansatzes zeigte, die Tagungen prozeßbezogen, relativ kurzfristig und orientiert an den aktuellen Problemen Selbsthilfe implementierender Strukturentscheidungen zu organisieren. Dadurch ist es gelungen, in der Dynamik der politischen und institutionellen Entwicklung wichtige Impulse zu setzen und Ergebnisse zu erzielen, die Entscheidungsträgern aus Ländern, Kommunen, Krankenkassen und Verbänden fachpolitisch kompetentes Handeln eröffnete. Die Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen durch unterschiedliche Institutionen in den neuen Bundesländern konnte so angeregt und flankierend begleitet werden. Die Fachtagungen leisteten nicht nur einen Transfer von Erfahrungen aus den alten Bundesländern in die neuen, sondern sie stießen durch ihre fachliche und politische Aktualität auch in den alten Bundesländern auf große Resonanz und boten auch hier Fachleuten und Entscheidungsträgern wertvolle Anregungen.

18. Profile der Selbsthilfekontaktstellen in Mecklenburg-Vorpommern

18.1 Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Schwerin

Uta Schwarz

Der Träger der Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen e.V. Schwerin ist ein eingetragener, gemeinnütziger Verein; er besteht seit August 1991. Ziel der Arbeit ist es, das Prinzip der Selbsthilfe im Gesundheits- und Sozialbereich zu verbreiten und zu fördern und hierfür bei der Schaffung einer selbsthilfeunterstützenden Infrastruktur in Schwerin mitzuwirken. Das Konzept der neuen Selbsthilfe wird so verstanden, daß Menschen zur Verbesserung ihrer physischen und psychischen Leistungsfähigkeit aktiviert werden. Zudem bietet die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe die Chance zur Förderung der eigenen Gesundheit. Sie kann zur Entwicklung persönlicher Kompetenzen und darüber hinaus zu gesundheitsbezogenen und sozialen Gemeinschaftsaktionen führen.

Die Mitarbeiterinnen der Kontaktstelle informieren über das Anliegen der Selbsthilfe und geben Auskunft über die vorhandenen Selbsthilfegruppen. Die KISS ist Anlaufpunkt für Bürgerinnen und Bürger, die aufgrund gesundheitlicher oder sozialer Probleme Beratung und Hilfe suchen. Das Leistungsangebot an die Bevölkerung umfaßt:

- Vermittlung allgemeiner Informationen über Entstehung, Bedeutung und Möglichkeiten von Selbsthilfeinitiativen sowie den gegenwärtigen Stand und die Arbeitsweise von Selbsthilfegruppen;
- Vermittlung von Kontakten zu bestehenden und Beratung bei neu zu gründenden Selbsthilfegruppen;
- Information über professionelle Angebote auf gesundheitlichem oder sozialem Gebiet und auf Wunsch Hilfen bei der Vermittlung;
- Auskunft über Einrichtungen, Vereine, Verbände der freien Wohlfahrtspflege mit sozialen und gesundheitlichen Zielsetzungen.

Die KISS unterstützt Selbsthilfegruppen und Initiativen auf vielfältige Weise, wobei allen Bereichen der Selbsthilfe die gleiche Bedeutung beige-

messen wird. Zwar überwiegen die gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen, aber die anderen Bereiche wie Frauen, Familie, Senioren, Eltern-Kind-Selbsthilfe und Selbsthilfe in besonderen sozialen Situationen spielen in der Beratung ebenfalls eine wichtige Rolle. Die Kontaktstelle will sich als fachübergreifende Selbsthilfe-Beratungsstelle weiter profilieren und sich zukünftig auch den Themen Nachbarschaftshilfe, Sozio-Kultur, Ökologie stärker zuwenden. Zu den Angeboten für die Selbsthilfegruppen zählen:

- Zusammenführung der Interessierten, Erläuterung des Selbsthilfegedankens sowie „Moderation“ der ersten Treffen;
- Bereitstellung finanzieller Mittel oder Hilfe bei der Beschaffung, Unterstützung bei Schreib- und Kopierarbeiten;
- organisatorische Sicherung der Zusammenkünfte, z.B. auf Wunsch Vermittlung von Räumen;
- Hilfe bei gruppeninternen Schwierigkeiten, Motivation der Gruppen zur Überwindung der Probleme;
- Organisation des Informations- und Erfahrungsaustausches der Gruppen untereinander und Vorschläge zur inhaltlichen Gestaltung der Gruppenzusammenkünfte;
- auf Wunsch Vermittlung zwischen Professionellen und Selbsthilfegruppen;
- Vorschläge zur Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit, um die einzelnen Gruppen und ihre Probleme bekanntzumachen.

Informationen über die Arbeit der Selbsthilfegruppen und der Kontaktstelle werden über Artikel in der lokalen Presse, in regionalen Monatszeitschriften sowie über das Radio Mecklenburg-Vorpommern publik gemacht. Ziel ist es, die Bürger für das Thema Selbsthilfe zu interessieren und die Professionellen über die Aktivitäten im Selbsthilfebereich zu informieren. Einmal jährlich gibt die KISS die Broschüre „Was ist wo?“ heraus, die über die in Schwerin vorhandenen Selbsthilfegruppen, Vereine mit Selbsthilfecharakter, Behindertenverbände, Beratungsstellen und Sozialstationen informiert. Das Recherchieren ist sehr mühevoll, lohnt sich aber, weil bei Ämtern und in den Ministerien auf diesem Gebiet ein großer Informationsbedarf besteht. Die Broschüre wird an Ämter, Vereine, Organisationen, Parteien und Ausschüsse, Krankenhäuser, Apotheken, Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Ärzte und Ärztehäuser verteilt, die sie als unentbehrliches Arbeitsmaterial betrachten.

Die Selbsthilfezeitung erscheint seit 1992 einmal im Jahr. Sie ist vorrangig das Sprachrohr der Selbsthilfegruppen und der Kontaktstelle. Erlebnisberichte und Aufrufe der Selbsthilfegruppen sind ebenso zu finden wie neue Informationen über Selbsthilfe und die KISS Schwerin. Darüber hinaus werden viele Selbsthilfegruppen bei der Entwicklung und Gestaltung von Faltblättern unterstützt.

Ein weiterer Aufgabenbereich der KISS ist die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen in allen Bereichen der Selbsthilfe. Sie dienen der Gesundheitsförderung und Lebensbewältigung sowie der Vermittlung neuer Erkenntnisse zu speziellen Krankheiten und psychologischen Fragen. Das Angebot an die Mitglieder der Selbsthilfegruppen und interessierte Bürger umfaßt ausgewählte Themen zu Ernährungsfragen, Umgang mit Medikamenten, Krankheit im Alter, Überwindung von Ängsten und Streßsituationen, praktischen Lebensfragen. Gesprächsrunden und Weiterbildungen zu gruppendynamischen Fragen werden insbesondere für Selbsthilfegruppen organisiert, um Möglichkeiten effektiver Gruppenarbeit aufzuzeigen. Bei diesen Vorhaben wird mit Krankenkassen, medizinischen und Bildungseinrichtungen zusammengearbeitet.

Schwerin ist die Landeshauptstadt von Mecklenburg-Vorpommern. Seit der Wende ist die Einwohnerzahl der Stadt ständig zurückgegangen. Die hohe Arbeitslosigkeit in und um Schwerin hat zu Abwanderungen (besonders junger, gut ausgebildeter Fachkräfte) in die alten Bundesländer geführt. Die räumliche Nähe zu Schleswig-Holstein bietet zudem vielen Menschen die Möglichkeit, dort als „Pendler“ zu arbeiten. Dadurch ist ihr Freizeitvolumen begrenzt. Infolge der wirtschaftlichen Veränderungen wurden viele ältere Arbeitnehmer abrupt aus dem Arbeitsleben ausgeschlossen, kamen sich überflüssig vor und waren orientierungslos. Symptomatisch dafür ist die Tatsache, daß die Vorruhestandsgruppen mit zu den ersten Selbsthilfegruppen in Schwerin gehörten. Ein Teil der Bevölkerung fühlt sich gekränkt, weil seine Arbeits- und Lebenserfahrungen nicht mehr gefragt sind. Der andere Teil ist enttäuscht, weil die persönlichen Wunsch- und Idealvorstellungen sich nicht erfüllt haben. Allmählich besinnen sich aber viele Menschen auf ihre eigenen Fähigkeiten und ihren Wert und stehen ehrenamtlicher Arbeit wieder aufgeschlossener gegenüber.

Da der Träger der Kontaktstelle ein eingetragener Verein ist, kann die KISS selbständig und unabhängig die Interessen der Mitglieder der Selbsthilfegruppen und Bürger in der Öffentlichkeit gegenüber Politikern und Ämtern vertreten. Allerdings ergibt sich bei der finanziellen Sicherung der Kontaktstelle eine Abhängigkeit von öffentlichen Trägern und Sponsoren. Die Beschaffung der notwendigen Mittel für die Selbsthilfegruppen und die Kontaktstelle erweist sich als äußerst zeit- und kraftaufwendig. Seit ihrem Bestehen im Jahre 1991 erhält die Kontaktstelle sachkundige Beratung und finanzielle Unterstützung die Abteilung Gesundheitsförderung/Prävention des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern, sowie durch das Gesundheitsamt und das Amt für Jugend, Soziales und Wohnen der Stadt Schwerin.

Die sozialen und gesundheitlichen Dienste sind an einer Zusammenarbeit mit der Kontaktstelle nicht nur interessiert, sondern praktizieren sie u.a. bei der Einzelfallhilfe. Mit Ärzten in Kliniken, niedergelassenen Ärzten und Psychologen bestehen über den regionalen Bereich hinaus zur gegenseitigen Information und zur Gestaltung gemeinsamer Veranstaltungen. Schwerpunkte der Kooperation mit Professionellen sind:

- Aufklärung über Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen, Erläuterung des Leistungsangebotes der KISS;
- Gespräche mit Vertretern der Sozial- und Gesundheitseinrichtungen und mit niedergelassenen Ärzten über zu gründende, gewünschte oder unserem Ermessen notwendige Selbsthilfegruppen mit der Bitte um Bekanntgabe im Patientenkreis;
- laufende Information an das Gesundheits-, sowie das Amt für Jugend, Soziales und Wohnen über die Selbsthilfeaktivitäten und Leistungsangebote der KISS;
- Information der Betroffenen über Beratungsangebote in der Stadt und auf Wunsch Vermittlung an soziale-, gesundheitliche oder medizinische Einrichtungen. Nach unserer Einschätzung erkennt die kommunale Verwaltung die Leistungen der Kontaktstelle an und wertet sie als Ergänzung zum offiziellen Beratungsangebot.

Zwischen KISS, Krankenkassen - vor allem den Mitarbeitern für Gesundheitsförderung - und sozialen Diensten bestehen vielseitige Partnerbeziehungen. So gibt es einen kontinuierlichen Informationsaustausch über Arbeitsvorhaben, Auskünfte über Selbsthilfebereiche und Versorgungsfragen. Die Krankenkassen (AOK, BEK, DAK, IKK, TKK) unterstützen Selbsthil-

fegruppen durch die Übernahme von Honorar- und Fahrtkosten und durch Bereitstellung von Räumen. Bei Ausstellungen, bei Druck und Veröffentlichungen von Informationsmaterial sowie dem Aufbau einer Handbibliothek erhielt die KISS sachliche und finanzielle Mittel. Die Gesundheitsförderung der Krankenkassen wird unterstützt durch:

- gemeinsame Veranstaltungen,
- Bereitstellung von Informationen über Gruppen,
- Darstellung von Leistungsangeboten der Krankenkassen in der Orientierungsbroschüre,
- Information der Gruppen über Gesundheitsprogramme der Krankenkassen
- Auslage der Informationsmaterialien der Krankenkassen in den Räumen der KISS, auch Weiterleitung an Gruppen.

Diese Zusammenarbeit mit Professionellen hat sich bewährt und nimmt an Umfang und Bedeutung zu. Eine unentbehrliche Voraussetzung der Funktion als Drehscheibe zwischen Selbsthilfegruppen und Professionellen ist für die KISS u.a. die Mitwirkung in verschiedenen Gremien und Arbeitskreisen. Dort werden die Anliegen der Kontaktstelle und der Selbsthilfegruppen vertreten unter dem Gesichtspunkt, den Selbsthilfegedanken zu verbreiten. Die Zielsetzung und Arbeitsschwerpunkte sind in den Satzungen und Jahresarbeitsplänen der Kooperationspartner verankert.

Die Selbsthilfeberaterinnen sind in folgenden Gremien vertreten: Paritätertreff, AG Beratungsdienste der Kleinen Liga der freien Wohlfahrtsverbände Schwerin, Arbeitsgruppe Frauen und Familie im PARITÄTISCHEN Landesverband, Arbeitskreis freie Seniorenarbeit in Schwerin, Arbeitskreis Feldstadt e.V., Filmprojektgruppe beim Landesfilmzentrum - „Menschen wie wir“.

Durch das abgestimmte und einheitliche Vorgehen der Vereine konnten in den einzelnen Spezialbereichen Fortschritte erzielt werden. Vor allem die Kommunalpolitiker und die kommunalen Ämter wurden zu Entscheidungen im Interesse der Bürger gedrängt. Die Kooperation in den unterschiedlichen Arbeitsgremien verlief insgesamt problemlos; störende Konkurrenzen traten nur dann auf, wenn die Vereine wegen fehlender finanzieller Zuwendungen in ihrer Existenz gefährdet waren.

Der Trägerverein der Kontaktstelle begeht 1996 sein fünfjähriges Bestehen. Zu diesem Anlaß ist ein Selbsthilfefest geplant, um die bisherige Akzeptanz der Selbsthilfebewegung und der Kontaktstelle in Schwerin weiter zu verstärken und Bürger und Professionelle zu überzeugen, daß die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen und Initiativen eine neue Form des sozialen Engagements zur Bewältigung von Lebenskrisen ist. Die Kontaktstellenarbeit wird kontinuierlich weitergeführt, vorgesehen ist der Umzug in neue, zweckmäßige Räume. Die Mitarbeiterinnen und der Vorstand der KISS überprüfen kritisch das Leistungsangebot und stecken Arbeitsschwerpunkte ab. Dazu ist das Gesamtangebot der Beratungsstellen und Aktivitäten der Vereine der Stadt zu beachten. Ausgehend von der aktuellen Situation auf sozialem und gesundheitlichem Gebiet, könnte die KISS sich verstärkt der Selbsthilfe in den Bereichen der chronischen Erkrankungen, der psychischen Probleme und der Suchtproblematik zuwenden. Daher wird auch der Vorschlag vom Selbsthilfe-Forum im Frühjahr 1995 in Schwerin aufgegriffen, gesundheitsfördernde Projekte zu entwickeln und zu realisieren. Die Kontaktstelle soll in Trägerschaft des Vereins weiterexistieren. Der Landtag Mecklenburg-Vorpommerns, das Sozialministerium, die Stadt Schwerin und auch die Krankenkassen sind am Fortbestand der KISS interessiert. Gegenwärtig verhandelt das Sozialministerium mit den genannten Partnern über eine Gemeinschaftsfinanzierung. Finanzierungsentwürfe für die KISS für 1996 und 1997 sind bei den Entscheidungsträgern erfolgreich eingereicht worden.

Kerninformationen zur Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Schwerin 1995

Träger: Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen Schwerin e.V., Mitglied im PARITÄTISCHEN
Einzugsgebiet: 124.000 EW (Stadt Schwerin)
Fachkräfte: 80 WStd.; 1 Diplompädagogin, 1 Lehrerin
Verwaltungskraft: 25 WStd.
Büro- / Gruppenräume: 2 / 1
Nutzer pro Jahr: 1.559

Bürger	596	38 %
Selbsthilfegruppen	72	5 %
Fachleute	892	57 %

Kontakte pro Jahr: 3.530

Bürger	839	24 %
Selbsthilfegruppen	1.014	29 %
Fachleute	1.676	47 %
Selbsthilfegruppen 1995:	104	

18.2 Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Stralsund

Monika Westphal

Die Kontakt- und Informationsstelle in Stralsund besteht seit November 1991. Sie ist hervorgegangen aus einer Beratungsstelle des Sozialamtes für sozial Schwache und Behinderte. Mit der Etablierung anderer Einrichtungen der freien Träger der Wohlfahrtspflege wurde dieser Beratungsbedarf z.T. anderweitig abgedeckt. Parallel dazu zeigte sich der Informations- und Unterstützungsbedarf für Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement.

Die Teilnahme an einer Ausschreibung des BMFuS und der Zuschlag für die Errichtung der Kontakt- und Informationsstelle im Rahmen des Modellprojekts boten ab Dezember 1991 die finanzielle Grundlage für die Einrichtung der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen. Die Kontaktstelle arbeitet in der Trägerschaft des Sozialamtes. Die Räumlichkeiten in der Innenstadt stellt die Kommune zur Verfügung. In der Antragskonzeption war man von einem Trägerverbund ausgegangen. Um eine möglichst breite Selbsthilfeunterstützung zu etablieren, versuchte man, Ämter und Träger der freien Wohlfahrtspflege einzubinden. Ein gelungenes Beispiel bot die KISS Dortmund mit dem Trägerverbund der Dortmunder Wohlfahrtsverbände.

Die finanziellen Probleme in Stralsund verhinderten das Zustandekommen dieses Trägerverbundes; die angesprochenen Ämter und freien Träger sagten jedoch ihre Mitarbeit in einem Beirat zu. Beiratsmitglieder sind:

- Sozialamt Stralsund
- Amt für Frauen und Familie
- Jugendamt Stralsund
- Gesundheitsamt Stralsund
- Diak. Werk der Pommerschen Ev. Landeskirche e.V./ Seniorenbüro
- Frauenselbsthilfe nach Krebs, Ortsgruppe Stralsund e.V.
- Caritasverband für Brandenburg und Vorpommern e.V.
- Arbeiterwohlfahrt und Arbeiter-Samariter-Bund
- DRK-Kreisverband Stralsund e.V.
- Allgemeine Ortskrankenkasse
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

- Behindertenverband Stralsund e.V.
- Rheuma-Liga Stralsund e.V.

Die Kontaktstelle in Stralsund versteht sich als Brückeninstanz. Sie vermittelt zwischen Einzelpersonen und Gruppen/Initiativen einerseits und Professionellen und Institutionen des Gesundheits- und Sozialsystems andererseits. Im Unterschied zu spezifischen Beratungsstellen (wie Familienberatungsstellen) hat sie eine fach- und problemübergreifende Zielsetzung. Die Mitarbeiterinnen der Kontaktstelle haben folgende Ziele:

- Aktivierung und Unterstützung von Selbsthilfepotentialen
- Förderung bestehender Gruppen und Initiativen
- Aufbau neuer klientenorientierter Netze

Die Adressaten der Kontaktstelle sind:

- Selbsthilfe-Interessierte
- Selbsthilfegruppen und Initiativen
- Professionelle im Gesundheits- und Sozialwesen

Die Aufgaben bestehen hauptsächlich in der

- Beratung und Vermittlung von Selbsthilfe-Interessierten,
- Hilfe bei der Gründung von Gruppen,
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen,
- Zusammenarbeit mit professionellen Helfern und Politikern,
- Information der Öffentlichkeit über Selbsthilfeaktivitäten,
- Mitarbeit in selbsthilferelevanten Gremien und Arbeitskreisen.

Die Kontaktstelle ist als Einrichtung innerhalb des örtlichen Sozialbereiches anerkannt. Beratungsstellen, Ärzte und städtische Einrichtungen verweisen Klienten an die Kontaktstelle. Sie profitiert von einem soliden Bekanntheitsgrad und einer regen Mund-zu-Mund-Werbung in der Bevölkerung. Die Leistungen der Kontaktstelle werden zunehmend nachgefragt, mehr und mehr auch aus den benachbarten Landkreisen Rügen und Nordvorpommern. Die infrastrukturellen Bedingungen in den Landkreisen und Umorientierungen nach Abschluß der Kreisgebietsreform sowie Rivalitäten zwischen der Freien Hansestadt Stralsund und den Landkreisen sind regionsspezifische Besonderheiten, die es beim weiteren Ausbau der Zusammenarbeit zu beachten gilt.

Die Kontaktstelle in Stralsund sieht sich als Selbsthilfeunterstützer für die beiden Landkreise in der Verantwortung, auch in Absprache mit dem So-

zialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern, das die Realisierung einer flächendeckenden Selbsthilfeförderung unterstützen will. Zur Zeit wird das Gespräch mit den zuständigen Stellen der Kreise gesucht. Mit einem Außenstellen- und/oder einem Multiplikatorenkonzept sollen den Kreisen die Leistungen der Kontaktstelle angeboten werden, natürlich auch mit dem Ziel, sie in eine Anteilsfinanzierung einzubinden.

Die Kontaktstelle ist offen für alle Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens im umfassenden Sinne. Die Kooperationen sind unterschiedlich ausgebaut, aber durchweg positiv zu bewerten. Ziel der Kontaktstelle ist die Etablierung als Einrichtung zur Unterstützung der Selbsthilfe und mit Einrichtungen des psychosozialen und medizinischen Dienstes:
- mit Mitarbeitern, die Kontakt zu Klienten und Patienten haben,
- mit Leitern und Geschäftsführern.

Schwerpunkte in der Verbesserung bzw. dem Ausbau von Kooperationsbeziehungen sehen wir in der Arbeit mit niedergelassenen Ärzten sowie der Durchführung gemeinsamer Projekte mit bestimmten Einrichtungen vor Ort, wie dem Berufsförderungswerk und der Volkshochschule. Die Mitwirkung von Betroffenen aus Selbsthilfegruppen und Initiativen sowie der Kontaktstelle in einem Koordinierungsrat im Rahmen des Projekts „Gesunde Städte“ ist geplant. Kontaktstelle und Gruppenvertreter arbeiten mit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und der Arbeitsgemeinschaft Sucht.

Die Beziehungen zu den Krankenkassen vor Ort sind gut, aber noch ausbaufähig. Ziel ist nach wie vor, sie in eine Mischfinanzierung einzubeziehen. Verhandlungen dazu finden auf Landesebene statt. Die Krankenkassen sollen ebenso wie andere Leistungsträger, etwa die Landesversicherungsanstalt/ Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und Berufsgenossenschaften, für eine Kontaktstellenunterstützung vor Ort und für die direkte Selbsthilfegruppenförderung gewonnen werden. Angestrebt ist die Etablierung der Kontaktstelle als Einrichtung zur Unterstützung von Selbsthilfe. Im Haushaltsjahr 1996/97 soll sie fester Bestandteil des ambulanten Gesundheits- und Sozialdienstes der Hansestadt Stralsund sein (über die öffentliche Verwaltung regelfinanziert). Die bisherige fachliche Arbeit wird unter Einbeziehung der Landkreise fortgeführt und ausgeweitet:
- Die Öffentlichkeitsarbeit wird intensiviert.

- Die Interessenvertretung der Selbsthilfe durch Mitarbeit in sozialpolitischen Gremien wird angestrebt bzw. ausgebaut.
- Es werden Fortbildungen für Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialbereich und Aktive aus der Selbsthilfe organisiert und durchgeführt.
- Kooperationsvereinbarungen zum gegenseitigen Nutzen werden festgeschrieben.

Zur finanziellen Absicherung der Kontaktstelle mit einer Personalstelle, Miete und Sachkosten wird eine Bürgerschaftsvorlage in den Haushalt der Stadt eingebracht. Da es sich um eine freiwillige Aufgabe der Kommune handelt, soll sich die Bürgerschaft für den Erhalt aussprechen. Zur Entlastung des städtischen Haushaltes wird versucht, sowohl das Land Mecklenburg-Vorpommern als auch die Krankenkassen und die Landkreise in eine Finanzierung einzubeziehen. In den vergangenen Jahren ist deutlich geworden, daß in Stralsund die Bereitschaft der Bevölkerung zu Selbsthilfe- und freiwilligem Engagement gewachsen ist. Das zeigt die Zunahme der:

- Nachfrage nach den Leistungen der Kontaktstelle,
- Mitarbeit in Gremien und Arbeitskreisen,
- Zahl der Gruppen in Stralsund und Umgebung (73 im Mai 1995).

Die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen von seiten der Kontaktstelle und die Anerkennung des Selbsthilfeengagements durch Sozialverwaltung und Kommunalpolitik wirken stabilisierend und gewährleisten Kontinuität und Qualität der Beteiligungspotentiale von Selbsthilfe.

Kerninformationen zur Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Stralsund 1995

Träger: Sozialamt der Stadt Stralsund
Einzugsgebiet:112.000 EW (Stadt Stralsund, Kreise Rügen und Nordvorpommern)
Fachkräfte: 62 WStd.; 1 Dipl.-Sozialarbeiterin, 1 Krankenschwester
Verwaltungskraft: 32 WStd.
Büro- / Gruppenräume: 2 / 1
Nutzer pro Jahr: 487

Bürger	305	63 %
Selbsthilfegruppen	22	5 %

Fachleute	160	33 %
Kontakte pro Jahr:	1.496	
Bürger	380	25 %
Selbsthilfegruppen	325	22 %
Fachleute	791	53 %
Selbsthilfegruppen 1995:	73	

18.3 Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS) Teterow

Beate Thoma

Mit Beginn der Kontaktstellenarbeit im Dezember 1991 lagen die Schwerpunkte darauf, die Selbsthilfe im Territorium bekanntzumachen, mit den bestehenden Gruppen enge Kontakte zu pflegen, mit ihnen und für sie ein interessantes Gruppenleben zu gestalten sowie neue Gruppen zu initiieren und zu begleiten. Mit der erfolgreichen Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas haben sich weitere Aufgabenbereiche für die Kontaktstellenarbeit ergeben:

- Informationen zu Beratungs- und Selbsthilfegruppenangebote
- Verknüpfung der sozialen Dienste
- Vermittlung von interessierten Bürgern
- Erweiterung des Einzugsgebietes auf den gesamten Landkreis
- Schaffung einer zweiten Außenstelle

Im letzten Jahr hat sich gezeigt, daß die bestehenden Gruppen sehr selbständig geworden sind und die Kontaktstelle weniger nutzen. Daher steht im Mittelpunkt der Arbeit von KISS das Ziel, neue Themen aufzugreifen, um neue Gruppen etablieren zu können. Vor diesem Hintergrund wurde eine Kooperation mit der Volkshochschule initiiert, um im beiderseitigen Interesse neue Angebote zu machen.

Im Teterower Gebiet gibt es mehr soziale als gesundheitliche Selbsthilfegruppen. Bedingt ist dies durch die aktuelle Betroffenheit der Region von einer sehr hohen Arbeitslosenrate von ca. 18 % (vorher sogar 20 %). Das Thema Arbeitslosigkeit stand im Mittelpunkt der anfänglichen Tätigkeit und ist auch heute noch zentral. Die Nachfrage zu gesundheitlichen Themen ist recht gering, was sicherlich nicht an mangelnder Betroffenheit,

sondern eher an der Zurückgezogenheit der Bürger liegt. Bei ihrem Engagement im Gesundheitsbereich, der in den Vordergrund der Arbeit gerückt ist, wird die Kontaktstelle von den Krankenkassen unterstützt: hinsichtlich der Suche nach Referenten und Räumen sowie durch Honorarübernahme. Im Güstrower Gebiet halten sich die sozialen und gesundheitlichen Gruppen die Waage. Dort sind mehr Verbände vertreten, an die sich die Selbsthilfegruppen gebunden haben.

Um die Selbsthilfeaktivitäten immer wieder bekanntzumachen und weitere Interessierte anzusprechen, ist die Öffentlichkeitsarbeit ein wichtiger Bestandteil unserer Tätigkeit. Dazu zählen Veröffentlichungen in der Regionalpresse und der Selbsthilfetag, der schon in beiden Städten stattgefunden hat.

Potentieller Nutzer der Kontaktstelle in unserem Bereich ist das professionelle Umfeld. Eine recht gute Zusammenarbeit besteht mit den Beratungsstellen, der Kommune und den Krankenkassen. Die Selbsthilfegruppen nutzen insbesondere die thematischen Angebote, sowie die Gesamttreffen, die einen optimalen Austausch zwischen den Gruppen gewährleisten.

Die Anregung der Krankenkassen und der Kommune, einen Beratungswegweiser zu erstellen, wurde in der Teterower KISS aufgegriffen und soll gemeinsam mit einer Praktikantin in die Tat umgesetzt werden. Generell wird die KISS weder in Teterow noch in Güstrow in Kürze Zusatzaufgaben übernehmen können, da beide Stellen nur mit jeweils einer Mitarbeiterin besetzt sind und durch die geplante zweite Außenstelle zusätzliche Arbeit und Fahrtzeit anfallen werden.

Im Rahmen der Kreisgebietsreform im Juni 1994 entstand durch den Zusammenschluß der Kreisstädte Güstrow, Bützow und Teterow der Kreis Güstrow, in dem 120.000 Einwohner leben, davon 36.000 in der Kreisstadt Güstrow, 9.500 in Bützow und in Teterow 11.000. Der Kreis Güstrow beschreibt den Charakter einer ländlichen Region. Die Landwirtschaft war vor 1989 der überwiegende Arbeitsmarkt, kann nun aber nur noch in geringem Maße Fuß. Wenige kleinere Industriebetriebe und vorwiegend mittelständische Unternehmen bilden die wirtschaftliche Grundlage der Region und geben der Bevölkerung in geringem Maße Arbeit. Der ländliche Charakter und die hohe Arbeitslosigkeit spiegeln sich auch in der Tätigkeit der Kontaktstelle wieder.

In der KISS Teterow gab und gibt es wenige Nachfragen zu Selbsthilfegruppen und dadurch auch kaum Gruppenneugründungen. Die meisten Versuche sind daran gescheitert, daß sich keine weiteren Interessenten gefunden haben. Diese Situation rührt von Berührungsängsten und fehlender Eigeninitiative der Bürgerinnen und Bürger her. Daß auf dem Lande die Passivität wesentlich größer ist als in der Stadt, liegt sicher auch daran, daß Anonymität der Gruppenmitglieder kaum zu wahren ist, da von den Einheimischen fast jeder jeden kennt.
Zum anderen besteht das Problem der „Unerreichbarkeit“: Die Nahverkehrsmittel fahren nach 18.00 Uhr nicht mehr, und die Verbindungen sind meist so ungünstig, daß z.B. die Fahrt zum Gruppentreff von 9.00 Uhr um 8.00 Uhr beginnt und gegen 14.00 Uhr beendet ist. Es gehört schon eine Menge Ausdauer dazu, diese Strapazen jede Woche auf sich zu nehmen. Da der Pkw noch lange nicht zur „Grundausstattung“ gehört, wird dieses Problem auch in Zukunft bestehen.

Wie sehr die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten von Größe und Charakter der Region abhängt, zeigt die Arbeit in der Außenstelle in Güstrow. Häufigere Anfragen, mehr Beratungsgespräche, erfolgreiche Gruppenneugründungen geben dieser Kontaktstelle ein anderes Gepräge. Die Menschen sind offener, fordernder und kritischer. Dadurch war es auch möglich, mit der Kontaktstelle eine gute Position innerhalb des „Angebotsmarktes“ zu besetzen.

In Teterow profilierte sich die KISS gemeinsam mit anderen Beratungsangeboten zu fast derselben Zeit, so daß sie einen gleichwertigen Stellenwert hat und eine gute Zusammenarbeit gewährleistet ist. Um auch das politische Umfeld mit der Selbsthilfearbeit vertraut zu machen und gemeinsam Schwerpunkte herauszufinden, wurde im April 1994 der KISS-Beirat gegründet. Mitglieder sind kommunale Vertreter (Bürgermeister bzw. Sozialamtsleiter), Dezernenten für Soziales und Gesundheit vom Landkreis, Vertreter der ortsansässigen Krankenkassen (AOK, DAK, BEK) und der Träger der KISS. Über den Beirat werden die Interessen der Selbsthilfegruppen und der KISS auf der politischen Ebene vertreten. Im Mittelpunkt der bisherigen Sitzungen standen die Weiterfinanzierung, aber auch ganz spezielle Selbsthilfethemen wie Gruppenförderung und Vorbereitung des Selbsthilfetages.

Zur Intensivierung der Kontaktstellenarbeit sind die Mitarbeiterinnen bemüht, in Arbeitskreisen mitzuwirken, um aktuelle Themen aufzugreifen, damit das Angebot für die Bevölkerung auch auf sie zugeschnitten ist. Eine gute Zusammenarbeit besteht mit den Krankenkassen und der Volkshochschule. Die Krankenkassen sind der Selbsthilfe gegenüber aufgeschlossen und bereit, Angebote für interessierte Bürger im Hinblick auf Gruppenneugründungen zu unterstützen. Gemeinsam mit der Volkshochschule werden ab September 1996 Veranstaltungen zum Thema Selbsthilfe angeboten und damit eventuell auch ein anderer Kreis von Interessierten angesprochen.
Die Kontaktstelle konnte in den vier Jahren ihres Bestehens viele Erfolge verzeichnen und hat heute einen festen Platz in dem sozialen Angebotsspektrum. Die nächste Zeit wird davon bestimmt, wie das Erreichte bewahrt und vor allem ausgebaut werden kann. Dazu sind in Vorbereitung:

- themenbezogene Veranstaltungen für und mit Selbsthilfegruppen
- Verbreitung des Themas Selbsthilfe über die Volkshochschule
- Erweiterung des gesundheitlichen Bereiches
- weitere intensive Öffentlichkeitsarbeit
- Aufnahme der Arbeit in einer zweiten Außenstelle in Bützow
- kontinuierliche Partnersuche, um Selbsthilfe breit anzusiedeln
- Mitarbeit in selbsthilferelevanten Arbeitskreisen.

Können viele dieser Punkte mittelfristig umgesetzt werden, hat die KISS eine gute Grundlage geschaffen, auch über das Modellprojekt hinaus anerkannt zu werden und damit ihre Existenzberechtigung in der sozialen Landschaft zu behaupten. Zu überdenken ist für die Zukunft, ob Zusatzaufgaben übernommen werden können bzw. inwiefern diese nicht die eigentliche Kontaktstellenarbeit beeinträchtigen. Auf jeden Fall ist die KISS gemeinsam mit dem Träger bemüht, das Konzept weiterzuverfolgen und die Tätigkeit dem jeweiligen Bedarf der Bevölkerung anzupassen. Die Angebotsbreite in der sozialen Landschaft bedeutet für die KISS, daß neue, noch nicht aufgegriffene Themen gefunden werden müssen, um die „Attraktivität“ der Kontaktstelle zu erhalten.

Schwerer ist der Stand der Außenstelle in Güstrow. Sie wurde im Mai 1994 eröffnet, zu einem Zeitpunkt, als Vereine, Verbände, Beratungsstellen und Projekte schon fest im Sattel saßen. Die Kontaktstelle wurde als Konkurrenz betrachtet, was intensive Gespräche erforderlich machte. Durch gezielte Selbsthilfearbeit mit und für die Selbsthilfegruppen und Akzeptanz der bereits vorhandenen Angebote konnte der Argwohn

weitgehend zerstreut und in eine gut funktionierende Zusammenarbeit umgemünzt werden.

Die Arbeit der KISS war von Anfang an in das professionelle Umfeld integriert. Die KISS Teterow ist räumlich mit der Diakonie-Sozialstation verbunden, wodurch gleich zu Beginn der Tätigkeit wichtige Grundlagen geschaffen wurden. An die Schwestern der Sozialstation wurden viele Probleme herangetragen, die dem Selbsthilfebereich zugeordnet werden konnten, so daß die KISS ihr Aufgabenfeld fand. Die Kontakte zu Ärzten konnten genutzt werden, um diese mit dem Thema Selbsthilfe vertraut zu machen, woraus sich eine Zusammenarbeit entwickelte. Die Kontakte der Sozialstation zur Volkssolidarität, dem DRK, dem Diakonischen Werk und den Kliniken stellen einen Vorteil für die Kontaktstellenarbeit dar.

In Güstrow hat die Mitarbeiterin ihr Büro in der Evangelischen Erwachsenen- und Familienbildung (EEFB). Auch diese Verbindung erweist sich als sehr nützlich. In das breite Angebot der EEFB kann sich die KISS sehr gut einbringen, mit eigenen Angeboten bzw. mit der Vorstellung der Selbsthilfearbeit in den stattfindenden Kursen. Die durch die EEFB hergestellten Kontakte zu den Beratungsstellen und Professionellen sind für die KISS ebenfalls von Vorteil.

Kerninformationen zur Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS) Teterow 1995

Träger: Evangelisch-Lutherische Kirchengemeinde Teterow
Einzugsgebiet: 120.000 EW (Kreis Güstrow)
Fachkräfte: 40 WStd.; 1 Dipl.-Sozialpädagogin (1 weitere Fachkraft in Außenstelle Güstrow)

Verwaltungskraft:	keine	
Büro- / Gruppenräume:	2	
Nutzer pro Jahr:	438	
Bürger	216	49 %
Selbsthilfegruppen	25	6 %
Fachleute	198	45 %
Kontakte pro Jahr:	1.550	
Bürger	387	25 %
Selbsthilfegruppen	367	24 %
Fachleute	795	51 %

Selbsthilfegruppen 1995: 49

19. Profile der Selbsthilfekontaktstellen in Brandenburg und Berlin-Mitte

19.1 Potsdamer Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe (PIKS)

Angelika Tornow, Solveig Nestler

Die PIKS arbeitet in freier Trägerschaft des Vereines SEKIZ e.V. Die Kontaktstelle fördert und unterstützt Selbsthilfe als eine Form sozialer und gesundheitlicher Eigeninitiative. Beraten werden Menschen mit Schwierigkeiten und Problemen: sie erhalten Informationen über Potentiale und Grenzen der Selbsthilfe, oder es werden ihnen andere Möglichkeiten der Hilfe aufgezeigt, die ihrer aktuellen Situation angemessen sind. Durch genaue Kenntnis des Beratungsangebotes in der Stadt und im Umland kann die PIKS die Wege für Ratsuchende abkürzen. Vorhandenes Engagement von Bürgerinnen und Bürgern wird unterstützt und Hilfe zur Selbsthilfe geleistet. Zu den Aufgaben gehören die Beratung von Personen, die an Selbsthilfe interessiert sind, und die Förderung von Ehrenamtlichkeit.

In Potsdam sind seit der Wende eine Vielzahl von kleinen Vereinen, Patienteninitiativen, Chroniker-Vereinen und klassischen Selbsthilfegruppen entstanden. Aber nach wie vor ist es wichtig, die Idee der Selbsthilfe weiterzutragen. Das ist ein wesentliches Ziel der Kontaktstellentätigkeit. Deshalb wird der Schwerpunkt der Arbeit auf soziale, psychosoziale und gesundheitliche Themen gelegt. Zielgruppen sind Menschen, die Interesse an Selbsthilfe haben oder Gruppen gründen möchten, ehrenamtliche Helfer, Selbsthilfegruppen, kleine Vereine und Organisationen, an Selbsthilfe interessierte berufliche Helferinnen und Helfer, Fachleute, die in ihrem Arbeitsbereich Selbsthilfe anregen wollen, sowie die örtliche Öffentlichkeit.

PIKS unterstützt Menschen, die Heilung an Körper und Seele suchen oder sich gesellschaftlich engagieren wollen. Sie bietet Information, Anstoß und Austausch. Viele Potsdamer holten gleich nach der Wende in Berlin bei SEKIS und NAKOS Auskünfte über Möglichkeiten von

Selbsthilfeaktivitäten ein. Vielleicht begünstigte die Nähe zu Berlin die Aufgeschlossenheit der Potsdamer Bevölkerung gegenüber dem Selbsthilfegedanken.

Im Mai 1991 fand in Potsdam der erste Selbsthilfetag statt, und in einer Expertenrunde wurde deutlich, daß die Schaffung einer Selbsthilfekontaktstelle als Serviceeinrichtung notwendig war. So konnte sich in der Stadt Potsdam und im Land Brandenburg ein selbsthilfefreundliches Klima entwickeln. Ganz besonders gefördert wurde die Idee der Selbsthilfe durch Frau Ministerin Regine Hildebrandt. Ihrem Engagement ist es zu verdanken, daß das Land Brandenburg über viele Selbsthilfekontaktstellen verfügt.

Allerdings weist dieses Netz noch Mängel auf, die am Beispiel Potsdam und Stahnsdorf sehr deutlich werden. Beide Kontaktstellen liegen in unmittelbarer Nähe, etwa 10 km voneinander entfernt, so daß Potsdam und Potsdam-Mittelmark eher überversorgt und andere Gegenden unterversorgt sind. Deshalb strebten wir von Anfang an eine Etablierung als Serviceeinrichtung für Selbsthilfe in der Stadt Potsdam.

Wichtige Kooperationspartner sind besonders die Krankenkassen. In regelmäßigen, von der Kontaktstelle organisierten Gesprächen wird nach geeigneten Formen der Zusammenarbeit gesucht. Enge Kooperationsbeziehungen bestehen ferner zu Ärzten und dem Betreuungsdienst für chronisch Kranke. Hier erfolgen eine wechselseitige Vermittlung von Klienten und eine gezielte Zusammenarbeit zu definierten Themenkomplexen.

Einer davon ist die mangelhafte psychosoziale Versorgung der Stadt mit Beratungseinrichtungen oder anderen hilfreichen Angeboten. Die Wartezeit bei Therapeuten beträgt bis zu einem Jahr. Immer wieder werden Angstpatienten oder Menschen mit Depressionen an die Kontaktstelle vermittelt, denen durch die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen allein auch nicht geholfen werden kann. Oftmals sind diese Selbsthilfegruppen mit der Komplexität und/oder Massivität der Problematik überfordert. Deshalb wurden mit der AOK für das Land Brandenburg eine Vereinbarung getroffen, die es ermöglicht, einmal monatlich einen Wochenendworkshop mit einer Therapeutin durchzuführen. Dieses Veranstaltungsangebot nutzen Selbsthilfegruppen und Menschen, die Kontakte zu

Selbsthilfegruppen aufnehmen wollen. Die AOK übernimmt das Honorar für die Therapeutin. Von Bedeutung ist auch die Mitarbeit in Gremien. Hier werden Kontakte zu Mitarbeitern beratender und versorgender Einrichtungen aufgebaut und gepflegt.

Ziel der PIKS ist die Sicherstellung einer angemessenen und regelmäßigen Finanzierung der Kontaktstelle. Dazu wurde die Konzeption überarbeitet und die vorhandenen finanziellen und personellen Ressourcen definiert. Zunächst ist es für die PIKS unbedingt notwendig, fester Bestandteil der Sozialplanung der Stadt zu sein, denn nur unter dieser Voraussetzung wird auch das Land die Förderung fortsetzen, dann aber nicht mehr direkt, sondern über eine Pauschale, die den Kreisen und kreisfreien Städten entsprechend einer Förderrichtlinie zur Verfügung gestellt wird.

Insofern wurde der Präsentation im September 1995 im Sozial- und Gesundheitsausschuß große Bedeutung zugemessen. Die Kontaktstelle hat ein gutes Konzept und ist innerhalb des Beratungsangebotes der Stadt eine etablierte Einrichtung. Die Perspektive der PIKS ist eng mit der Entwicklung und Festigung des Trägervereines SEKIZ e.V. verbunden. Deshalb soll zukünftig die AWO, der die Kontaktstelle als korporatives Mitglied angehört, in die langfristige Absicherung einbezogen werden. Wir sind zuversichtlich, daß die Stadt die PIKS erhalten will, wie es die Dezernentin der Stadt, Frau Dr. Cobus-Schwertner, auf dem Selbsthilfe-Forum im Februar 1995 bekräftigt hat. Zur dauerhaften Absicherung von PIKS sind jedoch die Präzisierung des Profils, eine Aufgaben- und Erfolgskontrolle sowie eine Aufgabenerweiterung notwendig.

Vorgesehen ist, daß die Stadt Potsdam bei der Absicherung der Kontaktstelle sowie bei der Beantragung von Fördermitteln beim Land Brandenburg die Regiekompetenz übernimmt. Perspektivisch will PIKS sich als Clearingstelle mit Drehscheibenfunktion etablieren, weiterhin projektbezogen mit verschiedenen Krankenkassen zusammenarbeiten und ehrenamtliches Engagement mit Selbsthilfe verknüpfen. Die Arbeit der vergangenen Jahre hat gezeigt, daß es ein Potential von Menschen gibt, die bereit sind, sich aktiv in das soziale Geschehen einzubringen oder wieder einzubringen (Reaktivierung von Nachbarschaftshilfe, wie sie in der ehemaligen DDR selbstverständlich war). Deshalb ist eine Aktivierung ehrenamtlicher Tätigkeit durch die Kontaktstelle sinnvoll und notwendig. Ziel der PIKS ist es, die Rahmenbedingungen und die Infrastruktur für

freiwilliges Engagement zu verbessern und dazu vorhandene Kooperationsbeziehungen zu nutzen bzw. neue aufzubauen. Es ist daran gedacht, das Aufgabenprofil in Richtung einer zentralen Informations- und Beratungsstelle zu erweitern, die umfassend auch über ehrenamtliche Betätigungsmöglichkeiten informiert.

Ein wichtiges Anliegen der Kontaktstelle ist die Verknüpfung von Selbsthilfe und Prävention. PIKS will in der Selbsthilfeförderung auch die präventiven Ansätze gesundheitlicher Arbeit weitertragen. Diesen Anspruch realisiert die Kontaktstelle mit einschlägigen Einrichtungen wie den Volkshochschulen, Beratungsstellen und dem Betreuungsdienst für chronisch Kranke. So wird gemeinsam mit letzterem eine Woche der Gesundheit zum Thema „Haut“ im Gesundheitszentrum durchgeführt, um den allgemeinen Wissensstand zu diesem Gegenstand zu verbessern, einen krankheitspräventiv bedeutsamen, richtigen Umgang mit der eigenen Haut anzuregen und über Möglichkeiten der Therapie und Selbsthilfe bei eingetretenen Schädigungen zu informieren. Das Themenspektrum kann innerhalb des Gesundheitszentrums kooperativ, also berufsgruppen- und einrichtungsübergreifend behandelt werden.

Zusammenfassend wird deutlich, daß PIKS eine lokale Serviceeinrichtung für Selbsthilfegruppen ist und konkrete Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung bietet. Die Aktionsfelder von PIKS sind breit und pluralistisch angelegt; zum Selbstverständnis der Kontaktstelle gehört es, problem- und fachübergreifend zu arbeiten. Dabei fungiert PIKS als Vermittlungsstelle zwischen Bürgerinteressen und Bürgerengagement auf der einen und kommunalen Institutionen auf der anderen Seite. PIKS hat entscheidenden Anteil an der Entwicklung eines selbsthilfefreundlichen Klimas und am Aufbau zahlreicher Selbsthilfegruppen in Potsdam.

Kerninformationen zur Potsdamer Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe (PIKS) 1995

Träger: SEKIZ e.V.
Einzugsgebiet: 140.000 EW (Stadt Potsdam)
Fachkräfte: 104 WStd.; 2 Lehrerinnen, 1 Dipl.-Ökonomin
Verwaltungskraft: keine
Büro- / Gruppenräume: 2 / 2
Nutzer pro Jahr: 1.251

Bürger	643	51 %
Selbsthilfegruppen	41	3 %
Fachleute	567	45 %
Kontakte pro Jahr:	2.362	
Bürger	820	35 %
Selbsthilfegruppen	386	16 %
Fachleute	1.156	49 %
Selbsthilfegruppen 1995:	122	

19.2 Fürstenwalder Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen (F.I.K.S.)

Roswita Jacob

An der Gründung der Kontaktstelle für den Altkreis Fürstenwalde mit ca. 107.000 Einwohnern im Februar 1991 waren überwiegend Behindertenverbände und Einzelpersonen beteiligt. Die gesellschaftliche Situation war von Beschäftigungsproblemen und dem Auf- und Umbau professioneller Versorgungseinrichtungen und -strukturen gekennzeichnet. Aufgrund der neuen Strukturen im Sozial- und Gesundheitsbereich kommt der Kontaktstelle eine wichtige Kristallisationsfunktion zur Unterstützung und Verbreitung des Selbsthilfegedankens zu.

Zu Beginn des Modellprogramms befand sich die Kontaktstelle in der Aufbau- und Orientierungsphase; die Arbeit wurde an einer fachübergreifenden Clearingfunktion ausgerichtet. Ziel war es, unter Berücksichtigung der lokalen Situation ein eigenes Profil zu entwickeln und die Tätigkeit auf Dauer abzusichern. Aufgrund von internen Auseinandersetzungen in der Kontaktstelle entschied das damalige BMFuS, die Förderung zunächst einzustellen. Personelle Wechsel markierten im Jahr 1993 einen Neuanfang. Es wurde damit begonnen, die Kontaktstelle bei Ämtern, Professionellen und an Selbsthilfe interessierten Bürgern durch Gespräche und Presseartikel bekanntzumachen. Bald gab es eine weitere Selbsthilfegruppen, und mittlerweile wird die Kontaktstelle (F.I.K.S.) von ca. 40 Selbsthilfegruppen genutzt. Insgesamt bestehen im Einzugsgebiet des Kreises Fürstenwalde 66 Selbsthilfegruppen.

Die Aufgaben sind klar abgesteckt: Die Kontaktstelle ist eine zentrale Anlaufstelle für all diejenigen, die sich für Selbsthilfe interessieren oder sich engagieren wollen. Sie bietet Beratung und Hilfestellungen für Selbsthilfegruppen und Initiativen, die konkrete Unterstützungswünsche haben. Sie ist Ansprechpartner für Angehörige sozialer Berufe, die sich Helfer über die Möglichkeiten von Selbsthilfe informieren möchten. Abgedeckt wird die gesamte Bandbreite der sozialen und gesundheitlichen Selbsthilfe.

Die Leistungen für Selbsthilfeinteressenten umfassen Information, Beratung und Vermittlung. So wollen Bürger wissen, was Selbsthilfegruppen sind, in welchen Bereichen sie tätig sind, wie sie arbeiten und welche Verpflichtungen sich aus einer Mitwirkung ergeben. Die Mitarbeiterinnen sind gefordert, gemeinsam mit den Bürgern herauszufinden, ob das Engagement in einer Gruppe oder Initiative den jeweiligen Anliegen und Interessen entspricht oder ob professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden sollte.

Breit gefächert sind die Leistungen der F.I.K.S. für Selbsthilfegruppen. Dabei haben die Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit, die Bereitstellung von technischen und organisatorischen Hilfen wie Schreib- und Kopiermöglichkeiten besondere Bedeutung. Andere Leistungen variieren je nach Anliegen der Selbsthilfegruppe und dem Alter ihrer Mitglieder. Zu nennen sind die Gewinnung neuer Mitglieder und die Anleitung in der Aufbau- bzw. Gründungsphase einer neuen Selbsthilfegruppe. Bereits bestehende Gruppen unterstützt die Kontaktstelle u.a. durch Bereitstellung von Räumen sowie durch Vermittlung von Kontakten zu anderen Gruppen oder Professionellen zwecks Erfahrungsaustausch. Die F.I.K.S. übernimmt die Interessenvertretung gegenüber Politikern, der Verwaltung, den Krankenkassen, Verbänden und bietet Hilfestellung bei der Beschaffung von Finanz- und Sachmitteln. 1994 konnten 31 Selbsthilfegruppen unterstützt werden, darunter zehn neugegründete, die in der Startphase finanzielle Hilfe erhielten.

Zur Verbreitung des Selbsthilfegedankens und zur Förderung der Selbsthilfefähigkeit bietet die F.I.K.S. geeignete Weiterbildungsmaßnahmen an. Hierzu wurde eine breite Palette unterschiedlicher Angebote und Veranstaltungsformen entwickelt und realisiert. Die Erfahrungen wurden an die Kontaktstellen in Beeskow und Eisenhüttenstatt weitergegeben.

Durch öffentlichkeitswirksame Aktivitäten wie den „Tag der offenen Tür“, Selbsthilfe-Foren mit Professionellen und Presse, Faltblätter, Selbsthilfe-Wegweiser und die Verwaltung der Adreßkartei hat die F.I.K.S. einen kontinuierlichen Diskussionsprozeß über Selbsthilfeförderung in Politik, Verwaltung und Verbänden in Gang gesetzt und damit die Rahmenbedingungen für das Selbsthilfeengagement deutlich positiv beeinflußt. Der „Tag der offenen Tür“ ist eine zentrale Veranstaltung, bei der sich Selbsthilfegruppen vorstellen können und über die Arbeit der Kontaktstelle berichtet wird. An Selbsthilfe interessierte Bürgerinnen und Bürger haben die Möglichkeit, sich ausführlich zu informieren. Die Selbsthilfe-Foren mit Professionellen sind ein fester Bestandteil der Arbeit geworden. In diesen Runden wird sehr viel Know-how weitergegeben, das in der konkreten Tätigkeit häufig zur Anwendung gelangt.
Die Nachfrage nach Leistungen der F.I.K.S. ist in den vergangenen Jahren erheblich angestiegen. Die Ratsuchenden kommen aus dem gesamten Altkreis Fürstenwalde. Trotz häufig langer Anfahrtswege nehmen immer mehr Bürgerinnen und Bürger die Kontaktstelle in Anspruch. Im Rahmen von zwei mit dem ISAB durchgeführten Selbsthilfe-Foren wurde außerdem deutlich, daß die Arbeit der Kontaktstelle bei den Kooperationspartnern sowie im sozialpolitischen Umfeld anerkannt ist. Die F.I.K.S ist heute ein fester Bestandteil der örtlichen Selbsthilfelandschaft und aus Fürstenwalde nicht mehr wegzudenken. Sie hat über ihre Leistungen bei den Selbsthilfegruppen und im professionellen Umfeld eine hohe Akzeptanz erlangt. Zur Fortführung der Kontaktstellenarbeit sollen Finanzierungsträger wie die Kommune Fürstenwalde, der Kreis Oder-Spree und das zuständige Landesministerium (MAGS) gewonnen werden.

Durch die Großkreisbildung hat sich der Einzugsbereich bedeutend vergrößert. Ein Verbund mit den Kontakt- und Beratungsstellen in Eisenhüttenstadt und Beeskow macht eine Neuorientierung nötig. Das Aufgabenprofil muß erweitert werden und für die Nutzer klar strukturiert sein. Über den Verbund will die Kontaktstelle eine flächendeckende selbsthilfeunterstützende Infrastruktur im gesamten Kreis Oder-Spree erreichen.

Kerninformationen zur Fürstenwalder Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen (F.I.K.S.) 1995

Träger: Fürstenwalder Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen e.V., Mitglied im PARITÄTISCHEN
Einzugsgebiet: 187.000 EW (Fürstenwalde - Oder -Spree - Kreis)
Fachkräfte: 72 WStd.; 2 Meister der Chemie

Verwaltungskraft:	keine	
Büro- / Gruppenräume:	1 / 3	
Nutzer pro Jahr:	647	
Bürger	344	53 %
Selbsthilfegruppen	27	4 %
Fachleute	276	43 %
Kontakte pro Jahr:	1.348	
Bürger	425	32 %
Selbsthilfegruppen	311	23 %
Fachleute	612	45 %
Selbsthilfegruppen 1995:	66	

19.3 Selbsthilfekontakt- und Beratungsstelle Bad Freienwalde

Angelika Totzke

Die Ansiedlung der Selbsthilfekontaktstelle im Haus der Begegnung wurde 1991 zwischen der Stadt und dem Kreis vereinbart. Das Haus der Begegnung hat sich in der Zeit seines Bestehens zu einem wichtigen Ort der psychosozialen Versorgung für die Stadt und den Altkreis Bad Freienwalde entwickelt und kann als Beispiel einer guten Kooperation verschiedener Bereiche angesehen werden. Mittlerweile ist es gelungen, in der Öffentlichkeit, den professionellen Versorgungssystemen und in der Politik ein selbsthilfefreundliches Klima zu schaffen.

Die wissenschaftliche Begleitforschung durch das ISAB in Köln und die GFK KB Berlin haben zur Stabilisierung und Konkretisierung der Kontaktstellenarbeit beigetragen. Hervorzuheben ist die Partnerschaft zwischen dem Gesundheitshaus Unna und dem Haus der Begegnung, die sich im Laufe der Jahre stetig weiterentwickelt hat. Im Mittelpunkt standen Gespräche und Erfahrungsaustausch, gegenseitige Besuche der Mitarbeiter und die Zusammenarbeit der verschiedenen Selbsthilfegruppen.

Die Fördermittel vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Modellprogramm zur Selbsthilfeförderung in den neuen Bundesländern, die Landesfördermittel und Mittel im Rahmen der Trägerschaft der Stadt und des neugebildeten Kreises Märkisch-Oderland schufen sehr gute Voraussetzungen für den Aufbau weiterer Angebote.

Die Arbeit der Selbsthilfekontaktstelle ist dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) des Gesundheitsamtes des Kreises Märkisch-Oderland zugeordnet, der folgende Leistungsbereiche abdeckt:

- psychosoziale Beratung durch eine Diplom-Psychologin
- aufsuchende Sozialbetreuung durch einen Sozialarbeiter, Suchtberatung durch einen Suchttherapeuten (Diakonie)
- Gesundheitsförderung mit den Bereichen Selbsthilfe- und Präventionsarbeit

Die Kooperationen haben im Verlauf der Jahre an Qualität gewonnen. In Zusammenarbeit mit den ortsansässigen Krankenkassen AOK, DAK, BEK werden in der Kontaktstelle z.B. Ernährungskurse, Rückenschule, Selbstverteidigungskurse, Suchtpräventionsveranstaltungen usw. angeboten. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen ist bei den Krankenkassen gegeben. Es finden Gesprächsrunden mit Sozialarbeitern, Koordinatoren für Gesundheitsförderung der einzelnen Krankenkassen und Mitarbeitern statt. Engere Verbindungen bestehen zu dem freien Träger AWO Märkisch-Oderland, der seit 1993 seinen Sitz im Haus der Begegnung hat.

Eine positive Entwicklung zeigt sich in der Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten, die die Selbsthilfearbeit unterstützen. Das Netz konnte jedoch aufgrund der Kreisgebietsreform noch nicht weiter ausgebaut werden. Die Arbeit beschränkt sich daher auf den Altkreis Bad Freienwalde. Auf Basis von Kooperationsvereinbarungen stehen die Ärzte für Gesprächsrunden und persönliche Gespräche zur Verfügung, die auf Anfragen der Gruppen von der Kontaktstelle organisiert werden. In gesundheitsfördernden Arbeitskreisen arbeiten die Selbsthilfegruppenmitglieder mit Fachleuten zusammen. Einen Beirat gibt es noch nicht.

Aufgrund der guten Kontakte zur Lokalpresse werden täglich im Serviceteil der Regionalzeitung die Sprechzeiten des Hauses der

Begegnung sowie die Termine der Selbsthilfegruppentreffen veröffentlicht. In zwei weiteren Regionalzeitungen, die jeweils am Wochenende kostenlos an alle Haushalte der Stadt und des Kreises Bad Freienwalde verteilt werden, sind die Termine der Gruppentreffen aufgeführt, ebenso wie die Angebote des Hauses der Begegnung, die außerdem regelmäßig über den Regionalsender „Antenne Brandenburg“ bekanntgegeben werden. In der Stadt und den Gemeinden, in Arztpraxen und öffentlichen Einrichtungen werden Handzettel und Plakate mit spezifischen Angeboten der Selbsthilfekontaktstelle sowie Monatspläne des Hauses der Begegnung mit einer Übersicht über die Gruppentreffen und andere Angebote verteilt.

Ziel für die weitere Arbeit ist es, die Kontaktstelle mit einer Vollzeitarbeitskraft zu erhalten. Der Arbeitsplatz bleibt bis zum Ende des Programms (Juni 96) im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes etabliert. Angestrebt wird die Ansiedlung der Selbsthilfekontaktstelle bei einem freien Träger. Dazu laufen Verhandlungen zwischen Kommune und Kreis.

Bei der weiteren Profilierung der Selbsthilfekontaktstelle ist darauf zu achten, diese zu einem Treffpunkt für Gruppen aus allen Bereichen auszubauen. So wird sie zu einem notwendigen Bestandteil der Gesundheits- und Sozialpolitik der Stadt Bad Freienwalde und des Kreises Märkisch-Oderland. Ziel ist der Erhalt des selbsthilfefreundlichen Klimas und damit auch eine Einflußnahme auf die kommunale Sozial- und Gesundheitspolitik.

Kerninformationen zur Selbsthilfekontakt- und Beratungsstelle Bad Freienwalde 1995

Träger: Stadt Freienwalde und Kreis Märkisch-Oderland
Einzugsgebiet: 219.000 EW (Kreis Märkisch-Oderland)
Fachkraft: 12 WStd.; 1 Verwaltungsangestellte[1]

Verwaltungskraft:	keine	
Büro- / Gruppenräume:	2 / 4	
Nutzer pro Jahr:	263	
Bürger	161	61 %
Selbsthilfegruppen	10	4 %

1 Die Kontaktstelle verfügte zunächst über eine Vollzeitstelle.

Fachleute	91	35 %
Kontakte pro Jahr:	787	
Bürger	199	25 %
Selbsthilfegruppen	293	37 %
Fachleute	295	37 %
Selbsthilfegruppen 1995:	71	

19.4 Kontaktstelle des Vereins zur Förderung der Selbsthilfe und Initiativen (SEIN) Berlin-Mitte

Birgit Kühn

Die Kontaktstelle ist - nomen est omen - ein Ort, an dem Kontakte zwischen Menschen angeregt und vermittelt werden. Sie macht sich stark für die Selbsthilfe, indem sie Menschen zu Eigeninitiative und Bürgerengagement ermutigt. Menschen, die auf der Suche nach einer Selbsthilfegruppe sind, werden unterstützt. Selbsthilfegruppen und Initiativen erhalten ideelle, materielle und nach Möglichkeit finanzielle Unterstützung. Mitarbeiter beratender und versorgender Dienste können sich über Selbsthilfe informieren, um diese Informationen im Bedarfsfall an ihre Adressaten weiterzugeben.

Grundlage des Engagements als Unterstützungsstelle und Infrastruktureinrichtung für selbsthilfeinteressierte Einzelpersonen, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen ist ein ganzheitliches Gesundheitsbewußtsein. Gesundheit wird im weitestmöglichen Sinne verstanden als Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur als ein Frei-Sein von Krankheiten und Gebrechen (analog zur Definition der WHO). Diesem Verständnis folgt auch unser Arbeitskonzept: Die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden - im Rahmen von Selbsthilfe - ist wichtigstes Anliegen.

Ziel der Kontaktstellenarbeit ist es, den Selbsthilfegedanken im Ostteil Berlins bzw. nach der Entstehung weiterer Kontaktstellen in Ostberliner Bezirken in der bezirklichen Region Berlin-Mitte zu etablieren, die Akzeptanz der Selbsthilfe zu erhöhen, Zugangsbarrieren zur Selbsthilfe sowie zum sozialen und gesundheitlichen Engagement abzubauen und ein selbsthilfefreundliches Klima vor Ort zu schaffen. Die Kontaktstelle

versteht sich als Ansprechpartner für alle selbsthilfeinteressierten Menschen - ungeachtet ihrer gesellschaftlichen, religiösen, politischen oder sonstigen Orientierung -, die in eigener Sache aktiv werden wollen und/ oder Kontakte und Hilfe in besonderen Lebenssituationen suchen, sowie für Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen, die Kontakte zu anderen Selbsthilfegruppen und
-initiativen knüpfen wollen und/ oder das Gespräch mit beruflichen Helfern (Psychologen, Ärzten etc.) wünschen.

Die Kontaktstelle unterstützt Bemühungen von Einzelpersonen und Gruppen, öffentlichkeitswirksam tätig zu werden, Interessen nach außen zu vertreten. Darüber hinaus ist sie Anlaufstelle für die Professionellen, d.h. für Vertreter aus dem medizinisch-psychologischen Umfeld, aus beratenden und versorgenden Einrichtungen, die sich über die Möglichkeiten von Selbsthilfe informieren wollen. Interessierten Besucher- und Studentengruppen sowie Journalisten gewährt die Kontaktstelle Einblicke in ihre Arbeit.

1990 war die SEIN-e.V.-Kontaktstelle die erste Einrichtung in Ostberlin, die Ratsuchenden für Belange der Selbsthilfe zur Verfügung stand. Der Träger SEIN e.V., der die Arbeit zunächst ehrenamtlich organisierte, hatte den Anspruch, Menschen Möglichkeiten aufzuzeigen, um eigenverantwortlich für sich tätig zu werden (unter Beachtung der besonderen Befindlichkeiten und Veränderungen, die sich mit/ seit dem Fall der Mauer ergeben hatten). In den vergangenen Jahren hat sich die Ostberliner Selbsthilfelandschaft verändert: Die Kontaktstelle des SEIN e.V. arbeitet heute als eine von sechs Kontaktstellen im Ostteil Berlins, als eine von 21 Kontaktstellen im Kontaktstellenverbund im Rahmen des Berliner Modells. Ihr Wirkungsradius konzentriert sich demzufolge auf den Regierungsbezirk Berlin-Mitte. Nach den Zeiten der Provisorien hat die Phase der Etablierung begonnen.

In der Vergangenheit, unter den Gegebenheiten der ehemaligen DDR, wurde das Engagement von Bürgern in Selbsthilfegruppen und Nachbarschaftsinitiativen weitgehend unterdrückt; soziale Probleme z.B. im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit, Suizid, Scheidung oder Behinderung wurden tabuisiert. Mit den veränderten Bedingungen nach dem Fall der Mauer 1989 entstand ein großer Bedarf an Selbsthilfeinitiativen. Es wurde einerseits deutlich, wie vielfältig die

sozialen und psychosozialen Probleme tatsächlich sind, und andererseits zeigte sich, daß die Menschen mit DDR-Sozialisation in der Lage sind, selbst Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen und Initiative zu zeigen. Binnen weniger Monate gründeten sich mehr als 100 Selbsthilfeinitiativen in Ostberlin. Sie waren und sind Ausdruck von Demokratie und Bürgerselbstbeteiligung.

Die Selbsthilfe-‘Gründergeneration‘ Ostberlins war Ergebnis des Prozesses der Befreiung aus der Bevormundung durch DDR-Staat und -Gesellschaft. Die ‘zweite Generation‘ erwartete hingegen mehr Hilfe und Anleitung, als daß sie aus eigener Kraft zur Selbsthilfe hätte greifen können. Die Geschichte holte sie ein - der mündige Bürger mußte nach dem Leben ‘gemäß Verordnung‘ seine neuen Chancen erkennen. Viel Aufklärung war nötig, um zu Eigeninitiative als Möglichkeit zur Lösung von Problemen - von der Fremdbestimmung zur Selbstbestimmung - und damit zu Selbsthilfe zu ermutigen. Der ‘Jetzt-Generation‘ ist der Selbsthilfegedanke vertraut; die Menschen haben klare Vorstellungen, Bedürfnisse und Erwartungen, sind bereit, sich zu engagieren, und verfahren nach dem Prinzip der klassischen Selbsthilfe: Betroffene für Betroffene, von denen jeder Experte für seine Situation ist.

Aufgrund der Nähe zu Berlin-Kreuzberg, wo keine Kontaktstelle existiert, gehören zu den Nutzern von SEIN auch Selbsthilfeinteressierte dieses Bezirks. Es ist festzustellen, daß die anfängliche Skepsis der ‘Ostklientel‘ gegenüber Westberlinern abgenommen hat; in vielen neugegründeten Gruppen ‘wächst (ganz unspektakulär) zusammen, was zusammengehört‘. Die Kontaktstelle ermöglicht ‘übergreifende Kontakte‘, die von den Menschen gern geschlossen werden.
Zusammenarbeit mit dem professionellen Umfeld ist Öffentlichkeits- und Multiplikatorenarbeit und nimmt einen breiten Raum im täglichen Geschäft ein. Informationsveranstaltungen für Fachleute in der Kontaktstelle oder in den jeweiligen Einrichtungen dem Ziel, den Selbsthilfegedanken zu verbreiten, um gemeinsam sicherzustellen, daß Ratsuchende das für sie richtige Angebot finden. Fachleute werden als Referenten für Informationsveranstaltungen (z.B. Gesamttreffen) gewonnen. Im Selbsthilfejournal kommen neben ‘Betroffenen‘ auch Fachleute zu Wort, um beide Sichtweisen zusammen zu dokumentieren (z.B. zum Schwerpunkt „Sucht und Abhängigkeit“).

Die Bereitschaft fachspezifischer Berufsgruppen (dies gilt eingeschränkt für niedergelassene Ärzte), mit der Kontaktstelle zu kooperieren, hat zugenommen. Das anfängliche Mißtrauen gegenüber der „Qualität“ von Selbsthilfegruppen ist im Schwinden begriffen. Viele Professionelle sehen bestätigt, daß Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen keine Konkurrenz zu professionellen Dienstleistungen (z.B. medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlungen) darstellen, sondern Selbsthilfegruppenmitglieder im Gegenteil solche Leistungen gezielter wahrnehmen. Die Kontaktstelle arbeitet in Gremien und Arbeitskreisen mit (Psychosoziale AG, Berliner Kontaktstellentreffen, Arbeitskreis Ostberliner Kontaktstellen etc.).

Zu Krankenkassen konnten Kooperationsbeziehungen zeitlich befristeter und projektbezogener Art hergestellt werden. Die AOK druckte eine Ausgabe des Selbsthilfejournals, stellt den Gruppen und der Kontaktstelle für Veranstaltungen unentgeltlich Räume zur Verfügung; der VdAK bezuschußte die Kontaktstellenarbeit seit 1995 jährlich mit 700 DM. Die IKK unterstützt die Umsetzung eines Videofilmprojektes der Kontaktstelle. Der Film „Für mich selber ist es wichtig - Menschen in Selbsthilfegruppen“ beantwortet Fragen von Fauchleuten und anderen an der Selbsthilfe interessierten Menschen über die Funktion und den Nutzen von Selbsthilfegruppen. Er bietet Einblicke in die Arbeit, die in der Regel der Öffentlichkeit verborgen bleibt.

Der Kontakt zum Bezirksamt gestaltet sich noch immer schwierig. Gute Beziehungen bestehen zur Gleichstellungsbeauftragten. So hat eine gemeinsam geplante Veranstaltung zum Thema „Alternative Wohnformen im Alter“ stattgefunden. Die Kontaktstelle wird im (noch zu gründenden) Frauenbeirat des Gleichstellungsausschusses im Bezirk Mitte mitarbeiten. Die beiden mit dem ISAB veranstalteten Selbsthilfeforen haben bei der Kontaktaufnahme zu Vertretern aus dem Bezirksamt manche Wege geebnet.
Seit Beginn des Förderprogrammes durch den Bund betrachtet die Senatsverwaltung für Soziales die Kontaktstelle, als zwei Projekte in einem, was die Arbeitsabläufe in der Kontaktstelle, die sich als ein Projekt mit zwei Zuwendungsgebern versteht, kompliziert. Der Senat finanziert 1,5 (BAT-O Vb/c), der Bund 1,0 (IVb) Personalstellen; Miet-, Sachkosten etc. werden anteilig von beiden getragen. Die finanzielle Absicherung der Kontaktstelle ist nicht nur wegen des Auslaufens des Modellprogrammes

offen. 1995 begann berlinweit eine Umstrukturierung: die Vergabe der Fördermittel für das Berliner Kontaktstellennetz sollte aus der Hand der Senatsverwaltung für Soziales des Landes Berlin in die Verantwortung der Stadtbezirke übergehen. Berlin-Mitte als zuständiger Bezirk hätte im Globalhaushalt über die Mittel neu entscheiden können. Weil eine Bereitschaft zur Übernahme und zur Anerkennung der Notwendigkeit der Arbeit von Kontaktstellen in der sozialen Versorgungsstruktur der Bezirke nicht zu erkennen war, gründeten die Träger der regionalen Kontaktstellen landesweit den Verein SEL(bsthilfe)KO(ntaktstellen) e.V. Eine treuhänderische Vertragsfinanzierung soll die Absicherung der Kontaktstellen für die Zukunft gewährleisten. Mittelfristig verfolgt die Kontaktstelle ihre Etablierung ohne personelle, räumliche oder finanzielle Abstriche. Die Arbeit im derzeitigen Umfang ist nur unter den gegenwärtigen Ressourcen zu leisten. Die Sparmaßnahmen u.a. im sozialen Bereich werden nicht ohne Folgen für die Selbsthilfeunterstützung bleiben. Die Zukunft der Kontaktstelle bleibt ungewiß.

Kerninformationen zur Kontaktstelle des Vereins zur Förderung der Selbsthilfe und Initiative (SEIN) Berlin - Mitte 1995

Träger: SEIN e.V. Berlin, Mitglied im PARITÄTISCHEN, SELKO e.V.
Einzugsgebiet: 82.000 EW (Bezirk Berlin-Mitte)
Fachkräfte:100 WStd.;1 Dipl.Designerin,1 Dipl.Theologin,1 Dipl.Soz.arb.

Verwaltungskraft:	keine	
Büro- / Gruppenräume:	1 / 2	
Nutzer pro Jahr:	537	
Bürger	312	58 %
Selbsthilfegruppen	30	6 %
Fachleute	194	36 %
Kontakte pro Jahr:	1249	
Bürger	410	33 %
Selbsthilfegruppen	243	19 %
Fachleute	596	48 %
Selbsthilfegruppen 1995:	51	

20. Profile der Selbsthilfekontaktsellen in Sachsen

20.1 Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS) Chemnitz

Marlies Händel

Zu den Zielsetzungen der Diakonie in Chemnitz gehörte es bereits zu DDR-Zeiten, Betroffenengruppen zu fördern und eigenverantwortliches Handeln zu unterstützen. Aus diesen Ansätzen ist die KISS als Anlauf- und Koordinierungsstelle für sämtliche Selbsthilfeaktivitäten in Chemnitz und Umgebung entstanden. Die KISS unterstützt Selbsthilfegruppen und Initiativen und fördert die Handlungskompetenz der Betroffenen. Als Schaltstelle zwischen Selbsthilfegruppen und dem professionellem Umfeld vertritt sie Selbsthilfeinteressen und vermittelt gegenseitige Kontakte. Die Arbeit der KISS zielt darauf, die organisierte Selbsthilfe in Chemnitz und Umgebung als notwendigen Bestandteil in den Kontext medizinischer und psychosozialer Hilfen zu integrieren und die Selbsthilfeförderung auf kommunaler und landesweiter Ebene zu etablieren.

Die KISS wendet sich mit ihren Angeboten an alle Selbsthilfeinteressierten, an Selbsthilfegruppen, an Professionelle im psychosozialen und gesundheitlichen Bereich (Ärzte, Ämter, Beratungsstellen, Krankenkassen u.a.) sowie an Vertreterinnen und Vertreter der Kommunal- und Landespolitik. Dabei arbeitet die KISS fach- und themenübergreifend, d.h. sie unterstützt Selbsthilfegruppen in den Bereichen Behinderung chronische Erkrankung, Sucht, soziokulturelle Selbsthilfe, Frauen, Jugend, psychosoziale Probleme, Selbsthilfe in besonderen sozialen Situationen, Familie, Partnerschaft und Sexualität sowie Altenselbsthilfe.

Leistungen für Selbsthilfeinteressenten sind:

- individuelle Beratung und Unterstützung bei der Suche nach dem jeweils geeigneten Hilfsangebot (Selbsthilfegruppe, angeleitete Gruppe, professionelle Beratung u.a.)

- Aufklärung über Möglichkeiten der Selbsthilfe und Inhalte der Selbsthilfearbeit
- ggf. Vermittlung an andere Dienste oder Beratungsstellen

Arbeit mit Selbsthilfegruppen:

- Hilfe bei Gruppengründungen durch konzeptionelle Beratung, Suche nach gleichbetroffenen Interessenten, Aufklärung über Gruppenprozesse und -regeln
- Bereitstellung von Hilfsmitteln (Räume, Kopierer, Fachliteratur u.a.)
- Öffentlichkeitsarbeit für die Gruppen über Medien, Ärzte und Ämter
- Beratung über Möglichkeiten finanzieller Unterstützung sowie Hilfe beim Beantragen von Fördermitteln
- Beratung in schwierigen Gruppensituationen
- Förderung des Erfahrungsaustausches zwischen den Gruppen durch regelmäßige Veranstaltungen (Gesamttreffen)
- Vermittlung von Kontakten zu Spezialisten im professionellen Umfeld
- Vermittlung von Referenten für Selbsthilfeveranstaltungen
- Unterstützung bei Interessenvertretung gegenüber Politik, Verwaltung und Spitzenverbänden (z.B. organisiert die KISS die Wahl eines Sprechers der Selbsthilfegruppen in den Chemnitzer Wohlfahrtsausschuß und in die AG Selbsthilfe)
- Durchführung von Seminaren und Information über Weiterbildungsveranstaltungen für Selbsthilfegruppen
- Vorbereitung und Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen (z.B. Chemnitzer Gesundheitstage)

Arbeit mit Professionellen:

- regelmäßige Information über den Selbsthilfewegweiser
- Weiterbildung für Professionelle zu Arbeitsweisen und -inhalten von Selbsthilfegruppen im Rahmen von Informationsveranstaltungen
- wechselseitige Vermittlung von Bürgern und Betroffenen
- Mitarbeit in Gremien (AG Selbsthilfe, Regionale AG Gesundheitsförderung)
- Mitwirkung an der Erarbeitung von Förderrichtlinien zur kommunalen Selbsthilfegruppenförderung
- Mitarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft der sächsischen Selbsthilfekontaktstellen (Lobbybildung für Selbsthilfearbeit, Koordination der Förderung von Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen u.a.)

Chemnitz ist mit ca. 280.000 Einwohnern die drittgrößte Stadt in Sachsen. Die Bevölkerung hat sich in den letzten fünf Jahren um ca. 50.000 Einwohner verringert. Neben der Handelsmetropole Leipzig und dem Kulturzentrum Dresden galt Chemnitz seit vielen Jahrzehnten als Industriezentrum mit den Schwerpunkten Textilindustrie und Werkzeugmaschinenbau. Nach der Wende sind eine Vielzahl der Betriebe eingegangen, was eine hohe Arbeitslosenquote (ca. 20 %) zur Folge hatte. Da vor allem jüngere Menschen die Stadt verlassen, steigt das Durchschnittsalter stetig an.

Die KISS arbeitete bis 1994 als einzige Selbsthilfekontaktstelle im Regierungsbezirk Chemnitz und nahm daher auch im Kreis Chemnitz und weiteren angrenzenden Kreisen Anfragen von Selbsthilfeinteressierten und professionellen Einrichtungen entgegen und unterstützte punktuell dort entstandene Selbsthilfegruppen. Aufgrund der steigenden Zahl von Selbsthilfegruppen und Interessenten nahm der Arbeitsumfang gewaltig zu, so daß eine Konzeption zur Etablierung der Selbsthilfeunterstützung in den Kreisen des Chemnitzer Regierungsbezirkes erarbeitet werden mußte.

Die Aufteilung des ehemaligen Chemnitzer Kreises im Zuge der Kreisgebietsreform gab Anlaß, die fünf neugebildeten Kreise in die Förderung der Selbsthilfeunterstützung einzubeziehen. Der Vorschlag der KISS Chemnitz, in den angrenzenden Kreisen Außenstellen in Trägerschaft der Diakonie Chemnitz einzurichten, wurde abgelehnt. Als Ergebnis der Verhandlungen ist das Einzugsgebiet der KISS nunmehr begrenzt auf die Stadt Chemnitz und den nächsten Umkreis (insgesamt ca. 320.000 Einwohner). Die Kreise haben Ansprechpartner für Selbsthilfegruppen in ihren Landratsämtern benannt, die sich mit allen inhaltlichen Fragen an die KISS Chemnitz wenden. Seit 1994 existiert in Zwickau eine Selbsthilfekontaktstelle. 1995 wurde in Auerbach eine Kontaktstelle über ABM-Mittel eröffnet, die nach einem Jahr ihre Arbeit wieder einstellen mußte, da keine Finanzierung gefunden wurde.

Als einzige Koordinierungsstelle der Selbsthilfearbeit in Chemnitz fungiert die KISS Chemnitz als Schaltstelle zwischen Selbsthilfeangeboten und professionellen Hilfen und vermittelt dabei gegenseitige Kontakte. Die Ziele der Arbeit mit dem professionellen Umfeld sind je nach Professionellengruppe unterschiedlich. So soll z.B. in der Zusammenarbeit mit

Ärzten vor allem erreicht werden, daß von Betroffenen selbstorganisierte Hilfen als gleichrangig mit professionellen Hilfsangeboten akzeptiert werden. Darüber hinaus geht es um die Suche nach Interessenten bei Neugründungen von Gruppen.

In der Kooperation mit Beratungsstellen liegt der Schwerpunkt auf dem gegenseitigen Informationsaustausch zur Vermittlung von Bürgern und auf der Anleitung der Mitarbeiterinnen zur zielgruppenspezifischen Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Die Zusammenarbeit mit Kassen und Kommunalverwaltung zielt hauptsächlich darauf, eine den Anliegen der Selbsthilfe angemessene finanzielle Förderung für Selbsthilfegruppen in Chemnitz zu etablieren. Die Kommunal- und Landespolitiker sind vorrangig Adressaten, wenn es um die Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas geht.

Die KISS gibt in einer Auflage von 700 Stück einen Selbsthilfewegweiser „Selbsthilfe in Chemnitz“ in Form einer Ringmappe heraus. Darin stellen sich Chemnitzer Selbsthilfegruppen mit ihren Kontaktadressen und Anliegen vor. Die Ringmappe wird kostenlos an professionelle Einrichtungen wie Beratungsstellen, Ärzte, Ämter, Krankenkassen u.a. verteilt, um über die Chemnitzer Selbsthilfegruppen zu informieren und die Professionellen zur Vermittlung an bestehende Selbsthilfegruppen zu befähigen. Der Wegweiser wird zweimal jährlich aktualisiert. Seit Januar 1995 erscheint außerdem vierteljährlich die Chemnitzer Selbsthilfezeitung „KISS-Info“, in der Informationen über die Selbsthilfe weitergegeben werden.

Um Mitarbeiter von sozialen und gesundheitlichen Diensten in der Selbsthilfeunterstützung anzuleiten, führte die KISS seit 1990 Weiterbildungsveranstaltungen („Profitreffen“) durch. Inhalte waren: Arbeitsweisen und Organisation von Gruppen, Möglichkeiten der Unterstützung durch Professionelle, die Rolle von Professionellen in und die Weitergabe von Informationen über in Chemnitz bestehende Gruppen.

Die Stadt Chemnitz führt seit 1992 jährlich einen Gesundheitstag durch, bei dem sich alle Chemnitzer Selbsthilfegruppen und professionellen Dienste im Gesundheits- und Sozialbereich vorstellen können. Die KISS ist in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt an der jährlichen Planung,

Organisation und Durchführung aktiv beteiligt; die Teilnahme der Selbsthilfegruppen wird vollständig von der KISS organisiert.

Im März 1992 wurde auf Initiative der KISS Chemnitz die Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe gegründet. Unter Leitung des stellvertretenden Amtsarztes sind in der AG vertreten: die Kommunalverwaltung, die Krankenkassen, Sprecherinnen und Sprecher der Selbsthilfegruppen, -vereinigungen und Initiativen sowie die KISS. Zu den Aufgaben der AG zählen:

- Koordination der Selbsthilfeunterstützungsarbeit in Chemnitz,
- Koordination der Förderung von Selbsthilfegruppen in Chemnitz durch die Kommunalverwaltung und die Krankenkassen,
- Erarbeitung von adäquaten Richtlinien für die Selbsthilfegruppenförderung in Chemnitz,
- Entscheidung über die Verteilung von Starthilfeförderungen für neu gegründete Selbsthilfegruppen,
- Vertretung der Selbsthilfe und ihrer Anliegen gegenüber der Kommunalpolitik,
- Lobbybildung für die Arbeit der Selbsthilfegruppen und der Selbsthilfekontaktstelle.

Im November 1994 gründete die Stadt Chemnitz (der Oberbürgermeister) die Regionale Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Chemnitz. Die KISS ist Gründungsmitglied und leitet im Rahmen der AG den Arbeitskreis „Selbsthilfe/ Behinderte und chronisch Kranke“, der den 1. Tag der Gemeindepsychatrie in Chemnitz im Frühjahr 1997 vorbereitet.

Vordergründiges Ziel ist die finanzielle Absicherung der Selbsthilfekontaktstelle nach Auslaufen des Modellprogrammes. Chemnitz hat eine Weiterförderung im bisherigen Umfang zugesichert, ebenso der Träger der KISS - die Stadtmission Chemnitz e.V. Dennoch fehlen ab Januar 1997 ca. 50 % der benötigten Mittel zur Fortführung der Arbeit im bisherigen Personal- und Aufgabenumfang. Ein Vorschlag der Landesarbeitsgemeinschaft der sächsischen Selbsthilfekontaktstellen (LAG SKS) zur Poolfinanzierung der Kontaktstellen in Sachsen durch das Land, die Krankenkassen, Kommunen und Träger ist bisher vor allem an der Haltung des Landessozialministeriums gescheitert. Die LAG SKS führt weitere Verhandlungen mit Politikerinnen und Politikern (Parteifraktionen) auf Landesebene und plant in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen Sachsens die Durchführung eines

ersten sächsischen Selbsthilfetages noch in diesem Jahr mit dem Ziel, eine verbindliche Förderung der sächsischen Selbsthilfekontaktstellen auf Landesebene zu etablieren.

Seit 1995 ist die KISS an der Erarbeitung eines Konzepts zur Förderung von Chemnitzer Selbsthilfegruppen beteiligt. Vorgesehen war eine Gemeinschaftsförderung durch die Kommune, das Land und die Chemnitzer Krankenkassen. 1996 wurde eine Förderrichtlinie für Selbsthilfegruppen fertiggestellt, die für das Gesundheits- und Sozialamt gilt. Die Einbeziehung des Landes befindet sich in der Abstimmung. Die Krankenkassen haben sich an dieser Förderung nicht beteiligt.

Die Aktivitäten der KISS Chemnitz nach Ablauf des Modellprogrammes werden sich danach richten, inwieweit die verfügbaren finanziellen Mittel die Absicherung kontinuierlicher Personalstellen ermöglichen. Langfristig ist ein Kooperationsprojekt mit den umliegenden Rehakliniken geplant. Dabei sollen Informationsveranstaltungen der KISS in den Kliniken durchgeführt werden, um Langzeitpatienten über die Möglichkeiten des Selbsthilfeengagements aufzuklären und eventuell Kontakte zu bestehenden Gruppen herzustellen.

Kerninformationen zur Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS) Chemnitz 1995

Träger: Stadtmission Chemnitz e.V.
Einzugsgebiet: 320.000 EW (Stadt Chemnitz)
Fachkräfte: 80 WStd.; 2 Sozialarbeiterinnen
Verwaltungskraft: 20 WStd.
Büro- / Gruppenräume: 1 / 2

Nutzer pro Jahr:	1.331	
Bürger	559	42 %
Selbsthilfegruppen	85	6 %
Fachleute	688	52 %
Kontakte pro Jahr:	3.103	
Bürger	633	20 %
Selbsthilfegruppen	793	26 %
Fachleute	1.677	54 %
Selbsthilfegruppen 1995:	138	

20.2 Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Dresden

Marion Panek

Die Stadt Dresden als Träger der KISS Dresden sieht die Selbsthilfeunterstützung als wichtigen Bestandteil ihrer Sozial- und Gesundheitspolitik. Neben direkten finanziellen Fördermaßnahmen für Selbsthilfegruppen in verschiedenen Ämtern wurde 1992 im Sozialamt die KISS als zentrale Anlauf-, Informations-, Vermittlungs-, Koordinierungs- und Beratungsstelle der Stadt Dresden für soziale und gesundheitliche Selbsthilfe eröffnet. Ausgangspunkt war der Gedanke, daß sich Selbsthilfe als Potential zur Stärkung individueller Kompetenzen in besonderen Situationen und komplizierten Lebenslagen zwar aus sich selbst heraus entwickelt, dazu jedoch unbedingt eine Infrastruktur benötigt.

Im Vordergrund unserer Arbeit steht die Vermittlung, Beratung und Unterstützung in allen Fragen gesundheitlicher und sozialer Selbsthilfe für folgende Zielgruppen:

- an Selbsthilfe interessierte Bürgerinnen und Bürger
- gesundheitliche und soziale Selbsthilfegruppierungen (Gruppen, Initiativen, Projekte)
- professionell Tätige im Gesundheits- und Sozialbereich

Für die an Selbsthilfe interessierten Bürger bietet die KISS neben der Information über Inhalte von Selbsthilfe sowie der Vermittlung an Selbsthilfegruppen oder Fachspezialisten auch individuelle Beratungsgespräche an, um die jeweils geeigneten Hilfsangebote zu ermitteln. Die Praxis hat gezeigt, daß Menschen in akuten Konfliktsituationen die KISS aufsuchen und psychosoziale Beratung erwarten, die in solchen Fällen angeboten wird. Häufig übernimmt die KISS auch Clearing-Funktion für die Bürger, die eine Orientierung im Hilfssystem des Gesundheits- und Sozialbereichs suchen.

Die Statistik weist monatlich rund 100 Beratungen für Einzelpersonen aus, wobei etwa zwei Drittel der Ratsuchenden telefonisch Kontakt aufnehmen. Seit Bestehen der KISS wurden 45 Gruppengründungsversuche unterstützt, woraus mehr als 30 stabile neue Gruppen entstanden sind. Damit gibt es in der Stadt Dresden derzeit etwa 162 gesundheitliche und soziale

Selbsthilfegruppen (Frühjahr 1995), von denen sich 40 in den Räumen der Kontaktstelle im Hygiene-Museum treffen. Die Tradition als Gesundheitshaus und die zentrumsnahe Lage begünstigen diesen zentralen Gruppentreff ebenso wie der umfangreiche Service der KISS. Diesen Service nutzen auch Gruppen, die sich in Begegnungsstätten der Wohlfahrtsverbände, Gemeindehäusern, Frauenzentren u.a. treffen können. Das Angebot der KISS für Gruppen umfaßt einen kostenlosen Kopierservice (ca. 6.000 Kopien pro Monat), die Ausleihe selbsthilferelevanter Bücher aus der Selbsthilfebibliothek, einen Medienpool mit Ausleihmöglichkeit (Diaprojektor, Videokamera, Info-Tafeln usw.) und bei Bedarf einen Schreibservice für Einladungen oder Info-Blätter. Bürotechnik und Telefon stehen auch im Gemeinschaftsbüro für Vereine zur Verfügung. Neben dem Gemeinschaftsbüro verfügt die Kontaktstelle über einen weiteren Gruppenraum sowie zwei Arbeitsräume mit jeweils ca. 14 qm. Für Gruppentreffen können in Abstimmung mit dem Haus weitere Räume im Hygiene-Museum genutzt werden. Da durch die Rekonstruktionsmaßnahmen im DHM keine langfristige Planung für die KISS erfolgen kann, wird die Kontaktstelle ab 1.12.1996 in den Gebäudekomplex des Pflegeheims „Elsa Fenke“ (Postanschrift: Ehrlichstr. 3, 01067 Dresden) umziehen.

Unterstützungs- und Beratungsbedarf besteht bei den Gruppen des weiteren in bezug auf Fördermöglichkeiten, in Fragen der Öffentlichkeitsarbeit und der Weiterbildung. Auf letzterem Gebiet hat die KISS neben der Information über externe Angebote eine Reihe eigener Veranstaltungen für die Gruppen organisiert: „Öffentlichkeitsarbeit“, „Gründung, Führung und Konzeption von Selbsthilfegruppen“, „Kommunikation und Rhetorik“. Erfreulich ist, daß gute Kontakte zur in Dresden ansässigen Körber-Stiftung aufgebaut werden konnten, die für Dresdner Gruppen sehr gute Seminare anbietet. Zur Vernetzung der Gruppen untereinander tragen die Gesamttreffen bei, zu denen die KISS einlädt, sowie Arbeitskreise, in denen Gruppen mit gleichen Themen gemeinsam mit Fachleuten beraten (z.B. die Stadtarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“, die AG „Suchtkrankenhilfe“ und die Konzertierte Aktion zur Betreuung Tumorkranker.

In den mehr als vier Jahren KISS Dresden konnte die Kooperation mit dem professionellen System im Gesundheits- und Sozialbereich zu einer wichtigen Basis der Arbeit ausgebaut werden. Gegenseitiger Informationsaus-

tausch und die Vermittlung von Klienten kennzeichnen die Zusammenarbeit mit Beratungsstellen, sozialen Diensten, Wohlfahrtsverbänden. Gute Beziehungen, die auch die Vorbereitung gemeinsamer Veranstaltungen oder die Herausgabe von Informationsmaterialien über Selbsthilfe beinhalten, bestehen zu den örtlichen Krankenkassen, insbesondere zur BEK, IKK, TK und zum AOK-Gesundheitszentrum. Kontakte zur Ärzteschaft und deren Unterrichtung über Selbsthilfemöglichkeiten sind vor allem durch die Selbsthilfezeitung zustande gekommen, die mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung verteilt wird. Die seit März 1994 vierteljährlich erscheinende Zeitung „Selbsthilfe aktuell“ ist neben Beiträgen in mehreren Dresdner Tages- und Wochenzeitungen sowie zwei Radiosendern zur wichtigsten Säule der Öffentlichkeitsarbeit geworden. Darüber hinaus werden auch die zahlreichen Möglichkeiten genutzt, die eine Großstadt mit Veranstaltungen verschiedener Träger bietet: So sind die KISS wie auch Selbsthilfegruppen mit Info-Ständen z.B. bei Gesundheitstagen, Aktionstagen und Info-Messen des Hygiene-Museums für Senioren, Familien u.a. sowie bei den jährlich stattfindenden „hämatologisch-onkologischen Gesprächen“ mit Rahmenprogramm der Tumor-Selbsthilfegruppen vertreten. Wichtig für die Arbeit ist auch die Durchführung von Weiterbildungen über Selbsthilfe für professionelle Helfergruppen (z.B. Schulung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sozialer Dienste in der Altenhilfe) sowie für zukünftig in der Sozialarbeit Tätige. Da sich in Dresden mehrere Ausbildungseinrichtungen befinden, ist ein großer Bedarf an Informationen über Selbsthilfe vorhanden.

In Dresden gab es eine Reihe von Unterstützungs- und Fördermaßnahmen für Selbsthilfegruppen von Ämtern, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden, jedoch keine Koordination zwischen den einzelnen Multiplikatoren. Deshalb hat die KISS zum Selbsthilfe-Forum im Januar 1995 die Gründung eines Förderkreises vorgeschlagen, der alle an der Selbsthilfeunterstützung Beteiligten gemeinsam mit Gruppenvertretern an einen Tisch bringen soll. Die Gründung des Förderkreises fand im September 1995 durch den 1. Bürgermeister statt. Folgende Aufgabenschwerpunkte werden übernommen:

- Förderung der fachspezifischen Zusammenarbeit der Multiplikatoren zur Koordination der Selbsthilfeunterstützung in der Stadt Dresden,
- Einflußnahme auf die Entwicklung von Fördermaßnahmen und Förderrichtlinien,

- Begutachtung und Bescheidung der Anträge gesundheitlicher und sozialer Selbsthilfegruppen auf kommunale Fördermittel,
- Koordination der Selbsthilfeförderung verschiedener Träger,
- Initiierung und Unterstützung besonderer Selbsthilfeaktivitäten (z.B. öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen),
- Vermittlung von Impulsen für die Arbeit der Kontaktstelle.

Die KISS hat sich zu einer anerkannten Selbsthilfeunterstützungsstelle entwickeln können. Zum Selbsthilfe-Forum im Januar 1995 betonte der 1. Bürgermeister als Trägervertreter, daß die KISS einen entscheidenden Beitrag zur Förderung des Eigenengagements der Dresdner Bürger leistet und die Stadt alles tun wird, um die Kontaktstelle auch nach Ablauf des Modellprogramms zu erhalten.

Kerninformationen zur Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Dresden 1995

Träger: Dezernat für Gesundheit und Soziales der Stadt Dresden
Einzugsgebiet: 480.000 EW (Stadt Dresden)
Fachkräfte: 80 WStd.; 1 Lehrerin, 1 Erzieherin
Verwaltungskraft: 40 WStd.
Büro- / Gruppenräume: 2 / 5

Nutzer pro Jahr:	1.546	
Bürger	907	59 %
Selbsthilfegruppen	77	5 %
Fachleute	562	36 %
Kontakte pro Jahr:	2.735	
Bürger	1.014	37 %
Selbsthilfegruppen	813	30 %
Fachleute	908	33 %
Selbsthilfegruppen 1995:	162	

20.3 Selbst - Hilfe - Zentrum Hoyerswerda

Karin Bulang

In der Stadt Hoyerswerda sind im sozialen und gesundheitlichen Bereich 41 Selbsthilfegruppen, Vereine, Projekte und Initiativen etabliert (Frühjahr 1995). Die Schwerpunkte der Arbeit des Selbsthilfezentrums in Trägerschaft des Diakonischen Werkes lagen anfangs auf Vereins- und Gruppengründungen, auf der Bereitstellung von Sachmitteln und dem Aufzeigen von Möglichkeiten finanzieller Förderung. Die organisatorische Aufbautätigkeit wurde zunehmend durch inhaltliche und fachliche Aspekte ergänzt. Heute konzentriert sich die Arbeit der Selbsthilfekontaktstelle auf Beratung (ASB), Unterstützung und Vermittlung (Multiplikatorenfunktion). Priorität hat die Präsentation der Aufgaben, Ziele und Arbeitsweisen des Selbsthilfezentrums in der Öffentlichkeit, bei Veranstaltungen, gegenüber der Presse, Funk und Fernsehen.

Das Selbsthilfezentrum ist aktives Mitglied
- der AG Gesundheitsförderung beim Kreis Hoyerswerda,
- der Psychosozialen-Arbeitsgemeinschaft (PSAG), Kreis Hoyerswerda,
- im Arbeitskreis „Sexueller Mißbrauch“ der Stadt Hoyerswerda,

- der Landesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“,
- der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen Sachsens.

Der Selbsthilfebeirat, dessen Gründung die Kontaktstelle mit initiiert hat, ist ein fester Bestandteil in der kommunalen Struktur geworden. Der Finanzausschuß im Selbsthilfebeirat ist gegründet. Das Selbsthilfezentrum zeichnet ferner für die Aus- und Weiterbildung beim Diakonischen Werk des Kirchenkreises Hoyerswerda e.V. verantwortlich.

Die sorbischen Menschen im Lausitzer Gebiet sind sehr gastfreundlich und feiern gern. Sie haben wenig Nationalstolz - sie sind zum größten Teil konfessionell gebunden. Die deutsche Bevölkerung wanderte ab 1954, als die Braunkohleerschließung begann, aus dem gesamten Gebiet der ehemaligen DDR zu.

Das Selbsthilfezentrum besuchen Bürger, deren Hauptängste vor allem darin liegen,
- daß sie keine „westlichen“ Erfahrungen haben,
- daß sie vor einer unsicheren Zukunft stehen (Arbeitslosigkeit),
- daß sie menschliche Gleichberechtigung vermissen (Mann/Frau, Ossi/Wessi),
- daß keine interpersonelle Vergangenheitsbewältigung stattfindet,
- daß sie einen Beruf erlernt haben, der nicht mehr gebraucht wird,
- daß sie mit privater und öffentlicher Verschuldung konfrontiert sind.

Im Umgang mit den Nutzern der Kontaktstelle sehen sich die Mitarbeiterinnen massiv folgenden Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber:
- Inaktivität von Betroffenen; sie sind nicht bereit, ihre Probleme selbst zu lösen bzw. anzugehen
- Berührungsängste (im Umgang mit Ämtern usw.)
- Angebote wie Selbsthilfegruppen und Vereine werden wenig genutzt
- Schwierigkeiten, das eigene Anliegen zu artikulieren
- Neigung zu Resignation, innerer Emigration und sozialem Rückzug

Die generelle Akzeptanz des Selbsthilfezentrums steht außer Frage. Die Kooperation mit der Kommunalverwaltung ist gut, aus der Sicht des Selbsthilfezentrums aber noch entwicklungsfähig. Geplant ist die

Eröffnung eines Vereinshauses bzw. einer Begegnungsstätte in enger Anbindung an das Selbsthilfezentrum.
Die Vertreter der regionalen Wohlfahrtsverbände stehen dem Selbsthilfegedanken positiv gegenüber und unterhalten gute Kontakte zum Selbsthilfezentrum. Demgegenüber ist die Grundhaltung der Fachärzte gegenüber der Kontaktstelle zwar bejahend, sie sehen sich aber nicht als Nutzer und werden regional nicht als Vermittler tätig. Begründet wird dies hauptsächlich mit zu geringen zeitlichen Kapazitäten.

Ein Teil der Kommunalpolitiker betrachtet das Selbsthilfezentrum mit Skepsis, was größtenteils auf Unwissenheit sowie einer unrealistischen Erwartungshaltung beruht. Man ist der Auffassung, daß politische Vertretung gesundheitlicher und sozialer Bereiche wenig effizient ist, wenn es darum geht, Wählerschaften zu gewinnen.

Die Beratungsdienste kooperieren mit dem Selbsthilfezentrum und den Selbsthilfegruppen. Da sie es als ihre Pflicht ansehen, das Klientel zu vermitteln, besteht ein hoher Vernetzungsgrad. Im Aufbau begriffen ist die regionale Zusammenarbeit mit den Krankenkassen.

Ziel der Kontaktstellenarbeit ist die finanzielle Sicherung nach Ablauf des Modellprogramms. Zur angestrebten Poolfinanzierung laufen Verhandlungen auf kommunaler, Kreis-, Landes- und Krankenkassenebene. Die kommunale Zusage für die finanzielle Förderung der Kontaktstelle ist erfolgt, die Krankenkassen auf Landesebene unterstützen die Kontaktstellen projektbezogen und mit Sachmitteln, der Träger wird 10 % der Gesamtkosten in Form von Miet- und Mietnebenkosten übernehmen. Der Kreis Hoyerswerda trifft zur finanziellen Förderung der Selbsthilfekontaktstelle keine Aussage - Grund dafür ist die Kreisgebietsreform. Nach derzeitigem Stand wird sich das Land Sachsen an der Absicherung des Selbsthilfezentrums nicht beteiligen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt und für die Zukunft stehen folgende Aktivitäten im Mittelpunkt:
- Etablierung der Kontaktstelle im Westlausitzkreis
- Schaffung einer Begegnungsstätte in der Stadt Hoyerswerda
- Organisation des 1. Sächsischen Selbsthilfetages in Dresden
- Aufbau der Zusammenarbeit mit den regionalen Kontaktstellen
- Gestaltung von Gesamtgruppentreffen

- Profiseminare und Gründung des Frauenforums in der Stadt Hoyerswerda

Kerninformationen zum Selbst - Hilfe - Zentrum Hoyerswerda 1995

Träger: Diakonisches Werk des Kirchenkreises Hoyerswerda
Einzugsgebiet: 60.000 EW (Stadt Hoyerswerda)
Fachkraft: 40 WStd.; 1 Krankenschwester
Verwaltungskraft: 32 WStd.
Büro- / Gruppenräume: 1 / 2

Nutzer pro Jahr:	396	
Bürger	167	42 %
Selbsthilfegruppen	32	8 %
Fachleute	196	50 %
Kontakte pro Jahr:	1.216	
Bürger	216	18 %
Selbsthilfegruppen	425	35 %
Fachleute	576	47 %
Selbsthilfegruppen 1995:	41	

20.4 Selbsthilfe-Kontakt- und Informationsstelle Leipzig (SKIS)

Inge Maria Konrath

Die Selbsthilfe-Kontakt- und Informationsstelle (SKIS) besteht seit dem 1. Juli 1992. Träger ist das Gesundheitsamt Leipzig. Neben der modellhaften Förderung durch den Bund wurde das Finanzvolumen von der Kommune Leipzig aufgestockt. Bis Februar 1994 befand sich die SKIS in Räumlichkeiten in der dritten Etage, die für Behinderte nicht zugänglich waren. Dann erfolgte der Umzug in das Erdgeschoß der Schirmerstr. 23, wo Büro-, Gesprächs- und Gruppenräume zur Verfügung stehen. Die materielle und technische Ausstattung ist sehr gut. Allerdings fehlt ein eigener Telefonanschluß: jeder Anruf kommt am Hauptapparat in einer anderen städtischen Einrichtung an und muß an die Kontaktstelle weitervermittelt werden. Das dauert verhältnismäßig lange und ist vor allem bei der Kontaktaufnahme von Einzelinteressenten ungünstig.

Ziel der SKIS ist die themen- und fachübergreifende Selbsthilfeunterstützung und die Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas in der Stadt Leipzig. Da die SKIS als neue Einrichtung etabliert wurde, entsprechen ihre Konzeption, die Aufgabenbereiche und die

Adressaten dem Profil von Selbsthilfekontaktstellen, das ISAB zusammen mit Kontaktstellen aus Ost und West erarbeitet hat.

Als „Heldenstadt“ nimmt Leipzig eine besondere Rolle in der Selbsthilfebewegung ein. In der Aufbruchstimmung der Wende bildeten sich eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen. Zum einen war es der Wunsch nach Selbstbestimmung und Partizipation, zum anderen mußten dringend Möglichkeiten geschaffen werden, die durch die Wende entstandenen Defizite abzubauen. Initiatoren waren:

- Menschen, selbst von Krankheit oder Behinderung betroffen, die entweder vorher schon aktiv waren oder durch die neue Lage dazu angeregt wurden, oft unterstützt von in den alten Bundesländern bereits bestehenden Verbänden;
- Menschen, die aktiv an der Wende beteiligt waren. Ihre „Sauerteigfunktion“ für die Veränderung der ehemaligen DDR-Verhältnisse war erfüllt, sie hingen zu Teilen in der Luft und begannen neue Felder persönlichen, sozialen und politischen Engagements zu suchen;
- Menschen, die in der Selbsthilfe eine neue Aufgabe, ein Arbeitsfeld sahen und aktiv einstiegen. Sie kamen z.T. aus dem gesundheitlichen oder aus dem pädagogischen Bereich, aber auch aus der Verwaltung.

Die Situation war günstig, die Kommune sehr aufgeschlossen gegenüber Eigeninitiativen, und es wurden vergleichsweise unkompliziert ABM-Stellen und zusätzliche Sachkostenleistungen bewilligt. So entstand eine Reihe von Vereinen, die Anliegen von Selbsthilfegruppen unterstützten und z.T. gut ausgestattet waren. Auch die Zusammenarbeit zwischen Ämtern, Beratungsstellen, Kirchen, freien Trägern und den Selbsthilfegruppen sowie die Verbindungen untereinander entstanden zur Zeit der Wende.

SKIS wurde relativ spät in der Selbsthilfelandschaft von Leipzig etabliert. Da sie sich jedoch nicht als Konkurrenzunternehmen zu bestehenden Einrichtungen verstand und versteht, wurden gute Kooperationsbeziehungen aufgebaut. Die SKIS sah ihre Hauptaufgabe in der weitergehenden Unterstützung: in der Vernetzung, in der Information über Selbsthilfe und in der Förderung neu gegründeter oder nicht in Landes- oder Bundesverbänden organisierter Selbsthilfegruppen. Mit dem Wegfall der ABM-Förderung und der abnehmenden Unterstützung durch Kommune und Land wird sich

die Situation ändern. Die SKIS stellt sich durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und Zusammentragen von Informationen zu Räumlichkeiten und anderen Unterstützungsmöglichkeiten auf einen erhöhten Bedarf ein.
Das Ziel, ein selbsthilfefreundliches Klima in Leipzig zu schaffen, kann die SKIS nur in Kooperation mit anderen erreichen. Deshalb macht die Zusammenarbeit mit Professionellen - Ämtern, Krankenkassen, Ärzten, Weiterbildungseinrichtungen und Beratungsstellen - einen großen Teil der Kontaktstellenarbeit aus. So gibt es in Leipzig z.B. den Förderkreis Selbsthilfe, in dem die verschiedenen Einrichtungen gemeinsam über Selbsthilfeförderung beraten.

Perspektivisch liegen die Schwerpunkte der Arbeit auf der Vernetzung der Gruppen, einer umfangreichen Öffentlichkeitsarbeit und der Aktivierung psychosozialer Selbsthilfegruppen. In diesem Bereich besteht Bedarf; es bilden sich jedoch nur sehr schwer Gruppen, weil sich Leidensdruck weitaus mühseliger in eigenverantwortliches Engagement umsetzt. Die SKIS soll auch nach Auslaufen des Bundesmodellprojektes weiterbestehen. Mit den vom Träger vorgesehenen 1,5 Planstellen können jedoch nur die Standardaufgaben der Kontaktstellenarbeit abgedeckt werden.

Kerninformationen zur Selbsthilfe-Kontakt- und Informationsstelle Leipzig (SKIS) 1995

Träger: Gesundheitsamt der Stadt Leipzig
Einzugsgebiet: 500.000 EW (Stadt Leipzig)
Fachkräfte: 80 WStd.; 1 Dipl.-Sozialarbeiterin, 1 Industriekauffrau
Verwaltungskraft: 40 WStd.
Büro- / Gruppenräume: 3 / 2

Nutzer pro Jahr:	693	
Bürger	362	52 %
Selbsthilfegruppen	53	8 %
Fachleute	278	40 %
Kontakte pro Jahr:	1.203	
Bürger	404	34 %
Selbsthilfegruppen	190	16 %
Fachleute	609	51 %
Selbsthilfegruppen 1995:	123	

21. Profile der Selbsthilfekontaktstellen in Sachsen-Anhalt

21.1 Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in der Altmark, Gardelegen

Sigrid Roßberg

Die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in der Altmark, Gardelegen, arbeitet kreisübergreifend; zum Einzugsgebiet gehören der Kreis Stendal und der Altmarkkreis Salzwedel. In vier Selbsthilfebüros mit Sitz in Salzwedel, Stendal, Osterburg und Gardelegen sowie einer Außensprechstunde im Gesundheitsamt Havelberg werden interessierte Bürger, Selbsthilfegruppen und professionelle Einrichtungen beraten. Alle Selbsthilfeberater verfügen über die gleichen Informationen zu bestehenden Gruppen und Ansprechpartnern.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Unterstützung bestehender Selbsthilfegruppen. Hier wird vor allem infrastrukturelle Hilfe geleistet. Es werden Gruppenräume mit Telefon, Kopierer, Schreibmaschine und Computer zur Verfügung gestellt. Weiterhin bietet die Fachbibliothek der Kontaktstelle Literatur zu verschiedenen Themen. Sie kann von den Mitgliedern der Selbsthilfegruppen ausgeliehen werden. Viermal im Jahr gibt die Kontaktstelle gemeinsam mit den Gruppen eine Selbsthilfezeitung heraus.

In Kooperation mit der Kreisvolkshochschule Gardelegen und anderen Bildungsträgern werden Fortbildungsangebote für Selbsthilfegruppen erarbeitet und an diese vermittelt. Ein wichtiger Teil der Arbeit mit den Gruppen ist der Erfahrungsaustausch, die Organisation von Gesamttreffen und die Beratung bei der Beantragung von Fördergeldern der Kommunen, der Kreise oder des Landes Sachsen-Anhalt.

Des weiteren begleitet die Kontaktstelle Selbsthilfegruppen in der Gründungsphase oder in kritischen Situationen und zeigt Wege auf, Gruppentreffen zu gestalten oder Probleme zu lösen. Es werden regelmäßig Veranstaltungen durchgeführt, z.B. der Selbsthilfetag, Informationsbörsen, das

Integrationssportfest oder Selbsthilfekonferenzen. Dadurch sollen die Selbsthilfegruppen in ihren Bemühungen um Verständnis in der Bevölkerung unterstützt werden.
Die Altmark erstreckt sich über 4.848 qkm und hat 258.000 Einwohner. Die flächenmäßige Ausdehnung hat zur Folge, daß die Bürger weite Strecken zurücklegen müssen, um die Verwaltung des jeweiligen Landkreises, die Beratungsstellen oder die Selbsthilfegruppen zu erreichen. Da der öffentliche Personennahverkehr nur eingeschränkt Fortbewegungsmöglichkeiten bietet, laufen viele Kontakte über das Telefon. Bei Gruppentreffen müssen die Mitglieder teilweise mit dem PKW abgeholt und zurückgebracht werden.

Bedingt durch die Mentalität des Altmärkers und die starke soziale Kontrolle in der ländlichen Region, dauert es meist „etwas länger“, bis sich Betroffene und Interessierte mit ihren Anliegen an die Kontaktstelle wenden. Hier bedarf es einer kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit. Beratung und Begleitung ohne Bevormundung sind zeitaufwendig, ermöglichen jedoch persönliche Lernschritte. Die Menschen fühlen sich ernst genommen und sind sicher, ihren Raum für neue Orientierungen und Bewältigungsmechanismen finden zu können.

In der Kontaktstelle wird eine Selbsthilfegruppen- und eine Professionellenkartei geführt. Letztere erfaßt alle Beratungsstellen, Krankenkassen, Ärzte und sonstige Professionelle, die sich bereit erklären, die Selbsthilfe zu unterstützen. Kooperationen erfolgen sporadisch und ohne Kooperationsvereinbarungen. Daneben besteht eine enge Zusammenarbeit mit der neu entstandenen MEDIAN-Klinik in Kalbe/Milde. Es wurde eine Vereinbarung getroffen, derzufolge die Kontaktstelle einmal im Monat für die Rehabilitationspatienten einen Vortrag zum Thema Selbsthilfe in Gruppen hält und im Anschluß daran Einzelberatungen durchführt. Um den Selbsthilfegedanken weiter im professionellen Umfeld zu verankern, wirkt die Kontaktstelle in den Arbeitsgruppen „Leistungen für Familien“ und „Familie, Prävention und Erziehung“ des Landesministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit mit. Zur Förderung der Kontaktstelle in der Altmark ist die Bildung eines Beirates in Vorbereitung. Der Beirat soll der Kontaktstelle beraten übernehmen und nach außen die Selbsthilfe öffentlichkeitswirksam unterstützen.

Im Einzugsgebiet werden z.Z. ca. 130 Selbsthilfegruppen durch zwei Mitarbeiterinnen beraten. Die inhaltliche Arbeit der Kontaktstelle soll nach Auslaufen des Modellprogramms fortgesetzt werden. Veränderungen sind bei den Sprechzeiten vorgesehen. In Gardelegen soll künftig nur noch am Dienstag, am Mittwoch und in den Außenstellen Stendal, Klötze, Osterburg und Havelsberg am Donnerstag nachmittag Sprechzeiten angeboten werden. In den Bereichen Klötze und Osterburg werden die Kontakte zu den Selbsthilfegruppen telefonisch und schriftlich gehalten, Beratungen vor Ort gibt es nur nach Vereinbarung.

Um die Kontaktstelle zu etablieren, werden wir die Zusammenarbeit mit Professionellen intensivieren und nach Möglichkeit durch Kooperationsverträge verankern. Zwecks Finanzierung der Selbsthilfezeitung steht die Kontaktstelle in Verhandlungen mit den Krankenkassen im Territorium.

Kerninformationen zur Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in der Altmark, Gardelegen, 1995

Träger: Der PARITÄTISCHE, Landesverband Sachsen-Anhalt, Regionalstelle Altmark
Einzugsgebiet: 258.000 EW (Kreis Salzwedel und Kreis Stendal)
Fachkräfte: 88 WStd.; 1 Bauzeichnerin, 2 Dipl.-Sozialarbeiterinnen
Verwaltungskraft: 20 WStd.
Büro- / Gruppenräume: 5 / 3

Nutzer pro Jahr:	633	
Bürger	213	34 %
Selbsthilfegruppen	73	12 %
Fachleute	346	55 %
Kontakte pro Jahr:	1.718	
Bürger	304	18 %
Selbsthilfegruppen	713	42 %
Fachleute	701	41 %
Selbsthilfegruppen 1995:	130	

21.2 Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Halle/ Saale

Günter Naumann

Die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Halle/ Saale ist eine spezielle Einrichtung zur Förderung des Engagements von Bürgerinnen und Bürgern in Selbsthilfegruppen im Gesundheits- und Sozialbereich der Stadt. Sie besteht seit November 1990 und ist dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) zugeordnet. Sie befindet sich im Ärztehaus Mitte, Kleine Klausstr. 16 und verfügt über Verwaltungs-, Beratungs- und Gruppenräume.

Sie arbeitet
- auf die Förderung selbstbestimmten Lebens orientiert;
- auf die Entfaltung und Unterstützung der Gruppenselbsthilfe gerichtet;
- auf die Förderung kleiner, auf örtlicher Ebene wirkender Struktureinheiten bedacht;
- partei- und verbandspolitisch unabhängig;
- konfessionell ungebunden.

Mit diesem Ansatz unterscheidet sie sich von den anderen gesundheitlichen und sozialen Diensten. Sie erfüllt die Funktionen einer
- zentralen Informations- und Vermittlungsstelle für Selbsthilfeinteressenten;
- zentralen Beratungs- und Unterstützungsstelle für Selbsthilfegruppen, einschließlich der Funktion einer Begegnungsstätte;
- zentralen Vermittlungsstelle für Kooperationen zwischen betroffenen Bürgern, Gruppen und Professionellen.

Die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Halle/ Saale ist der wichtigste Bestandteil einer selbsthilfeunterstützenden Infrastruktur. Als Anlauf- und Beratungsstelle für „problembeladene“ Bürger erbringt sie folgende spezifische Leistungen:
- Klärung der Selbsthilferelevanz der Anliegen
- Ermutigung zu Aktivität und Eigeninitiative
- Darstellung der Möglichkeiten und Grenzen der Gruppenselbsthilfe
- Information über Mitwirkungsmöglichkeiten in Hallenser Gruppen
- Vermittlung von Interessenten an Hallenser Gruppen, ggf. an andere Dienste

Hauptaufgabe der Kontaktstelle als einer Einrichtung der Stadt ist die Beratung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen im Gesundheits- und Sozialbereich, die in der Stadt zum Wohle der Bürgerinnen und Bürger tätig sind. Die Kontaktstelle hat Verbindung zu 130 Selbsthilfezusammenschlüssen im Stadtgebiet. Aus der Dominanz der in Halle gegebenen Problemlagen und der bestehenden Gruppenstruktur resultieren Schwerpunkte der Arbeit in den Bereichen chronische Krankheiten, Sucht- und psychosoziale Probleme.

Die Konzentration auf Aufgaben in der Stadt schließt die Unterstützung von Regionalgruppen ein, die in Halle agieren. Arbeitsbeziehungen zu Landes- oder Bundesverbänden bestehen vor allem im Zusammenhang mit gemeinsamen Vorhaben in Halle (Krebswoche, Herzwoche usw.). Die spezifischen Leistungen für Selbsthilfegruppen umfassen:

- Zusammenführung von Interessenten bei Neubildung von Gruppen;
- Moderation von Ersttreffen und Begleitung in der Startphase;
- Gewährleistung des Erfahrungsaustausches im Rahmen von Gesamttreffen, Tagesseminaren, Beratungen;
- Koordinierung gemeinsamer Aktivitäten zu Selbsthilfetagen, Gesundheitsmärkten, Aktionen;
- Unterstützung in der Öffentlichkeitsarbeit;
- Bereitstellung von Gruppenräumen.

Im ersten Halbjahr 1995 unterstützte die Kontaktstelle sechs Gruppen bei der Gründung und in der Startphase. Die Gruppenräume der Kontaktstelle können werktags bis 21.00 Uhr sowie nach Vereinbarung an Samstagen und Sonntagen kostenlos genutzt werden. Für 24 Gruppen, die dieses Angebot regelmäßig in Anspruch nehmen, stehen Schließfächer zur Unterbringung von Arbeitsmaterial zur Verfügung. Mit ca. 40 Veranstaltungen pro Monat entwickelte sich die Kontaktstelle zur Begegnungsstätte der Selbsthilfegruppen. Auf der Basis von Absprachen mit dem Sozial- und dem Gesundheitsamt der Stadt sowie mit den örtlichen Krankenkassen berät die Kontaktstelle Gruppen in bezug auf Fördermittel und erfüllt die Aufgaben einer Gutachterstelle für Förderanträge.

Halle ist seit 1991 dem Gesunde-Städte-Netzwerk angeschlossen. Im Frühjahr 1995 brachte die Kontaktstelle die öffentliche Diskussion um das Gesunde-Städte-Projekt wieder in Gang. Wir unterstützen die Einbeziehung

der Selbsthilfegruppen in das Gesunde-Städte-Projekt und engagieren uns für die Vernetzung von Stadtteilinitiativen, soziokulturellen Zentren, Bürgerzentren usw. mit der Selbsthilfebewegung. Halle/S. und Karlsruhe sind durch Partnerschaftsverträge miteinander verbunden. Die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Halle/S. und IKOS Karlsruhe organisieren seit 1992 abwechselnd einmal pro Jahr Begegnungen von Gruppenvertreterinnen und -vertretern in Form gemeinsamer Selbsthilfetage oder gemeinsamer Seminare in den Partnerstädten.

Die Kontaktstelle in Halle ist Kooperationspartner für „Professionelle“ und versteht sich als Mittler zwischen Selbsthilfebewegung und „Profis“ bzw. umgekehrt. Die hohe Anzahl potentieller Kooperationspartner in der Stadt und deren fachliche Spezialisierung ermöglichen und erfordern differenzierte Formen der Zusammenarbeit. Enge Kooperationsbeziehungen bestehen zum Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD), dem Amtsarzt, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Fördermittelstelle des Sozialamtes und dem Behindertenbeauftragten der Stadt.

Alle Kliniken und Krankenhäuser, niedergelassenen Ärzte, die sozialen Dienste der Krankenkassen und der Kirchen sowie einschlägige Ämter und Bibliotheken in der Stadt werden durch die Kontaktstelle regelmäßig über die Selbsthilfe im allgemeinen und die Selbsthilfe in der Stadt im besonderen informiert (Selbsthilfe-Nachrichten Halle). Die fachliche Begleitung ausgewählter Krankheitsgruppen durch Ärzte oder Therapeuten wird von beiden Seiten positiv bewertet (z.B. Regionalgruppe der LE-Erkrankten oder Aphasiker-Selbsthilfegruppe). Alle Hallenser Gruppen können auf Wunsch über Vermittlung der Kontaktstelle einen fachlichen Berater erhalten.

In der Zusammenarbeit bewährt haben sich gemeinsame Aktionstage, z.B. anläßlich der Krebswoche oder der Herzwoche, an denen sich die Universitätskliniken, Krankenkassen, das Gesundheitsamt der Stadt, Selbsthilfegruppen und die Kontaktstelle beteiligen.

Beratungsstellen, Begegnungsstätten und Projekte sind vielfach auf die Versorgung von Betroffenen fixiert. Um ihnen den Zugang zum Selbsthilfegedanken zu erleichtern und sie als Multiplikatoren zu gewinnen, veranstaltete die Kontaktstelle das Tagesseminar „Anregung

und Unterstützung von Selbsthilfegruppen durch professionelle Helfer“. Zur Kooperation mit „Profis“ gehört auch die Teilnahme an Arbeitsgemeinschaften (psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, AG Suchtprävention u.a.) und die Mitarbeit an „Profi“-Projekten (Sozialer Wegweiser der Stadt).

Nach übereinstimmender Meinung von Selbsthilfegruppen, Gesundheits- und Sozialausschuß des Stadtrates und der Beigeordneten für Jugend, Soziales und Gesundheit der Stadt Halle hat sich die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen zu einem anerkannten und unverzichtbaren Bestandteil der städtischen sozialen Infrastruktur entwickelt.

Als günstigste Variante zur Fortführung der Arbeit der Selbsthilfekontakt-stelle wird die Übernahme durch einen freien Träger und die Projektförde-rung durch das Land, die Stadt, den Saalkreis und die Krankenkassen angesehen.

Kerninformationen zur Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Halle/ Saale 1995

Träger: Stadt Halle/ Saale
Einzugsgebiet: 300.000 EW (Stadt Halle/ Saale)
Fachkräfte: 80 WStd.; 1 Lehrer, 1 Dipl.-Soziologin

Verwaltungskraft:	keine	
Büro- / Gruppenräume:	3 / 4	
Nutzer pro Jahr:	568	
Bürger	318	56 %
Selbsthilfegruppen	51	9 %
Fachleute	200	35 %
Kontakte pro Jahr:	2.536	
Bürger	382	15 %
Selbsthilfegruppen	1.129	45 %
Fachleute	1.025	40 %
Selbsthilfegruppen 1995:	106	

21.3 Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen (KOBES) Magdeburg

Christel Leidt

Ziel der Arbeit der Kontakt- und Beratungsstelle Magdeburg (KOBES) ist die Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Hilfesuchenden in den Bereichen Gesundheit und Soziales. Dies wird erreicht durch:

- Information und Beratung von Selbsthilfegruppen und betroffenen Bürgerinnen und Bürgern,
- Kontaktvermittlung zu anderen Selbsthilfegruppen und Professionellen,
- Bereitstellung von Arbeitsmitteln für Selbsthilfegruppen (Räume, Kopierer, Fachliteratur u.a.),
- Interessenvertretung von Selbsthilfegruppen sowie ihre Darstellung in der Öffentlichkeit,
- Zusammenarbeit mit professionellen Mitarbeitern aus gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen und Diensten.

In Magdeburg gibt es 150 Selbsthilfegruppen: 43 Seniorengruppen, 72 gesundheitliche und 35 soziale Gruppen (Ende 1995). An der Schnittstelle

zwischen Selbsthilfe und professionellem Dienstleistungssystem fungiert KOBES als Multiplikator in der Vernetzung von Selbsthilfe und Professionellen, setzt sich für die Lobbyarbeit und eine breite Verbesserung der Rahmenbedingungen des Selbsthilfespektrums in der Stadt ein. Auf dem Wege der Kontaktvermittlung sollen Kommunikationskanäle zu Ansprechpartnern in der Landes- und Kommunalverwaltung sowie Verantwortlichen aus der Politik geöffnet werden.

KOBES stellt Informationen zu den Bedürfnissen, Interessen, Arbeitsbedingungen und Entwicklungschancen der kommunalen Selbsthilfe bereit, versucht für Selbsthilfeaktivitäten zu werben, Professionelle für die Selbsthilfe aufzuschließen und konkrete sachliche, finanzielle und ideelle Unterstützung zu erwirken. Dies trägt zur Verbesserung des selbsthilfefreundlichen Klimas bei.

Die Stadtrandlage von KOBES (20-30 Minuten vom Stadtzentrum mit der Straßenbahn) führte zur Einrichtung eines „Außen“dienstes. Hier besteht eine gute Zusammenarbeit mit AWO, Diakonie (Stadtmission), DPWV, Gesundheitsamt, Sozialamt und Krankenkassen.

Ein abrupter Verlust des Arbeitsplatzes und gleichzeitiges Wegbrechen gewohnter sozialer Strukturen drängten viele Bürgerinnen und Bürger in die Isolation und Anonymität. Das hatte auf der einen Seite eine fieberhafte Suche nach Arbeit und andererseits ein Sich-fallen-Lassen in Gleichgültigkeit, Depression bis hin zur Apathie zur Folge. Sachsen-Anhalt bildet mit 16,1 % (Stand Juni 1995) unverändert das Schlußlicht in der Arbeitslosenstatistik der alten und neuen Bundesländer. Unter diesen Voraussetzungen ist es schwer, Menschen z.B. für ehrenamtliches Engagement zu gewinnen. Auch die aktive Beteiligung in den entstandenen Arbeitslosenselbsthilfegruppen kann nicht als regelmäßig bezeichnet werden. Die Zusammensetzung des Personenkreises ändert sich häufig, was sich nachteilig auf die Kontinuität der Selbsthilfegruppenarbeit auswirkt.

Selbsthilfegruppen aus dem gesundheitlichen Bereich haben sich zumeist schon vor der Wende etabliert, verfügen über Räumlichkeiten für ihre Gruppentreffen und feste Ansprechpartner, die sie fachlich beraten können. Diese Gruppen werden über Neuigkeiten im Selbsthilfebereich informiert (Selbsthilfezeitung) und zur Planung und Vorbereitung von Veranstaltungen (z.B. Selbsthilfetage, Gesamtgruppentreffen) eingeladen.

Durch Kooperation mit Fachberatungsstellen - Sucht/Drogen, Sexualität/Leben/Familie, Arbeitslosigkeit u.a. - öffnete KOBES neue Wege und konnte eine Verbesserung von Information und Unterstützung der Nutzer erzielen. Die Mitarbeit in verschiedenen Arbeitskreisen wie

- Arbeitsgemeinschaft der Arbeitsloseninitiativen,
- Arbeitskreis Sucht, Drogen und Sexualität,
- Arbeitskreis chronisch Kranker und Behinderter

zielt auf eine Vernetzung unterschiedlichster Fachbereiche.

Die aktive Betätigung in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen Sachsen-Anhalt trägt dazu bei, landesweit ein selbsthilfefreundliches Klima zu fördern, und beinhaltet die Mitwirkung an der Erarbeitung von Landesförderrichtlinien.

Konkrete Ansatzpunkte für eine engere Kooperation mit Professionellen werden im Selbsthilfebeirat der KOBES entwickelt. So ist z.B. geplant, Kontakte zu Mitgliedern von Fachausschüssen der Stadtverordnetenversammlung herzustellen. Kommunale Entscheidungsträger sollen Impulse erhalten, um innovative Problembewältigungs- und Unterstützungsformen zu etablieren, was zu einer Entlastung der örtlichen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen beitragen kann. Durch Vermittlung von Kenntnissen über regionale Selbsthilfe in Form von organisierten Professionellentreffen in verschiedenen Selbsthilfebereichen oder in Form von selbsthilfeunterstützenden Veranstaltungen wird angestrebt, Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe sichtbar zu machen.

Für die Fortsetzung der Arbeit ist das Aufgabenprofil von KOBES weiter zu präzisieren. Mittelfristige Ziele stellen Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit dar. So findet z.B. unter Schirmherrschaft der Beigeordneten für Soziales, Jugend und Gesundheit im Oktober der 2. Magdeburger Selbsthilfetag statt, und in Vorbereitung der Herzwoche - initiiert von der Deutschen Herzstiftung, im November 1995 - wurde gemeinsam mit der AOK, dem Gesundheitsamt und dem Uniklinikum Magdeburg die Grobkonzeption erarbeitet.

Nach Auslaufen des Bundesmodellprojektes kann KOBES nur durch eine Mischfinanzierung abgesichert werden. Hierzu trafen sich Vertreter des Landes und der Kommune, um gemeinsam mit dem Caritasverband nach

realisierbaren Lösungen zu suchen. In einem weiteren Gespräch wurde die Problematik mit Vertretern der Krankenkassen erörtert. Konkrete Ergebnisse wurden bisher nicht erzielt.

Aufgrund der ungünstigen Lage von KOBES ist der Träger bestrebt, Räumlichkeiten im Stadtzentrum mit Anbindung an andere soziale Einrichtungen/Beratungsstellen zu finden. Auf diesem Wege soll eine bedarfsgerechte Arbeit „Begegnung unter einem Dach“ konzipiert werden.

Kerninformationen zur Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen (KOBES) Magdeburg 1995

Träger: Caritasverband für das Bistum Magdeburg e.V.
Einzugsgebiet: 265.000 EW (Stadt Magdeburg)
Fachkräfte: 80 WStd.; 1 Chemieingenieur, 1 Heimerzieherin
Verwaltungskraft: 40 WStd.
Büro- / Gruppenräume: 3 / 1

Nutzer pro Jahr:	322	
Bürger	80	25 %
Selbsthilfegruppen	45	14 %
Fachleute	197	61 %
Kontakte pro Jahr:	1.095	
Bürger	112	10 %
Selbsthilfegruppen	395	36 %
Fachleute	588	54 %
Selbsthilfegruppen 1995:	140	

22. Selbsthilfekontaktstellen in Thüringen

22.1 Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Erfurt

Dr. Ute Zacharias

Die Erfurter KISS ist konzeptionell an den vorhandenen Formen des Selbsthilfeengagements orientiert und versteht sich als „Drehscheibe“ und Mittler von Informationen, Kontakten und Leistungen zwischen dem informellen, selbsthilfebezogenen und dem formellen, professionellen Hilfesystem. In diesem Kontext werden fach- und zielgruppenübergreifend alle vorhandenen Selbsthilfebereiche sowie ein breiter Adressatenkreis in die Tätigkeit der Kontaktstelle einbezogen. Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit ist die Entwicklung und Pflege der Kooperationen mit den professionell Tätigen im Gesundheits- und Sozialbereich mit dem Ziel einer zunehmenden Integration in dieses System vor Ort. Zur Aktivierung des Selbsthilfepotentials im Einzugsgebiet erfolgt eine offensive Öffentlichkeitsarbeit. Mit diesem konzeptionellen Hintergrund erfüllt die KISS folgende Aufgaben:

- Unterstützung bestehender Selbsthilfegruppen
- Hilfe bei Neugründungen
- psychosoziale Beratung und Begleitung von Menschen in Krisensituationen
- Kooperation mit professionellen Partnern im Gesundheits- und Sozialbereich
- künstlerische Gestaltung mit Selbsthilfegruppen,
- Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit

Neben den bestehenden gesundheitlichen und sozialen Selbsthilfegruppen arbeitet die Kontaktstelle mit folgenden Adressaten zusammen bzw. ist bestrebt, diese durch zielgruppenspezifisches Engagement zu erreichen:

- Betroffene aller Selbsthilfebereiche
- Professionelle in Beratungsstellen, ambulanten und mobilen Diensten, staatlichen und pflegerischen Einrichtungen, Krankenkassen, Ämtern und Weiterbildungseinrichtungen sowie Ärzte, Therapeuten und Pfarrer

Zeitweise war die Arbeit mit anderen Aufgabenbereichen des Gesundheitsamtes verknüpft, das Träger der KISS ist. So koordinierte die Kontaktstelle die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Gesundheitsamtes und des Dezernates Gesundheit und Soziales sowie das Projekt „Gesunde Städte“. Für die Umsetzung der Kontaktstellenarbeit und die weiteren Aufgaben standen mehrere Mitarbeiterinnen mit unterschiedlichen Stundenanteilen und Tätigkeitsschwerpunkten zur Verfügung.

Die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen hat ihren Sitz in der Landeshauptstadt Thüringens mit 231.171 Einwohnern (Stand 31.12.1994). Durch die Eingemeindung von Dörfern im Zuge der Gebietsreform hat sich die Einwohnerzahl um ca. 14.000 erhöht. Damit ist auch der Wirkungskreis der KISS größer geworden. Die Räume der KISS befinden sich im Zentrum der Stadt im Gebäude des Gesundheitsamtes.

Die Stadt wird von der CDU regiert. Das Dezernat Jugend, Gesundheit und Soziales ist SPD-geführt. Kontakte auf sozialpolitischer Ebene bestehen vorrangig zu dem benannten Dezernat und vereinzelt zu den sozialpolitischen Sprechern der Parteien auf kommunaler und auf Landesebene. Aufgrund der Größe der Stadt Erfurt erfolgten die Kooperationsbestrebungen der KISS vor allem auf dem Weg der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie zielgruppenspezifischer Zusammenarbeit, die sich meistens aus konkreten Arbeitsinhalten (Klientenanfragen, Gruppengründungen, Veranstaltungsvorbereitungen, Anfragen von Professionellen etc.) ergab. Der Aufbau tragfähiger Kooperationsbeziehungen vollzieht sich nicht so schnell wie in einer kleineren, überschaubareren Stadt. Auf Kontakte, die durch konkrete Zusammenarbeit entstanden sind, wird immer wieder zurückgegriffen, um Informationen abzufragen bzw. an uns weiterzugeben. Gute Kooperationsbeziehungen entwickelten sich zu einigen Krankenkassen, zum Sozialamt, zur Gleichstellungsstelle der Stadtverwaltung, zu regionalen Fachberatungsstellen sowie zu Verbänden und Vereinen und zum Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Erfurt.

Aufgrund einer relativ hohen Arbeitslosigkeit sind in Erfurt zahlreiche soziale Projekte entstanden, die maßgeblich über ABM abgesichert werden. Da auch einige Iinitiativen über ABM und von der Stadt finanziert werden, entstehen in diesen Bereichen immer wieder Konkurrenzsituationen. Insbesondere die Projekte sind bestrebt, Selbsthilfeangebote zu

unterbreiten und somit Selbsthilfeförderung als Nebenaufgabe zu übernehmen. Seitens der KISS wird versucht, diese Konkurrenzen in Kooperationsbeziehungen umzuwandeln und Formen wechselseitig nützlicher Zusammenarbeit zu finden, was in der Regel gelungen ist.
Schriftliche Kooperationsvereinbarungen zwischen der KISS und anderen Institutionen gibt es nicht. Bestehende Beziehungen sind durch die regelmäßige Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (Pressemitteilungen, zielgruppenspezifische Veranstaltungen, Plakat-Aktion, Gesamttreffen, etc.) entstanden. Mund-zu-Mund-Werbung sowie die Teilnahme von Mitarbeiterinnen der KISS an Veranstaltungen in der Region (z.B. Geschäftsstelleneröffnung von Beratungsstellen, Verbänden, Vereinen, Krankenkassen, Fachtagungen etc.) begründeten ebenfalls Kontakte.

Die Ziele der Kooperationen hängen maßgeblich von dem jeweiligen Partner ab. Grundsätzlich geht es um die Vorstellung des Aufgaben- und Angebotsprofils der KISS und um die Vermittlung von Informationen über die aktuelle Selbsthilfeentwicklung in der Stadt Erfurt. Ein wesentliches Anliegen der KISS besteht in diesem Zusammenhang darin, das Spezifische ihrer Leistungen als Informations- und Kontaktstelle zu verdeutlichen, die über gesundheitliche und soziale Angebote im Professionellen- und im Selbsthilfebereich informiert, was in dieser fachübergreifenden Form von keiner anderen Beratungsstelle angeboten wird. Im Rahmen der Kooperationsbeziehungen ist die KISS an der intensiven Nutzung ihrer Angebote interessiert und erhofft sich regelmäßige Informationen über die Angebote des Kooperationspartners, die Einbeziehung in Veranstaltungsplanungen sowie den stetigen Erfahrungsaustausch über die Selbsthilfeunterstützung in der Region.

Auf Anregung der KISS wurde im Dezember 1992 ein Selbsthilfeausschuß aus den Reihen der Ansprechpartner der Erfurter Selbsthilfegruppen gewählt. Dieser Selbsthilfeausschuß entscheidet gemeinsam mit der KISS über die Vergabe der Fördergelder der Kommune. Dieses Verfahren ist in einer Verfügung des Dezernates Gesundheit und Soziales aus dem Jahre 1992 verankert. Über die von der KISS beantragte Fördersumme entscheidet jährlich der Ausschuß für Gleichstellung und Soziales.

Auf Landesebene wirkt die Kontaktstelle im Arbeitskreis „Selbsthilfe“ der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung Thüringen e.V. (Agethur) mit. Dieser Arbeitskreis bemüht sich vorrangig

um die Fortbildung der Kontaktstellenmitarbeiterinnen in Thüringen und um die Herstellung von Kooperationsbeziehungen auf Landesebene.

Der Beigeordnete der Stadt Erfurt hat zu verschiedenen Anlässen in der Öffentlichkeit (Selbsthilfe-Forum, Gesundheitskonferenz, Gespräche mit Krankenkassen u.a.) zum Ausdruck gebracht, daß die KISS auch nach dem Auslaufen des Bundesmodellprogramms erhalten werden soll. Über konkrete personelle und finanzielle Möglichkeiten konnten aus haushaltstechnischen Gründen noch keine Aussagen getroffen werden.

Die KISS hält an dem eingangs beschriebenen Konzept fest und ist bestrebt, die Aufgaben weiterhin zu erfüllen. Perspektivisch soll eine Referentendatei zu den in Erfurt vertretenen Selbsthilfebereichen erstellt und die Öffentlichkeitsarbeit in den durch die Gebietsreform hinzugekommenen Gebieten verstärkt werden. Grundsätzlich zielt die KISS darauf, weiter in das soziale und gesundheitliche Hilfssystem integriert zu werden und ihre Akzeptanz in der Region zu erhöhen.

Kerninformationen zur Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) Erfurt 1995

Träger: Gesundheitsamt der Stadt Erfurt
Einzugsgebiet: 207.000 EW (Stadt Erfurt)
Fachkräfte: 60 WStd.; 1 Dipl.-Philosophin, 1 Stomatologische Schwester
Verwaltungskraft: 30 WStd.
Büro- / Gruppenräume: 3 / 2

Nutzer pro Jahr:	570	
Bürger	311	55 %
Selbsthilfegruppen	52	9 %
Fachleute	208	36 %
Kontakte pro Jahr:	1.764	
Bürger	401	23 %
Selbsthilfegruppen	642	36 %
Fachleute	720	41 %
Selbsthilfegruppen 1995:	100	

22.2 Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen (IKOS) Jena

Kerstin Strähmel,

Wie andere Selbsthilfekontaktstellen unterstützt auch die Jenaer Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, IKOS Jena, seit fünf Jahren das Zustandekommen und Bestehen sozialer Beziehungen und die gegenseitige Hilfe von Gleichbetroffenen in Gruppen. Ausgangspunkt war und ist dabei immer

- die Kompetenz der Betroffenen anzuerkennen und zu stärken,
- andere Institutionen, Beratungsstellen und Professionelle für die Selbsthilfeunterstützung zu gewinnen und
- Selbsthilfeunterstützung als sozialpolitische Arbeit zu verstehen und umzusetzen.

Unter Beibehaltung dieser Kernpunkte hat die IKOS Jena im Verlauf des Modellprogramms ein anderes „Gesicht“ erhalten. So haben sich beispielsweise ihre Arbeitsschwerpunkte, die Arbeitsweise, die Einbettung in das soziale Unterstützungssystem und die räumliche, sachliche und personelle Ausstattung der Kontaktstelle verändert. Die ersten drei Jahre war IKOS Bestandteil einer psychosozialen Beratungsstelle: „IKOS mit integrierter Familien- und Lebensberatung“. Hier standen zwei verschiedene Beratungsschwerpunkte nebeneinander, die teilweise miteinander verknüpft werden konnten. Einerseits realisierten die Mitarbeiterinnen die Unterstützung von Selbsthilfegruppen und die Koordination der Selbsthilfearbeit in der Region. Andererseits wurde psychologische Einzel- und Familienberatung für verschiedene Krisensituationen bis hin zur Sozialberatung angeboten. Grundgedanke dieses verbindenden Ansatzes war, daß Mitglieder von Selbsthilfegruppen auch die psychologische Einzelberatung in Anspruch nehmen und Hilfesuchende, die sich an die Familienberatungsstelle wenden, neben der individuellen Beratung und Begleitung auch über Selbsthilfegruppen informiert werden können.

Anfänglich waren alle Mitarbeiterinnen gleichermaßen für beide Aufgabenbereiche zuständig, und obwohl sich im Zusammenhang mit inhaltlichen Weiterentwicklungen und Erweiterungen eine zunehmende Arbeitsteilung ergab, war es für beide Bereiche sinnvoll, bei bestimmten Inhalten gemeinsame Ideen und Überlegungen zu entwickeln (z.B.

Organisation von Selbsthilfetagen, Unterstützung bei Gruppengründungen) und wechselseitig Anregungen zu erhalten.

Die praktischen Erfahrungen in der Beratung waren jeweils unterschiedlich. In der Selbsthilfeberatung standen vor allem Aspekte wie Informationsvermittlung, Motivation des einzelnen zu selbstbestimmtem Handeln, gruppendynamische Prozesse, gemeinsame Ideenentwicklung im Vordergrund. Die Kontakte zu interessierten Bürgern gestalteten sich hier offener, unverbindlicher und innovativer. Bei einem Vergleich des Klientels zeichneten sich ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen beiden Bereichen ab. Die Familienberatung nahmen vor allem Kinder, Jugendliche, Eltern, Erwachsene in Familienkrisen sowie teilweise auch Pädagogen aus dem Kinder- und Jugendbereich in Anspruch. Die Kontaktstelle wurde zu gleichen Teilen von Betroffenen und Professionellen aus dem gesundheitlichen oder sozialen Bereich aufgesucht. Hier zeigte sich ein stärkerer Bezug zu den Themen Gesundheit, Krankheit, Behinderung oder Gesundheits- und Sozialpolitik.

Familienberatungsstelle und IKOS unterschieden sich auch in ihrer Finanzierungsgrundlage. So ist die Förderung von Erziehungs-, Familien- und Lebensberatungsstellen auf der Grundlage des Kinder- und Jugendhilfegesetzes eine staatliche Pflichtaufgabe. Bei staatlich anerkannten Beratungsstellen übernehmen das Land, die Kommune und der Träger anteilig die Kosten. Die Finanzierung der IKOS dagegen ist mehr vom politischen Willen in der Kommune, im angrenzenden Kreis und im Land abhängig. Außerdem wird sie nicht dem Jugendhilfe-, sondern dem Sozialbereich zugeordnet.

Nach dreijährigem Bestehen der integrierten Einrichtung nahm der Träger gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen die Trennung in zwei separate Beratungsstellen vor. Mit der Entwicklung der IKOS Jena zu einem eigenständigen sozialen Dienst wurde die Öffentlichkeitsarbeit ausschließlich auf den Selbsthilfebereich ausgerichtet, und das Dienstleistungsangebot für die Selbsthilfegruppen erweiterte sich. Zum Ende des Modellprogramms und darüber hinaus wird es die Aufgabe der Kontaktstelle und ihres Trägers sein, inhaltliche Angebote zu entwickeln, die zur finanziellen Absicherung der IKOS beitragen. Ein erster Schritt hierzu könnte die vorgesehene Erweiterung des Einzugsbereiches auf den Saale-Holzland-Kreis sein.

Eine wiederkehrende Fragestellung in der IKOS betrifft die Gestaltung der Zusammenarbeit mit anderen professionellen Helfern im Gesundheits- und sozialen Bereich. Wichtig war den Mitarbeiterinnen folgender Grundgedanke: Die Kontaktstelle hat bei der Selbsthilfeunterstützung im Einzugsbereich die Schlüsselposition inne. Sie koordiniert die Selbsthilfearbeit und muß den Überblick über die Entwicklung der Selbsthilfeaktivitäten behalten. Allerdings erhebt sie keinen Alleinunterstützungsanspruch, sondern ist auf die Zusammenarbeit mit anderen Professionellen angewiesen. In den vergangenen fünf Jahren hat die IKOS verschiedene Formen der Kooperation erprobt, wobei sich folgende Herangehensweisen bewährt haben:

- Die IKOS suchte die gegenseitigen Vorteile und die gemeinsame „Schnittstelle". Zum Beispiel wurde die Frage gestellt: Welchen Nutzen haben Ärzte und Politiker einerseits und die IKOS und die Selbsthilfegruppen andererseits von einer Zusammenarbeit? Meist waren es jeweils andere Ziele und Motive, die zu einer Zusammenarbeit führten.
- Beide Seiten sollten Kompetenzen in diese Zusammenarbeit einbringen. Nur wenn dies beiderseits akzeptiert wurde, waren ein gleichberechtigter Umgang und eine langfristige Perspektive möglich. Diese Art der Kooperation war und ist auch in Zukunft das Ziel der Kontaktstelle.
- Die Mitarbeiterinnen der IKOS gingen davon aus, daß andere Professionelle im Rahmen ihrer Tätigkeit vielfältige und oft mehr Möglichkeiten als die Kontaktstelle haben, Betroffene zur Gruppenselbsthilfe zu motivieren. Entsprechend sah die IKOS ihre Aufgabe darin, diesen Professionellen das Wissen über und die Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen weiterzugeben. So hat die Kontaktstelle Sozialarbeiter, Psychologen oder Ärzte unterstützt und beraten, damit diese selbständig die Gründung einer Gruppe anregen konnten.
- Die IKOS hat sich Aktivitäten von Professionellen entgegengestellt, wenn der Nutzen nur auf deren Seite zu liegen schien. Sie übernahm hier eine Schutzfunktion gegenüber einer möglichen Vereinnahmung von Selbsthilfegruppen durch Außenstehende (z.B. Pharmavertreter).
- „Natürliche Partner" waren Gremien und Institutionen, die ähnlich wie IKOS arbeiteten. So hat die Kontaktstelle z.B. Kooperationsbeziehungen zum Sozialausschuß (nicht zu einer

politischen Partei), zu allen Krankenkassen und zur Liga der Wohlfahrtsverbände hergestellt. Auch offene Gesprächsrunden, Runde Tische oder Podiumsdiskussionen zu den Selbsthilfetagen und die Arbeitsgemeinschaft „Selbsthilfegruppen, Vereine und Initiativen“ zählten zur Kategorie der „natürlichen Partner“. Die Professionalität der IKOS lag darin, gleiche oder ähnliche Interessen aufzugreifen und zu gemeinsamen Themen und Anliegen zusammenzuführen. Auch in der Zukunft wird die Arbeit in Gremien und die Zusammenarbeit mit übergreifenden Institutionen einen wichtigen Stellenwert einnehmen.

Kerninformationen zur Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen (IKOS) Jena 1995

Träger: Kreisverband der Arbeiterwohlfahrt Jena e.V.
Einzugsgebiet: 105.000 EW (Stadt Jena)
Fachkräfte: 72 WStd.; 1 Psychologin, 1 Erzieherin

Verwaltungskraft:	keine	
Büro- / Gruppenräume:	2 / 2	
Nutzer pro Jahr:	805	
Bürger	215	27 %
Selbsthilfegruppen	52	6 %
Fachleute	538	67 %
Kontakte pro Jahr:	1.820	
Bürger	276	15 %
Selbsthilfegruppen	460	25 %
Fachleute	1.084	60 %
Selbsthilfegruppen 1995:	78	

22.3 Beratungsstelle für Selbsthilfe und Gesundheitsförderung (BESEG) Suhl

Bärbel Pohl

BESEG - Beratungsstelle für Selbsthilfe und Gesundheitsförderung ist eine Einrichtung mit hauptamtlichem Personal und stellt ein differenziertes Dienstleistungsangebot bereit, das auf Förderung und Stabilisierung von Selbsthilfeaktivitäten über den Gesundheitsbereich hinaus zielt. Die Trägerschaft der Beratungsstelle liegt bei der Kommune.

BESEG arbeitet als eine bürgernahe Beratungsstelle und widmet sich der Koordinierung der lokalen und regionalen Aktivitäten der Selbsthilfebewegung und der selbsthilfebezogenen Gesundheitsförderung mit dem Ziel, die gesundheitsbezogenen Möglichkeiten der Selbstbestimmung und Selbsthilfe der Bevölkerung zu stärken. BESEG ist eine Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle für alle Bürger, Betroffenen, Institutionen, Vereine, Verbände, Parteien u.a., die auf dem Gebiet der Selbsthilfe tätig werden möchten. Sie richtet sich vorrangig an Selbsthilfeinteressierte, Selbsthilfegruppen und Fachleute im Sozial- und Gesundheitsbereich.

BESEG bietet allen an Selbsthilfe Interessierten die Möglichkeit, mit anderen Betroffenen Kontakt aufzunehmen. Gleichzeitig werden die Interessenten dahingehend beraten, ob und ggf. welche Selbsthilfegruppe für ihr Anliegen geeignet ist. In der Praxis wird die Beratungsstelle auch zur Anlaufstelle für hilfebedürftige Menschen, die sich nicht selbst im Versorgungssystem orientieren können. Sehr oft fungiert BESEG als Wegweiser zu gesundheitlichen und sozialen Diensten, wodurch die Hilfesuche für Betroffene verkürzt wird.

Die Mitarbeiterinnen geben Gruppen Hilfestellung in der Anlaufphase und auf Anforderung bei Krisen. Intensive Beratungen verhelfen den Gruppen zu mehr Kontinuität und Stabilität. Des weiteren stellt BESEG Kontakte zwischen Gruppen und Fachleuten bzw. sozialen und gesundheitlichen Diensten her. Die Beratungsstelle dient damit wesentlich der Förderung der Kooperation und natürlich auch der Beschaffung von Ressourcen. Da ein fachübergreifender Arbeitsansatz besteht, können sich Selbsthilfegruppen aus allen Bereichen (z.B. chronische Erkrankungen, Behinderungen, Eltern-Kind-Gruppen, Sucht) gleichermaßen gut unter dem Dach der BESEG entwickeln.

Durch die Vernetzung der bestehenden Gruppen, den Erfahrungsaustausch und die Kooperation entsteht ein soziales Netzwerk in der Selbsthilfebewegung. Das daraus erwachsende Gemeinschaftsgefühl stabilisiert die Selbsthilfe. Öffentlichkeitsarbeit für die Beratungsstelle und die Selbsthilfegruppen sowie die Organisation von Weiterbildungsangeboten für Betroffene sind weitere Leistungen, die für die Verbreitung des Selbsthilfegedankens in der Bevölkerung und bei den potentiellen Kooperationspartnern sorgen und somit ein selbsthilfefreundliches Klima erzeugen. Durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit konnten Akzeptanz und Inanspruchnahme der Beratungsstelle durch die Bevölkerung erhöht werden. Wichtige Elemente der Öffentlichkeitsarbeit sind:

- die Herausgabe der Selbsthilfe-Zeitung,
- tägliche Informationen in den örtlichen Printmedien zu Gruppentreffs, selbsthilfeunterstützenden Veranstaltungen und den Angeboten der Beratungsstelle,
- das Erstellen von Faltblättern,
- die Durchführung von selbsthilfebezogenen Veranstaltungen.

Folgende Zusatzleistungen werden bereits heute von der Beratungsstelle BESEG erbracht:

- Mitarbeit in bzw. Koordination von selbsthilfebezogenen Projekten (Osteoporosewoche, Rheumatag)
- Mitarbeit in städtischen Projekten (Vereinstag, städtische Infobroschüre)
- Mitarbeit bei gesundheitsbezogenen Projekten (z.B. mit Krankenkassen zum Welternährungstag, Weltgesundheitstag)
- Anlage und Verleih von Materialien zur Gesundheitsförderung (z.B. Videos, Infomaterial etc.)

Die kreisfreie Stadt Suhl hat etwa 56.000 Einwohner. Im Rahmen der Thüringer Gebietsreform wurden am 1. April 1994 vier weitere Orte eingemeindet, was einen größeren Zuwachs an ländlicher Bevölkerung bedeutete. 71 % der Bevölkerung sind bis 49 Jahre alt, 13,9 % zwischen 50 und 59 Jahre und 15,1 % älter als 60 Jahre (Stand 31.12.93). Man kann in Suhl davon ausgehen, daß mehr als ein Viertel der Bevölkerung im Vorruhestand oder im Ruhestand ist. Das zeigt sich auch im Selbsthilfebereich, in dem z.B. der Verband der Vorruheständler mit verschiedenen Gruppen („Pro Single“, Nähen für sozial Schwache und Ältere, Wandern, Ruhestandsbeamte u.a.) integriert ist. In sehr viel Eigeninitiative entstand in der BESEG ein „Café für Vorruheständler“, das ehrenamtlich von einer Gruppe betrieben wird.

Gemessen an der Einwohnerzahl, ist die Stadt Suhl mit sozialen Diensten und Einrichtungen ausreichend versorgt. Im Bereich der Apotheken, Ärzte, Zahnärzte und Sozialstationen gibt es in der Region sogar eine Überversorgung. Spezielle Kooperationsvereinbarungen zwischen professionellen Diensten und BESEG bestehen in Suhl nicht, wohl aber Vereinbarungen zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenkassen. Trotzdem ist die Zusammenarbeit mit Professionellen ein Schwerpunkt der Arbeit von BESEG, der in unzähligen selbsthilfeunterstützenden Veranstaltungen realisiert wird.

Die Krankenkassen in unserem Territorium haben großes Interesse an Veranstaltungen mit gesundheitsbezogenen Gruppen und mit der Beratungsstelle. So ist es schon eine Tradition, daß der Selbsthilfe-Tag gemeinsam mit dem AOK-Gesundheitsmarkt stattfindet. Mit anderen Kassen gibt es Vereinbarungen über die Nutzung von Räumlichkeiten und

die Finanzierung therapeutischer Maßnahmen oder anderer gesundheitsbezogener Projekte. Ärzte, Therapeuten und andere Beratungsstellen haben allerdings mehr Interesse am Informationsaustausch und an Betroffenenvermittlung.

In einer Vielzahl von Gesprächen mit Vertretern professioneller Einrichtungen wurde deutlich, daß BESEG als ein Teil der Stadtverwaltung wahrgenommen wird und unsere Beratungsstelle nicht mit den Aufgaben anderer sozialer Dienste kollidiert. Eine 1994 von der GFK KB durchgeführte Befragung von Professionellen ergab, daß BESEG bei 96 % aller Befragten bekannt war. Als Zeichen der Wertschätzung durch das professionelle Umfeld ist der Wunsch nach gemeinsamen Aktivitäten zu werten. In einer Beratung des Sozialhilfeausschusses kam klar zum Ausdruck, daß BESEG Aufgaben übernimmt, die kein anderer sozialer Dienst abdeckt. Es wurde deutlich, daß die Angebote als unverzichtbarer Bestandteil der sozialen und gesundheitlichen Landschaft in Suhl betrachtet werden. Auch die Trägerschaft der Stadtverwaltung wird positiv bewertet, da durch diese Anbindung Neutralität gewährleistet ist.

Zentrales Ziel ist die langfristige Absicherung der Beratungsstelle mit Personal- und Sachkosten. Dazu wurde für 1996 der Entwurf eines Haushaltsplans aufgestellt und eingereicht. Die Stadt Suhl hat sich in einem Schreiben an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur BESEG bekannt und wird die Kontaktstelle entsprechend den Möglichkeiten des kommunalen Haushalts weiterführen.

Die bereits angesprochene Eingemeindung macht es notwendig, in den betreffenden Orten zukünftig regelmäßige Sprechzeiten bzw. Sprechtage einzurichten. Dadurch soll der ländlichen Bevölkerung der Zugang zum Engagement in Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen erleichtert werden. Geplant ist der Aufbau eines Informationsnetzes über soziale Dienste und Einrichtungen und die Anlage einer umfassenden Referentenkartei.

Kerninformationen zur Beratungsstelle für Selbsthilfe und Gesundheitsförderung (BESEG) Suhl 1995

Träger: Amt für Gleichstellung und Wohnen der Stadt Suhl
Einzugsgebiet: 56.000 EW (Stadt Suhl)
Fachkräfte: 65 WStd.; 1 Gesundheitspädagogin, 1 Kinderkrankenschwester
Verwaltungskraft: 20 WStd.
Büro- / Gruppenräume: 2 / 4

Nutzer pro Jahr:	774	
Bürger	445	57 %
Selbsthilfegruppen	41	5 %
Fachleute	288	37 %
Kontakte pro Jahr:	2.927	
Bürger	560	19 %
Selbsthilfegruppen	1.416	48 %
Fachleute	952	33 %
Selbsthilfegruppen 1995:	66	

23. Literatur

23.1 Literaturverzeichnis

AG KISS NW/ KOSKON (Hg.) (1996): Förderempfehlungen zur Verbesserung der örtlichen Selbsthilfestrukturen in Nordrhein-Westfalen. Mönchengladbach.

Alter, Stephanie (1995): Neue Steuerungsmodelle - ihre Anwendung in der Verwaltung und in der sozialen Arbeit. In: Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern (Hg.). Spektrum Nr. 3. Stuttgart, S. 3 - 11.

AOK, Allgemeine Ortskrankenkasse-Bundesverband (1994): Förderung von Selbsthilfe - Empfehlungen für die AOK. Bonn, Entwurf vom 22.03.1994.

ASG, Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (2. Sept. 1994): Sozialdemokratische Gesundheitspolitik im Dialog mit den Kranken, Selbsthilfegruppen und Patient/ Innenvertretungen. Dokumentation. München.

Backhaus-Maul, Holger/ Olk, Thomas (1992): Die Konstitution kommunaler Sozialpolitik: Probleme des Aufbaus sozialer Versorgungsstrukturen in den neuen Bundesländern. In: Rühl, Christof (Hg.). Probleme der Einheit. Marburg, S. 83 - 112.

Backhaus-Maul, H. (1992): Wohlfahrtsverbände in den neuen Bundesländern. In: Rühl, C. (Hg.). Probleme der Einheit. Marburg, S. 361 - 381.

Badura, Bernhard/ Gross, Peter (1976): Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen. München.

Badura, B./ Haufhold, Gary / Lehmann, Harald u.a. (1987): Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin, New York, Tokyo.

Badura, B. (1994): Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen. In: Badura, B./ Feuerstein, Günter. Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim und München, S. 255 - 310.

Badura, B. (1996): Neue Wege in der Rehabilitation - Der Beitrag der Selbsthilfe zur ambulanten Rehabilitation. Vortrag bei DAG SHG Jahrestagung am 21.05.1996 in Würzburg.

Balke, Klaus/ Reis, Claus (1993): Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Europa. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.). Nachrichtendienst des Deutschen Vereins. Heft 4. Frankfurt/ Main.

Balke, K. (Mai 1994): Förderung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen. Stellungnahme. Berlin.

Balke, K. (Feb. 1996a): Förderung der Selbsthilfe-Kontaktstellen durch die Krankenkassenverbände nach § 20 Abs. 3(a) SGB V. In: NAKOS (Hg.). NAKOS EXTRA Nr. 27. Berlin.

Balke, K. (1996b): Auswirkungen der Neufassung der § 20 Abs. 3 SGB V auf die Kontaktstellenförderung. In: NAKOS (Hg.). NAKOS-Info. Nr. 49. Berlin.

Becker, Ingo/ Kettler, Ulrich (1996): Zwischen Euphorie und Ernüchterung. Die Selbsthilfelandschaft in den neuen Bundesländern fünf Jahre nach der Wende. In: DAG SHG e.V. (Hg.). selbsthilfegruppen nachrichten 1996. Gießen, S. 65 - 68.

Berger, Hans-Jörg/ Braun, Joachim (1994): Selbsthilfe und Selbsthilfeförderpolitik im Land Brandenburg. ISAB-Schriftenreihe Nr. 29. Köln/ Leipzig.

Berger, Horst/ Habich, Roland (Hg.) (Okt. 1994): Lebenslagen im Umbruch. Zur sozialen Lage privater Haushalte in der osteuropäischen Transformation. Überarb. Auflage. WZB Berlin. Nr. P 93-101. Berlin.

BFS, Bank für Sozialwirtschaft (1996): Der Status Quo und die Entwicklung des Ehrenamtes in der Bundesrepublik Deutschland. Arbeitshilfe. In: BFS (Hg). Rüth, Stefanie. BFS-Informationen. Heft 4. Köln, S. 13 - 17.

BKK, Bundesverband der Betriebskrankenkassen (1993): Förderrichtlinien. Grundsätze der Betrieblichen Krankenversicherung für die Förderung von Selbsthilfeverbänden, Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe-Kontaktstellen und Veranstaltungen mit gesundheits- oder sozialpolitischer Zwecksetzung. Essen, 5.Okt.1993.

Bläss, Petra (1996): Zur Zukunft der Förderung von Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen - Abschlußdiskussion. In: Selbsthilfe 2000. ISAB-Schriftenreihe Nr. 42. Köln/ Leipzig, S. 217 ff.

Böge, Sybille (1996): Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüro: Zukunftsperspektiven auf der Basis einer bundesweiten Vernetzung von Seniorenbüros. In: Braun, J./ Lege, C. (Red. Bearb.). Wegweiser in ein aktives Alter: Seniorenbüro. Tagungsdokumentation. Materialien zum Modellprogramm Seniorenbüro Bd. 12. Köln, S. 245 - 261.

Boll, Fritz/ Olk, Thomas (Hg.) (1987): Selbsthilfe und Wohlfahrtsverbände. Freiburg im Breisgau.

Brandenburg, Alexander/ von Ferber, Christian/ Nowak, Meinolf (1994): Vernetzung und Bürgerbeteiligung durch Gesundheitskonferenzen. In:

DGB, Deutscher Gewerkschaftsbund (Hg.). Soziale Sicherheit. Heft 7. Köln, S. 246 ff.

Braun, Joachim/ Röhrig, Peter (1987): Praxis der Selbsthilfeförderung. Das freiwillige Engagement am Beispiel von vier Städten. Frankfurt/ Main.
Braun, J. (1991): Empfehlungen zur Selbsthilfeförderung in Städten, Kreisen und Gemeinden. Gutachterliche Stellungnahme. ISAB-Schriftenreihe Nr. 12. Köln/ Leipzig.

Braun, J./ Engels, Dietrich (März 1991): Selbsthilfegruppen - Eine Chance für Jeden. ISAB-Schriftenreihe Nr. 10. Köln/ Leipzig.

Braun, J./ Opielka, Michael (1992): Selbsthilfeförderung durch Selbsthilfekontaktstellen. Schriftenreihe des BMFuS Bd. 14. Stuttgart.

Braun, J./ Kasmann, E./ Meisheit, B. (1993): Selbsthilfekontaktstellen: Eine Investition in die soziale Infrastruktur. ISAB-Schriftenreihe Nr. 16. Köln/ Leipzig.

Braun, J./ Kasmann, Elke (1994): Selbsthilfegruppen und Initiativen in den neuen Bundesländern. ISAB-Schriftenreihe Nr. 30. Köln/ Leipzig.

Braun, J./ Kasmann, E./ Kettler, U. (1994): Selbsthilfeförderung durch Länder, Kommunen und Krankenkassen. Förderbedarf und Empfehlungen. Schriftenreihe des BMFuS Bd. 42. Stuttgart.

Braun, J. / Kasmann, E./ Kettler, U. (1995): Förderung der Selbsthilfe und des Bürgerengagements. Berichte von 17 Selbsthilfe-Foren. ISAB-Schriftenreihe Nr. 38. Köln/ Leipzig.

Braun, J./ Claussen, Frauke (1996): Freiwilliges Engagement im Alter. Nutzer und Leistungen von Seniorenbüros. BMFSFJ (Hg.). Materialienreihe zum Modellprogramm Seniorenbüro Bd. 10. Köln.

Braun, J. (1996): Selbsthilfepotentiale in den alten und neuen Bundesländern und ihre Aktivierung durch Selbsthilfekontaktstellen. In: Selbsthilfe 2000. ISAB-Schriftenreihe Nr. 42. Köln/ Leipzig, S. 52 - 60.

Brauns, Hans-Jochen (1995): Leistungsverträge statt Zuwendungen. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hg.) (1995). Blätter der Wohlfahrtspflege. Dokumentation. 143. Jg. Heft 3. Stuttgart, S. 56.

Brumlik, Micha (1995): Der importierte Kommunitarismus. In: Rauschenbach/ Sachße/ Olk (Hg.). Von der Wertgemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Frankfurt/ Main.

Brune, Monika (Dez. 1992): Woher weht der Wind. Eine Situationsbeschreibung der Selbsthilfelandschaft in Ostdeutschland. In: NAKOS (Hg.). NAKOS-EXTRA Nr. 17. Berlin.

BÜNDNIS 90/ Die GRÜNEN (o.J.): Antrag „Freiwilliges soziales Engagement fördern und zur Selbsthilfe ermutigen“. Deutscher Bundestag. 13. Wahlperiode. Bonn.

BÜNDNIS 90/ Die GRÜNEN (4. Juli 96): Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN. Gesundheitsförderung und Selbsthilfearbeit. Drucksache 13/5221. Bonn.

Bulmahn, Thomas/ Mau, Steffen (Juli 1996): Zufriedenheit und Zukunftserwartung: Tendenz fallend. Vom Wohlstandsklima der 80er Jahre zum Problemklima der 90er Jahre. In: Zuma (Hg.). Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI) Nr. 16. Mannheim, S. 5 - 8.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (1994): Gesamtstatistik der Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege. Stand 01.01.1993. Bonn.

BAGH, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (Hg.) (1995a): Jahresspiegel ´95. Chancengleichheit und Lebensqualität für Menschen mit Behinderung. Essen.

BAGH, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (Hg.) (Juni 1995b): B A G Hilfe für Behinderte e.V. und ihre Mitgliedsverbände. Schriftenreihe der BAG Hilfe für Behinderte Bd. 100. Düsseldorf.

BAGH, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V./ DAG SHG e.V. (Hg.) (1996): Verbandliche Selbsthilfe und Gruppen-Selbsthilfe. Keine konkurrierenden Ansätze. Gemeinsame Erklärung. In: DAG SHG (Hg.). selbsthilfegruppen nachrichten 96. Gießen, S. 84.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) (1996): Materialien zur Selbsthilfeförderung. Frankfurt/ Main.

Burmeister, Joachim (1992): Barrieren der Selbsthilfegruppenunterstützung in ländlichen Regionen. In: NAKOS (Hg.): NAKOS Arbeitshilfe 2. Beratung von Selbsthilfegruppen und Interessenten. Besonderheiten im ländlichen Raum. Berlin, S. 33 - 34.

Burmeister, J./ Schwab, Peter J. (1995): Selbsthilfe-Unterstützung in der Region Neubrandenburg. ISAB-Schriftenreihe Nr. 48. Leipzig/ Köln.

Burmeister, J. (1996): Für den ersten Schritt gibt es viele Motive. In: Robert Bosch Stiftung (Hg.). aktiv und gemeinsam. Infodienst zum Programm „Soziale Bürgerinitiative in den neuen Bundesländern“. Jg. 2. Heft 2. Stuttgart.

CDU/ CSU und FDP (1995 bzw. Nov. 1996): Antwort der Bundesregierung auf die große Anfrage der Koalitionsfraktion zur „Bedeutung ehrenamtlicher Tätigkeit für unsere Gesellschaft“. Drucksache 13/5674 vom 01.10.96. Bonn.

CDU/ CSU und FDP (1996a): Änderungsantrag zu Artikel 2 Nr. 3 (§20). Drucksache Nr. 13/ 4615. Entwurf eines Beitragsentlastungsgesetzes. Drucksache 13/ 4615. Bonn.
CDU/ CSU und FDP (1996b): Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung - Beitragsentlastungsgesetz. Änderungsantrag. Ausschußdrucksache - Nummer 518. Bonn.

Celler Erklärung zur Gesundheitsförderung (Stand 20. Juni 1996): Gesundheit für alle statt Privatisierung von Krankheitsrisiken. Entwurf. In: KISS Kassel (Hg.). Selbsthilfegruppen - Rundbrief. Juni 1996. Kassel, S. 3 - 5.

Clausing, Peter/ Wille, Gabriele (1994): Ambulante medizinische Rehabilitation, ein Begriff mit vielen Gesichtern. In: DAng.Vers. 12/1994, S. 434 - 437.

DAG SHG e.V. (21. April 1995): Anfrage zur Dritten Stufe der Gesundheitsreform. Gießen.

DAG SHG e.V. (Hg.) (Okt. 1993): Empfehlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. zur „Förderung von Selbsthilfe-Kontaktstellen durch die Krankenkassen“. Gießen.

Der PARITÄTISCHE Landesverband NW (Nov. 1995): Leistungsvorträge auf kommunaler Ebene. In: Forum ‘95. Wuppertal, S. 3.

Der PARITÄTISCHE Bundesverband (9. Mai 1996): Rundschreiben zum Thema „Streichung des § 20 Abs. 3a SGB V (Selbsthilfeförderung). T. Niermann. Nr. C 77/ 1996. Frankfurt/ Main.
Der Spiegel; Halter, Hans (1996): Der Geschmack der Freiheit. Nr. 45. Hamburg, S. 64 - 70.

DGB, Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (Hg.) (1994): Neue Wege der Zusammenarbeit von Selbstverwaltung und Selbsthilfe. Tagungsdokumentation. Bad Breisig 14./ 15. April 1994. Düsseldorf.

Dörrie, Klaus (1996): Der Beitrag der Wohlfahrtsverbände zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen und der Wert der Selbsthilfe für die Wohlfahrtspflege. In: Selbsthilfe 2000. ISAB-Schriftenreihe Nr. 42. Köln/ Leipzig, S. 61 - 69.

Engelhard, Angela (1996): Möglichkeiten der Selbsthilfeförderung durch Länder. In: Selbsthilfe 2000. ISAB-Schriftenreihe Nr. 42. Köln/ Leipzig, S. 175 - 179.

Engelhardt, Hans Dietrich/ Simeth, Angelika/ Stark, Wolfgang (1995): Was Selbsthilfe leistet ... . Ökonomische Wirkungen und sozialpolitische Bewertung. Freiburg im Breisgau.

Engels, D. (1991): Soziales kulturelles politisches Engagement. Sekundäranalyse einer Befragung zu ehrenamtlicher Mitarbeit und Selbsthilfe. Köln.

Fink, Ulf (1990): Die neue Kultur des Helfens. Nicht Abbau, sondern Umbau des Sozialstaates. München.
Fink, U. (1996): Die Zukunft der Förderung von Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen - Abschlußdiskussion. In: Selbsthilfe 2000. ISAB-Schriftenreihe Nr. 42. Köln/ Leipzig, S. 217 ff.

Fink, U. (1996a): Interview zum Thema Selbsthilfeförderung. In: NAKOS-INFO. NAKOS (Hg.). Nr. 48. Berlin, S. 6 - 9.

Fischer, Anne (1996): Die Zukunft der Förderung von Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen - Abschlußdiskussion. In: Selbsthilfe 2000. ISAB-Schriftenreihe Nr. 42. Köln/ Leipzig, S. 217 ff.

Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (Hg.) (1987): Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen. Berlin.

Fürstenberg, Friedrich/ Herder-Dorneich, Philipp/ Klages, Helmut (Hg.) (1984): Selbsthilfe als ordnungspolitische Aufgabe. Baden-Baden.

Gaskin, Katharine/ Smith, Justin Davis (June 1995): A new civic europe? A study of the extent and role of volunteering. London.

Gaskin, K./ Smith, J. D./ Paulwitz, I. u.a. (1996): Ein neues bürgerschaftliches Europa. Freiburg im Breisgau.

Geislinger, Rosa (1994): Unterstützung in der Startphase und bei der Mitgliedergewinnung. In: Praxishandbuch für Selbsthilfekontaktstellen. ISAB-Schriftenreihe Nr. 17. 4. Aufl. Köln/ Leipzig, S. 205 - 208.

Gensike, Thomas (1995): Deutschland im Wandel. Sozialer Wandel und Wertewandel in Deutschland vor und nach der Wende. Speyerer Forschungsbericht Nr. 154. Speyer.

Gerhardt, Uta (1986): Patientenkarrieren. Frankfurt/ Main.

Görres, Stefan (1992): Geriatrische Rehabilitation und Lebensbewältigung. Weinheim/ München.

Greiwe, Andreas (1996a): „Weiter so, und ... !“ - Erweiterung des Aufgabenfeldes von Selbsthilfe-Kontaktstellen. In: Selbsthilfe 2000. ISAB-Schriftenreihe Nr. 42. Köln/ Leipzig, S. 152 - 161.

Greiwe, A. (1996b): Die richtigen Fragen - unbefriedigende Antworten. Replik zur Studie von Heinze und Bucksteeg. (Vorabexemplar). Münster.

Grote, Claudia von/ Schneider, Gerald / Sprenger, Anne (1985): Medizinische Beratung und Herzinfarktbewältigung. Berlin.

Grunow, Dieter/ Breitkopf, Helmut/ Dahme, Heinz-Jürgen (1983): Gesundheitsselbsthilfe im Alltag. Ergebnisse einer repräsentativen Haushaltsbefragung über gesundheitsbezogene Selbsthilfeerfahrungen und -potentiale. Stuttgart.

Grunow, D. (1986): Lebensphasen, soziale Netze und Gesundheitsselbsthilfe. In: Klingemann, Harald (Hg.). Selbsthilfe und Laienhilfe. Lausanne, S. 22 - 41.

Hoffmann, Peter Michael/ Künstler, Martin (1996): Modellmaßnahmen zur Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Betreuungswesen. Abschlußbericht 1991 - 1995. Schriftenreihe des BMG Bd. 72. Baden-Baden.

Häßler, Marcus (1994): Strukturen der Selbsthilfe in der ehemaligen DDR. Hausarbeit an der Fachhochschule Erfurt. Erfurt.

Hatch, Stephen (1981): Supporting Self-Help. A Report to the WHO (Euro). Policy Studies Institute. London.

Heinze, Rolf G./ Bucksteeg, Mathias (April 1995): Freiwilliges soziales Engagement in NRW. Potentiale und Förderungsmöglichkeiten. (Vorabexemplar). MAGS, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (NRW) (Hg.). Düsseldorf.

Holst, Christian (1991): Ein Jahr Umfragen in den neuen Bundesländern - Themen und Tendenzen. WZB, Wissenschaftszentrum Berlin. Nr. P 91 - 102. Berlin.

Huber, Joseph (1987): Die neuen Helfer. Das „Berliner Modell“ und die Zukunft der Selbsthilfebewegung. München.

Hummel, Konrad (Hg.) (1995): Bürgerengagement. Seniorengenossenschaften, Bürgerbüros und Gemeinschaftsinitiativen. Freiburg im Breisgau.

Hummel, K. (1996): Zur Stärkung des bürgerschaftlichen Gedankens in Baden-Württemberg. In: Der PARITÄTISCHE, Landesverband Baden-Württemberg (Hg.). Fachveranstaltung "Bürgerschaftliches Engagement". Dokumentation. Stuttgart 1996, S. 34 - 36.

IKK, Innungskrankenkasse Bundesverband (Hg.) (April 1994): Hilfe zur Selbsthilfe. Selbsthilfeförderung durch Innungskrankenkassen und ihre Verbände. Bergisch-Gladbach.

Illich, Ivan (1977): Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Reinbeck.

ISA, Institut für Soziale Arbeit e.V. (1992): Selbsthilfe in den neuen Bundesländern. Stand und Fördermöglichkeiten. Schriftenreihe des BMFuS Bd. 10. Stuttgart.

Jakob, Gisela/ Olk, T. (1995): Professionelles Handeln und ehrenamtliches Engagement - ein „neuer“ Blick auf ein „altes" Problem. In: Juventa Verlag (Hg.). 20. Jg. Heft 3. Weinheim, S. 19 - 23.

Juventa Verlag (Hg.) (März 1995): Sozialmanagement. Schwerpunkt „Ehrenamt. Die andere Hilfe“. 20. Jg. Heft 3. Weinheim.

Kammerer, Petra/ Kuckartz, Anne (1994): Professionelle und Selbsthilfe. ISAB-Schriftenreihe Nr. 35. Köln/ Leipzig.

Kasman, E./ Kettler, U. (1994): Wie aus Paten Partner werden. In: DAG SHG (Hg.) (1994). selbsthilfegruppen nachrichten. Gießen, S. 33 - 35.

Kasmann, E./ Kettler, U. (1995): Fünf Jahre nach der Wende - die Selbsthilfelandschaft in den neuen Bundesländern. In: NAKOS (Hg.): NAKOS INFO. Heft 42. Berlin, S. 20 - 23.

Kettler, U./ Sommer, Lisa (1994): Verankerung der Selbsthilfeförderung im regionalen Sozial- und Gesundheitswesen sowie der kommunalen Verwaltung. In: Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (Hg.). Nachrichtendienst. 74. Jg. Heft 10. Frankfurt/ Main, S. 385 - 387.

Kettler, U. (Red. Bearb.) (1994): Praxishandbuch für Selbsthilfekontaktstellen. ISAB-Schriftenreihe Nr. 17. 4. überarb. Aufl. Köln/ Leipzig.

Kindler, Kilian (1992): Wohlfahrtsverbände und Selbsthilfegruppen zwischen Interessenegoismus und Altruismus. Konstanz.

Kirschner, Klaus (1995): Position der SPD. In: NAKOS (Hg.). Selbsthilfe- und Kontaktstellenförderung durch Krankenkassen. Positionen der gesundheitspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktionen. NAKOS-INFO. Nr. 44. Berlin, S. 4 - 5.

Klages, Helmut/ Franz, G./ Herbert, W. (1987): Sozialpsychologie der Wohlfahrtsgesellschaft. Zur Dynamik von Wertorientierungen, Einstellungen und Ansprüchen. Frankfurt/ Main.

Klages, H. (März 1996): Befriedigende Tätigkeitsrollen in noch zu erschließenden Aktivitätsfeldern. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.). Das Parlament. Nr. 10. Bonn, S.10.

Klages, H. (1996): Engagementförderung durch Seniorenbüros - eine Zwischenbilanz. In: Wegweiser in ein aktives Alter. Seniorenbüros. BMFSFJ (Hg.). Materialienreihe zum Modellprogramm Seniorenbüro Bd. 12. Köln, S. 10 - 25.

Kluge, Ulrich/ Kricheldorff, Cornelia (1996): Die Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros (BAS). In: Claussen, Frauke (Red. Bearb.). Praxishandbuch für Seniorenbüros. Köln 1996, S. 337 - 341.

Knoche, Monika (1995): Position von Bündnis 90/ DIE GRÜNEN. In: NAKOS (Hg.). Selbsthilfe- und Kontaktstellenförderung durch Krankenkassen. Positionen der gesundheitspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktionen. NAKOS-INFO. Nr. 45. Berlin, S. 5 - 6.

Koch, Thomas (März 1991). Statusunsicherheit und Identitätssuche im Spannungsfeld zwischen „schöpferischer Zerstörung“ und nationaler Re-Integration. In: Z-Nr. 5.

KOSKON, Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW (Hg.) (1992): Selbsthilfe-Verbände und Selbsthilfe-Kontaktstellen: Perspektiven der Zusammenarbeit. Fachtagungsbericht. Mönchengladbach.

Krawielitzki, Gabriele/ Thiel, Wolfgang (Okt. 1995): Selbsthilfeförderung durch die Länder der Bundesrepublik Deutschland 1995. NAKOS-PAPER Nr. 5. Berlin.

Krebs, Hartmut (1990): Selbsthilfegruppen vernetzen sich - Selbsthilfezusammenschlüsse als Beitrag zur autonomen Gesellschaftsgestaltung. Bonn.

Kröner, Steffen (1996): Einstellungen und Bereitschaften zur Selbsthilfe in den neuen Bundesländern. Referat. ISAB-Arbeitstagung am 28.Okt. 1996 in Köln, 28.10.96. Unveröffentlichtes Manusskript.

Landua, Detlef/ Spellenberg, Annette/ Habich, Roland (1991): Der lange Weg zur Einheit. Unterschiedliche Lebensqualität in den „alten“ und „neuen“ Bundesländern. WZB Nr. P 91 - 101. Berlin.

Lohmann, Wolfgang (1995): Position der CDU. In: NAKOS (Hg.). Selbsthilfe- und Kontaktstellenförderung durch Krankenkassen. Positionen der gesundheitspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktionen. NAKOS-INFO. Nr. 45. Berlin, S. 4 - 5.

MAGS, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hg.) (1996): Zukunft des Sozialstaates. Freiwilliges soziales Engagement und Selbsthilfe. Düsseldorf.

Matzat, Jürgen/ Breitkopf, Helmut (1994): Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen. In: Praxishandbuch für Selbsthilfekontaktstellen. ISAB-Schriftenreihe Nr. 17. 4. Aufl. Köln/ Leipzig, S. 330 f.

Möllemann, Jürgen W. (1995): Position der FDP. In: NAKOS (Hg.). Selbsthilfe- und Kontaktstellenförderung durch Krankenkassen. Positionen

der gesundheitspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktionen. NAKOS-INFO. Nr. 44. Berlin, S. 5.

Moeller, Michael Lukas (1981): Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Stuttgart.

Moos-Hofius, Birgit/ Rapp, Ilse (1994): Vom Erstgespräch zur Gruppengründung. In: Praxishandbuch für Selbsthilfekontaktstellen. ISAB-Schriftenreihe Nr. 17. 4. Aufl. Köln/ Leipzig, S. 190 f.

NAKOS (Hg.) (Juli 1995): Rote Adressen 1995/1996. Lokale/ Regionale Selbsthilfegruppen-Unterstützungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.

NAKOS (Hg.) (Dez. 1996): Selbsthilfe-Kontaktstellen und finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen in der Kommune. NAKOS-EXTRA Nr. 26. Berlin.

Niedrig, Heinz (1985): Daten und Tendenzen der freien Wohlfahrtspflege. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hg.). Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. 36. Jg. Nr. 2. Bonn, S. 52 - 55.

Offe, Claus (1991): Die deutsche Vereinigung als „natürliches Experiment“. In: Gießen, B./Leggewie, C. (Hg.). Experiment Vereinigung. Ein sozialer Großversuch. Berlin 1991.

Olk, T. (1992): Selbsthilfe und Selbstorganisation - Sind die Erfahrungen aus dem Westen Rezepte für den Osten? In: NAKOS (Hg.). NAKOS-EXTRA Nr. 15. Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Ost und West - Gemeinsame Aufgaben, gemeinsame Wege. Berlin, S. 14 - 25.

Olk, T. (1996): Macht die Bürgergesellschaft Wohlfahrtsverbände überflüssig? ... Zur Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements. In: Der PARITÄTISCHE, Landesverband Baden-Württemberg (Hg.). Fachveranstaltung "Bürgerschaftliches Engagement". Dokumentation. Stuttgart 1996, S. 13 - 33.

Pagel, Jobst (1996): Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen. In: NAKOS (Hg.). NAKOS-INFO. Nr. 49. Berlin, S. 15 - 19.

Panek, Marion (1994): Sozialberatung als ein zusätzliches Angebot der Selbsthilfekontaktstelle Dresden. In: Praxishandbuch für Selbsthilfekontaktstellen. ISAB-Schriftenreihe Nr. 17. 4. Aufl. Köln/ Leipzig, S. 195 f.

Poldrack, Horst (1993): Soziales Engagement im Umbruch. ISAB-Schriftenreihe Nr. 18. Köln/ Leipzig.

Prognos (1994): Modell einer Mischfinanzierung von Selbsthilfe-Kontaktstellen durch Länder, Kommunen und Krankenkassen. Köln.

Roßberg, Sigrid (1993): Erfahrungen in der Selbsthilfegruppenunterstützung in der Altmark. In: NAKOS (Hg.) (1993). NAKOS-EXTRA Nr. 19: Selbsthilfe-Unterstützung in ländlichen Gebieten. Berlin, S. 22 - 26.

Roth, Roland/ Rucht, Dieter (Hg.) (1987): Neue soziale Bewegungen in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung. Bd. 252. Frankfurt/ Main.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Baden-Baden.

Schaich-Walch, Gudrun (1996): Die Zukunft der Förderung von Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen - Abschlußdiskussion. In: Selbsthilfe 2000. ISAB-Schriftenreihe Nr. 42. Köln/ Leipzig, S. 217 ff.

Schmidbauer, Horst (1996): Interview zum Thema Selbsthilfeförderung. In: NAKOS (Hg.). NAKOS-INFO. Nr. 49. Berlin.
Schröder, Antonius (Okt. 1994): Transformationsbedingte Veränderungen im Stellenwert von Erwerbstätigkeit, Haushalt und Familie (Ostdeutschland). In: Berger, Horst/ Habich, Roland (Hg.). Berlin, S. 44 - 51.

Schulz, Ronald (Juli 1990a): Der Aufbruch der Selbsthilfebewegung in der DDR. In: NAKOS (Hg.). NAKOS-EXTRA Nr. 8. Selbsthilfegruppen-Entwicklung in der DDR. Berlin, S. 7 ff.

Schulz, R. (1990b): Medizinethische und soziologische Überlegungen zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Dissertation. Philosophische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle/ Wittenberg.

Schwarz, Norbert (1996): Ehrenamtliches Engagement in Deutschland. Ergebnisse der Zeitbudgeterhebung 1991/92. In: Wirtschaft und Statistik. Nr. 4/96, S. 259 - 266.

Seehofer, Horst (1995): Grußwort. In: Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (Hg.). Bericht zum 45. wiss. Kongreß vom 8. - 11. Mai 1995, Deutsches Hygienemuseum Dresden. Hamburg.

Senatsverwaltung für Finanzen Berlin (1995): Mitteilung über Umgestaltung der bisherigen jährlichen Zuwendungspraxis auf eine Vertragsgestaltung. Drucksache Nr. 12/ 35 56 II. Bd. 36 d. Berlin.

Siegrist, Johannes (1995): Die Bedeutung der Selbsthilfe im Gesundheitswesen. In: Ärztekammer Nordrhein (Hg). Gesundheitsselbsthilfe in NRW. Namen und Adressen. Düsseldorf, S. 12 ff.

SPD (24.Juni.96): Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der SPD. Stärkung der Selbsthilfe und Ermöglichung der Partizipation im Rahmen einer neu orientierten Gesundheitspolitik. Drucksache 13/4970. Bonn.
Stadt Münster. Der Oberstadtdirektor (Hg.) (1989): Billiger Jakob oder neue Chance? Dokumentation einer Fachtagung am 16.Juni 1989. Münster.

Stark, Wolfgang (1996): Selbsthilfeförderung unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten. In: Selbsthilfe 2000. ISAB-Schriftenreihe Nr. 42. Köln/ Leipzig, S. 75 - 103.

Statistisches Bundesamt (1995): Statistisches Jahrbuch 1995 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart.

Stein, Rosemarie (1992): „Selbsthilfe - das Wort gab's nicht vor der Wende". In: DAG SHG e.V. (Hg.). selbsthilfegruppen nachrichten 1992. Gießen.

Stiftung Mitarbeit (Hg.) (1993): Politik jenseits der Parteien. Reihe: Arbeitshilfe für Selbsthilfe- und Bürgerinitiativen Nr. 12. Bonn.

Stiftung Mitarbeit (Hg.) (1995): Engagement gegen soziale Not. Reihe: Arbeitshilfen für Selbsthilfe- und Bürgerinitiativen Nr. 11. Bonn.
Sylvester, Regina (1991): Nirgends ein Schlupfloch. Eine Generation ist plötzlich überflüssig geworden. In: Wochenpost 26. Sept. 1991, S. 1, 31 f.

Teske, Irmgard/ Halfmann, Monika (o.J.): Warum Selbsthilfe, Bürgerengagement und wissenschaftliche Begleitung. In: Minsterium für Arbeit und Gesundheit Baden-Württemberg. (Hg.) Bürgerschaftliches Engagement Bd. 4.

Thiel, Wolfgang (1988): Kontakt- und Informationsstellen: Anregung und Unterstützung für Selbsthilfegruppen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hg.). selbsthilfegruppen nachrichten 1988. Gießen, S. 15 - 17.

Thiel, W. (1990): Sozialpolitik jenseits von Markt und Staat? In: Beitkopf, H./ Wohlfahrt, N. (Hg.). Erfahrungen beim Aufbau und der Entwicklung lokaler Selbsthilfegruppen-Kontaktstellen. Bielefeld, S. 188 - 220.

Thiel, W. (1995): Selbsthilfe-Unterstützungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland 1994. Verbreitung, institutioneller Stellenwert, Trägerschaft und Personal - Daten und Trends. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hg.). selbsthilfegruppen nachrichten 1995. Gießen, S. 56 - 63.

Thiel, W. (Sept. 1996): 259 Selbsthilfe-Unterstützungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland. Recherche ROTE ADRESSEN 1996/ 1997. In: NAKOS (Hg.). NAKOS-INFO. Nr. 48. Berlin, S. 12 - 13.

Till, Guido (1992): Die kommunale Förderung der Selbsthilfegruppen in Halle. In: NAKOS (Hg.) (1992). NAKOS-EXTRA Nr. 16. Selbsthilfe-Förderung: Wege und Aufgaben. Berlin, S. 8 ff.

Tornow, Angelika (1994): Krisenintervention in Selbsthilfegruppen. In: Praxishandbuch für Selbsthilfekontaktstellen. ISAB-Schriftenreihe Nr. 17. 4. Aufl. Köln/ Leipzig, S. 230 - 233.

Trojan, Alf et al. (1983): Gesundheitsselbsthilfegruppen. In: von Ferber, Christian/ Badura, B. (Hg.). Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. Reihe Soziologie und Sozialpolitik Bd. 3. München/ Wien, S. 9 ff.

Trojan, A. (1986): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt/ Main.

Trojan, A. (1996): Was kann Selbsthilfe? Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfe als Beitrag zur Weiterentwicklung des Sozialstaats. In: Selbsthilfe 2000. ISAB-Schriftenreihe Nr. 42. Köln/ Leipzig, S. 202 - 205.

Ueltzhöffer, Jörg/ Ascheberg, Carsten (1995): Engagement in der Bürgergesellschaft. Die Geislingen Studie. Stuttgart.

VdAK, Verband der Angestellten Krankenkassen (Hg.) (1993): Rahmenempfehlungen. Zusammenarbeit der Ersatzkassen und ihrer Verbände mit Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen einschließlich einer finanziellen Förderung. o.O., 23.März.1993.

von Appen, Ursula (1992): Von der staatlichen Organisation zur selbstorganisierten Gesellschaft. In: NAKOS (Hg.). NAKOS-EXTRA Nr. 15. DAG SHG Jahrestagung in Bad Freienwalde. 10. - 12. Juni 1992. Berlin, S. 3 ff.

von Ferber, Christian (1988): Gesundheitsselbsthilfe. Gesellschaft für Strahlen und Umweltforschung (GSF) (Hg.). München.

von Ferber, C. (1993): Die Befunde des Bundesmodellprogrammes zur Selbsthilfeförderung in Städten und Kreisen. In: DAG SHG e.V. (Hg.) (1993): selbsthilfegruppen nachrichten 1993. Gießen, S. 59 - 62.

von Ferber, C. (1994): Erfahrungen und Perspektiven der Einführung des § 20 Abs. 3a in das Gesundheitsstrukturgesetz. In: DAG SHG e.V. (Hg.) (1994). selbsthilfegruppen nachrichten 1994. Gießen, S. 59 - 63.

von Ferber, C. (1995): Die Krise als Chance nutzen. Zur Notwendigkeit einer eindeutigen Profilierung der Selbsthilfeunterstützung. In: DAG SHG e.V. (Hg.) (1995): selbsthilfegruppen nachrichten 1995. Gießen, S. 51 - 56.

von Ferber, C. (März 1995): Entstehung, Funktion und Perspektiven der Selbsthilfebewegung. In: Praxishandbuch für Selbsthilfekontaktstellen. ISAB-Schriftenreihe Nr. 17. 4. Aufl. Köln/ Leipzig, S. XV - XXIX.

von Ferber, C. (Aug. 1995): Reform der gesundheitlichen und sozialen Dienste. In: DGB, Deutscher Gewerkschaftsbund (Hg.). Soziale Sicherheit. Heft 8-9. Köln, S. 292 - 297.

von Ferber, C. (1996): Selbsthilfe und soziales Engagement in Deutschland - Die gesellschaftliche Bedeutung der Selbsthilfe. In: Selbsthilfe 2000. ISAB-Schriftenreihe Nr. 42. Köln/ Leipzig, S. 27 - 38.

von Ferber, C./ Braun, J. (1995): Kommunale Krise und die Gestaltung der Sozial- und Gesundheitsdienste. In: Kreyher, Volker/ Böhret, C. (Hg.). Gesellschaft im Übergang. Baden-Baden, S. 133 - 146.

Walther, Ursula/ Panek, Marion (1995): Information von Selbsthilfeinteressenten und Kontaktvermittlung an eine Selbsthilfegruppe. In: Praxishandbuch für Selbsthilfekontaktstellen. ISAB-Schriftenreihe Nr. 17. 4. Aufl. Köln/ Leipzig, S. 185-190.

Wendt, Wolf Rainer (1995): Professionelle Sozialarbeit und freiwilliges Bürgerengagement sind kein Widerspruch. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hg.). Blätter der Wohlfahrtspflege. 142. Jg. Heft 9. Stuttgart, S. 197 - 200.

Winkler, Gunnar (Hg.) (1990): Frauenreport ‘90. Berlin.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (Sept. 1995): Finanzierung von Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen durch die Krankenkassen, § 20 Abs 3a SGB V. 26. Sept. 1995/ Gi. Reg. Nr. WF VI - 117/ 95. Bonn.

Wohlfahrt, Norbert (Nov. 1994): Selbsthilfegruppen in Nordrhein-Westfalen. Entwicklung - Unterstützung - Arbeitsformen. Vorabexemplar. Bochum.

Wohlfahrt, N./ Breitkopf, Helmut (1995): Selbsthilfegruppen und Soziale Arbeit. Freiburg im Breisgau.

Wohlfahrt, N. (1996): Politische Sozialplanung und administratives Budget-Management. Vortrag bei der DAG SHG Jahrestagung in Würzburg. Gießen.

Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hg.) (Sept. 1995): Blätter der Wohlfahrtspflege. Schwerpunktheft „Soziales Engagement“. 142. Jg. Heft 9. Stuttgart.